

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança

DADOS DE AVALIAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
<p>Perímetro cefálico < -2Z escores ou > +2Z escores;</p> <p>ou</p> <p>Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas*;</p> <p>ou</p> <p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a faixa etária anterior (se a criança estiver na faixa de 0 a 1 mês, considere a ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária suficiente para esta classificação).</p>	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Acionar as equipes multiprofissionais e/ou a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.
<p>Ausência de 1 ou mais reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária (de 1 mês a 6 anos).</p> <p>ou</p> <p>Todos os reflexos/posturas/habilidades para a sua faixa etária estão presentes, mas existe 1 ou mais fatores de risco.</p>	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<p>Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. • Marcar consulta de retorno em 30 dias. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes de 30 dias.</p>
<p>Todos os reflexos/posturas/habilidades presentes para a sua faixa etária.</p>	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar a mãe/cuidador. • Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. • Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. • Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta para retornar antes.

* Exemplos de alterações fenotípicas mais frequentes: fenda palpebral oblíqua, implantação baixa de orelhas, lábio leporino, fenda palatina, pescoço curto e/ou largo, prega palmar única e quinto dedo da mão curto e recurvado

MONITORAMENTO DOS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

A triagem neonatal é uma das etapas fundamentais da atenção à saúde do recém-nascido, identificando precocemente doenças congênitas e outras condições de saúde que possam comprometer o desenvolvimento saudável da criança.

Os testes realizados nos primeiros dias de vida são o Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Coraçãozinho, Teste da Linguinha e Teste do Olhinho.

A integração dessas ações de triagem neonatal assegura uma abordagem abrangente e preventiva, focada na promoção da saúde e bem-estar das crianças desde os primeiros dias de vida, contribuindo para a redução das taxas de mortalidade e morbidade neonatal.

A) ESTRATIFICAÇÃO E RISCO

Torna-se fundamental o preenchimento do instrumento de Avaliação do Desenvolvimento integral da criança até 10 anos, através da caderneta de saúde:

- Provável AGD: ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior. Referir para avaliação neuropsicomotora.
- Possível AGD: ausência de um ou mais marcos para a sua faixa etária. Em crianças sem outros achados de gravidade (como dismorfias, convulsão, entre outros) orientar mãe sobre estimulação de seu filho e reavaliar se atraso persiste após 30 dias. Retornar antes se intercorrências.

Para os prematuros até 12 meses de idade cronológica utilize a idade corrigida (idade corrigida = semanas da idade cronológica – semanas que faltaram para completar 40 semanas).

(Fonte: Adaptado de Telessaúde RS-UFRGS (2022), e Brasil (2023a, 2023b).

B) MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo que ocorre desde o nascimento até a idade adulta. É marcado por mudanças físicas, psicológicas, sociais e emocionais. Embora cada criança tenha seu ritmo único, é importante observar se os marcos principais estão sendo atingidos dentro de um intervalo razoável esperado. Caso contrário, pode ser necessário ações possíveis pela equipe de saúde da própria APS, com orientações e estimulação precoces, ou mesmo encaminhar para atenção especializada, conforme critérios mínimos.

Monitorar e entender esses marcos é de domínio dos profissionais de saúde, porém é crucial para pais e mesmo educadores, pois permite avaliar se uma criança está progredindo adequadamente em seu desenvolvimento.

Os marcos do desenvolvimento infantil são uma série de habilidades que a maioria das crianças atinge em uma determinada faixa etária. Eles são divididos em quatro categorias principais:

- Socioemocional: habilidades relacionadas às emoções, relacionamentos e comportamento social como sorrir, interagir, brincar com outras crianças, expressar emoções e preferências.
- Cognitiva: habilidades relacionadas ao pensamento, aprendizado e resolução de problemas, dependendo dos sentidos, das interações, da comunicação verbal e não verbal, do brincar.
- Linguagem: habilidades relacionadas à comunicação e expressão verbal e não verbal conforme o esperado para cada idade, seja balbuciar e produzir sons, falar as primeiras palavras, formar frases, fazer perguntas, cumprir ordens, contar histórias.
- Motora: habilidades relacionadas ao movimento e coordenação, como segurar a cabeça, rolar, sentar-se, engatinhar, andar, subir escadas, correr.

Dentro dos marcos existem habilidades específicas importantes e que tem conexão com os desenvolvimentos descritos a seguir.

I) DESENVOLVIMENTO AUDITIVO

A prevalência da deficiência auditiva varia de um a seis neonatos para cada mil nascidos vivos, e de um a quatro para cada cem recém-nascidos provenientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A legislação brasileira torna obrigatório e gratuito o teste da orelhinha (Triagem Auditiva Neonatal) para todos os recém-nascidos, conforme a Lei Federal nº 12.303 de 2 de agosto de 2010. O objetivo é identificar precocemente problemas auditivos, permitindo intervenção precoce e melhora nas chances de desenvolvimento da fala e linguagem da criança.

São considerados neonatos ou lactentes com **indicadores de risco para deficiência auditiva** (IRDA) aqueles que apresentarem os seguintes fatores em suas histórias clínicas (JCIH, 2007; LEWIS et al., 2010):

- Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, fala ou linguagem.
- Antecedente familiar de surdez permanente, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos neste item.
- Permanência na UTI por mais de cinco dias, ou a ocorrência de qualquer uma das seguintes condições, independente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas como antibióticos aminoglicosídeos e/ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia perinatal grave; Apgar Neonatal de 0 a 4 no primeiro minuto, ou 0 a 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas.
- Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV).
 - Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal.
- Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (como Waardenburg, Alport, Pendred, entre outras).
- Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friederich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth).

- Infecções bacterianas ou virais pós-natais como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite (prioridade vermelha sempre).
- Traumatismo craniano.
- Quimioterapia.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

II) DESENVOLVIMENTO VISUAL

Crianças pequenas com deficiência visual grave e irreversível de início precoce podem apresentar atraso no desenvolvimento motor, linguístico, emocional, social e cognitivo, com consequências para toda a vida. Crianças em idade escolar com deficiência visual também podem apresentar níveis mais baixos de desempenho educacional, bem como afetar gravemente a qualidade de vida.

A Lei Estadual Nº 19.108, de 29 de novembro de 2024, prevê que o exame deverá ser repetido aos quatro, seis e doze meses após o nascimento, nas unidades de Atenção Básica de Saúde. E, também, em consulta especializada, aos dois e 3 três anos de idade.

Causas de cegueira na infância por causas evitáveis:

- Cicatrizes corneanas (deficiência de vitamina A, sarampo, conjuntivite neonatal);
- Catarata congênita e de desenvolvimento;
- Glaucoma;
- Retinopatia da prematuridade;
- Erros de refração;
- Lesões traumáticas;
- Tracoma.

(Fonte: Adaptado de TelessaúdeRS-UFRGS (2022), e Brasil (2023a, 2023b).

Fatores de risco para perda da visão em crianças de até 3 anos:

- Congênitos ou perinatais
- História familiar de doenças com possível envolvimento oftálmico (catarata congênita, retinoblastoma, glaucoma, síndromes genéticas ou doença metabólicas).
- História familiar de altos erros refrativos.
- Peso ao nascimento < 1.500 g ou idade gestacional < 35 semanas.
- Infecções intraútero como toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis (TORCH), HIV, Zika, varicela.
- Exposição durante a gestação à álcool e drogas ilícitas (cocaína, crack, outras). □
Uso de medicações durante a gestação: talidomida, misoprostol, benzodiazepínicos, corticoide sistêmico.
- Intercorrências perinatais como meningite, sepse, síndrome do desconforto respiratório, transfusões sanguíneas, hemorragia intraventricular, internação em unidade de terapia intensiva neonatal.
- Malformações oftalmológicas congênitas, como aniridia.

- Síndromes genéticas com repercussão oftalmológica, como albinismo.
- Alteração na Triagem Ocular Neonatal (teste do olhinho).

Pós-natais ou tardias:

- Acidentes, traumas e maus-tratos.
- Alterações neurológicas.
- Infecções sistêmicas e locais.
- Estrabismo (Teste de Hishberg).
- Nistagmo.
- Fatores nutricionais (perda de peso e dificuldade de ganho de peso podem indicar doença sistêmica).
- Radiação.
- Doenças sistêmicas, alterações metabólicas ou alterações cromossômicas com possível envolvimento oftálmico (ex: artrite idiopática juvenil, diabetes mellitus, Síndrome de Marfan, Síndrome de Down).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Brasil (2016a), Ejzenbaum et al. (2020) e Kaufman et al. (2021)

III) DESENVOLVIMENTO MOTOR

Quando uma criança não atinge os marcos motores esperados para a sua idade, seja em habilidades motoras grossas (como se sentar, engatinhar ou andar) ou motoras finas (como pegar objetos ou desenhar) é um sinal de alerta para o profissional de saúde que chama a atenção para um fato em comum, de que algo não está indo bem com a criança, pois ela não segue a sequência esperada de aquisições importantes para o seu desenvolvimento.

É sempre o momento de revisar informações, orientar estímulos ou detalhar mais a investigação clínica. Verificar se há alguma condição da infância que justifique ou se essa condição tende a ser transitória, permanente e/ou progressiva, entre outras ações em saúde, implicará no desfecho do próprio processo, e precisa incluir um acompanhamento com avaliações mais frequentes, orientações mais assertivas e uma rede de saúde que converse entre si e gerencie o momento de encaminhar para intervenções precoces, por exemplo.

O atraso é em si mesmo, uma condição essencial para tomada de decisão e prestação de cuidados. Assim, o acompanhamento do desenvolvimento é um processo que pode auxiliar os profissionais e pais a entenderem o que ocorre com a criança, até a delimitação de um diagnóstico final, mais preciso e que vai redirecionar as ações e seguir na reabilitação.

IV) DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM

O desenvolvimento da linguagem é um marco crucial na vida de uma criança. A aquisição adequada da linguagem desempenha um papel fundamental no seu crescimento intelectual, emocional e social. Seguem alguns sinais de alerta:

- **Atraso na fala:** Se a criança não está alcançando marcos linguísticos típicos para sua faixa etária, como a ausência de palavras ou frases simples até os 2 anos de idade, isso pode indicar um atraso no desenvolvimento da fala.
- **Dificuldades na compreensão:** Quando a dificuldade da criança está em compreender e seguir instruções adequadas à sua idade. Contudo se a criança não demonstra compreensão adequada de palavras e comandos simples, isso pode indicar problemas de linguagem.
- **Vocabulário restrito ou sem aquisição novas palavras:** Se a criança possui um vocabulário significativamente menor do que outras crianças da mesma idade, isso pode indicar um problema de linguagem, o vocabulário de uma criança está diretamente relacionado à sua capacidade de comunicação e compreensão, e qualidade de interações na família, na escola ou no convívio social.
- **Problemas na fluência da fala:** a disfluência é um fenômeno comum na fase em que as crianças estão estruturando sua linguagem, que pode surgir na faixa etária dos três anos. As recentes pesquisas têm delimitado algumas diferenciações entre as disfluências que são manifestações infantis naturais ao período de estruturação linguística, em relação àquelas que são sinais efetivos de gagueira. (<https://gagueira.org.br/gagueira-diagnostico-diferencial/gagueira-e-disfluencia-comum-na-infancia>)
- **Erros de pronúncia persistentes:** É comum as crianças cometerem erros de pronúncia durante o desenvolvimento da fala, porém, se esses erros persistirem além de uma certa idade, pode ser um indicativo de um problema de linguagem. Ao chegar na etapa de escolaridade, devem finalizar a aquisição dos fonemas da língua portuguesa.
- **Dificuldades na interação social:** Problemas de linguagem afetam a interação social da criança. Dificuldades em iniciar ou manter uma conversa, falta de contato visual e dificuldades em interpretar as expressões faciais e linguagem corporal dos outros podem ser sinais de alerta. Nesse ponto é fundamental respeitar as recomendações sobre uso de telas, que em excesso limitam as interações positivas que irão servir de referência, modelo e espelhamento para novas aquisições no desenvolvimento como um todo.

Fontes: American Speech-Language-Hearing Association. (2019). Speech and Language Developmental Milestones. Retrieved from <https://www.asha.org/public/speech/development/chart/>

McLeod, S., C McKinnon, D. H. (2007). Prevalence of Communication Disorders Compared with Other Learning Needs in 14,500 Primary and Secondary School Students. *International Journal of Language C Communication Disorders*, 42(Suppl 1), 37-59.

Norbury, C. F., Gooch, D., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Pickles, A., ... C Vamvakas, G. (2016). Younger children experience lower levels of language competence and academic progress in the first year of school: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(1), 65-73.

Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., C Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. *International Journal of Language C Communication Disorders*, 35(2), 165-188.

Shriberg, L. D., Tomblin, J. B., C McSweeney, J. L. (1999). Prevalence of speech delay in 6-year-old children and comorbidity with language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(6), 1461-1481

MERÇON, S. A. A., NEMR, K. Gagueira e disfluência comum na infância: análise das manifestações clínicas nos seus aspectos quantitativos e qualitativos. *Revista do CEFAC*, São Paulo, vol. 09, no. 02, 174-179, abr-jun 2007.