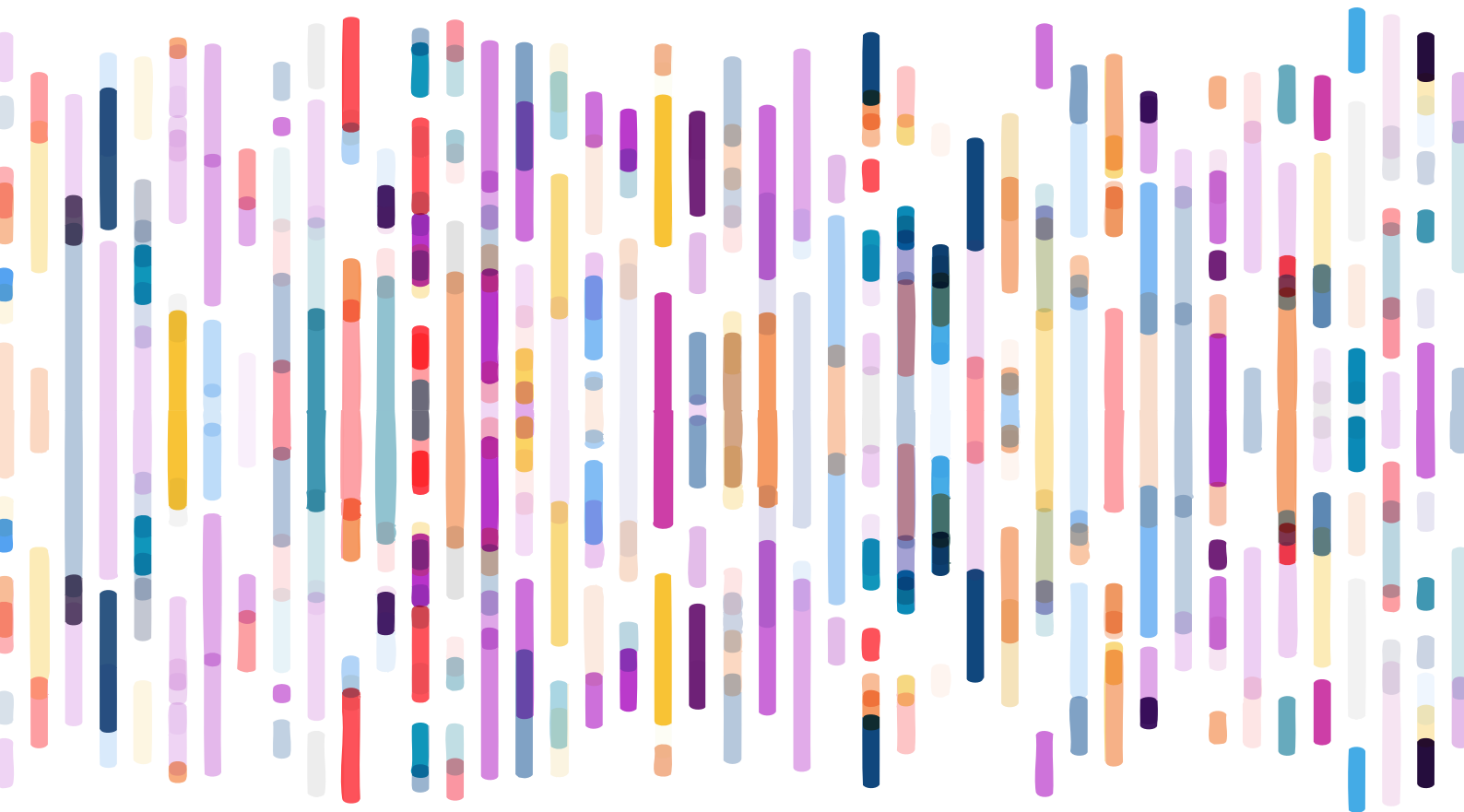


Desenvolvimento e Comportamento Infantil

Porque e como avaliar

*Um guia de Diretivas do II Congresso Cearense
de Desenvolvimento e Comportamento Infantil*



Organizadores

Álvaro Jorge Madeiro Leite
Gerly Anne Nóbrega Barreto
Henrique Luis do Carmo e Sá
Renata de Barros Bruno Ximenes



© 2025 IPREDE - Instituto da Primeira Infância, SOCEP - Sociedade Cearense de Pediatria e COOPED - Cooperativa dos Pediatras do Ceará. Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

1a edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, edição e distribuição INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA - IPREDE

Rua Professor Carlos Lobo, 15 - Cidade dos Funcionários, Fortaleza - CE, 60821-740

Site iprede.org.br

Este evento foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, por meio do Edital Universal, Chamada CNPq/MCTI, N° 10/2023

II Congresso Cearense de Desenvolvimento e Comportamento Infantil

Presidente do congresso Prof. Dr. Álvaro J. Madeiro Leite

Presidente da comissão científica Dra. Renata B. Bruno Ximenes

Comissão científica Álvaro Jorge Madeiro Leite, Anamaria Cavalcante e Silva, Jocileide Sales Campos, João Osmiro Barreto, Francisca Lúcia Medeiros, Gerly Anne Nóbrega Barreto, Renata Castro Kehdi, Denise Gonçalves Pereira, Henrique Luis do Carmo e Sá, Magda Paula Gomes Garcia

Presidente da Sociedade Cearense de Pediatria - SOCEP

João Cândido de Souza Borges

Diretor-Presidente da Cooperativa dos Pediatras do Ceará - COOPED-CE

João Osmiro Barreto

Presidente do Instituto da Primeira Infância - IPREDE

Francisco Sullivan Bastos Mota

GUIA DE DIRETIVAS

Edição-geral

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Gerly Anne Nóbrega Barreto

Henrique Luis do Carmo e Sá

Renata de Barros Bruno Ximenes

Editoração eletrônica: Orlane Rocha | Editora Encantar Serviços Editoriais e Beatriz Sá

USO ÉTICO DE LINGUAGEM COMPUTACIONAL GENERATIVA.

Para a elaboração deste documento-síntese, as conferências foram integralmente gravadas. Os áudios foram submetidos a uma transcrição literal automatizada e, subsequentemente, o texto bruto foi processado por uma ferramenta de inteligência artificial para refinamento, visando uma linguagem mais estruturada e sintética. Enfatizamos que este processo tecnológico serviu como suporte à curadoria humana: todo o conteúdo foi cuidadosamente revisado, editado e validado pelos organizadores e editores da obra, que assumem a responsabilidade final pela fidelidade conceitual às apresentações originais e pela qualidade do texto aqui apresentado.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Congresso Cearense de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento (2. : 2025 : Fortaleza, CE)
Desenvolvimento e comportamento infantil [livro eletrônico] : porque e como avaliar : um guia de diretrizes do II Congresso Cearense de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento / organização Álvaro Jorge Madeiro Leite...[et al.]. -- Fortaleza, CE : Ed. dos Autores, 2025.

PDF

Vários autores.

Outros organizadores: Gerly Anne Nóbrega Barreto, Henrique Luis do Carmo e Sá, Renata de Barros Bruno Ximenes.

ISBN 978-65-01-77395-7

1. Cognição em crianças 2. Crianças - Desenvolvimento psicomotor 3. Desenvolvimento infantil - Avaliação 4. Linguagem - Desenvolvimento 5. Pediatria I. Leite, Álvaro Jorge Madeiro. II. Barreto, Gerly Anne Nóbrega. III. Sá, Henrique Luis do Carmo e. IV. Ximenes, Renata de Barros Bruno. V. Título.

CDD-618.92

NLM-WS-100

25-312594.0

Índices para catálogo sistemático:

1. Pediatria : Medicina 618.92

Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB 8/8415

Autores

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Professor titular de Pediatria. Coordenador do Ambulatório de Desenvolvimento e Comportamento- Iprede/UFC -COOPED/ Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará.

Ana Paula Scoleze Ferrer

Professora Livre-docente do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP. Coordenadora da Unidade de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento e chefe do Ambulatório Geral de Crianças com Condições Crônicas do Instituto da Criança e do Adolescente do HCFMUSP

Andre Luiz Da Silva Manganelli

Mestre em Neurologia e Neurociências Clínicas pelo HCFMRP-USP (2019). Residência Médica em Pediatria, pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão - Florianópolis-SC (2016) e em Neurologia Pediátrica pelo HCFMRP-USP - Ribeirão Preto - SP (2018).

Antonia Edda Araújo

Terapeuta ocupacional , mestre em Psicologia, especialista em estimulação e tratamento precoce, psicomotricidade , terapia cognitiva comportamental . Certificação internacional em Integração Sensorial. Diretora técnica e sócia proprietária da clínica Habilidade e coordenadora da unidade Conecta do Iprede.

Felipe de Freitas Pires Cudizio

Médico pediatra formado em medicina pela FMABC e em pediatria pela FMUSP. Com aperfeiçoamento em desenvolvimento pela UNIFESP. Coursou a formação em psicanálise Winnicottiana pelo IBPW. Atualmente atua na cidade de Fortaleza como pediatra geral, preceptor em pediatria pela UNICHRISTUS e em ambulatorial de pediatria do desenvolvimento e comportamento no IPREDE.

Francisca Lúcia Medeiros do Carmo

Médica pela Universidade Federal do Ceará(1978), Pediatra pelo Hospital Infantil Albert Sabin (1980), especialista em Perinatologia e Saúde Reprodutiva

pela Universidade Federal do Ceará(1999), especialização em Pediatria pela Sociedade Cearense de Pediatria(1997), com mestrado-profissionalizante em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará(2002). Atualmente é Médica do Governo do Estado do Ceará e Diretora Superintendente da Cooperativa dos Pediatras do Ceará - COOPED.

Francisco Sullivan Bastos Mota

Médico pela Universidade Federal do Ceará (1976), Pediatra e mestre em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1981). Foi professor adjunto IV da Universidade Federal do Ceará, chefe da unidade de neonatologia da maternidade do Hospital Universitário Walter Cantídio, É presidente do Instituto da Primeira Infância - IPREDE e membro (cadeira 1) da Academia Cearense de Medicina.

Gerly Anne Nóbrega Barreto

Pediatra e neonatologista, mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual do Ceará - UECE (2017). Especialista em Desenvolvimento Infantil pelo Centro Universitário Christus - Unichristus (2020). Doutoranda no programa de Saúde Pública da UFC.

Henrique Luis do Carmo e Sá

Médico pediatra formado em medicina pela Universidade Federal do Ceará e em Pediatria pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC); mestre em Educação Médica pela Universidade de Illinois em Chicago e doutor em Educação Superior pela Universidade de Liverpool. Professor titular do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas e do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

João Osmiro Barreto

Médico pela Universidade Federal do Ceará (1982), Pediatra pelo Hospital das Forças Armadas (1986), Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, pela Universidade Estadual do Ceará (2004). Atualmente é médico do Governo do Estado do Ceará e médico da Universidade Federal do Ceará, é Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Kellen Yamille dos Santos Chaves

Fisioterapeuta, servidora da Universidade Federal do Ceará, atuando no Ambulatório de Seguimento do bebê de risco da Maternidade-Escola. Especialista em Desenvolvimento Infantil na 1º infância. Mestre em Saúde da

Mulher e da Criança pela UFC. Doutoranda no programa de Saúde Pública da UFC.

Marcela Benati de Andrade Farias

Médica formada pela Universidade de Fortaleza (Unifor), com residência em Pediatria pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (UFC). Atualmente, pós-graduanda em Desenvolvimento Infantil pela Unichristus..

Maria Isabel Santos de Norões Ramos

Médica pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR - Fortaleza/Ce), com Residência em pediatria pelo Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC - Fortaleza/Ce) e em Neurologia Infantil pelo HCFMRP-USP (Ribeirão Preto-SP) Mestrado Profissional em Neurologia e Neurociências Clínicas pela FMRP-USP (Ribeirão Preto-SP). Programa de complementação especializada em Neurofisiologia pelo HCFMRP-USP (Ribeirão Preto- -SP). Atua como Neuropediatra no HUWC, Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), Iprede/ Conecta e como Neurofisiologista clínica na Sinapse Diagnóstico e no HUWC.

Michele Montier Freire do Amarante

Pediatra formada pela Escola de Saúde Pública com título de especialista pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em desenvolvimento infantil. Coordenadora da residência de Pediatria em Tauá, supervisora da residência de Pediatria da ESP CE e preceptora do internato de Pediatria da Unifor.

Pedro Henrique Veras Reis

Psiquiatra. Médico pela Universidade Federal de Sergipe - UFS (2019). Residência em Psiquiatria pelo Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto (2023). Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital de Saúde Mental Prof. Frota Pinto (2024).

Renata de Barros Bruno Ximenes

Médica Pediatra pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, Mestre em Saúde da Criança - UFC; Doutoranda em Saúde Pública - UFC; Preceptora e Assessora da Coordenação do Ambulatório de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento (PDC) - IPREDE e Professora da Universidade de Fortaleza

Renata Castro Kehdi

Pediatra neonatologista, Mestre em Saúde da Mulher e da Criança, Doutoranda em medicina translacional e Médica do Iprede - Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento.

Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi

Professora Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo. É membro da Congregação da FMUSP, do Conselho de Departamento de Pediatria e do Conselho Diretor do Instituto da Criança do HCFMUSP. Atualmente é Presidente do Conselho Diretor do Centro de Desenvolvimento Infantil da Faculdade de Medicina da USP (CEDI - FMUSP).

Renata Cavalcante Barbosa Haguette

Fonoaudióloga (Universidade de Fortaleza - 1998), especialista em Linguagem (Conselho Federal de Fonoaudiologia - 1999), Mestre em Saúde Pública (Universidade Federal do Ceará - 2003) e Doutora em Saúde Coletiva (UECE/UFC 2014). Tem experiência no campo das Neurociências Aplicadas à Comunicação e à Aprendizagem de crianças.

Thaís Lia Castro Leite

Psicóloga e Mestra em Psicologia pela Universidade de Fortaleza, pesquisadora membro do Laepcus (Laboratório de Estudos sobre Psicanálise, Cultura e Subjetividade - UNIFOR), psicóloga clínica de crianças, adolescentes e adultos. Orientadora profissional de adolescentes e adultos e psicanalista desde 2017, com formação em psicanálise pela CLIO associação de psicanálise. Psicóloga membro da Clínica do bebê em Fortaleza, supervisora clínica e Palestrante.

sumário

6	Apresentação	68	O DOMÍNIO SENSORIAL
8	Prefácio e Primórdios da Pediatria do Crescimento e Desenvolvimento no Ceará	74	A Avaliação do Processamento Sensorial: Um Olhar do Neuropediatra para Além do Rótulo
11	A Imperativa Relevância do Desenvolvimento Infantil para a Pediatria Contemporânea: Uma Perspectiva da Neurociência	81	O Manejo Sensorial: Da Observação do Brincar à Estratégia dos Quatro “As”
19	Da Expectativa à Ação: Sistematizando a Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Prática Pediátrica	89	O DOMÍNIO DA LINGUAGEM
28	O DOMÍNIO MOTOR	94	Avaliação do Domínio da Linguagem: Uma Abordagem Processual e Integrada na Prática Pediátrica
34	A Avaliação do Domínio Motor: Da Quantidade de Marcos à Qualidade do Movimento	99	O Manejo da Linguagem: Da Complexidade do Problema à Abordagem Colaborativa e Indireta
41	O Manejo do Desenvolvimento Motor: Capacitando a Família como Agente Terapêutico Central	106	DOMÍNIO COGNITIVO
48	O DOMÍNIO SOCIOEMOCIONAL	111	A Avaliação do Domínio Cognitivo: Da Observação Clínica à Análise do Comportamento Adaptativo
55	O Efeito Dominó: A Avaliação Socioemocional e a Prevenção da Rotulação Precoce	117	O Manejo Cognitivo: Da Mitigação de Prejuízos à Promoção da Autonomia e Realização
62	O Manejo Socioemocional: Da Compreensão das Mães à Proteção das Famílias	122	Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC): Capacitando Famílias para a Promoção do Cuidado Responsivo
		128	Fatos ou artefatos: autismo e desafios na prática pediátrica

Apresentação

Álvaro Jorge Madeiro Leite
Presidente do Congresso

Findo o II Congresso de Desenvolvimento e do Comportamento Infantil ficamos com sensação de que o desafio proposto foi alcançado: apresentar aos participantes de modo estruturado esse tópico essencial da prática pediátrica que é o desenvolvimento e comportamento; proporcionar uma experiência de aquisição de competências em desenvolvimento e comportamento da primeira infância que possa ser incorporada no dia a dia da prática dos pediatras. Foi acertada a ênfase em transmitir o que se faz no ambulatório quando o desafio é avaliar o desenvolvimento infantil. Com este Guidebook cumprimos a promessa de responder às duas primeiras questões: Por que devemos estudar desenvolvimento infantil? Como devemos estudar desenvolvimento infantil?

Enfrentamos o desafio prático de atender crianças com queixas na esfera do desenvolvimento e comportamento na primeira infância utilizando o modelo em ação no Ambulatório PDC (IPREDE/UFC/COOPED). Para cada dimensão do desenvolvimento (motor, linguagem, cognitiva, emocional, sócio-relacional e processamento sensorial) integramos os tópicos definição, avaliação e manejo.

Aqui está o resultado transcrito e estruturado de todas as 18 palestras, agora disponibilizado para cada participante. Que cada um se sinta estimulado a responder a pergunta: “quais as mensagens centrais de cada mesa redonda que poderei incorporar na minha prática?”

Por fim, declaramos nossa alegria em receber a todos em clima de saudável harmonia, celebração de dimensões da vida médica, tais como a ética e os afetos, na sede da SOCEP para nosso II Congresso da Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento.

Saudações pediátricas

Prefácio

João Cândido de Souza Borges

Presidente da Sociedade Cearense de Pediatria

O II Congresso Cearense de Desenvolvimento e do Comportamento Infantil, integrante do 19º Congresso Cearense de Pediatria, representou um marco significativo para a pediatria cearense. Deste encontro nasceu a ideia e o conteúdo deste Guia de Diretivas, que agora chega como uma valiosa ferramenta para o pediatra geral — aquele que, no cotidiano de sua prática, acompanha as múltiplas dimensões do desenvolvimento infantil.

A importância de compreender o desenvolvimento da criança em toda a sua complexidade vai muito além da simples observação de marcos ou da identificação de atrasos. Trata-se de um olhar atento e sensível às singularidades de cada criança, reconhecendo que o desenvolvimento é multifatorial, dinâmico e profundamente influenciado por contextos emocionais, sociais e familiares.

Vivemos, ainda assim, uma época de riscos crescentes de avaliações e medicalizações na infância, em que sintomas e comportamentos acabam sendo rapidamente enquadrados em diagnósticos e tratados com medicamentos, antes mesmo de uma análise ampla e multidisciplinar de oportunidades. Esse Guia surge, portanto, como um convite à reflexão e à prática clínica cuidadosa — que privilegia o tempo da escuta, o trabalho em equipe e a integração de saberes.

A experiência com crianças com neurodivergências, especialmente aquelas dentro do espectro do TEA, nos ensina que a abordagem verdadeiramente efetiva, e afetiva, se constrói em conjunto com profissionais de diferentes áreas, famílias e escolas. Essa integração nos traz tranquilidade e confiança

de que há caminhos potentes fora da medicalização, ampliando o espaço para terapias e estratégias que respeitam o ritmo e as potencialidades de cada criança.

A estruturação deste material, fruto direto das discussões, palestras e vivências do Congresso, é uma demonstração clara do compromisso da pediatria cearense com a formação continuada e a excelência no cuidado infantil. Este Guia não é apenas um registro de conteúdos, mas um instrumento vivo de aprendizado, que fortalece a prática diária dos pediatras e os encoraja a uma atuação cada vez mais humana e científica. Tenho convicção de que este é apenas o início de uma jornada. A produção deste guia, uma iniciativa conjunta do IPREDE – Instituto da Primeira Infância, da SOCEP – Sociedade Cearense de Pediatria, da UFC – Universidade Federal do Ceará e da COOPED – Cooperativa dos Pediatras do Ceará, representa um avanço que certamente ecoará nacionalmente, inspirando outros grupos e instituições a seguirem o mesmo caminho. Que este Guia sirva como farol para o pediatra geral, fortalecendo sua prática e sua sensibilidade diante do maior compromisso que temos: promover o desenvolvimento pleno e saudável de nossas crianças.

Primórdios da Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento no Ceará

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Francisco Sullivan Bastos Mota

Francisca Lúcia do Carmo Medeiros

João Osmiro Barreto

Em 2018, por iniciativa da Cooperativa de Pediatras (COOPED), ocorreu um curso de atualização em Pediatria do Desenvolvimento e do Comportamento (PDC) ministrados por professores dos Departamentos de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Esse foi o estímulo que faltava para que a diretoria da COOPED em parceria com a disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFC e com o Instituto da Primeira Infância (IPREDE) viabilizassem a implantação da primeira experiência clínica ambulatorial centrada no Desenvolvimento Infantil em nosso Estado.

O ambulatório, localizado nas dependências do IPREDE, foi inaugurado em agosto de 2018 passando a funcionar nos horários da manhã e todos os dias da semana. Atualmente, a ampliação dessa exitosa experiência está totalmente incorporada à instituição, em particular na relação com o SUS Fortaleza por intermédio da secretaria de saúde de Fortaleza.

Se o desenvolvimento infantil depende da bagagem genética de cada criança, da possibilidade de oferta de cuidados adequados por parte de cada família, das influências do ambiente e da comunidade, também exige uma equipe formada pelos múltiplos saberes que se dedicam à infância.

Assim, o ambulatório conta com equipe multidisciplinar formada por pediatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, músico terapeutas, neuropediatras e psiquiatras da infância e adolescência.

O projeto faz parte do objetivo maior de desenvolver iniciativas articuladas com grupos nacionais para enfatizar na formação geral dos pediatras que o “desenvolvimento é a espinha dorsal da pediatria! E num futuro breve criar e consolidar a área de atuação denominada Pediatria do Desenvolvimento e do Comportamento como área que se dedica a estudar e prestar assistência a crianças e adolescentes com problemas de comportamento, de desenvolvimento e de aprendizagem; tais problemas representam a nova agenda da Pediatria após as conquistas significativas na sobrevivência das crianças com os programas sanitários e sociais dos últimos 35-40 anos. O pediatra dessa área deverá alcançar uma capacitação de excelência nos aspectos médico-sociais, psicológicos, neurológicos e neurocientíficos relacionados com esses problemas.

A experiência de ensino e pesquisa está organizada em projetos que já recebem mestrandos e doutorandos dos programas de pós-graduação existentes em nossas universidades locais, bem como todos os residentes de pediatria dos diversos programas de formação do Estado (cerca de 60 residentes por ano – R2 e R3) e alunos de graduação e internato de várias faculdades de medicina para estágios supervisionados em pediatria do desenvolvimento.

Nos últimos anos a Sociedade Cearense de Pediatria (SOCEP) por intermédio de sua direção e de seu departamento de pediatria do desenvolvimento e comportamento vem contribuindo decisivamente para a consolidação dessa iniciativa, já tendo realizado com apoio dos parceiros, IPREDE/UFC e COOPED, congressos anuais desde o ano de 2024 com foco no desenvolvimento e comportamento da criança. Neste último, realizado em outubro deste ano, o objetivo educacional foi proporcionar uma experiência de aprendizagens e competências que possam ser incorporadas no dia a dia da prática dos pediatras. A publicação de Guia faz parte desse esforço e o mesmo será distribuído diretamente a todos os participantes do II Congresso PDC, bem com a toda a comunidade pediátrica do Ceará e outros Estados.

1 A Imperativa Relevância do Desenvolvimento Infantil para a Pediatria Contemporânea: Uma Perspectiva da Neurociência

Sandra Grisi

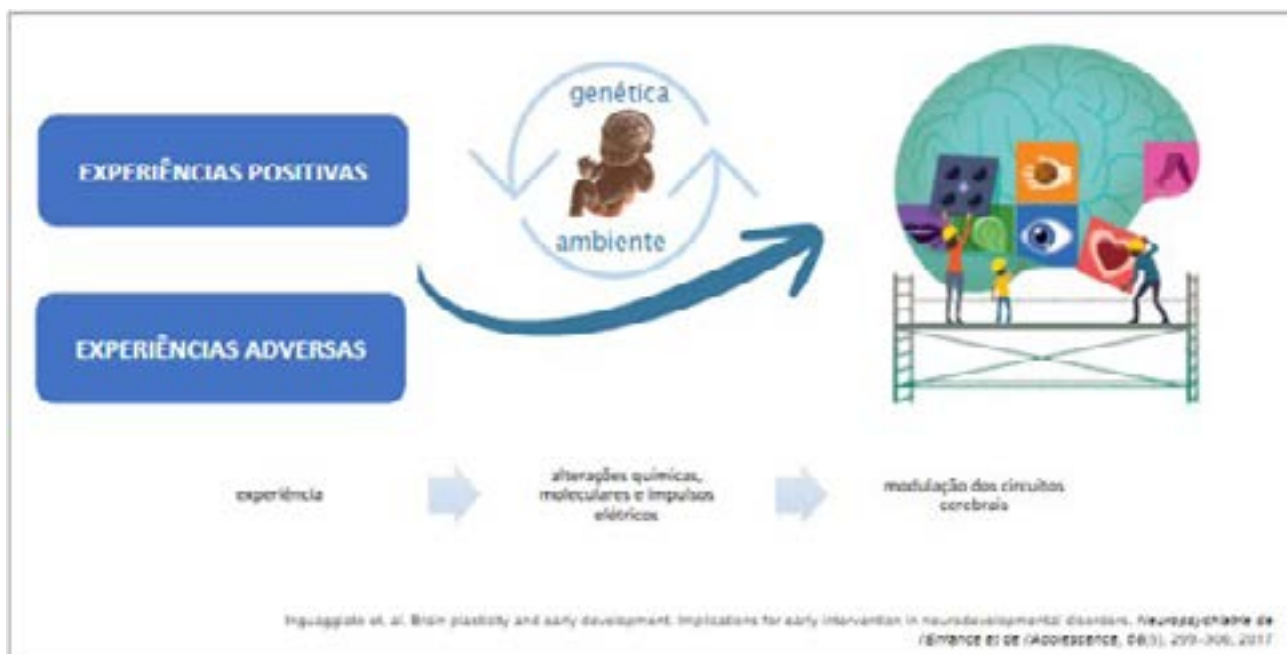
INTRODUÇÃO

A pediatria, em sua essência, dedica-se a garantir a saúde e o bem-estar da criança em sua trajetória para a vida adulta. Historicamente, o foco esteve no crescimento físico e na prevenção ou tratamento de patologias. Contudo, avanços significativos na neurociência, psicologia e epigenética nas últimas décadas provocaram uma mudança de paradigma. O desenvolvimento infantil emergiu não como um componente acessório, mas como o processo fundamental que molda a saúde física, mental e social ao longo de toda a vida. A questão “Por que devemos estudar o desenvolvimento infantil?” deixa de ser retórica para se tornar um imperativo ético e científico para a prática pediátrica. Este ensaio busca apresentar alguns argumentos que sustentam essa afirmação, explorando como a neurociência informa a

prática clínica e redefine o papel do pediatra.

A REVOLUÇÃO DA NEUROCIÊNCIA: DA GENÉTICA DETERMINÍSTICA À PLASTICIDADE CEREBRAL

O entendimento do desenvolvimento cerebral passou por uma profunda transformação. O modelo anterior, que via o processo como geneticamente pré-determinado, deu lugar a uma visão dinâmica e interacional. A neurociência moderna demonstra que o desenvolvimento é *geneticamente orientado, mas profundamente modificado pelas experiências ambientais*. Esta interação é a base do conceito de plasticidade cerebral, a capacidade do cérebro de se reorganizar estrutural e funcionalmente em resposta a estímulos e experiências.



Este processo é particularmente intenso na primeira infância. A arquitetura cerebral é construída de baixo para cima, com circuitos mais simples formando a base para circuitos mais complexos. A proliferação de sinapses (sinaptogênese) atinge seu pico por volta dos cinco anos de idade, resultando em uma densidade sináptica que supera a do cérebro adulto. Subsequentemente, o processo de *poda sináptica* (ou *pruning*) refina essa rede, fortalecendo as conexões mais utilizadas e eliminando as subutilizadas, num mecanismo de “usar ou perder”. É a qualidade das experiências vividas pela criança que determinará quais circuitos serão

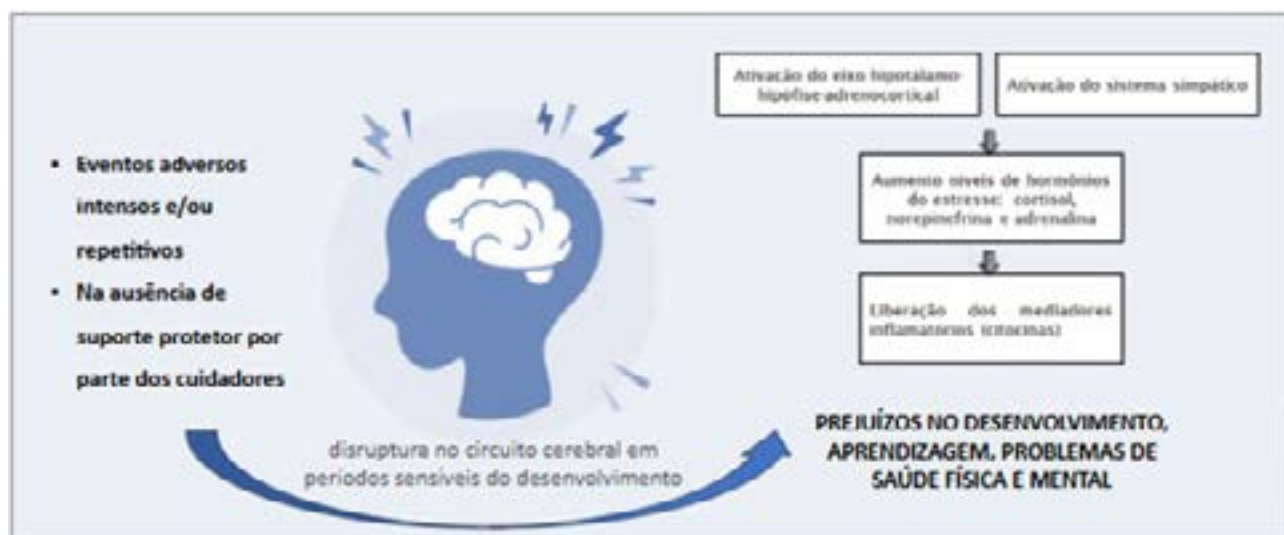
fortalecidos, moldando assim as capacidades cognitivas, emocionais e sociais futuras.

JANELAS DE OPORTUNIDADE E VULNERABILIDADE: O PAPEL DO AMBIENTE

A elevada plasticidade cerebral nos primeiros anos de vida cria “períodos sensíveis” ou janelas de oportunidade, durante as quais o cérebro está excepcionalmente receptivo a determinadas influências ambientais. A conferência destacou a importância dos “primeiros mil dias” (da gestação aos dois anos) e a crescente atenção aos “próximos mil dias” (dos dois aos cinco anos) como fases críticas para a fundação da saúde e do aprendizado. Dois fatores ambientais de grande impacto foram ressaltados: a nutrição e o estresse.

1. Nutrição e o Eixo Intestino-Cérebro: A nutrição adequada é vital não apenas para o crescimento somático, mas também para o desenvolvimento cerebral. A formação do **microbioma intestinal**, influenciada primordialmente pela amamentação e pela dieta, tem um papel direto na modulação da função cerebral. O eixo intestino-cérebro permite que metabólitos e neuro-hormônios produzidos pela microbiota influenciem a mielinização, a neurotransmissão e a própria arquitetura neural.

2. Estresse Tóxico: Nem todo estresse é prejudicial. O estresse positivo (desafios moderados) e o tolerável (eventos adversos na presença de um adulto protetor) são componentes normais do desenvolvimento. O **estresse tóxico**, contudo, refere-se à ativação prolongada e intensa do sistema de resposta ao estresse (eixo hipotálamo-hipófise-adrenal) na ausência de **sólidas** relações de apoio. A exposição crônica a altos níveis de cortisol e mediadores inflamatórios pode alterar a arquitetura cerebral, prejudicando o desenvolvimento de circuitos neurais no córtex pré-frontal (responsável pelas funções executivas) e no hipocampo (memória), enquanto fortalece os circuitos da amígdala (medo e ansiedade).



O efeito do estresse tóxico.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA PEDIÁTRICA: O PEDIATRA COMO PROMOTOR DO DESENVOLVIMENTO

A compreensão desses mecanismos neurobiológicos redefine a prática pediátrica ambulatorial. O pediatra está em uma posição privilegiada para monitorar, orientar e intervir precocemente.

Primeiramente, a vigilância do desenvolvimento transcende a simples aplicação de escalas. Ela se torna uma avaliação holística que busca identificar não apenas atrasos, mas também fatores de risco (prematuridade, desnutrição, vulnerabilidade social) e fatores de proteção (vínculos seguros, ambiente estimulante).

Em segundo lugar, o papel do pediatra expande-se para o de um educador e promotor de saúde. Ao orientar as famílias sobre a importância de interações responsivas (“servir e devolver”), de nutrição adequada, do sono e da criação de um ambiente seguro e previsível, o profissional atuará diretamente na modulação do ambiente que esculpirá o cérebro da criança. Finalmente, o conhecimento do desenvolvimento infantil fundamenta a necessidade de uma abordagem multiprofissional. A complexidade do processo exige a colaboração entre pediatras, neurologistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais, formando uma rede de cuidado integrada e centrada na criança e em sua família.

CONCLUSÃO

Estudar o desenvolvimento infantil é, portanto, um requisito fundamental para a pediatria do século XXI porque a ciência demonstrou inequivocamente que as experiências da primeira infância têm um impacto duradouro e profundo na trajetória de vida de um indivíduo. Ao compreender os fundamentos neurobiológicos do desenvolvimento, o pediatra é capacitado a “fazer a diferença”, movendo-se de um papel reativo para um papel proativo. Promover o neurodesenvolvimento saudável é investir na prevenção de doenças crônicas, transtornos mentais e dificuldades de aprendizagem, contribuindo não apenas para a saúde de um paciente, mas para a construção de uma sociedade mais saudável, justa e resiliente.

2 Da Expectativa à Ação: Sistematizando a Avaliação do Desenvolvimento Infantil na Prática Pediátrica

Ana Paula Scoleze

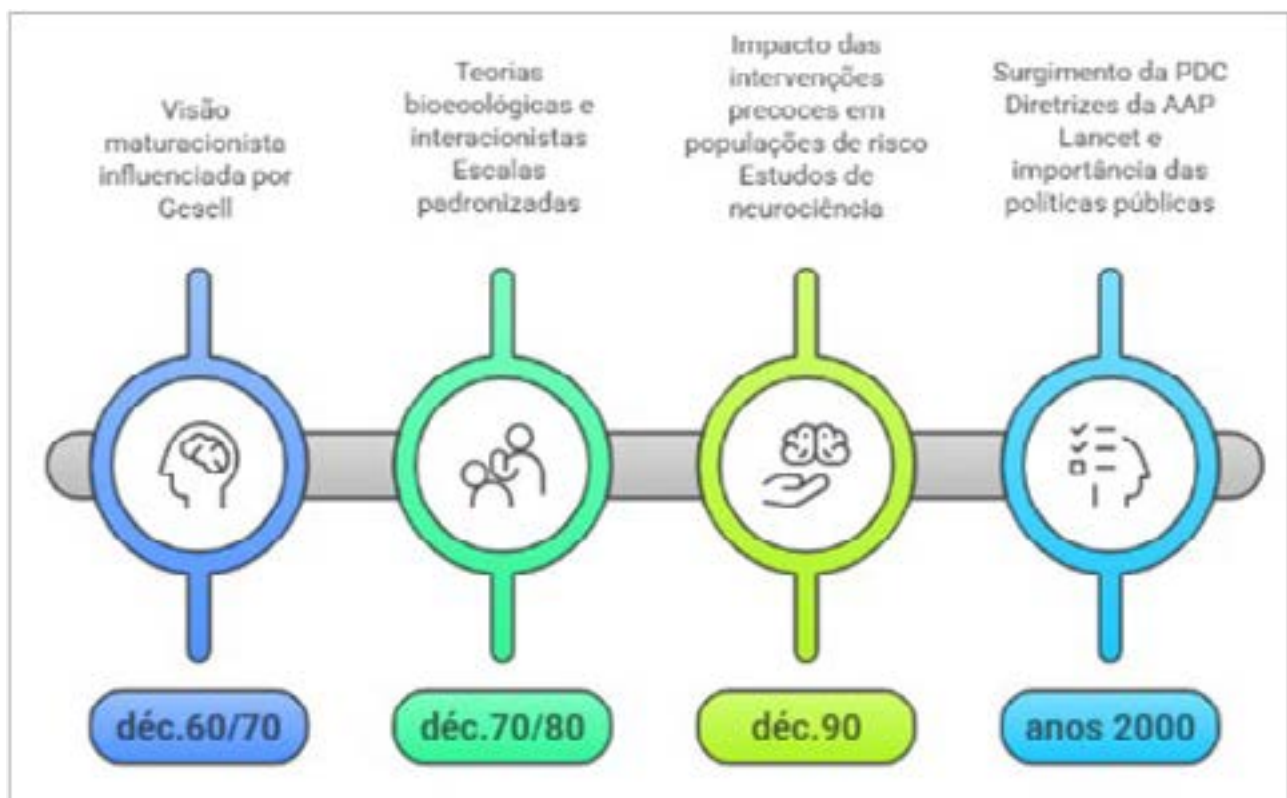
INTRODUÇÃO: A MUDANÇA DE PARADIGMA

Há algumas décadas, a resposta padrão a uma preocupação familiar sobre um marco de desenvolvimento não atingido, como uma criança de 12 meses que ainda não anda, era frequentemente “vamos aguardar o tempo dele, cada criança tem seu tempo”. Esta postura, enraizada em teorias maturacionistas, foi radicalmente substituída por um novo imperativo: “a gente tem que ter pressa, a gente tem que intervir precocemente para aproveitar janelas de oportunidades”. Essa mudança não foi arbitrária, mas sim impulsionada por um conjunto de fatores: a evolução do conhecimento científico, notadamente os avanços da neurociência que elucidaram a plasticidade cerebral; evidências de estudos longitudinais, inclusive no campo da economia, que demonstraram o alto retorno social e financeiro do investimento na primeira infância ; e as profundas mudanças na própria sociedade, incluindo o fácil acesso à informação que gera maior ansiedade

e proatividade nas famílias.

A TRAJETÓRIA DO CONHECIMENTO: DAS TEORIAS MATURACIONISTAS À NEUROCIÊNCIA

Até as décadas de 1960 e 1970, o desenvolvimento era majoritariamente compreendido através de teorias maturacionistas, como a de Gesell, que postulavam que a aquisição de habilidades dependia fundamentalmente do amadurecimento do sistema nervoso. Um atraso era visto como um ritmo de maturação mais lento, justificando a espera. Nas décadas seguintes, o foco se ampliou para incluir a influência crucial das interações e do ambiente, com as teorias do apego e os modelos bioecológicos, que consideravam múltiplos contextos (familiar, comunitário, social).



A evolução do conhecimento em desenvolvimento e comportamento infantil.

A década de 1990 marcou o advento dos estudos da neurociência, que começaram a demonstrar cientificamente o que antes era postulado de forma mais empírica. Investigações com crianças prematuras, por exemplo,

revelaram que atrasos no desenvolvimento poderiam ocorrer mesmo sem lesões anatômicas evidentes, apontando para questões funcionais, de conectividade e formação de sinapses. Esse conhecimento solidificou a pediatria do desenvolvimento e comportamento como uma área de atuação e motivou a criação de diretrizes para uma abordagem mais estruturada.

DIRETRIZES PARA A PRÁTICA: VIGILÂNCIA E TRIAGEM

As diretrizes contemporâneas, como as da Academia Americana de Pediatria (AAP), organizam a avaliação do desenvolvimento em dois pilares fundamentais:

- 1. Vigilância (ou Monitoramento):** Um processo contínuo e permanente, que deve ocorrer em **toda consulta de puericultura**. Seu objetivo é acompanhar a trajetória da criança e identificar precocemente aquelas que necessitam de uma avaliação mais aprofundada.
- 2. Triagem (ou Screening):** A aplicação de instrumentos padronizados em momentos específicos para **avaliar** crianças com suspeita de um problema.



Recomendações da Academia Americana de Pediatria.

Enquanto a AAP recomenda uma triagem universal do desenvolvimento em idades específicas (9, 18 e 24-30 meses), essa prática não é um consenso, com algumas entidades, como a U.S. Preventive Services Task Force, questionando seus benefícios devido ao risco de resultados falso-positivos e à patologização de variações normais do desenvolvimento. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda a vigilância contínua para todas as crianças e a triagem universal especificamente para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) entre 18 e 24 meses, utilizando o M-CHAT.

SISTEMATIZANDO A AVALIAÇÃO NO AMBULATÓRIO: UMA PROPOSTA PRÁTICA

Apesar da importância reconhecida, muitos pediatras relatam barreiras para incorporar uma avaliação aprofundada em sua prática, como falta de tempo, de capacitação e de acesso a encaminhamentos. Para superar esses desafios, propõe-se a seguinte sistematização:

- **Vigilância em Todas as Consultas:** A vigilância deve ser o alicerce. Ela vai além de apenas checar marcos em uma lista. Deve ser um olhar ampliado que integra:
 - **Anamnese Cuidadosa:** Investigar ativamente as **preocupações da família**. Os pais possuem um olhar sensível e suas inquietações são um indicador valioso. É preciso perguntar: “O que a senhora acha do desenvolvimento do seu filho?”.
 - **Observação da Interação:** Observar a criança desde a sala de espera: como ela interage com os pais, com o profissional, com o ambiente e com os brinquedos. Essa observação é riquíssima e fornece mais informações do que um marco isolado.
 - **Uso de Ferramentas Acessíveis:** Utilizar instrumentos como a **Caderneta da Criança**, que permite uma visualização gráfica e longitudinal do desenvolvimento, e os marcos do **Center for Disease Control (CDC)**, recentemente traduzidos e adaptados para o Brasil.
 - **Triagem Criteriosa e a Consulta Específica:** A triagem com escalas padronizadas (como SWYC ou ASQ) deve ser indicada criteriosamente: quando há uma queixa específica dos pais, uma suspeita identificada na vigilância ou fatores de risco importantes. Para contornar a falta de tempo, uma estratégia

eficaz é a “**consulta específica do desenvolvimento**”. Ao identificar uma preocupação, o pediatra pode agendar um retorno focado exclusivamente nesse tema, comunicando à família: “Eu reconheço a sua preocupação e preciso aprofundar essa avaliação. Vamos marcar uma próxima consulta para falarmos só sobre isso”. Essa abordagem valida o sentimento dos pais, permite uma análise detalhada e qualifica o encaminhamento, se necessário.



CONCLUSÃO: INTERVIR NA DIFICULDADE, NÃO NO RÓTULO

O acompanhamento do desenvolvimento infantil é um pilar essencial da pediatria. A transição do paradigma “cada criança tem seu tempo” para uma abordagem proativa é um avanço inquestionável. Contudo, essa proatividade não deve significar pressa para fechar diagnósticos. A intervenção precoce deve ser direcionada para a **dificuldade que a criança apresenta, e não para o seu CID (Classificação Internacional de Doenças)**. Muitas vezes, uma intervenção adequada pode fazer com que a criança retome sua trajetória de desenvolvimento, sem que uma dificuldade transitória se transforme em um diagnóstico definitivo. A avaliação deve ser, portanto, longitudinal, cuidadosa e abrangente, garantindo que cada criança receba a atenção e o suporte de que necessita no momento certo.

3 O DOMÍNIO MOTOR

3.1. Conceito e definições

Michele Montier

INTRODUÇÃO: DEFININDO O DOMÍNIO MOTOR

O desenvolvimento motor é formalmente definido como o processo de alterações na capacidade da criança de controlar seus movimentos, com o objetivo final de alcançar a locomoção e competências motoras progressivamente mais complexas. Este domínio, embora frequentemente avaliado de forma isolada, funciona como um catalisador para o desenvolvimento global. A aquisição de uma nova habilidade motora, como sentar-se ou engatinhar, expande radicalmente a capacidade da criança de explorar e interagir com o seu entorno, impulsionando simultaneamente o desenvolvimento cognitivo e socioemocional. Portanto, compreender seus referenciais conceituais é essencial para uma prática pediátrica holística.

AS DUAS DIMENSÕES DO DESENVOLVIMENTO MOTOR

Para fins didáticos, o desenvolvimento motor é dividido em duas grandes áreas, que, na prática, evoluem de forma sinérgica.

1. Desenvolvimento Motor Grosso: Refere-se ao controle e coordenação dos grandes grupos musculares, envolvendo principalmente os movimentos dos braços e das pernas. A progressão das habilidades motoras grossas segue uma sequência relativamente previsível e universalmente reconhecida. A criança parte de uma posição inicial semi-fletida, progride para o controle cervical, o rolar, o sentar (inicialmente com apoio e depois sem), o rastejar e/ou engatinhar, o ato de se colocar de pé, o andar e, finalmente, o correr. Cada uma dessas etapas representa um salto qualitativo na autonomia e na capacidade de exploração do ambiente.

2. Desenvolvimento Motor Fino: Esta dimensão abrange os movimentos

de precisão, que envolvem a coordenação de músculos menores, classicamente associados às mãos, olhos e boca. A aquisição de habilidades manuais é concomitante ao desenvolvimento do controle oculomotor e dos músculos orofaciais responsáveis pela fala. A avaliação da motricidade fina observa a progressão da capacidade de usar os dedos e as mãos, desde o ato inicial de alcançar e segurar um objeto, até habilidades mais refinadas como agarrar, transportar e manipular com destreza. Essas competências são cruciais para atividades exploratórias e para a participação em rotinas da vida diária, como desenhar, escrever, comer e vestir-se de forma independente.

• **Desenvolvimento Motor:**

- Alterações na capacidade das crianças para controlar os movimentos para alcançar um objeto, à locomoção e competências complexas do esporte.
- Dividido em:
 - **Motor Global (Grosso)**
 - Movimento de grandes membros ou de todo o corpo
 - Caminhar, saltar, subir em lugares
 - **Motor Fino**
 - Movimentos que fazemos com
 - Mãos: alcançar, agarrar ou manipular um objeto
 - Olhos: seguir visualmente uma bola
 - Boca: movimento de lábios e língua (falar)

A INTERCONEXÃO DOS DOMÍNIOS: UMA VISÃO SISTÊMICA

É um equívoco conceitual analisar o desenvolvimento motor como uma entidade isolada. Cada conquista motora abre novas portas para o aprendizado e a interação. Ao conseguir sentar-se sem apoio, a criança libera as mãos para manipular objetos, o que enriquece sua percepção tátil e visual e, conseqüentemente, seu desenvolvimento cognitivo. Ao engatinhar, ela passa a perceber o mundo sob uma nova perspectiva,

aprendendo sobre distância, profundidade e causalidade. Da mesma forma, a mobilidade autônoma permite que a criança inicie interações sociais, se afaste e se aproxime de seus cuidadores, aprendendo sobre emoções e estabelecendo as bases de sua autonomia sócio emocional. Essa interdependência reforça a necessidade de uma avaliação clínica que, mesmo focada em um domínio, mantenha uma perspectiva sobre o desenvolvimento integral da criança.

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS: A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE

A aplicação prática desses conceitos foi ilustrada por meio de um caso clínico de um lactente de seis meses com queixa de instabilidade axial e dificuldade para sentar-se. A investigação revelou que, por receio de acidentes com animais domésticos, a mãe restringia o tempo da criança no chão (*tummy time*), uma prática essencial para o fortalecimento da musculatura do tronco e do pescoço. A falta de oportunidade para explorar posturas no solo limitava as experiências motoras necessárias para a aquisição da postura sentada.

Este exemplo prático demonstra um princípio fundamental: o ambiente e as práticas parentais são moduladores poderosos do desenvolvimento motor. O caso em questão não se tratava de um atraso neurológico primário — uma vez que o paciente não apresentava sinais de alerta (*red flags*) como hipotonia grave ou perda de habilidades —, mas sim de um atraso decorrente de estimulação ambiental insuficiente.

CONCLUSÃO

Compreender os referenciais conceituais do domínio motor implica reconhecer sua estrutura (grosso e fino), sua progressão esperada e, fundamentalmente, sua profunda conexão com as demais áreas do desenvolvimento. A avaliação pediátrica deve, portanto, ir além da checagem de marcos. É imperativo investigar o contexto da criança, incluindo o ambiente físico e as rotinas familiares, para diferenciar com precisão um atraso por falta de estímulo de uma condição neurológica subjacente, permitindo assim uma orientação assertiva e intervenções adequadas.

3.2. A Avaliação do Domínio Motor: da quantidade de marcos à qualidade do movimento

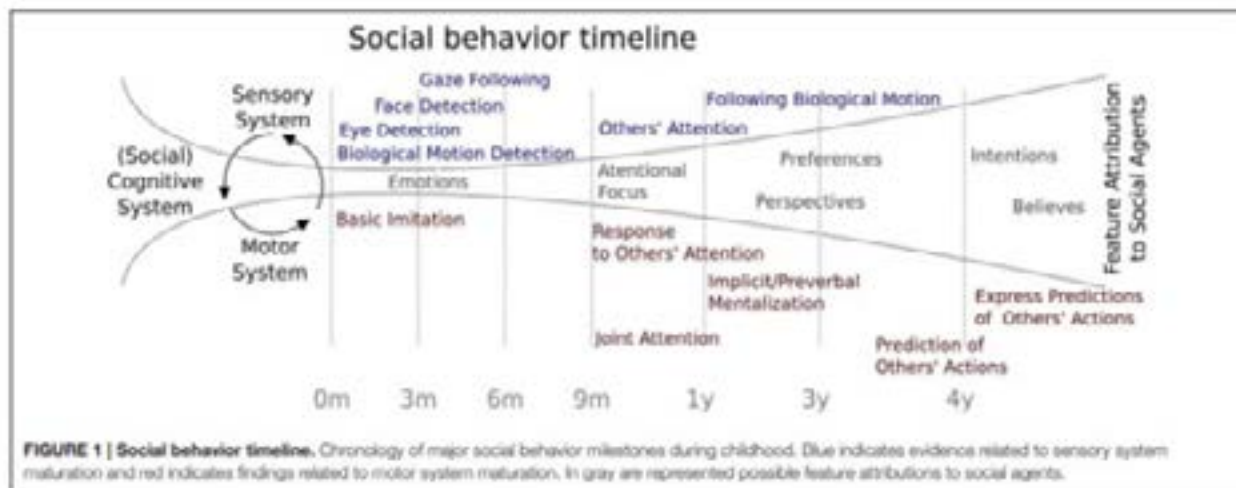
Renata Kehdi

INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO MATURACIONAL

O domínio motor é, talvez, o mais familiar ao pediatra, pois sua progressão segue uma sequência ordenada, crânio-caudal e próximo-distal, que reflete o processo de mielinização do sistema nervoso central. Espera-se que a criança sustente a cabeça antes de sentar, e que sente antes de andar, em uma trajetória que raramente ocorre em saltos. No entanto, a premissa de que este é um processo puramente biológico é incompleta. O ambiente e o contexto cultural exercem uma influência significativa sobre o ritmo e a forma como as habilidades são adquiridas. Estudos observacionais, por

exemplo, mostram que crianças de tribos indígenas, que passam mais tempo nas redes, tendem a levar a mão à linha média mais cedo do que crianças criadas em superfícies rígidas; estas, por sua vez, tendem a rolar antes. Isso demonstra que a avaliação motora deve sempre considerar a interação entre maturação e experiência.

• Desenvolvimento Motor Global



PARA ALÉM DOS MARCOS: AVALIANDO A QUALIDADE E AS TRANSIÇÕES

A principal diretriz para a avaliação motora na prática clínica atual é a transição de um olhar quantitativo para um qualitativo. Mais importante do que saber se a criança senta aos seis meses é observar como ela realiza essa e outras transições posturais.

- **Qualidade do Motor Grosso:** A avaliação deve ser dinâmica, posicionando a criança em posturas variadas (supino, prono, sentado, em suspensão horizontal) para analisar o tônus e a fluidez dos movimentos. Uma transição de “deitado para sentado” realizada de forma inadequada por uma criança de 10 meses, por exemplo, é um sinal de alerta mais fidedigno do que a simples aquisição da postura sentada. Da mesma forma, a presença e a qualidade das reações de defesa (anterior, lateral e posterior) são indicadores cruciais do equilíbrio e da maturação neurológica. Um bebê de 10

meses que ainda não possui equilíbrio posterior requer atenção, mesmo que já se sente.

- **Qualidade do Motor Fino:** O mesmo princípio se aplica à motricidade fina. A evolução da preensão palmar (com a mão toda) para uma preensão em pinça mais refinada, na ponta dos dedos, é um processo gradual que reflete o amadurecimento neurológico. Na consulta, o pediatra deve atentar para a variabilidade das posturas dos dedos, a simetria dos movimentos das mãos e a presença de sinais de alerta, como um predomínio de mão espalmada ou, inversamente, uma mão que permanece persistentemente fechada com o polegar aduzido.

O DOMÍNIO MOTOR COMO SINALIZADOR DE OUTRAS CONDIÇÕES DO NEURODESENVOLVIMENTO

A avaliação motora criteriosa é relevante não apenas para identificar quadros motores primários, como a paralisia cerebral. Uma revisão sistemática demonstrou que diversas outras alterações do neurodesenvolvimento, com destaque para o Transtorno do Espectro Autista (TEA), podem apresentar sinais precoces de alteração no domínio motor. Um atraso motor pode ser a primeira manifestação observável de uma trajetória de desenvolvimento atípica em outros domínios, reforçando a importância de não negligenciar essas observações na prática diária.



INSTRUMENTOS ESTRUTURADOS PARA A AVALIAÇÃO MOTORA

Embora a observação clínica seja a base, o uso de escalas específicas pode qualificar a avaliação, aumentar a acurácia e guiar o manejo. Dentre as disponíveis, destacam-se:

- **Alberta Infant Motor Scale (AIMS):** Utilizada predominantemente por fisioterapeutas, *mas extremamente útil para pediatras*, avalia o desenvolvimento motor grosso de 0 a 18 meses. Sua principal vantagem é a capacidade de plotar a evolução da criança em um gráfico (*com percentis, por exemplo*), permitindo um acompanhamento objetivo da resposta a intervenções.
- **Hammersmith Infant Neurological Examination (HINE):** É uma escala de avaliação neurológica e comportamental para crianças de 0 a 24 meses, com a vantagem de não requerer treinamento formal, sendo acessível por meio de vídeos instrutivos. Possui um importante valor prognóstico, especialmente quando aplicada aos 9 meses, sendo capaz de prever a capacidade de deambulação aos 2 anos.
- **Avaliação dos Movimentos Gerais (General Movements - GM):** Baseia-se na observação de movimentos espontâneos, não intencionais, gerados por centros subcorticais no cérebro imaturo. A presença de padrões de movimento anormais pode prever paralisia cerebral com uma sensibilidade de 98%, superior à da ressonância magnética. Sua aplicação, no entanto, requer treinamento e certificação específicos. *Aplicada em crianças de zero a quatro meses.*

CONCLUSÃO

A avaliação do domínio motor na pediatria contemporânea demanda uma abordagem integrada e qualitativa. O pediatra deve estar atento não apenas aos marcos, mas à qualidade, fluidez e simetria dos movimentos e das transições posturais, sempre interpretando seus achados à luz do contexto ambiental e cultural da criança. Reconhecer que alterações motoras precoces podem sinalizar transtornos mais amplos do neurodesenvolvimento eleva a importância dessa avaliação. A articulação da observação clínica com o uso criterioso de escalas estruturadas, como

HINE e AIMS, e o reconhecimento do valor prognóstico de avaliações como a GM, capacitam o profissional a realizar um diagnóstico mais preciso, a orientar a família de forma assertiva e a articular um plano de manejo eficaz junto à equipe multidisciplinar.

3.3. O manejo do desenvolvimento motor: capacitando a família como agente terapêutico central

Kellen Chaves

INTRODUÇÃO: O PAPEL INSUBSTITUÍVEL DA FAMÍLIA

Uma vez detectada uma alteração no desenvolvimento motor, o encaminhamento para a equipe multiprofissional — composta por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos — é a linha de cuidado padrão. Contudo, um erro frequente na prática clínica é subestimar ou negligenciar o papel central da família nesse processo. Existe uma tendência de algumas famílias a transferirem a responsabilidade pela recuperação da criança exclusivamente para os terapeutas, sem compreender/em a necessidade de complementar o trabalho em casa

por meio de estímulos adequados. O manejo eficaz, portanto, requer uma mudança de foco: da criança como único objeto da terapia para a família como um agente terapêutico ativo e fundamental.

FATORES AMBIENTAIS E PARENTAIS QUE COMPROMETEM O DESENVOLVIMENTO

A experiência clínica em ambulatórios de seguimento de bebês de risco revela que muitos atrasos motores, mesmo em crianças nascidas a termo e sem fatores de risco biológicos, estão diretamente ligados à rotina doméstica e às práticas parentais. Duas questões emergem com grande frequência:

1. O Uso Excessivo de Dispositivos de Contenção: O mercado oferece uma gama crescente de dispositivos — cadeirinhas vibratórias, centros de entretenimento e carrinhos — comercializados como estimuladores. O problema não reside no dispositivo em si, mas no tempo prolongado que a criança passa neles. Confinada, a criança tem limitadas as oportunidades de exploração do ambiente e de suas próprias capacidades motoras por meio da movimentação ativa e voluntária. Um caso clínico de uma criança de três meses, que passava o dia em um carrinho em frente à TV, demonstrou um atraso significativo na ativação da musculatura extensora de tronco, ilustrando o impacto direto dessa prática.

2. A Pobre Vivência na Postura Prona (*Tummy Time*): A dificuldade em manter a criança em prono é descrita como um problema crônico. Os pais frequentemente relatam medo de sufocamento, desconforto com o choro da criança ou a crença de que a posição pode machucar o pescoço. A consequência é uma estimulação insuficiente da musculatura extensora, fundamental para o desenvolvimento do controle axial que permitirá à criança sentar-se e, posteriormente, engatinhar. Essa prática tem sido associada a uma maior incidência de assimetrias cranianas e torcicolo postural.

- Assimetria craniana
- Torcicolo postural



Plagiocefalia



Braquicefalia



Oportunidades em variações posturais.

CAPACITAÇÃO FAMILIAR: A ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PRIMORDIAL

A evidência científica corrobora a importância da capacitação parental. Uma metanálise publicada em 2020 no *Journal of Pediatrics* demonstrou que programas de intervenção precoce com foco na família apresentam resultados excelentes em todos os domínios do desenvolvimento, especialmente no motor por volta dos 12 meses. Esses programas capacitam os pais a compreenderem os sinais de comunicação do bebê, respeitarem seu ritmo e oferecerem experiências físicas e emocionais positivas, tornando-os protagonistas no processo.

A aplicação prática dessa abordagem se traduz em um conjunto de orientações básicas e eficazes:

- **Desmistificar a frase “cada criança tem seu tempo”:** É crucial esclarecer às famílias que, embora exista variabilidade individual, há janelas de desenvolvimento e limites de tempo para a aquisição de habilidades.
- **Promover o *Tummy Time* de forma lúdica:** Orientar os pais a tornar a posição prona um momento prazeroso e interativo, com brinquedos

e a presença do cuidador, garantindo que a criança vivencie essa postura sempre que estiver acordada e supervisionada.

- **Incentivar o uso de superfícies firmes:** A partir dos três meses, a criança deve ser colocada em tatames ou no chão para experimentar diferentes posturas e desenvolver movimentos mais controlados, evitando a estimulação exclusiva em superfícies acolchoadas.
- **Alertar sobre equipamentos inadequados:** Desaconselhar ativamente o uso de andadores, puladores e outros dispositivos que não apenas são desnecessários, mas podem interferir na sequência natural do desenvolvimento motor.

A eficácia dessa abordagem foi demonstrada no caso de uma criança de nove meses com atraso motor significativo, filha de uma mãe adolescente com barreiras sociais. Com um “intensivão” de orientações parentais durante as férias da mãe, em apenas um mês e meio a criança conseguiu sentar, engatinhar e alcançar a bipedestação com apoio, resolvendo o atraso antes de completar um ano e antes mesmo de iniciar a fisioterapia formal.



Atenção com equipamentos inadequados!

CONCLUSÃO

O manejo do desenvolvimento motor é uma responsabilidade compartilhada, na qual a família desempenha um papel central e insubstituível. A avaliação clínica deve adotar uma abordagem biopsicossocial, que investigue não apenas a criança, mas também a rotina, as crenças e o ambiente familiar. O papel do pediatra e do fisioterapeuta expande-se para o de um educador, que desmistifica conceitos, corrige práticas e, acima de tudo, capacita os pais a se tornarem os principais promotores do desenvolvimento de seus filhos. A orientação parental, quando bem executada e baseada em evidências, revela-se uma das mais poderosas e custo-efetivas ferramentas de intervenção precoce, capaz de solucionar problemas funcionais e garantir que a criança atinja seu pleno potencial motor.

4

O DOMÍNIO SOCIOEMOCIONAL

4.1 A arquitetura do sentir: fundamentos do desenvolvimento socioemocional na primeira infância

Gerly Anne Nóbrega Barreto

INTRODUÇÃO

O domínio socioemocional é definido como a capacidade progressiva da criança de identificar e compreender os próprios sentimentos, interpretar os estados emocionais dos outros e gerir suas emoções e comportamentos de forma adaptativa. A partir do momento em que a criança começa a decodificar seu mundo interno, ela se torna apta a regular seu comportamento, desenvolver empatia — a capacidade de experimentar o que o outro sente — e, conseqüentemente, estabelecer e, crucialmente, manter relacionamentos interpessoais saudáveis. Este processo complexo é sustentado por três componentes interdependentes: a consciência emocional, os padrões de interação social e a autorregulação.



OS PILARES DO DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL

- 1. Consciência Emocional: O Surgimento do Eu** A consciência emocional é a base para todo o desenvolvimento socioemocional. Ela se inicia com o reconhecimento das próprias capacidades, gerando na criança um sentimento de competência. Essa percepção não ocorre de forma isolada; ela está intrinsecamente ligada às conquistas nos domínios motor, sensorial e linguístico. Ao perceber que consegue alcançar um objeto, ligar um interruptor ou provocar uma reação previsível em um cuidador (como jogar um brinquedo no chão repetidamente para que seja pego), a criança constrói a previsibilidade e a sensação de que comanda uma ação, o que é fundamental para a formação de seu autoconceito. Com essa base, a criança aprende a reconhecer suas emoções, pontos fortes e fracos, e a expressá-los por meio de palavras, expressões faciais e, notadamente, pelo choro — a principal “voz” do bebê. A forma como essas emoções são expressas é, evidentemente, modulada pela cultura na qual a criança está inserida.



2. Padrões de Interação Social - A Construção de Vínculos: A interação social é o palco onde a consciência emocional se manifesta e se aprimora. Ela ocorre em duas frentes principais:

- **Interação com Adultos:** Através dos cuidados diários e das brincadeiras, a criança estabelece um intercâmbio com seus cuidadores, o que lhe confere uma sensação de previsibilidade, segurança e capacidade de resposta. A ausência de resposta — como a que ocorre com telas de celulares e televisões — representa um risco a esse desenvolvimento, pois não há o retorno necessário para a construção do vínculo. Em momentos de incerteza, como na presença de um estranho, a criança naturalmente busca refúgio em sua figura de segurança.
- **Interação com Pares:** O contato com outras crianças é fundamental para o aprendizado de conceitos sociais complexos como cooperação, alternância de turnos (“agora é a sua vez”) é o início da empatia. É na troca de um brinquedo ou no consolo a um colega que chora que a criança começa a exercitar a compreensão do sentimento alheio.



Padrões de interação social

- **Interação com adultos**
Através de interação com os cuidadores durante os cuidados e o brincar
 - Previsibilidade
 - Segurança
 - capacidade de resposta
- **Interação com outras crianças**
 - Experiência de intercâmbio social
 - cooperação
 - alternância de vez
 - início da empatia





3. Autorregulação: O Gerenciamento dos Impulsos A autorregulação é a capacidade de gerenciar as próprias emoções e impulsos para se adaptar a diferentes situações sociais e seguir regras. Adultos que demonstram impulsividade no trânsito, por exemplo, evidenciam uma falha neste componente desenvolvido na infância. Uma das ferramentas mais poderosas para o desenvolvimento da autorregulação é o **brincar**. Brincadeiras com regras, como “vivo ou morto”, ensinam a criança a controlar seus impulsos (o desejo de se mover quando a ordem é “morto”), o que é um exercício direto para o gerenciamento emocional e a compreensão social.

FATORES MODULADORES: RISCOS E PROTEÇÃO

O desenvolvimento socioemocional é vulnerável a diversos fatores. Entre os **fatores de risco**, destacam-se o isolamento social (agravado pela pandemia e pelo uso excessivo de mídias), os cuidados institucionais (que podem dificultar a diferenciação de emoções), a depressão e ansiedade materna (que impactam a qualidade da interação), a prematuridade extrema (associada a alterações na funcionalidade do sistema límbico) e até mesmo condições sensoriais, como em crianças com implante coclear, que podem apresentar dificuldades mesmo após a reabilitação auditiva.

Em contrapartida, o **apego seguro**, a **parentalidade positiva** e práticas educacionais de apoio funcionam como poderosos **fatores de proteção**, capazes de mitigar riscos e promover uma trajetória de desenvolvimento saudável.

CONCLUSÃO

A compreensão do domínio sócio emocional é indispensável para a prática pediátrica, pois oferece a chave para entender não apenas o comportamento da criança, mas também seu bem-estar e saúde mental futuros. A avaliação deste domínio requer um olhar atento para a forma como a criança reconhece e expressa suas emoções, interage com cuidadores e pares, e regula seus impulsos. Reconhecer os fatores de risco, como a depressão materna, e promover fatores de proteção, como o vínculo seguro, posiciona o pediatra como um agente crucial na construção de uma base sócio emocional sólida, essencial para o desenvolvimento de adultos empáticos, resilientes e socialmente competentes.

4.2. O Efeito Dominó: A Avaliação Socioemocional e a Prevenção da Rotulação Precoce

Ana Paula Scoleze

INTRODUÇÃO: O PERIGO DO RÓTULO E O “EFEITO DOMINÓ”

A avaliação do desenvolvimento socioemocional ganhou proeminência com a crescente conscientização sobre a prevalência de transtornos de comportamento e saúde mental na infância e adolescência. Contudo, uma ameaça talvez mais insidiosa e de maior impacto na trajetória de vida de uma criança é o que se pode denominar de “efeito dominó”. Este fenômeno se inicia quando um bebê é precocemente rotulado como “difícil”, “chorão” ou “irritado”. Este rótulo, que reflete um incômodo no sistema familiar ou escolar, carimba a criança e modula a forma como ela é tratada, gerando

um ciclo vicioso. A criança rotulada é tratada de forma diferente, o que por sua vez reforça o comportamento adverso, levando a problemas de relacionamento e, eventualmente, à consolidação de um transtorno que poderia ter sido evitado com um acolhimento e manejo adequados em sua origem. A avaliação socioemocional, portanto, tem como objetivo primário quebrar esse ciclo.

A AVALIAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA: DA DIRETRIZ AO OLHAR SOBRE A RELAÇÃO

Uma recente diretriz da Academia Americana de Pediatria (agosto de 2025) representa um marco ao recomendar, pela primeira vez, que a avaliação socioemocional se inicie desde o nascimento. Embora a diretriz sugira o uso de escalas de triagem em idades específicas, muitas delas não são validadas ou aplicáveis à realidade brasileira. O mais importante, portanto, é a mudança conceitual: a necessidade de uma vigilância atenta e precoce. Essa vigilância, que deve ocorrer em toda consulta de puericultura, transcende a aplicação de escalas e se baseia em uma avaliação integral. O objetivo é conhecer quem é a criança, quem é a família em que ela está inserida e qual o seu contexto social. Isso é particularmente crítico na primeira infância, período em que o desenvolvimento do sistema córtico-límbico — base neurobiológica das habilidades socioemocionais — é maciçamente influenciado pela qualidade da interação com os cuidadores próximos. Portanto, a avaliação não pode ser focada apenas na criança; ela deve, impreterivelmente, adotar uma abordagem de **cuidado centrado na família**.

INSTRUMENTOS PARA SISTEMATIZAR A AVALIAÇÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Para sistematizar o olhar clínico, alguns instrumentos se mostram particularmente úteis e exequíveis:

- **Marcos do Desenvolvimento:** A Caderneta da Criança e os marcos do CDC fornecem uma base para acompanhar a aquisição de habilidades, sendo o **sorriso social** o primeiro e um dos mais importantes marcos de que a criança está estabelecendo uma relação com o outro.
- **SWYC: *Survey of Wellbeing of Young Children*:** Esta escala abrangente


se destaca por conter uma seção de “sintomas psíquicos ou de comportamento”. Perguntas como “sua criança é medrosa?” ou “sua criança é irritada?” são de uma riqueza imensa, pois, mais do que descreverem a criança, revelam **como o cuidador a enxerga**. Essa percepção é um dado valioso que direciona o manejo e a orientação familiar.

ACOMPANHAR A AQUISIÇÃO DE MARCOS DO DESENVOLVIMENTO SOCIOEMOCIONAL

Lista de sintomas do bebê (até 18 m) ou sintomas pediátricos (> 18 m)

7 perguntas sobre interação social

- **IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil):** É um instrumento longitudinal (0 a 18 meses) composto por 31 indicadores que avaliam a constituição psíquica da criança em sua relação com o cuidador. Mesmo que o profissional não aplique a escala formalmente, conhecer seus indicadores — como a presença do “mamanhês” (a fala maternal dirigida ao bebê) e a reação da criança a ela — sensibiliza o olhar para aspectos cruciais da interação diádica durante a consulta.
- **Escalas Específicas:** O M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) para triagem de TEA e o SDQ (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) para dificuldades socioemocionais mais amplas são ferramentas úteis, mas devem ser interpretadas com cautela. Elas não fecham diagnósticos e refletem a percepção dos pais ou professores, devendo ser consideradas apenas mais uma peça no quebra-cabeça diagnóstico.



M-CHAT R/F

Pontuação:

2, 5 e 12 – pontua se resposta for SIM

As demais - pontua se resposta for NÃO

Pontuação	Classificação	Conduta
0 – 2	Baixo risco	Repetir com 24 meses
3 – 7	Risco moderado	Fazer M-Chat Follow-up (só as questões que pontuaram risco para TEA). Se mantiver pontuação > 2 – encaminhar. Se não, repetir com 24 meses
8 – 20	Alto risco	Encaminhar

O PEDIATRA E A BUSCA ATIVA DA SAÚDE MENTAL MATERNA

Um dos papéis mais importantes do pediatra na avaliação socioemocional é a **busca ativa por sinais de depressão puerperal**. O pediatra é, muitas vezes, o profissional que tem o contato mais precoce e frequente com a mãe no pós-parto, estando em uma posição privilegiada para identificar um sofrimento que pode não ser percebido pelo obstetra. A utilização da Escala de Edimburgo (preconizada pelo Ministério da Saúde) ou mesmo a atenção às respostas da mãe na consulta pode antecipar um problema de vínculo que, se não abordado, pode se consolidar e gerar consequências duradouras para o desenvolvimento infantil.

CONCLUSÃO

Mais importante do que qualquer escala ou pontuação é a capacidade do profissional de **observar a relação, a interação e o olhar** entre o cuidador e a criança durante a consulta. A avaliação socioemocional é uma prática de sensibilidade e atenção, cujo objetivo final é identificar precocemente as fissuras na relação diádica para intervir antes que a criança seja rotulada e sua trajetória de desenvolvimento, comprometida. Olhar para a mãe, compreender como a família enxerga a criança e valorizar a qualidade da interação são os pilares que permitem ao pediatra ir além da criança e cuidar da saúde da relação que a constitui.

4.3. O manejo socioemocional: da compreensão das mães à proteção das famílias

Álvaro Madeiro Leite

INTRODUÇÃO: O BEBÊ COMO UM PROJETO INTERATIVO

O manejo do desenvolvimento socioemocional parte de uma premissa fundamental, já estabelecida por Winnicott: “não existe o bebê”. Um bebê não existe de forma autônoma; ele é um projeto interativo, um ser cujo cérebro, o órgão mais imaturo e plástico, necessita da cultura e do ambiente para se desenvolver. A dimensão socioemocional é a primeira a se manifestar no desenvolvimento humano, precedendo a maturação motora e linguística. Estudos demonstram que, com apenas dois meses, um bebê já é capaz de compreender os estados emocionais de outra

pessoa. Essa capacidade inata de conexão é a base para a regulação do comportamento e o desenvolvimento da empatia, sendo, portanto, o foco central de qualquer estratégia de manejo.

A BASE DO MANEJO: AJUDAR OS PAIS A COMPREENDEREM AS NECESSIDADES ESSENCIAIS

A primeira e mais crucial tarefa do manejo é auxiliar os pais a compreenderem que seus filhos, como todos os seres humanos, possuem necessidades essenciais e universais. T. Berry Brazelton sistematizou essas necessidades em seis pilares que servem como um guia para a orientação parental:

- 1. Relacionamentos estáveis e contínuos:** A necessidade de vínculos seguros e duradouros.
- 2. Proteção e segurança:** A garantia de um ambiente físico e emocionalmente seguro.
- 3. Experiências que respeitem as diferenças individuais:** O reconhecimento da singularidade de cada criança.
- 4. Experiências adequadas ao desenvolvimento:** Estímulos que correspondam à etapa maturacional da criança.
- 5. Limites, organização e expectativas:** A necessidade de estrutura e previsibilidade.
- 6. Uma comunidade estável e amparadora:** O suporte do contexto cultural e social.

Muitas vezes, o trabalho do pediatra é traduzir esses conceitos para a realidade da família, lembrando-os de que a criança não está preocupada com a conta bancária ou o modelo do carro *que a família possui*, mas sim com a capacidade de seus cuidadores de corresponderem a essas necessidades fundamentais. O objetivo final do primeiro ano de vida é que a criança possa “olhar para alguém e dizer, muito obrigado, eu confio em você”. Essa previsibilidade de que suas necessidades serão compreendidas e atendidas é o que constrói o apego seguro, base para a saúde mental.

O CUIDADOR NO CENTRO DO CUIDADO: DEPRESSÃO MATERNA E ESTRESSE TÓXICO

Nenhuma estratégia de manejo é possível sem a presença de cuidadores. Portanto, o estado emocional desses cuidadores é uma dimensão fundamental da avaliação e da intervenção. A depressão materna, em particular, funciona como uma fonte de estresse tóxico para a criança, com mecanismos neurobiológicos bem documentados que afetam a circuitaria cerebral e prejudicam o desenvolvimento socioemocional.

Depressão pós-parto



- **MÃES**
 - Tristeza ou humor deprimido
 - Perda de interesse em atividades
 - Alterações no apetite
 - Modificações no padrão de sono
 - Fadiga ou falta de energia.
 - Sensação de culpa ou inutilidade.
 - Pensamentos intrusivos; dificuldade de concentração e de tomar decisões.
 - Ideação suicida.
 - Falta de conexão com o bebê, o que gera ansiedade e amplia a sensação de culpa por se achar uma mãe ruim.
 - Medo de causar algum mal ao bebê.
- **CRIANÇAS**
 - Desregulação

Isso confere ao pediatra uma responsabilidade crítica: a busca ativa **por avaliar** o estado emocional **depressivo** da mãe. Como a mãe frequentemente não retorna ao obstetra **no período pós-parto imediato**, o pediatra se torna o profissional mais bem posicionado para identificar um sofrimento que, se não for abordado, pode comprometer a autoconfiança materna e o padrão de relacionamento com o bebê. Ferramentas como o PHQ-2, a Escala de Edimburgo ou as perguntas específicas do SWYC (**Mudanças emocionais com um novo bebê**) são recursos valiosos para iniciar essa investigação.

ESTRATÉGIAS PRÁTICAS: DO LIVRO À ESCUTA

Para além do acolhimento, o manejo se beneficia de orientações práticas que podem ser compartilhadas com as famílias. A leitura em voz alta, por exemplo, demonstrou ter um impacto significativo no desenvolvimento socioemocional. O hábito de leitura precoce é um preditor epigenético para o letramento e uma poderosa ferramenta para ampliar o repertório afetivo e linguístico da criança, combatendo o déficit de exposição a palavras que afeta populações vulneráveis.

Contudo, a ferramenta de manejo mais poderosa pode ser a escuta. O pediatra precisa, em determinadas circunstâncias, criar um espaço para entrevistar a mãe sem a presença da criança, a fim de acessá-la autenticamente. Sem chegar à mãe, por mais bem-intencionado que seja, o profissional não **alcançará** a criança.

CONCLUSÃO: PROTEGER AS FAMÍLIAS PARA CUIDAR DA INFÂNCIA

O manejo socioemocional eficaz se resume em uma diretriz central: se quisermos priorizar a infância, temos que proteger as famílias. O pediatra deve se libertar de uma racionalidade excessivamente técnica e autocentrada para genuinamente compreender as mães, especialmente aquelas de universos populares, com suas próprias lógicas, experiências e saberes. Como Brazelton descobriu em sua longa jornada, o caminho para uma prática pediátrica plena passa por **“um modo autêntico, genuíno e amoroso de compreender as mães”**. Ao fazer isso, criamos as condições para que a criança construa as bases de seu edifício sócio emocional, pois, como nos lembra a poeta Louise Glück, “a gente olha o mundo uma só vez, durante a infância. O resto é lembrança”.

5 O DOMÍNIO SENSORIAL

5.1. O Alicerce do Ser: Fundamentos do Processamento Sensorial na Construção do Desenvolvimento Infantil

Thais Lia Castro Leite

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de um indivíduo inicia-se pela sua capacidade de sentir. O processamento sensorial é o processo neurológico que organiza as sensações do próprio corpo e do ambiente, permitindo um uso eficaz do corpo no contexto em que se está inserido. Trata-se de um processo que começa antes mesmo do nascimento, com evidências de reconhecimento sensorial do feto já no ambiente intrauterino. É por meio dos sentidos que o bebê começa a diferenciar o que é dele e o que é do mundo, uma etapa primordial para a construção da sua identidade. A arquitetura deste domínio é composta por três sistemas basilares e interligados: o tátil, o proprioceptivo e o vestibular.

O SISTEMA TÁTIL: A PELE COMO ORIGEM DO VÍNCULO E DA REGULAÇÃO EMOCIONAL

O sistema tátil, cujo principal órgão é a pele, é o primeiro a se desenvolver e é responsável pelos reflexos de sobrevivência. Mais do que isso, ele

é o fundamento para a criação do vínculo entre o bebê e seu cuidador primordial. O toque, contudo, não age isoladamente; ele precisa vir “revestido de elementos simbólicos”, como a voz, o canto e a conversa do cuidador. É essa qualidade do toque que permite à criança atentar-se para o mundo externo e vincular-se a algo para além de seu próprio corpo. Este sistema é, portanto, central para a regulação emocional. A partir de uma perspectiva psicanalítica, o conceito de *holding de Winnicott* ilustra como o ato de segurar e cuidar fisicamente do bebê o ajuda a construir uma “ideia de corpo”, transcendendo a noção de um mero organismo biológico. Essa sensação de segurança, construída através do toque qualificado, é pré-requisito para que a criança se sinta confortável para explorar o ambiente. Clinicamente, sinais de disfunção tátil podem ser observados quando a criança demonstra desconforto persistente (ex: com a fralda molhada) ou quando, ao ser pega no colo, enrijece o corpo em vez de se aninhar.

O SISTEMA PROPRIOCEPTIVO: A CONSCIÊNCIA DO CORPO NO ESPAÇO

O sistema propioceptivo é responsável pela consciência automática da posição do corpo no espaço, permitindo que a criança saiba onde suas partes do corpo estão sem precisar olhar. Ele é a base para a formação do esquema corporal e para o planejamento motor. É através da propriocepção que a criança aprende a sentar-se, a modular a força necessária para manipular objetos e a organizar-se em torno de si mesma.

Essa construção da noção de corpo está ligada à formação de uma imagem inconsciente de si. Um exemplo claro é quando um bebê, por volta dos oito meses, se reconhece no espelho, mas ainda busca a confirmação no olhar do cuidador, demonstrando a necessidade da validação externa para consolidar sua percepção interna.

O SISTEMA VESTIBULAR: O CENTRO DO EQUILÍBRIO E DA ATENÇÃO

Localizado no ouvido interno, o sistema vestibular regula o equilíbrio, a tonicidade muscular, os movimentos oculares e a atenção. É um sistema crucial para a conquista de marcos motores fundamentais, como o controle da cabeça, o rolar, o sentar, o engatinhar e o andar. Uma criança que, apesar de não apresentar aversão ao toque, demonstra um equilíbrio aquém do

esperado para sua idade ou uma tonicidade muscular diminuída (“mais mole”), pode estar apresentando sinais de uma disfunção no processamento vestibular. Esse desajuste pode comprometer sua capacidade de explorar o ambiente e, conseqüentemente, atrasar outras áreas do desenvolvimento.



CONCLUSÃO: A INTEGRAÇÃO SENSORIAL COMO BASE DO DESENVOLVIMENTO GLOBAL

É imperativo compreender que os sistemas tátil, proprioceptivo e vestibular não operam de forma isolada; eles trabalham de maneira integrada. Juntos, eles formam a base sobre a qual o desenvolvimento motor, cognitivo e emocional é construído. Uma boa integração sensorial é essencial para a vinculação afetiva, para a consciência corporal e para que a criança se desenvolva em todos os seus aspectos. Portanto, em qualquer avaliação pediátrica, a observação de como a criança processa as informações sensoriais e reage a elas é um componente diagnóstico fundamental, oferecendo uma janela privilegiada para a compreensão de seu estado de desenvolvimento global.

5.2. A avaliação do processamento sensorial: Um olhar do neuropediatra para além do rótulo

Isabel Norões

INTRODUÇÃO: TUDO É SENSORIAL

O processamento sensorial é um processo neurológico constante que envolve receber, organizar e responder a estímulos, tanto do ambiente externo quanto do próprio corpo. Não há experiência que não seja sensorial. Uma imagem, um som ou uma textura evocam não apenas uma percepção, mas também emoções e memórias diretamente ligadas a experiências prévias. A forma como uma criança processa essas informações impacta diretamente seu desenvolvimento motor, cognitivo, comunicacional e sua interação social. A avaliação deste domínio, portanto, não é um ato pontual, mas uma prática rotineira, diária e constante.

A AVALIAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA: DO CONTEXTO AO EXAME FÍSICO

A avaliação do processamento sensorial começa antes mesmo de o profissional tocar na criança. Inicia-se na sala de recepção, observando a dinâmica da tríade: o comportamento da criança com os pais, dos pais com a criança e a interação da família com o ambiente e com o clínico.

1. Anamnese Ampliada: A investigação deve ir além dos marcos do desenvolvimento. É crucial compreender:

- **A Dinâmica Familiar e a Rotina:** Quem são os cuidadores, como é a rotina de sono e, fundamentalmente, qual a relação da criança com a alimentação. É uma experiência sensorial ou um ato passivo, muitas vezes mediado por telas?. Práticas parentais, como a restrição excessiva à exploração tátil (“não deixar se sujar”), podem ser a origem de aparentes disfunções sensoriais.
- **As Experiências Sensoriais:** É preciso questionar diretamente sobre a exposição a diferentes estímulos. *Com* que a criança brinca e, crucialmente, o que ela assiste?. Uma experiência em tela, como um monstro saindo do vaso sanitário, pode gerar uma regressão de comportamento que, sem o contexto, seria de difícil interpretação.

**PROMOVER
EXPERIÊNCIAS
SENSORIAIS**



- **A Interocepção:** Um ponto frequentemente negligenciado é a interocepção, o único sentido que opera “de dentro para fora”. É preciso perguntar ativamente se a criança percebe e comunica sede, fome, sono, calor, frio ou dor, pois os pais raramente trazem essa informação de forma espontânea.

2. O Exame Neurológico Direcionado: Durante o exame, o foco deve ser:

- **Avaliação da Qualidade Motora:** Investigar tônus, postura, coordenação e equilíbrio, pois estão intimamente ligados aos sistemas vestibular e proprioceptivo.
- **Respostas a Estímulos:** Observar as reações a estímulos táteis e vestibulares, bem como o foco visual e a intenção de explorar objetos.
- **Identificação de Sinais de Alarme:** A presença de hiper ou hiporreflexia, assimetrias de tônus ou apraxia pode direcionar o raciocínio para um quadro neurológico subjacente, para além de uma questão puramente de processamento sensorial.

INTERPRETAÇÃO DOS ACHADOS: EVITANDO A PATOLOGIZAÇÃO

Uma vez coletadas as informações, a interpretação deve ser criteriosa. É preciso diferenciar os padrões de resposta — se a criança é hipersensível (reação exacerbada), hipossensível (baixa resposta a estímulos, como dor) ou se busca ativamente sensações (pular, girar, levar objetos à boca). É fundamental reconhecer que alterações no processamento sensorial são características comuns em transtornos como o do Espectro Autista (TEA) e o de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), mas também podem estar presentes em transtornos de ansiedade, de aprendizagem ou ser decorrentes de uma experiência de vida específica. Portanto, “nem todo caminhar na ponta do pé é TEA”. O Transtorno do Processamento Sensorial não é, em si, um diagnóstico do CID ou DSM. O objetivo clínico não é rotular, mas identificar se há um **prejuízo** para a criança — na alimentação, no sono, no autocuidado ou no comportamento — que necessite de manejo.



CONCLUSÃO: O PAPEL DO PEDIATRA E DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O pediatra é a porta de entrada e o principal responsável pela detecção precoce de “bandeiras vermelhas” no desenvolvimento sensorial. Sua avaliação contínua e contextualizada é o que permite um encaminhamento assertivo preciso e precoce. O manejo do processamento sensorial é uma tarefa da equipe multidisciplinar, na qual o terapeuta ocupacional é o alicerce, mas que frequentemente necessita da colaboração de fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicólogos. A mensagem final é que a avaliação sensorial, embora utilize escalas estruturadas (que não são diagnósticas antes dos 4 anos), deve ser, acima de tudo, uma prática clínica sensível, que visa iniciar o tratamento quando há prejuízo funcional, protegendo a criança de rótulos desnecessários e garantindo que ela receba o suporte adequado para interagir com o mundo da forma mais plena possível.

5.3. O manejo sensorial: Da observação do brincar à estratégia dos quatro “As”

Edda Araújo

INTRODUÇÃO

O manejo do domínio sensorial se apoia no conceito de Integração Sensorial, desenvolvido pela terapeuta ocupacional Jean Ayres, que a define como o processo pelo qual o cérebro organiza as informações recebidas para que possamos agir de forma funcional em nosso ambiente. Essa integração é uma conquista neurofisiológica essencial para todos, pois vivemos em um mundo intrinsecamente sensorial. Cada indivíduo, no entanto, interpreta e exterioriza suas experiências de forma singular, por meio de comportamentos e atitudes próprias. O manejo, portanto, deve partir do reconhecimento dessa individualidade e buscar compreender como as dificuldades sensoriais impactam a vida funcional da criança, para então traçar uma abordagem terapêutica.

IDENTIFICANDO A NECESSIDADE DE MANEJO: AVDS E O BRINCAR COMO FERRAMENTAS DE OBSERVAÇÃO

A primeira etapa do manejo é a identificação de que algo no processamento sensorial não ocorre de forma harmoniosa. Dois campos de observação são cruciais para profissionais e pais:

- 1. Atividades de Vida Diária (AVDs):** Dificuldades nas rotinas mais básicas do dia a dia são frequentemente os primeiros sinais de alerta. Uma criança que não consegue mamar no peito, que não dorme bem, que demonstra desconforto excessivo ao ser segurada no colo ou que apresenta seletividade alimentar pode estar manifestando uma disfunção sensorial. Uma única queixa pode não ser significativa, mas um conjunto de pequenas dificuldades deve ser valorizado.
- 2. O Brincar:** Não existe atividade mais complexa e reveladora do desenvolvimento infantil do que o brincar. Ele funciona como um verdadeiro “mapa de investigação” do desenvolvimento global da criança. No ato de brincar, a criança mobiliza atenção, percepção corporal, emoção, imaginação e planejamento motor. Uma criança que não demonstra a iniciativa espontânea de explorar o ambiente — por exemplo, uma criança de dois anos descrita como “muito tímida” que prefere ser espectadora a interagir com os objetos — apresenta um comportamento atípico que não deve ser mascarado por comparações com familiares.

ABORDAGENS DE MANEJO: DA FAMÍLIA AO AMBIENTE

O manejo eficaz requer uma abordagem multifacetada, que envolve a família, a adaptação do ambiente e estratégias terapêuticas específicas.

- **O Foco no Impacto Funcional:** A comunicação com a família deve ser centrada no impacto que a dificuldade sensorial causa na vida da criança, e não em jargões técnicos sobre sistemas táteis ou proprioceptivos. O objetivo é explicar aos pais como a terapia, que se baseia no brincar e na motivação intrínseca da criança, promove as bases sensoriais necessárias para a aquisição de habilidades

complexas, como a motricidade fina para a escrita.

- **A Acomodação Sensorial:** Uma estratégia de manejo universal é a adaptação dos ambientes para torná-los sensorialmente mais amigáveis. Em consultórios, escolas e espaços públicos, a redução de estímulos excessivos — como luzes intensas e cores muito vibrantes — beneficia não apenas crianças com transtornos do neurodesenvolvimento, mas toda a população em um mundo cada vez mais estressante.
- **Os Quatro “As”: Um Guia para a Interação:** Para nortear a relação com qualquer criança com transtornos do desenvolvimento, o modelo dos “Quatro As” oferece um referencial de raciocínio comportamental:
 - 1. Alerta:** Refere-se ao estado de excitação da criança. O profissional deve modular sua própria abordagem (tom de voz, ritmo) de acordo com o nível de alerta da criança — se muito alto (excitada) ou muito baixo (apática) — para conseguir engajamento.
 - 2. Atenção:** O nível de alerta define a capacidade de atenção. Somente quando a criança está em um estado de alerta ótimo é possível capturar sua atenção para uma atividade.
 - 3. Afeto:** A atenção é seguida guiada pelo afeto, que é o interesse, a conexão emocional que a criança estabelece com o objeto ou a interação proposta. A oferta deve ser significativa para a criança.
 - 4. Ação:** Se a oferta for revestida de afeto, a criança parte para a ação, ou seja, para a exploração.



CONCLUSÃO

O manejo do domínio sensorial, fundamentado na teoria da Integração Sensorial, é um tratamento baseado em evidências que respeita a individualidade e a motivação da criança. Ele não é uma terapia invasiva, mas um processo de mediação no qual o terapeuta “seduz” a criança a ter experiências enriquecedoras. A utilização de referenciais como os “Quatro As” permite ao profissional e à família modular a interação para alcançar a criança em seu estado ótimo de aprendizagem. Como afirma Jung, a única oferta legítima que podemos fazer ao outro é o efeito que seu sistema produz no nosso. O manejo sensorial, portanto, se legitima ao respeitar o espaço da criança, permitindo que ela se perceba capaz e aja sobre o mundo a partir de seus próprios interesses e potencialidades.

6

O DOMÍNIO DA LINGUAGEM

6.1. A linguagem como vínculo: fundamentos conceituais do desenvolvimento comunicativo na primeira infância

Marcela Benati

INTRODUÇÃO: A COMPLEXIDADE DA LINGUAGEM NO CONTEXTO RELACIONAL

O desenvolvimento da linguagem, embora frequentemente avaliado pela produção de palavras, é um processo que se inicia muito antes e abrange um espectro muito mais amplo. A trajetória de uma criança com atraso de fala pode gerar grande ansiedade familiar e desafios diagnósticos, sendo crucial distinguir transtornos primários de linguagem de quadros mais complexos, como o do espectro autista. A experiência clínica demonstra que fatores ambientais, como a exposição excessiva a telas e a qualidade das práticas parentais, exercem um impacto profundo nesse percurso. Fundamentalmente, a aquisição da linguagem está imersa nas relações e experiências dos primeiros anos de vida. As emoções e o desenvolvimento da linguagem estão intrinsecamente ligados, uma vez que a comunicação inicial entre cuidador e bebê é sustentada pela expressão afetiva. É o “olhar que nutre”, que “põe a criança no mundo”, que acredita em seu potencial

e que estabelece as bases para que ela possa se expressar.

A BASE INTERSENSORIAL E O PAPEL DO “MATERNALÊS” [MAMANHÊS]

O processo inicial de desenvolvimento da linguagem é fundamentalmente o mesmo para todas as crianças, ancorado em processos sensoriais e perceptivos. A relação intersensorial, especialmente entre o visual e o auditivo, é crucial: a criança entende o significado de uma palavra a partir do que ouve e do que vê simultaneamente. Estudos demonstram que recém-nascidos preferem o som da voz materna e o “maternalês” — aquela forma de falar mais musical e afetuosa. Esse discurso, diferente da fala entre adultos, alicerça as competências para que a criança compreenda a linguagem, mesmo antes de produzi-la verbalmente.

AS DUAS DIMENSÕES DA LINGUAGEM

Para uma avaliação estruturada, a linguagem é compreendida a partir de duas dimensões interdependentes: a receptiva e a expressiva.

- 1. Linguagem Receptiva (Compreensão):** Define-se como a capacidade de compreender a linguagem oral, e sua aquisição precede a da fala. A avaliação dessa dimensão pode começar muito cedo, observando-se se a criança vocaliza em resposta ao cuidador ou se faz silêncio quando ele fala, indicando um diálogo inicial. Com cerca de oito meses, espera-se que a criança já mostre compreensão do tom de voz, sorrindo para o “maternalês” e ficando séria com uma fala mais severa. Por volta de um ano, ela atende a comandos simples associados a gestos (como o apontar do cuidador), pega objetos e para momentaneamente ao ouvir um “não”. Aos 36 meses, a criança já demonstra uma compreensão sofisticada de comentários e histórias.
- 2. Linguagem Expressiva (Produção):** É a capacidade de produzir linguagem, o que inclui tanto a forma verbal quanto a não verbal. A expressão começa muito antes das primeiras palavras, com gestos que indicam o desejo de continuar uma brincadeira (antes dos 8 meses) ou com o balbúcio recíproco durante

a troca de fraldas. Por volta de um ano e meio, a criança já utiliza gestos convencionais e palavras para se comunicar. A frustração ao não ser entendida torna-se um comportamento frequente, demonstrando sua intenção comunicativa. A evolução continua até que, aos três anos, a criança consegue se comunicar de forma compreensível para a maioria dos adultos que falam sua língua, combinando palavras em frases.

CONCLUSÃO: A IMPORTÂNCIA DE “APOSTAR NA CRIANÇA”

A avaliação do domínio da linguagem exige do profissional a capacidade de “ver o positivo” e “apostar” no potencial da criança. Em um cenário de atraso na fala verbal, é imperativo investigar e valorizar as competências não verbais. O ato de apontar, por exemplo, é uma sofisticada forma de linguagem expressiva que demonstra intenção comunicativa e a capacidade de triangular a atenção entre si, o cuidador e o objeto de interesse. Reconhecer e incentivar essas competências é um exercício clínico fundamental. A compreensão conceitual da linguagem, portanto, não se resume a uma contagem de vocabulário, mas a uma análise profunda das capacidades receptivas e expressivas da criança, inseridas em seu contexto afetivo e relacional.

6.2. Avaliação do domínio da linguagem: uma abordagem processual e integrada na prática pediátrica

Sandra Grisi

INTRODUÇÃO: A COMPLEXIDADE DO DIAGNÓSTICO EM LINGUAGEM

O desenvolvimento da linguagem é um fenômeno cognitivo de alta complexidade, envolvendo a sincronização de múltiplas regiões cerebrais e a maturação de estruturas anatômicas e funcionais. É, talvez, o domínio do desenvolvimento cuja avaliação se mostra mais desafiadora em um curto prazo, demandando um acompanhamento processual. A prática clínica demonstra que o diagnóstico correto de um atraso de linguagem muitas vezes emerge apenas com a evolução da criança e a resposta às terapias implementadas.

Nesse contexto, a conduta pediátrica deve ser pautada por um princípio fundamental: ser precoce na identificação de atrasos e na indicação de terapias, mas não ser precoce no fechamento de um diagnóstico. A comunicação com a família, que anseia por respostas, torna-se uma habilidade central. É preciso tranquilizá-la e engajá-la em um processo colaborativo de cuidado e descoberta, sem a precipitação de um rótulo que pode ser inadequado.

UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO EM TRÊS ETAPAS

Para estruturar a avaliação do pediatra no ambulatório, propõe-se um processo em três etapas interdependentes:

- 1. História Clínica e Percepção dos Pais:** A avaliação deve se aprofundar no ambiente da criança para compreender seu comportamento linguístico. Em muitos casos, a criança pode não se expressar verbalmente no consultório, um ambiente que pode ser constrangedor. Por isso, a escuta atenta à percepção dos pais sobre a comunicação do filho no dia a dia é uma fonte de informação indispensável.
- 2. Avaliação dos Marcos do Desenvolvimento:** A utilização de um instrumento estruturado é essencial para a vigilância do desenvolvimento. A **Caderneta da Criança** se apresenta como uma ferramenta de grande valor, acessível, que está nas mãos da família e é frequentemente subutilizada. Ela permite avaliar a linguagem desde o primeiro mês de vida e oferece uma visualização gráfica e longitudinal da evolução da criança em todos os domínios, funcionando como um sinalizador de alerta eficaz para o pediatra. Recentemente, os marcos do *Center for Disease Control* (CDC), traduzidos para o Brasil, também se tornaram uma referência útil, embora seu conteúdo difira pouco do que já está consolidado na Caderneta.
- 3. Encaminhamento Criterioso e Investigação de Sinais de Alerta:** A avaliação pediátrica, utilizando a Caderneta, serve para levantar um sinal de alerta. Identificado um atraso, dois passos são imediatos:
 - **Avaliação Auditiva:** É a primeira grande triagem. Se a audição estiver normal, a investigação segue o caminho de um atraso de linguagem; caso contrário, um novo percurso de investigação é iniciado.

- **Referenciamento à Fonoaudiologia:** Se o atraso persistir após um período de orientação e estímulo (a Caderneta sugere reavaliação em 30 dias), o encaminhamento para a fonoaudiologia deve ser precoce. A fonoaudióloga é a profissional que fornecerá a análise aprofundada sobre o que ocorre com a criança.

Durante todo o processo, é mandatório verificar outros sinais de alerta, pois o atraso de linguagem pode ser a primeira manifestação de outras condições, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA).

CONCLUSÃO

A avaliação do domínio da linguagem pelo pediatra é, essencialmente, um exercício de vigilância contínua, que deve ser sensível o suficiente para identificar desvios precocemente, mas prudente para não consolidar diagnósticos de forma apressada. Ferramentas como a Caderneta da Criança oferecem um roteiro robusto e acessível para guiar essa vigilância no dia a dia do consultório. Ao integrar a escuta atenta da família, a avaliação sistemática dos marcos e o encaminhamento criterioso para a equipe multiprofissional, o pediatra estabelece um plano de cuidado que prioriza a intervenção e o apoio à criança e sua família, permitindo que o tempo e a evolução terapêutica revelem a natureza precisa de qualquer dificuldade.

6.3. O manejo da linguagem: da complexidade do problema à abordagem colaborativa e indireta

Renata Haguette

INTRODUÇÃO: COMPREENDENDO A NATUREZA INTRINCADA DA LINGUAGEM

O desenvolvimento humano é uma rede complexa e interligada, e em nenhuma outra área isso é mais evidente do que no domínio da linguagem. A avaliação e o manejo da linguagem pressupõem um olhar para o desenvolvimento como um todo, pois sua interface com os domínios motor, sensorial e socioemocional é contundente, especialmente nos primeiros anos de vida. Uma criança que não se locomove para explorar objetos

tem seu desenvolvimento de linguagem dependente do outro. Embora o ser humano nasça com uma dotação genética para a comunicação, os mecanismos epigenéticos — a forma como o ambiente modula a expressão gênica — têm um papel preponderante.

O grande desafio clínico é diferenciar crianças que estão apenas demorando a falar daquelas em que o atraso é o primeiro sintoma de uma dificuldade maior. Essa diferenciação é dificultada pela complexidade do tema e pela variabilidade individual, mas alguns parâmetros norteiam o raciocínio clínico.

PRINCÍPIOS DO MANEJO: TRABALHO COLABORATIVO E ABORDAGENS INDIRETAS

Dado que o problema da linguagem é complexo, a solução também deve ser. A ciência demonstra que a prática interprofissional e o trabalho colaborativo são as abordagens mais eficazes para alcançar a natureza do problema. Dentro dessa perspectiva, as **terapias indiretas**, focadas principalmente nos pais, apresentam um forte nível de evidência de resolutividade, especialmente nos dois primeiros anos de vida. Existem métodos que trabalham unicamente com os pais, nos quais o fonoaudiólogo não atende a criança diretamente, mas capacita a família a construir um ambiente linguístico rico e responsivo.

Essa abordagem casa perfeitamente com a prática do pediatra, que tem um papel fundamental na co-construção do desenvolvimento junto à família. O manejo se concentra em três pilares: o ambiente, o vínculo e as estratégias indiretas. Sem vinculação não existe desenvolvimento da linguagem; é preciso que exista a necessidade de comunicar algo a alguém para que a dotação genética seja ativada.

IDENTIFICANDO OS SINAIS DE ALERTA PARA UM ATRASO PERSISTENTE

Embora cerca de 15% das crianças de até dois anos apresentem atrasos de linguagem, metade delas evoluirá normalmente. Para diferenciar um atraso transitório de um persistente, alguns fatores de risco devem ser considerados:

- **História familiar positiva:** Crianças com histórico familiar de atraso de fala, gagueira, dislexia ou outros transtornos do neurodesenvolvimento têm um risco mais elevado.

- **Exposição a telas:** A exposição a partir de uma hora de tela aumenta o risco relativo de atraso de linguagem de forma quase linear. Crianças expostas a três horas diárias têm três vezes mais chances de desenvolver um atraso.
- **Atraso na linguagem receptiva:** A dificuldade de compreensão é um sinal muito claro de que algo está errado. Não faz parte do desenvolvimento normal a criança não compreender, sendo este um fator contundente que direciona o raciocínio para um atraso persistente.
- **Dificuldade de imitação:** Uma criança que não consegue imitar sons ou gestos, mesmo com estímulo, também apresenta um indicativo forte de dificuldade.

ESTRATÉGIAS PRÁTICAS PARA O MANEJO IMEDIATO

As estratégias indiretas podem e devem ser orientadas por todos os profissionais envolvidos no cuidado da criança, incluindo o pediatra, pois possuem boa evidência científica e podem ser incorporadas na prática clínica.

- **Modelar a linguagem sem exigir repetição:** Esta é uma das estratégias de maior evidência. Consiste em descrever o que você e a criança estão fazendo durante a interação, sem solicitar que ela repita. A prática de pedir para a criança repetir uma palavra não faz parte da clínica de linguagem naturalística.
- **Expandir a fala da criança:** Quando a criança produz uma palavra isolada (ex: “bola”), o cuidador pode expandir para uma frase curta (“chuta a bola”). A orientação é sempre crescer um passo na direção da complexidade desejada.
- **Criar oportunidades de escolha:** Em vez de fazer perguntas abertas e difíceis (“o que você quer?”), deve-se oferecer escolhas concretas (“você quer banana ou maçã?”).
- **Apoiar a linguagem não verbal:** É fundamental fortalecer a intenção comunicativa, apoiando e apreciando qualquer estratégia de comunicação que a criança utilize, seja ela qual for (exceto comportamentos disruptivos).
- **Organizar o ambiente para criar “tentativas intencionais comunicativas”:** Colocar um objeto de desejo à vista, mas fora do alcance, ou oferecer um brinquedo com uma peça faltando, motiva a criança a iniciar uma interação para pedir ajuda.

CONCLUSÃO

O manejo da linguagem é um processo dinâmico e multifacetado que se beneficia enormemente de uma abordagem colaborativa e centrada na família. A implementação de estratégias indiretas, que capacitam os pais a potencializar os contextos naturais de interação, é uma ferramenta poderosa e com sólida base de evidências, especialmente na primeira infância. O papel do pediatra é crucial não apenas na identificação de sinais de alerta que apontem para um atraso persistente, mas também na orientação de práticas simples e eficazes que podem ser prontamente incorporadas à rotina familiar, remodelando o ambiente e fortalecendo o vínculo, que são os verdadeiros motores do desenvolvimento da comunicação.

7 DOMÍNIO COGNITIVO

7.1. O domínio cognitivo como arquitetura do desenvolvimento: definições e conceitos

Felipe Cudízio

INTRODUÇÃO: REDEFININDO A COGNIÇÃO

O termo “cognitivo” deriva do latim *cognoscere*, que significa “conhecer” ou, mais precisamente, “saber junto”. Essa origem etimológica já nos oferece uma pista crucial sobre sua natureza: a cognição é o domínio do conhecimento, abrangendo sua aquisição, consolidação e utilização. Engloba o pensamento, o raciocínio e a compreensão, formando o que popularmente chamamos de capacidade intelectual. Contudo, uma visão mais aprofundada revela que a cognição não é apenas um domínio a mais; ela é, em essência, “o desenvolvimento dos desenvolvimentos”.

A COGNIÇÃO COMO O “ENTRELACE” DO DESENVOLVIMENTO

Se imaginarmos o desenvolvimento global como uma corda, os domínios motor, sensorial, socioemocional e de linguagem seriam as fibras que a compõem. Nessa analogia, o desenvolvimento cognitivo não é outra

fibra, mas o próprio entrelace que as une. Ele não governa os outros domínios, mas é formado a partir da relação entre eles. As informações entram em nossa mente através das experiências sensoriais, motoras e socio-relacionais; é o processo cognitivo que as organiza, estabelecendo conexões e construindo a arquitetura do pensamento.

Essa arquitetura possui uma característica única: uma vez estabelecida, ela “conversa com ela mesma”. Uma ideia gera uma nova ideia, que gera outra, em um processo contínuo de auto-organização interna. Assim, a cognição tanto se alimenta das experiências externas quanto se expande a partir de sua própria lógica interna, retroalimentando os demais domínios com novas ações e compreensões.

OS SUBDOMÍNIOS DA FUNÇÃO COGNITIVA

Para fins de estudo e avaliação, o processo cognitivo pode ser decomposto em vários subdomínios inter-relacionados:

- **Categorização:** A habilidade de organizar o mundo em conceitos (verde, amarelo, grande, pequeno), sendo a base para a classificação e a nomeação.
- **Imitação:** O ponto de partida para muitas aprendizagens, evoluindo da imitação imediata para a diferida e, finalmente, para a criação com um toque pessoal.
- **Causa e Efeito:** A compreensão fundamental de que uma ação gera uma consequência, aprendida através da exploração ativa do ambiente.
- **Relações Espaciais:** A capacidade de entender o próprio lugar no mundo, a noção de dentro/fora, perto/longe.
- **Memória:** O sistema de armazenamento e recuperação de informações.
- **Manutenção da Atenção:** A habilidade de focar em um estímulo para processar e armazenar informações.
- **Autocuidado:** A aplicação de habilidades cognitivas para a preservação do próprio corpo, como tomar banho e se limpar.
- **Resolução de Problemas:** Uma das funções mais sofisticadas, envolvendo o planejamento e a execução de estratégias para alcançar um objetivo.

A COGNIÇÃO COMO ESPECIALIDADE HUMANA

Enquanto outras espécies superam os humanos em domínios específicos

— o crescimento de uma árvore, a força de um animal, a complexidade motora de uma aranha — é o desenvolvimento cognitivo que define a singularidade do *Homo sapiens sapiens* (“o que sabe”). A característica mais notável da cognição humana é sua capacidade de ser compartilhada: ela “tem Wi-Fi”. Uma pessoa pode se beneficiar do desenvolvimento cognitivo de outra, acumulando conhecimento através das gerações e do espaço, algo impossível no domínio motor ou em outras funções puramente biológicas. É essa cognição compartilhada que nos permitiu criar tecnologias, como um avião, que superam em muito as capacidades físicas de qualquer ser vivo.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PEDIATRIA

Compreender o domínio cognitivo é central para a pediatria moderna, que evoluiu de uma prática focada em “manter vivo” para uma que busca garantir o pleno potencial de desenvolvimento. A primeira infância é o período crítico onde se formam os “troncos” dessa árvore cognitiva. Negligenciar ou estimular inadequadamente essa fase pode comprometer toda a estrutura futura. O papel do pediatra é, portanto, cuidar delicadamente desse processo, reconhecendo que mesmo em crianças com severos comprometimentos neurológicos, existe uma cognição interna que precisa ser nutrida e respeitada.

7.2. A Avaliação do domínio cognitivo: da observação clínica à análise do comportamento adaptativo

André Manganelli

INTRODUÇÃO: DIFERENCIANDO COGNIÇÃO, INTELIGÊNCIA E COMPORTAMENTO ADAPTATIVO

A avaliação do domínio cognitivo se inicia com a distinção de três conceitos interligados, mas distintos. A **cognição**, como já definido, é o processo amplo de aquisição e utilização do conhecimento, abastecido por todas as experiências sensoriais, motoras e linguísticas. A **inteligência**, por sua vez, pode ser entendida como a habilidade e a eficiência com que o repertório cognitivo é utilizado para resolver problemas e elaborar raciocínios complexos. Enquanto a cognição é um processo, a inteligência

é uma capacidade que pode ser aferida psicometricamente, resultando no Quociente de Inteligência (QI).

Contudo, nem a cognição nem a inteligência isoladamente definem a funcionalidade de um indivíduo. Emerge, assim, um terceiro conceito crucial para a avaliação: o **comportamento adaptativo**. Ele se refere à capacidade de utilizar as competências cognitivas para alcançar autonomia e independência no meio social. Em muitos cenários clínicos, compreender o comportamento adaptativo de uma criança pode ser mais revelador sobre seu prognóstico e suas necessidades do que um escore de QI isolado.

A AVALIAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA: DA OBSERVAÇÃO INFORMAL À TIPICIDADE

A avaliação cognitiva não é um ato restrito a testes formais; ela começa no momento em que a criança entra na recepção. O clínico observa como ela se porta, como se dirige à mãe, que tipo de linguagem utiliza e como explora o ambiente. Cada uma dessas ações são “indícios” que, processados em segundos, oferecem um panorama inicial sobre o funcionamento da criança. No ambiente do consultório, a observação da interação com brinquedos e jogos de encaixe continua essa avaliação informal.

Embora a possibilidade cognitiva de cada indivíduo seja única, existe uma “linha de tipicidade”, um norte de marcos esperados para cada faixa etária. A avaliação se pauta na identificação de desvios significativos dessa linha, que levantam a suspeita de uma alteração e motivam uma investigação mais aprofundada e estruturada.

FERRAMENTAS ESTRUTURADAS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Quando uma avaliação formal é indicada, geralmente conduzida por um neuropsicólogo, um leque de ferramentas pode ser utilizado:

- **Escalas de Rastreio:** Instrumentos como *Bailey*, *Denver* e *SWYC* oferecem uma visão geral sobre os diversos domínios do desenvolvimento, funcionando como uma triagem inicial.
- **Testes de QI:** As escalas *Wechsler*, como o *WISC* (para crianças maiores) e o *WPPSI* (a partir de dois anos), são o padrão-ouro para a aferição do QI.
- **Escalas de Comportamento Adaptativo:** A escala *Vineland* é amplamente utilizada para medir a funcionalidade da criança

em seu cotidiano, comparando seu desempenho com a idade cronológica.

A interpretação dos resultados psicométricos permite classificar o desempenho da criança no espectro cognitivo:

- **Deficiência Intelectual:** É definida por um desempenho em testes de QI inferior a dois desvios-padrão da média, sempre associado a prejuízos no comportamento adaptativo. Para crianças menores de cinco anos, cuja avaliação é menos fidedigna, utiliza-se o termo **Atraso Global do Desenvolvimento**, evitando um diagnóstico definitivo e precoce.
- **Altas Habilidades/Superdotação:** Caracteriza-se por um QI acima de dois desvios-padrão da média. O desafio clínico aqui não é a capacidade cognitiva elevada em si, mas a possível assincronia com outros domínios, especialmente o socioemocional, que pode levar a inadequação social e sofrimento psíquico.

É fundamental, contudo, que a interpretação de qualquer teste considere o contexto da avaliação. Fatores como a motivação da criança, seu estado emocional (um luto familiar, por exemplo), doenças físicas ou questões sensoriais podem invalidar os resultados. Por isso, uma avaliação não é uma sentença, e reavaliações periódicas são frequentemente necessárias para acompanhar a evolução ou o impacto de uma intervenção.

CONCLUSÃO: A COGNIÇÃO COMO UM FENÓTIPO TRANSDIAGNÓSTICO

A cognição deve ser compreendida como um fenótipo que perpassa múltiplas condições de saúde, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Prejuízos cognitivos podem tanto ser uma consequência quanto um fator de agravamento desses quadros. A avaliação, portanto, não busca apenas um número, mas a construção de um perfil cognitivo personalizado, que identifique os pontos fortes e as fragilidades da criança. O papel do pediatra é realizar essa vigilância contínua, utilizando sua observação clínica para identificar a necessidade de um olhar mais aprofundado e encaminhar adequadamente a criança e sua família para uma avaliação especializada quando necessário.

7.3. O manejo cognitivo: da mitigação de prejuízos à promoção da autonomia e realização

Pedro Reis

INTRODUÇÃO: O OBJETIVO CENTRAL DO MANEJO

Ao abordar o manejo do domínio cognitivo, o foco imediato frequentemente recai sobre o Transtorno do Desenvolvimento Intelectual. Contudo, uma abordagem alinhada à pediatria do desenvolvimento exige um passo anterior: o de não olhar apenas para as doenças, mas para o potencial de cada criança. O objetivo central do manejo é, portanto, mitigar os prejuízos que uma dificuldade cognitiva possa causar na vida de uma pessoa e, fundamentalmente, promover a sua autonomia e realização. A meta não é atingir um escore específico em um teste, mas garantir que a criança seja

feliz e realizada.

A CONSTRUÇÃO DO SIGNIFICADO E O PAPEL DA FAMÍLIA

O desenvolvimento cognitivo é um processo contínuo e mais intenso nos primeiros anos de vida, construído sobre as bases das capacidades motoras, perceptivas e socioemocionais. As crianças nascem com os sentidos, mas sem os significados; elas sentem o mundo, mas precisam de ajuda para dar sentido a essas percepções. Esse processo de significação ocorre na convivência e na relação com os outros, principalmente com a família. Dessa forma, a família se consolida como o principal agente de promoção da autonomia da criança, o que está intrinsecamente ligado ao seu desenvolvimento cognitivo. O papel dos profissionais é, então, orientar os pais a oferecerem um ambiente propício, que equilibre a segurança com a liberdade de exploração. A repetição de experiências, como a da criança que tenta engatinhar, permite que ela selecione as ações que funcionam e aperfeiçoe suas habilidades, construindo autonomia.

ESTRATÉGIAS DE MANEJO: PREVENÇÃO EM TRÊS NÍVEIS

O manejo cognitivo deve ser estruturado a partir de uma lógica de prevenção, atuando em diferentes frentes para otimizar o desenvolvimento:

- 1. Prevenção Primária: Envolve ações que antecedem o surgimento de problemas, como o aconselhamento genético, os cuidados pré-natais adequados (incluindo suplementação vitamínica e evitação de substâncias nocivas) e a triagem neonatal. Esta última é particularmente negligenciada e crucial, pois identifica causas de deficiência intelectual que são tratáveis ou evitáveis.*
- 2. Prevenção Secundária: Foca na detecção precoce de atrasos por meio do acompanhamento de populações de risco, como prematuros e crianças com baixo peso ao nascer ou asfixia perinatal. A vigilância contínua, utilizando ferramentas como a caderneta da criança, é essencial nesta etapa.*
- 3. Prevenção Terciária: Consiste no manejo direto após a identificação de*

um atraso ou transtorno. O pilar desta etapa é o apoio às famílias, com aconselhamento parental para criar um ambiente potente e estimulador. O encaminhamento para terapias especializadas (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional) e a busca por tratamentos etiológicos, quando possível, são fundamentais.

DO DESEMPENHO À REALIZAÇÃO: O FOCO NA CRIANÇA

É crucial entender que o desenvolvimento é da criança, e não um projeto dos pais ou terapeutas. A imposição de marcos ou a exigência de um desempenho específico pode gerar uma carga desnecessária e prejudicial. O papel dos adultos é propiciar as condições para o desenvolvimento, e não “fazer” o desenvolvimento acontecer. Isso inclui valorizar o brincar livre como um cenário fundamental para a consolidação de aprendizados, a criatividade e a imaginação, em detrimento de uma rotina excessivamente estruturada e focada no desempenho.

CONCLUSÃO: MUDANDO O PROGNÓSTICO

O manejo do domínio cognitivo tem como meta final a mudança do prognóstico. A gravidade de um transtorno não deve ser medida apenas pelo QI, mas pelo impacto nas funções adaptativas e no prejuízo que causa à vida da pessoa. Com intervenções precoces e adequadas, é possível que ocorra uma melhora significativa da função intelectual, a ponto de, em alguns casos, o diagnóstico de transtorno do desenvolvimento intelectual não ser mais apropriado. Mesmo em casos mais estabelecidos, o suporte contínuo pode possibilitar a completa participação nas atividades cotidianas e a melhora da função adaptativa. O manejo, portanto, é um processo contínuo de apoio à criança e à sua família, com o objetivo de reabilitar habilidades, favorecer a autonomia e, acima de tudo, garantir a sua inserção e realização na sociedade.

8 Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC): capacitando famílias para a promoção do cuidado responsivo

Álvaro Jorge Madeiro Leite

INTRODUÇÃO: DE QUE DEPENDE O DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS?

Em sua dimensão mais proximal e essencial, o desenvolvimento infantil depende de adultos. Mais especificamente, de adultos que sejam capazes de notar e responder de forma sensível e receptiva às necessidades da criança. Esta premissa, aparentemente simples, constitui o núcleo do modelo de Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC), uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Unicef, concebida para ser integrada à atenção primária à saúde. O CDC parte do princípio de que não basta criar uma criança, é preciso “pô-la no mundo”, um processo complexo que requer a construção de vínculos seguros que a preparem para o ciclo da vida. A qualidade dessas interações precoces, marcadas pela

capacidade dos pais de perceber, compreender e responder aos sinais de seus filhos, é o que possibilita a formação de um apego seguro, base para a resiliência e a saúde mental ao longo da vida.

O CUIDADO RESPONSIVO COMO PILAR CENTRAL

O conceito central do CDC é o **cuidado responsivo**. Ele é definido como a capacidade dos cuidadores de perceberem os sinais da criança (motores, linguísticos, emocionais) e responderem a eles de modo oportuno e apropriado. Quando uma criança sente fome, a resposta não pode ser adiada; ela precisa ser contingente à urgência do momento. Essas interações, quando mutuamente agradáveis, fortalecem o vínculo e ajudam a criança a construir significados sobre o mundo e sobre si mesma. O cuidado responsivo é, portanto, a base para internalizar a convivência não violenta e para a aprendizagem da regulação emocional. Em contrapartida, respostas não contingentes ou inapropriadas geram uma desconexão, transmitindo à criança a mensagem de que suas necessidades não são compreendidas, o que pode minar a confiança e o vínculo.

A METODOLOGIA DO CDC NA PRÁTICA CLÍNICA

O programa CDC foi desenhado para ser integrado aos serviços de saúde já existentes, sem sobrecarregar profissionais ou famílias. A metodologia se baseia em uma ficha de verificação simples, centrada em um ciclo de três ações: **observar, elogiar e auxiliar**.

- 1. Observar:** O profissional observa ativamente a interação entre o cuidador e a criança durante a consulta, focando em três práticas essenciais: como o cuidador demonstra **atenção**, como ele **conforta** a criança e demonstra amor, e como ele aplica a **correção** de comportamentos de forma positiva.
- 2. Elogiar:** Ao identificar um comportamento positivo, o profissional deve elogiá-lo especificamente. Isso valida a ação do cuidador, fortalece sua autoconfiança e reforça a prática positiva.
- 3. Auxiliar:** Caso identifique um problema ou uma dificuldade na interação, o profissional deve auxiliar a família a encontrar uma solução, sugerindo alternativas e abrindo um diálogo.

Para além da observação, o CDC estrutura o diálogo com perguntas abertas e de proximidade, que investigam a qualidade da interação. Perguntas como “Como você brinca com seu bebê?”, “Como você conversa com ele?” e “Como você faz seu bebê sorrir?” são ferramentas poderosas para compreender a dinâmica familiar, promover a reflexão e fortalecer o vínculo.

A CENTRALIDADE DO CUIDADOR E A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO

O CDC desloca o foco de uma pediatria que vê a mãe apenas como informante para uma que a reconhece como a principal agente de cuidado. Se a meta é cuidar das crianças, é imperativo cuidar de quem cuida delas. Isso implica em uma prática clínica baseada em palavras essenciais como importância e reconhecimento. Transmitir a uma mãe que ela e seu filho são importantes para o profissional e reconhecer sua dignidade e seus esforços são atos terapêuticos que constroem a confiança necessária para uma relação de cuidado eficaz. Em muitos casos, a criança que se apresenta irritada ou agressiva está apenas respondendo a um ambiente familiar sobrecarregado; o foco do cuidado, então, nessa iniciativa, deve ser a mãe.

CONCLUSÃO

O programa Cuidados para o Desenvolvimento da Criança oferece uma metodologia estruturada, acessível e baseada em evidências para fortalecer a prática pediátrica na promoção do desenvolvimento infantil. Sua essência reside no cuidado responsivo e na capacitação das famílias como protagonistas. Ao adotar uma abordagem baseada em observar, elogiar e auxiliar, o profissional de saúde ajuda a construir uma base segura a partir da qual a criança pode desenvolver confiança para explorar o mundo. O CDC nos lembra que o desenvolvimento neurológico, embora tenha uma base maturacional, depende criticamente da qualidade das interações. Portanto, proteger as famílias e promover relações amorosas e responsivas não é apenas uma estratégia de manejo sócio emocional, mas uma ação fundamental de proteção da arquitetura cerebral e da saúde para toda a vida.

9 Fatos ou artefatos: autismo e desafios na prática pediátrica

PARTE 1

INTRODUÇÃO: O DRAMA DO ACESSO E A BUSCA POR ALTERNATIVAS

Sullivan Mota

A complexidade e a prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA) levaram a Organização Mundial da Saúde a declará-lo como o maior problema do século. No Brasil, a realidade reflete um verdadeiro drama social: de um lado, dezenas de milhares de crianças já diagnosticadas aguardam em filas por vagas de intervenção terapêutica que o sistema não é capaz de fornecer. De outro, um número ainda maior espera por uma avaliação para confirmar ou descartar a suspeita. O modelo atual, tanto de diagnóstico quanto de intervenção, se mostra insuficiente para atender à demanda existente.

Diante desse cenário, torna-se imperativo buscar alternativas. Uma varredura global por novos modelos de diagnóstico e intervenção não revelou soluções prontas. A resposta, portanto, parece não estar em importar modelos, mas em olhar para o que é concreto e efetivo na

formação do capital humano da criança, para além da deficiência: a arte, a cultura e o esporte.

UMA NOVA METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO: ARTE, CULTURA E ESPORTE

A metodologia terapêutica tradicional, baseada em terapia ocupacional, psicologia e fonoaudiologia, apresenta resultados maravilhosos e inquestionáveis. Seu principal obstáculo, no entanto, é a viabilidade econômica e a falta de capilaridade para implantação em um país de dimensões continentais como o Brasil. Como alternativa, um estudo sistemático realizado no IPREDE com crianças com TEA de níveis de suporte 1 e 2 demonstrou que intervenções baseadas em 11 áreas da arte, cultura e esporte produziram resultados tão bons quanto, e em alguns aspectos superiores, aos da metodologia tradicional.

Essa abordagem se mostra economicamente mais viável — com um custo oito vezes menor — e possui uma capilaridade muito maior, pois em qualquer localidade do país é possível encontrar pessoas ligadas à música, pintura, gastronomia ou esportes. Duas áreas se destacaram com resultados surpreendentes: a **gastronomia**, que obteve o maior índice de crianças não verbais que se tornaram verbais, e o **judô**, que demonstrou um impacto notável no desenvolvimento infantil.

A CENTRALIDADE DA EMOÇÃO NO APRENDIZADO

O sucesso dessas intervenções encontra respaldo na neurociência contemporânea, que reconhece a emoção como um dos fatores mais influentes no aprendizado e na socialização. A arte, em sua essência, tem a função de despertar a emoção. Uma emoção expandida leva à expressão, e para uma criança com neurodivergência, essa expressão é um “laço que ela dá com a sua própria vida”. A neurociência-arte, como um campo unificado, demonstra que a junção de ciência e arte forma um novo sentir e pensar, ampliando o desenvolvimento cognitivo através do toque na emoção.

QUEBRANDO O ARTEFATO DO DIAGNÓSTICO: O PAPEL DO PEDIATRA

Paralelamente à crise na intervenção, há uma barreira no diagnóstico.

Existe um artefato cultural e profissional que restringe a emissão de laudos de autismo a neurologistas e psiquiatras. Uma investigação aprofundada, envolvendo o Ministério Público e o Judiciário, revelou que **não existe nenhum decreto ou lei que obrigue ou limite o diagnóstico a essas duas especialidades**. O Conselho de Medicina reconhece que qualquer médico é capaz de realizar qualquer ato médico, desde que se sinta competente e se responsabilize por ele.

Portanto, o pediatra pode e deve ser capacitado para realizar o diagnóstico de TEA. Programas de capacitação para residentes de pediatria e a utilização de plataformas de ensino podem ampliar essa competência para todo o território nacional, incluindo também os médicos de saúde da família. Esse movimento permitiria um fluxo mais racional, no qual a enfermagem poderia realizar a triagem, encaminhando para o pediatra ou médico de família, que, por sua vez, direcionaria a criança para a intervenção mais adequada ao seu nível de suporte.

CONCLUSÃO

O enfrentamento dos desafios impostos pelo autismo exige uma reflexão crítica sobre os fatos e os artefatos que moldam a prática pediátrica. O fato é que os modelos atuais são insuficientes. O artefato é a limitação do diagnóstico a poucas especialidades. A proposta apresentada aponta para um caminho de democratização tanto do diagnóstico — capacitando o pediatra — quanto da intervenção — utilizando os recursos acessíveis da arte, cultura e esporte. Ao focar na formação do capital humano e no poder da emoção como via para o desenvolvimento, abre-se uma perspectiva mais inclusiva, econômica e escalável para fazer a diferença real na vida de milhares de crianças e suas famílias.

PARTE 2

A DESCONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO: NAVEGANDO NA “INDÚSTRIA DO AUTISMO” E NA PRESSÃO POR UM CID

Ana Paula Scoleze

INTRODUÇÃO: DA RESISTÊNCIA À EXIGÊNCIA DO DIAGNÓSTICO

Há alguns anos, o desafio do diagnóstico de autismo residia na resistência das famílias em aceitar um rótulo para seus filhos. Hoje, o panorama se inverteu: famílias e escolas chegam ao consultório com um diagnóstico praticamente pronto, exercendo uma pressão significativa sobre o profissional. Essa mudança se insere em um contexto mais amplo, batizado de “indústria do autismo”, um termo que reflete a complexa intersecção entre a necessidade de um CID para acesso a terapias e benefícios, os altos custos das intervenções preconizadas e a consequente judicialização da saúde. Esse cenário torna o sistema, tanto público quanto privado, insustentável e coloca sobre o pediatra a responsabilidade de navegar em meio a uma névoa de expectativas e dificuldades.

OS DESAFIOS DO DIAGNÓSTICO CLÍNICO DO TEA

O diagnóstico do TEA é um dos maiores desafios da prática pediátrica por múltiplas razões:

- **Natureza Clínica e Ausência de Biomarcadores:** O diagnóstico é baseado exclusivamente em características clínicas, sem o suporte de exames laboratoriais ou de imagem que possam confirmá-lo.
- **Sobreposição de Sintomas:** Muitas manifestações clínicas do TEA podem ser confundidas com características de outros atrasos do

desenvolvimento ou mesmo com variações do desenvolvimento típico. Comportamentos como irritabilidade, seletividade alimentar ou ser mais arreadio podem ser facilmente encaixados em critérios diagnósticos se a avaliação for superficial.

- **Comorbidades Frequentes:** A criança com TEA frequentemente apresenta outras comorbidades que podem dificultar o diagnóstico diferencial. Da mesma forma, crianças com outras patologias de base (ex: Síndrome de Down) podem ter um risco aumentado para o transtorno, tornando a distinção ainda mais complexa.
- **A Pressão Externa:** As famílias buscam um diagnóstico rápido para terem acesso a benefícios ou terapias, e essa necessidade acaba gerando barreiras sistêmicas, como a restrição do diagnóstico a especialistas, numa tentativa de regular os custos. Essa espera, contudo, é um fenômeno mundial, com filas que podem chegar a dois anos em países como o Reino Unido.

O MANEJO DO PEDIATRA: INTERVIR NA CRIANÇA, NÃO NO CID

Diante dessa complexidade, a pressa pelo diagnóstico é contraproducente. A chave para um diagnóstico diferencial assertivo, como demonstrado em casos clínicos discutidos no congresso, é o **acompanhamento longitudinal**. Muitas vezes, uma criança que apresenta sinais sugestivos de TEA, ao receber intervenções — sejam elas terapêuticas estruturadas ou simples orientações parentais (como redução de telas, leitura e socialização) — pode ter seu diagnóstico afastado. Estima-se que mais de 50% desses casos se resolvem com essas intervenções iniciais.

Portanto, o papel principal do pediatra na linha de frente é, frequentemente, o de **desconstruir um diagnóstico** que chega pronto. Isso exige uma habilidade de comunicação baseada em dois pilares:

1. **Validação da Preocupação Familiar:** É preciso reconhecer e validar a angústia da família e a pressão que ela sofre da escola. Frases como “fique calma, vamos avaliar” são insuficientes. A abordagem deve ser de parceria, garantindo à família que suas preocupações estão sendo levadas a sério.
2. **Foco na Necessidade da Criança:** É fundamental explicar que **quem precisa da intervenção não é o CID, mas a criança** e a manifestação

que ela apresenta. A intervenção deve ser direcionada para a dificuldade específica, dando tempo para que a criança “se mostre” ao longo do acompanhamento e das terapias.

CONCLUSÃO

A “indústria do autismo” e a consequente pressão por um diagnóstico rápido transformaram a prática pediátrica. O pediatra, posicionado na linha de frente, deve exercer um papel de mediador e de clínico criterioso. Mais do que fechar um diagnóstico, sua função é, muitas vezes, afastá-lo, por meio de um acompanhamento cuidadoso e da implementação de orientações que podem modificar a trajetória do desenvolvimento da criança. Ao estabelecer uma parceria com a família, validando suas preocupações e focando nas necessidades reais da criança, o profissional consegue resistir à pressão por um rótulo e garantir que a intervenção seja terapêutica em seu sentido mais amplo, promovendo o desenvolvimento e prevenindo a patologização de variações do percurso infantil.

PARTE 3

NO MEIO DA TORMENTA: O DESAFIO DO SOBRE-DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Sandra Grisi

INTRODUÇÃO: NAVEGANDO NA CRISE DO AUTISMO

O Transtorno do Espectro Autista emergiu como um dos maiores desafios clínicos e sociais da atualidade. A dificuldade em interpretar manifestações clínicas, a pressão para desconstruir diagnósticos pré-concebidos pelas famílias e a insuficiência da rede de cuidados criaram um cenário que pode ser descrito como uma verdadeira “crise do autismo”. Esta crise é alimentada pela chamada “indústria do autismo”, na qual clínicas comercializam pacotes terapêuticos e as famílias, munidas de informações superficiais, buscam freneticamente um CID para acessar, via judicialização, tratamentos que prometem soluções ilusórias.

FATORES CONTRIBUINTE PARA O SOBRE-DIAGNÓSTICO

A experiência clínica em serviços de referência corrobora o que os dados indicam: mais da metade das crianças que chegam com suspeita ou diagnóstico de TEA têm essa hipótese afastada após uma avaliação criteriosa. Esse fenômeno de sobre-diagnóstico é multifatorial:

- 1. O Contexto de uma Sociedade Desumanizada:** O desenvolvimento infantil é um processo imbricado em fatores proximais (família), intermediários (comunidade) e distais (políticas públicas). Atualmente, vivemos em uma sociedade em transformação, marcada por uma crescente desumanização, onde a empatia e a proximidade se deterioram. Esse contexto, somado à desorganização familiar acentuada por vulnerabilidades socioeconômicas, prejudica a expressão do desenvolvimento infantil, gerando manifestações clínicas que podem

mimetizar os sintomas do TEA.

2. A Deficiência na Formação Médica: Nenhuma especialidade médica, isoladamente, está plenamente capacitada para o diagnóstico de TEA. A neuropediatria, embora muito demandada, utiliza instrumentos que sofrem o viés dos problemas familiares. Os psiquiatras infantis são escassos, e os psiquiatras gerais frequentemente carecem de formação em desenvolvimento infantil. Os próprios pediatras, em sua maioria, também não possuem essa formação específica. Diante da dúvida e da intensa pressão familiar, muitos profissionais acabam por ceder, respondendo positivamente à solicitação de um CID.

3. Critérios Diagnósticos de Baixa Especificidade: A evolução do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), do DSM-3 ao DSM-5, progressivamente ampliou o conjunto de manifestações que poderiam levar a um diagnóstico de TEA. A intenção era aumentar a sensibilidade da suspeita diagnóstica, mas, como consequência inevitável, a especificidade foi reduzida. Na ausência de biomarcadores ou exames laboratoriais que confirmem o diagnóstico, o sistema atual favorece a inclusão de muitas crianças cujas manifestações derivam de outras causas.

O resultado desse ciclo é o prejuízo para a criança, que é rotulada precocemente, tendo seu desenvolvimento futuro comprometido por este mesmo rótulo.

REPENSANDO O TRATAMENTO E A INTERVENÇÃO

Paralelamente à crise diagnóstica, há uma crise terapêutica. A rede de cuidados é insuficiente para a demanda, tanto no serviço público quanto no privado. Diante disso, é fundamental buscar novos caminhos. A proposta de utilizar a **arte, a cultura e o esporte** para crianças com necessidade de suporte níveis 1 e 2 é uma alternativa fantástica. Essas áreas são capazes de promover respostas nos relacionamentos socioemocionais, pois envolvem profissionais com uma forma diferente de ver a criança, que pode ser extremamente contributiva. É uma abordagem que precisa ser veiculada e disseminada entre as sociedades médicas e o Judiciário.



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ

Apoio institucional

