

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

GUIA DE INTERVENÇÃO PRECOCE: de 0 a 3 anos de idade

CONSULTA PÚBLICA

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. ABORDAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA
3. O QUE É A CRIANÇA DE RISCO? QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO PARA ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO?
4. ESTIMULAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE: QUAIS AS DIFERENÇAS?
5. QUAIS AÇÕES PODEM SER UTILIZADAS PARA A PREVENÇÃO DE ATRASOS NO DESENVOLVIMENTO?
6. COMO DEVE OCORRER O FLUXO DE CUIDADO DE CRIANÇAS COM RISCO OU COM ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
7. COMO É O DESENVOLVIMENTO TÍPICO DE 0 A 3 ANOS? QUAIS OS SINAIS DE ALERTA?
8. QUAIS OS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS PARA AVALIAR E ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE RISCO NOS PRIMEIROS 3 ANOS DE VIDA?
9. COMO ESTABELECEER OBJETIVOS FUNCIONAIS?
10. QUAIS OS INGREDIENTES CHAVES PARA UMA INTERVENÇÃO EFETIVA?
11. INTERVENÇÃO PRECOCE: ATIVIDADES SUGERIDAS
12. QUAIS AS RECOMENDAÇÕES PARA A BOA PRÁTICA CLÍNICA?
13. PARTICIPAÇÃO E DIREITOS DA CRIANÇA SOB INTERVENÇÃO PRECOCE
14. CUIDANDO DE QUEM CUIDA
15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. APRESENTAÇÃO

No âmbito do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Novo Viver Sem Limite, instituído pelo Decreto nº 11.793/2023, o presente *Guia de Intervenção Precoce – De 0 a 3 anos de idade* integra as ações estratégicas do Eixo 1: Gestão e Participação Social, o qual contempla, entre suas metas, a elaboração, revisão e publicação de guias voltados à atenção à saúde da pessoa com deficiência. Esta iniciativa reafirma o compromisso com a qualificação das políticas públicas e com a promoção do cuidado integral, equitativo e baseado em evidências científicas.

A Intervenção Precoce constitui um conjunto articulado de ações e estratégias direcionadas a crianças de zero a três anos de idade, com o propósito de identificar, prevenir ou atenuar dificuldades relacionadas ao desenvolvimento, à aprendizagem, à saúde e ao comportamento. Compreende processos de avaliação, atendimentos terapêuticos, orientações às famílias e suporte educacional, buscando favorecer o desenvolvimento integral da criança e sua plena inclusão social. Ao antecipar e responder aos sinais de risco, a intervenção precoce atua tanto na prevenção quanto na mitigação de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, promovendo melhores oportunidades de crescimento, bem-estar e participação na vida em comunidade.

A revisão do documento “Diretrizes de Estimulação Precoce – Crianças de Zero a Três Anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2016, constitui-se como uma ação estratégica e essencial frente ao atual contexto de fortalecimento e priorização da atenção à saúde das pessoas com deficiência em âmbito nacional.

Este trabalho é fruto do comprometimento e da expertise de pesquisadores e profissionais especializados na área, provenientes de diferentes regiões do país, que atuam nos cuidados em reabilitação. Reunidos em um esforço colaborativo, contribuíram para a atualização do Guia e o aprimoramento da compreensão acerca da intervenção precoce.

O somatório e a articulação desses esforços também contaram com o apoio das coordenações, departamentos e secretarias do Ministério da Saúde, em especial da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD/DAET/SAES/MS), cuja ação em rede conseguiu reunir ampla colaboração e engajamento.

A todos que contribuíram para esta atualização, nossos sinceros agradecimentos.

Por fim, é imprescindível ressaltar a relevância da atualização contínua dos conceitos, práticas e evidências científicas que fundamentam este guia. Diante da natureza dinâmica do conhecimento na área da saúde, este material permanecerá em processo permanente de revisão, sendo reeditado sempre que necessário, com as devidas atualizações técnicas, científicas e procedimentais. Dessa forma, assegura-se que os profissionais da saúde disponham de orientações atualizadas, consistentes e alinhadas às melhores evidências para a qualificada realização da intervenção precoce.

2. ABORDAGEM CENTRADA NA FAMÍLIA

O Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF) tem como principal objetivo promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e de suas famílias, além de restaurar seu senso de controle e dignidade. Essa abordagem reforça a importância da participação ativa da família no processo de cuidado, reconhecendo seu papel essencial na recuperação e no apoio ao paciente (Figura X).

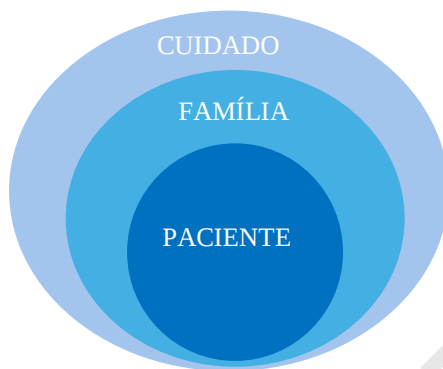


Figura xx. Cuidado centrado no Paciente e Família. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

O Cuidado Centrado no Paciente e Família reconhece a família como elemento essencial no cuidado à saúde, considerando não apenas os laços biológicos, mas também o suporte emocional, social e de desenvolvimento. A **definição de família é dada pelo próprio paciente**, ampliando o olhar sobre quem compõe sua rede de apoio. Nessa abordagem, profissionais são orientados a fortalecer essa conexão natural, promovendo um cuidado integral e humanizado. O CCPF baseia-se na parceria entre pacientes, famílias e profissionais, envolvendo planejamento, prestação e avaliação conjunta do cuidado, sendo aplicável a pessoas de todas as idades e em qualquer nível de atenção à saúde.

Essa abordagem fundamenta-se em quatro pressupostos centrais: **1) dignidade e respeito, 2) participação, 3) informação compartilhada e 4) colaboração**. Esses princípios sustentam a parceria entre prestadores de cuidados, pacientes e famílias, promovendo um atendimento mais humanizado e eficaz (Figura X).

Dignidade e respeito: os profissionais de saúde ouvem e respeitam as escolhas e perspectivas do paciente e da família; o conhecimento, os valores, as crenças e a cultura do paciente e da família são incorporados ao planejamento e prestação do cuidado.

Informação compartilhada: os profissionais de saúde comunicam e dividem as informações úteis de maneira completa e imparcial com os pacientes e a família; estes recebem informações acuradas, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão.

Participação: pacientes e famílias são encorajados e apoiados a participarem do cuidado e da tomada de decisão, escolhendo seu nível de atuação.

Colaboração: pacientes e famílias são incluídos como base de apoio da instituição; os líderes de cuidado à saúde colaboram com os pacientes e família no desenvolvimento, implantação e avaliação das políticas e programas, na facilitação dos cuidados à saúde, na educação profissional e na prestação de cuidados.



Figura X. Representação do Cuidado Centrado no Paciente e Família.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

O CCPF deve ser adotado como uma filosofia institucional, sendo incorporado à prática diária por gestores, profissionais de saúde e equipes de apoio. É reconhecido como uma das melhores práticas a serem implementadas nos serviços de saúde. No contexto de saúde da criança, sua aplicação teve início na década de 1970 nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, no entanto, ainda representa um ideal a ser alcançado. **Este documento representa um passo importante para o incentivo à implementação dessa abordagem.**

Desafios para a implementação do CCPF

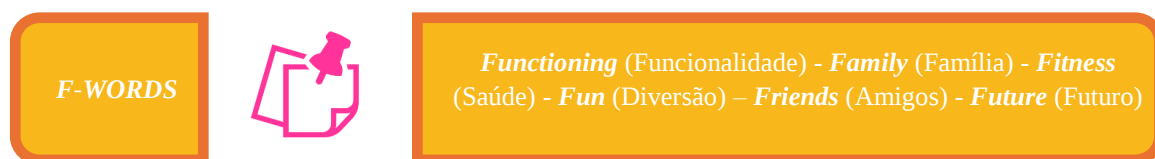
A implementação do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF) em crianças com menos de 3 anos, especialmente aquelas com risco de atraso no desenvolvimento ou deficiências, enfrenta diversos desafios, incluindo:

a) a falta de qualificação dos profissionais para um cuidado centrado na família; b) barreiras culturais; c) as famílias podem não se sentir preparadas para assumir um papel ativo no processo de cuidado; d) cada família tem sua própria dinâmica, valores e crenças; e) falta de uma abordagem colaborativa integrada; f) escassez de programas educacionais, estruturação de serviços e de orientações sobre estratégias de implementação do CCPF; g) múltiplas funções administrativas impostas pelas instituições aos profissionais; h) julgamento tendencioso da equipe relacionada à família; i) desafios socioeconômicos para o engajamento das famílias; dentre outras.

Considerando os desafios para a implementação das recomendações contemporâneas na atenção à saúde infantil, têm sido desenvolvidas estratégias alinhadas aos princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família. Entre essas, destaca-se a proposta das *F-Words* no desenvolvimento infantil, que valoriza a participação ativa da criança e de sua família no processo de cuidado, respeitando seus contextos, prioridades e potencialidades.

O Que São as *F-Words* (Palavras Favoritas) no Desenvolvimento Infantil?

As *F-Words* (Palavras Favoritas) representam um conjunto de 6 palavras favoritas, que começam com a letra "F" (versão original em inglês), sendo elas:



São baseadas no modelo da **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**, da Organização Mundial de Saúde, e representam seis principais áreas do desenvolvimento infantil (Figura X).

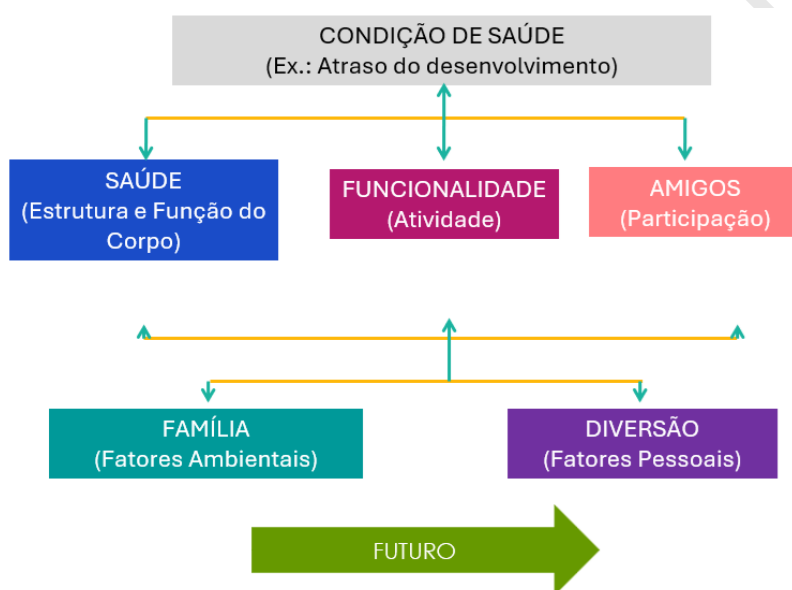


Figura X. Adaptação da estrutura da CIF (2001) com as 'Minhas Palavras Favoritas' (Rosenbaum & Gorter, 2012). **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025**

Cada uma das *F-Words* (tradução: *Palavras Favoritas*) representa um conceito relevante para promover o desenvolvimento global da criança e o envolvimento da família.

Ferramentas das *F-Words*

As ferramentas das *F-Words* foram criadas em 2012 pela equipe do *CanChild* (McMaster University, Canadá), em parceria com pais de crianças com deficiência e têm por finalidade facilitar a aplicação prática das Palavras Favoritas. Podem ser utilizadas por familiares, prestadores de serviços/gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e da educação e podem ser aplicadas em casa, na pré-escola/creche, nos serviços de saúde ou ainda em programas que a criança frequenta na comunidade.

As 4 ferramentas, que estão disponíveis na língua portuguesa gratuitamente no endereço eletrônico da *CanChild**, são: **Termo de Compromisso das Palavras Favoritas; Colagem das Palavras Favoritas; Perfil das Palavras Favoritas; e Folha de Metas das Palavras Favoritas.**

Para o desenvolvimento infantil estão também disponíveis na *CanChild* alguns materiais informativos e bem ilustrativos que facilitam as orientações aos cuidadores e servem de guia aos profissionais, incluindo educadores.

Como as F-Words se aplicam à intervenção precoce?

As F-Words, ao enfatizarem aspectos essenciais do desenvolvimento infantil como Funcionalidade, Família, Saúde, Diversão, Amigos e Futuro, se alinham diretamente com os princípios do Cuidado Centrado na Família, promovendo uma abordagem integrada que valoriza a participação ativa dos familiares no processo de intervenção precoce, garantindo que as necessidades da criança sejam atendidas de maneira integral e personalizada.

Quadro X. Conceito e aplicabilidade de cada palavra das *F-Words* (Palavras Favoritas) no desenvolvimento infantil

Palavras Favoritas	Conceito	Aplicabilidade
Funcionalidade 	Refere-se ao que a criança faz no seu dia a dia, tais como o brincar, mover-se e interagir com o ambiente e com outras pessoas. A maneira como ela faz não importa!	Família e equipe oferecem oportunidades e incentivam a criança a explorar o ambiente e realizar atividades cotidianas, com adaptações conforme suas necessidades. Algumas crianças se beneficiam de ajustes simples, como posicionamento adequado para interação social ou brinquedos de fácil manipulação, enquanto outras necessitam de recursos mais complexos, como dispositivos de mobilidade ou comunicação. O acesso precoce a essas adaptações favorece o desenvolvimento infantil, contrariando a ideia equivocada de que tais recursos possam limitá-lo.
Família 	Representa o principal ambiente das crianças.	A família conhece a criança melhor do que ninguém e é parceira essencial no desenvolvimento da criança. Isso inclui o envolvimento ativo dos pais ou cuidadores no processo terapêutico e a capacitação deles para fornecer cuidados, estímulos em casa e apoio contínuo. O apoio emocional, educacional e prático da família é vital para o sucesso do plano terapêutico. Compartilhar com os pais informações sobre o desenvolvimento infantil e formas de estimular, enriquecer o ambiente, são estratégias com boas evidências para promoção do desenvolvimento.
Saúde 	Refere-se à maneira como as crianças permanecem fisicamente ativas, incluindo exercícios e outras oportunidades de lazer.	Para um desenvolvimento saudável, são importantes estímulos para que a criança se movimente, ou seja, não fique todo o tempo no carrinho ou cercadinho. Compartilhar com a família informações sobre a importância do sono de qualidade e nutrição adequada, prevenção de acidentes e infecções são importantes para a promoção da saúde como um todo.
Diversão 	Inclui atividades específicas em que as crianças estão envolvidas ou gostam de participar.	Crianças pequenas participam de atividades na casa, creche e comunidade. Brincar é um direito e promove o desenvolvimento infantil de forma global. Assim, é importante que atividades agradáveis e divertidas sejam inseridas na rotina da criança, bem como durante intervenções terapêuticas.
Amigos 	Refere-se às amizades com outras crianças; o desenvolvimento social é um aspecto essencial da personalidade.	É importante que crianças pequenas tenham interações sociais. Isso pode ocorrer por meio de sua inclusão e participação na escola/creche e comunidade (por exemplo, ir ao parquinho, frequentar grupos sociais como encontros familiares ou religiosos). A intervenção precoce pode incluir estratégias para promover interações com outras crianças e a construção de habilidades sociais, com relações de amizade.

Futuro



É disso que se trata o desenvolvimento infantil! Refere-se às expectativas dos pais e das crianças e sonhos para o futuro.

Prevenir atrasos no desenvolvimento, estimular a criança a ser ativa, interagir com outras pessoas e explorar o ambiente, são todas estratégias que ajudam a criança atingir seu máximo potencial no futuro.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Figuras XX: The 6 F-words for Childhood Disability- Tell us about your child! Building Brighter Futures Together. Rosenbaum, P., & Gorter, J.W. (2012). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! Child: Care, Health and Development, 38(4), 457 – 463. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x; CanChild's F-words Knowledge Hub: www.canchild.ca/f-words.

CONSULTA PÚBLICA

Relato da Mãe de Sarah (março/2024)

“Sarah é uma bebê prematura, que nasceu no dia 03/10/2023 com idade gestacional de 28 semanas e 2 dias, pesando 1,050kg e 34cm. Na UTI passou por várias intercorrências, como jejum para tratamento de problemas na barriguinha, sepse, e necessitou uso de tubo de ventilação. Aos poucos sua saúde foi estabilizando, foi ganhando peso, e após 80 dias ganhamos alta.

Em casa, ainda com uso de oxigênio, os cuidados da mamãe, papai e vovós foi redobrado, com isolamento durante 60 dias, muito cuidado na amamentação e respiração. Graças a Deus, em poucos dias, Sarah começou a ganhar peso e o uso do oxigênio não foi mais necessário.

Sempre com acompanhamento regular da pediatra, do “neuro” e “oftalmo”, ela recebeu todos os tratamentos indicados, incluindo de fisioterapia.

Hoje nossa guerreira completou 1 ano e 5 meses, consegue rolar e se arrastar para pegar os objetos que lhe interessa, gosta muito de brincar, é muito carinhosa e esperta e cada dia aprende coisas novas, enchendo o coraçãozinho dos papais de alegria! Nosso grande presente!”

Colagem das Palavras Favoritas (F-words) de:



Modelo de Colagem das Palavras Favoritas (F-words) desenvolvido pela CanChild. Imagem autorizada pelos responsáveis. Adaptado por Sarah H. Magalhães, Ana Carolina de Campos, B. Nelly, Adriana C. V. Pereira, Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI) - Universidade Federal de São Carlos - 13063-970 São Carlos - SP. © CanChild 2023.

Fig XX. Modelo de Colagem das Palavras Favoritas. Fonte: Arquivo. Imagem autorizada pelos responsáveis.



Perfil das Palavras Favoritas (F-words) de Sarah (nome)



Data de Nascimento:
03/10/2023

Cidade: Ibirama

Idioma: Brasil

FUNCIONALIDADE (O que eu faço ou como eu faço as "coisas" ...):

Hoje eu consigo pegar os brinquedos, rolar e me arrastar, sempre me divertindo muito!

FAMÍLIA (Minha família é...):

Minha família, papai, mamãe, avós, bisavós, tios e titias me ajudam muito com as minhas atividades

SAÚDE (Mantenho minha saúde em dia com...):

Acompanhamento regular na pediatra, neuro, oftalmo e fisio. Tomo remédio para refluxo, e faço muitas atividades todos os dias

DIVERSÃO (Eu gosto de...):

Gosto muito de brincar com meus brinquedos, cantar, brincar na piscina, passear com a minha vovó, andar de bicicleta com meus papais, e gosto muito, muito de brincar com minhas cachorrinhas Amora, Geléia e Cacau

AMIGOS (Meus amigos são...):

Meu tio João, meus primos Gustavo e Thiago, a Maitê, o Antony e a Maria

FUTURO (Minhas metas são...):

Estudar bastante, praticar atividades físicas, como jogar bola com a minha mamãe, brincar com meu papai, trabalhar e formar uma linda família



Adaptado de Rosenbaum, P., & Gorter, J.W. (2012). The 'F-words' in Childhood Disability: I swear this is how we should think! Child: Care, Health and Development, 38(4). Para maiores informações: www.canchild.ca/f-words

Tradução por Beatriz H. Brugnaro, Ana Carolina de Campos & Nelci Adriana C. F. Rocha. Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI) Universidade Federal de São Carlos – UFSCar (2019)

ID A. Cross, D. Grahovac, J. Brocklehurst, D. Kay, 2017

FigXX. Modelo de Perfil de Palavras favoritas. Fonte: Arquivo. Imagem e informações autorizada pelos responsáveis.

Referências

- BRUGNARO, B. H.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. As 'Minhas Palavras Favoritas' no desenvolvimento infantil. Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2020. Disponível em: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/071/original/FWordsParentNewsletter_updated_BrazilianPortuguese-june22_2022.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.
- BRUGNARO, B. H.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. Colagens das Palavras Favoritas (F-Words). Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2019. Disponível em: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/648/original/collage-brazilian_portuguese-_updated-August29_2024.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.
- BRUGNARO, B. H.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. Folhas de metas das Palavras Favoritas (F-Words).

Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2019. Disponível em: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/101/original/Goal_sheet_-_brazilian_portuguese-_updated-August29_2022.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRUGNARO, B. H.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. Perfil das Palavras Favoritas (F-words). Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2019. Disponível em: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/099/original/Profile_-_brazilian_portuguese-_updated-august_29_2022.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRUGNARO, B. H.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. Termo de Compromisso das Palavras Favoritas (F-Words). Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2019. Disponível em: [https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/102/original/Agreement_\(Brazilian_Portuguese\)_August_12_2022.pdf](https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/102/original/Agreement_(Brazilian_Portuguese)_August_12_2022.pdf). Acesso em: 11 mar. 2025.

BRUGNARO, B. H.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. Usando as ‘Minhas Palavras Favoritas’ no desenvolvimento infantil: Dicas para educadores. Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2020. Disponível em: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/067/original/FWordsTipSheetforEducators_updated_-_BrazilianPortuguese_-_june22_2022.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRUGNARO, B. H.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. Guia de Apoio para Educadores: ‘Minhas Palavras Favoritas’ no desenvolvimento infantil. Laboratório de Análise do Desenvolvimento Infantil (LADI), Universidade Federal de São Carlos – UFSCar; 2020. Disponível em: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/103/original/FWordsEducatorNewsletter_updated_BrazilianPortuguese-june22_2022.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRUGNARO, B. H.; LIMA, C. R. G.; CAMPOS, A. C.; ROCHA, N. A. C. F. Tradução dos “Instrumentos das F-Words” para o português brasileiro. *Fisioter. Mov.*, v. 34, e34110, 2021. DOI: 10.1590/fm.2021.34110.

CANCHILD. CanChild: Centre for Childhood Disability Research. Acessado em: 06 mar. 2025. Disponível em: <https://www.canchild.ca/>.

LEITE, H. R.; SOUSA JUNIOR, R. R. Uma lente sobre as minhas palavras favoritas. Disponível em: https://canchild.ca/system/tenon/assets/attachments/000/004/647/original/Fwords_Lens_Tool_BrazilianPortuguese.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

DE CAMPOS, A. C.; HIDALGO-ROBLES, Á.; LONGO, E.; SHRADER, C.; PALEG, G. F-words and early intervention ingredients for non-ambulant children with cerebral palsy: A scoping review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 66, n. 1, p. 41-51, 2024.

ROSENBAUM, P.; GORTER, J. W. The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child Care Health Dev.*, v. 38, n. 4, p. 457-63, jul. 2012. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x.

BAMM, E. L.; ROSENBAUM, P. Family-Centered Theory: Origins, Development, Barriers, and Supports to Implementation in Rehabilitation Medicine. *Arch Phys Med Rehabil.*, v. 89, 2008.

FELIPIN, L. C. S. et al. Cuidado centrado na família em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica: visão do enfermeiro/ Family-centered care in Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit: nurse's vision. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 17, n. 2, 2018. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v17i2.41001. Acesso em: 03 fev. 2025.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: recommendations and promising practices. 2008 abr. Disponível em: <http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2025.

JOLLEY, M.; SHIELDS, P. The Evolution of Family-Centered Care. Malusky, 2005. A Concept Analysis of Family Centered Care in the NICU, London, 1959.

LLOYD, B.; ELKINS, M.; INNES, L. Barriers and enablers of patient and family centred care in an Australian acute care hospital: Perspectives of health managers. *Patient Experience Journal*, v. 5, n. 3, p. 55–64, 2018. DOI: 10.35680/2372-0247.1270. Acesso em: 30 jan. 2025.

MALEPE, T. C.; HAVENGA, Y.; MABUSELA, P. D. Barriers to family-centred care of hospitalised children at a hospital in Gauteng. Health SA, v. 27, p. 1786, 28 out. 2022. DOI: 10.4102/hsag.v27i0.1786. Acesso em: 31 jan. 2025.

PHILLIPS, K. A.; OSPINA, N. S.; MONTORI, V. M. Physicians Interrupting Patients. J Gen Intern Med, v. 34, n. 10, p. 1965, out. 2019. DOI: 10.1007/s11606-019-05247-5. Acesso em: 03 fev. 2025.

VILLAR, V. C. F. L.; MARTINS, M.; RABELLO, E. T. Qualidade do cuidado e segurança do paciente: o papel dos pacientes e familiares. Saúde Debate, v. 46, n. 135, p. 1174–1186, out. 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213516. Acesso em: 03 fev. 2025.

3. O QUE É A CRIANÇA DE RISCO? QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO PARA ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO?

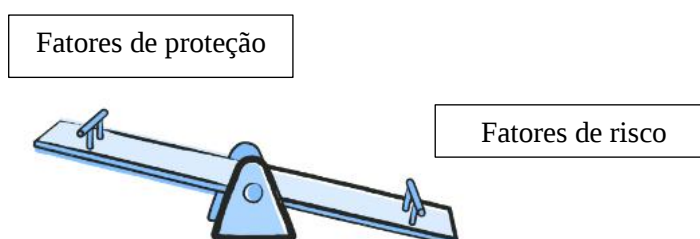
O termo “criança de risco” (ou “bebê de risco”) é utilizado para definir crianças que passaram por situações adversas em algum momento do seu crescimento e desenvolvimento, desde a gestação até o primeiro ano de vida. O primeiro ano de vida representa uma etapa crítica para o desenvolvimento das habilidades e outras competências essenciais para o pleno potencial do ser humano.

O desenvolvimento da criança pode ser afetado por vários fatores ou **determinantes**. Isso acontece porque o crescimento infantil depende tanto de aspectos biológicos, que fazem parte do bebê, quanto de fatores do ambiente, como as experiências que ele tem ao longo do tempo. Se houver dificuldades nessas áreas, o desenvolvimento pode ser prejudicado. Quando isso acontece, dizemos que há um “risco para o desenvolvimento”.

Fatores de Risco: são diversos fatores que podem aumentar a probabilidade de uma criança enfrentar problemas no seu crescimento e desenvolvimento. Exemplos: prematuridade e baixo peso ao nascer são alguns dos principais fatores de risco envolvidos em um bebê.

Fatores de Proteção: são diversos fatores que podem neutralizar ou atenuar a probabilidade do risco de uma criança enfrentar problemas no seu crescimento e desenvolvimento. Exemplos: aleitamento materno e boas condições de moradia.

Para compreender melhor: O desenvolvimento da criança funciona como uma gangorra de parquinho. De um lado, os fatores de proteção; do outro lado, os fatores de risco.



Os fatores de risco podem ser divididos em dois tipos: **biológicos** e **ambientais**.

Fatores de Risco Biológicos: São situações que ocorrem antes, durante ou após o nascimento e que podem comprometer o desenvolvimento infantil. Incluem infecções maternas na

gestação, prematuridade, baixo peso ao nascer, hipóxia, asfixia, hemorragias cerebrais e doenças graves, como infecções neonatais. Algumas crianças já nascem com condições genéticas, como síndromes, malformações ou doenças metabólicas raras. Prematuridade (antes de 37 semanas) e baixo peso ao nascer (menos de 2,5 kg) são fatores de risco importantes, especialmente em bebês com menos de 35 semanas ou abaixo de 2 kg, que exigem acompanhamento especializado. Bebês expostos a infecções congênicas, como sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e Zika vírus (STORCH+Z), também necessitam de seguimento após a alta hospitalar.

Fatores de Risco Ambientais: estão relacionados ao ambiente em que a criança cresce e às condições da família. Entre eles estão a baixa escolaridade materna, falta de acesso a serviços de saúde, pobreza, violência, maus-tratos e poucas oportunidades de estímulo para o bebê.

IMPORTANTE.

O acompanhamento da criança pelos profissionais de saúde vai ajudar a criança e a família a equilibrar o peso dos fatores de risco na vida da criança, atuando como uma rede de proteção e facilitando o pleno crescimento e desenvolvimento em todas as áreas.

A estratificação de risco da criança, apresentada na Figura XX, relaciona alguns dos fatores de risco mais comuns ao longo dos primeiros anos de vida de acordo com dois estratos – risco habitual, risco intermediário e risco alto – estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2021). Há evidências de que a estratificação dos riscos populacionais tem sido associada com melhor qualidade clínica e eficiência de recursos na Atenção à Saúde.

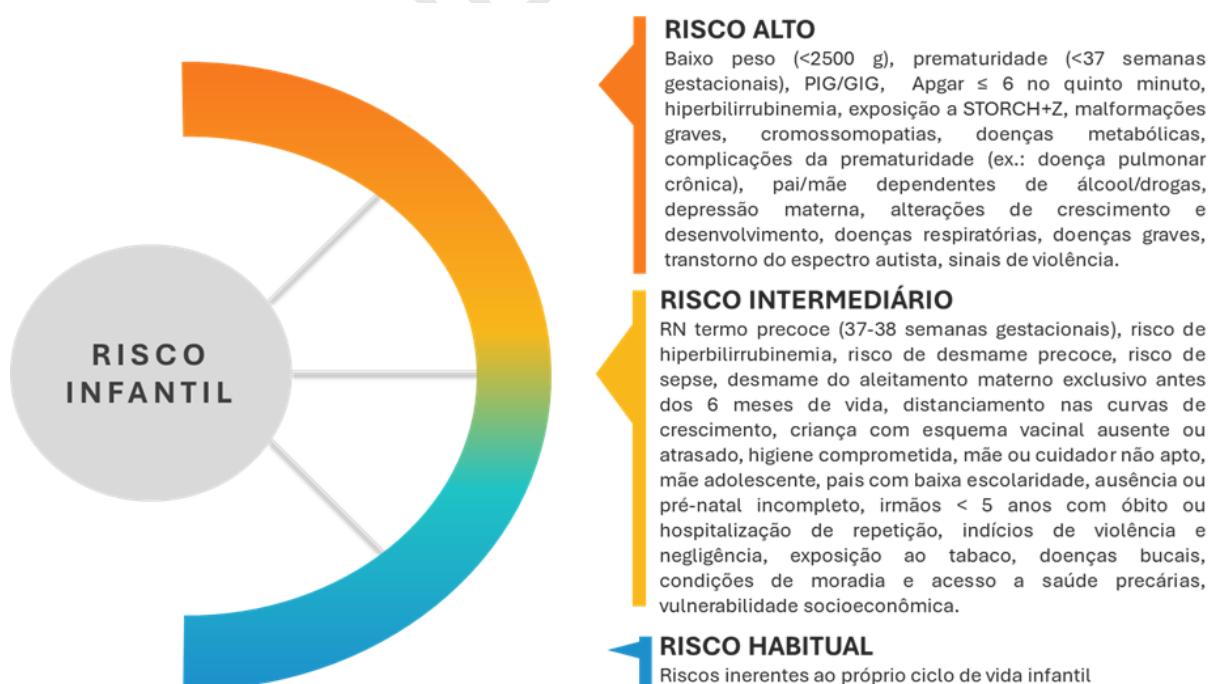


Figura XX. Estratificação de risco da criança nos primeiros dias e anos de vida considerando fatores de risco biológicos e ambientais. PIG: pequeno para a idade gestacional, GIG: grande para a idade gestacional. **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.**

Por essa estratificação, basta a identificação de **um único critério** para definir o estrato de risco, predominando o de maior risco. Quanto maior o número de critérios combinados, maior a complexidade da situação, implicando em maior vigilância e cuidado.

Como o desenvolvimento infantil é dinâmico, a estratificação de risco deve ser realizada **na primeira consulta**, nas subseqüentes e sempre que surgirem novos fatores de risco. Por se basear em aspectos multidimensionais que influenciam a saúde e a vida da criança, essa estratificação pode se modificar ao longo do tempo, de acordo com fatores epidemiológicos e contextos socioculturais locais, nacionais ou globais.

Outros fatores de risco biológicos específicos incluem:

- Baixo escore no Exame Neurológico Infantil de Hammersmith (HINE) – Ver tópico 8
 - Alterações na qualidade do *General Movements Assessment* (GMA) – Ver tópico 8
- Alterações nos exames de neuroimagem
- Asfixia/hipóxia perinatal
- Lesões cerebrais ao nascer
- Uso de ventilação mecânica por mais de 24 h
- Malformações cerebrais e cardíacas
- Alterações nos exames de triagem neonatal
- Distúrbios neurológicos/convulsões
- Necessidade de grandes cirurgias logo após nascer
- Alterações comportamentais durante os primeiros dias de vida

Outros fatores de risco ambientais específicos incluem:

- Pobreza e insegurança alimentar
- Problemas nutricionais (Ex.: desnutrição, obesidade)
- Ambiente de estresse crônico (Ex.: exposição a ambientes familiares instáveis ou hostis)
- Falta de estímulo cognitivo e social (Ex.: isolamento social, falta de interação)
- Mãe ausente por doença, abandono ou óbito
- Criança explicitamente indesejada

Os fatores de risco exigem acompanhamento médico e dos demais profissionais de saúde para garantir que a criança adquira seu melhor potencial de desenvolvimento. Identificar a interação entre fatores de risco e mecanismos de proteção nos diversos aspectos do desenvolvimento infantil é essencial à criança e sua família. Elementos que favorecem o desenvolvimento devem ser incentivados, enquanto aqueles que o prejudicam precisam ser minimizados ou removidos.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru. 2017. 3 ed. <http://bvsmms.saude.gov.br/>>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE...CADERNETA 2024

BELSKY, J. The differential susceptibility hypothesis: sensitivity to the environment for better and for worse. JAMA Pediatrics, 2016, 170(4), 321-322.

FORMIGA, C. K. M. R; SOARES MARANGONI, D. A. S. Follow-up do crescimento e desenvolvimento do bebê de risco. In: TUDELLA, E., FORMIGA, C. K. M.R. Fisioterapia Neuropediátrica: abordagem biopsicossocial. Santana do Parnaíba, SP, Manole, 2021.

KIM, P., EVANS, G. W., CHEN, E., MILLER, G., & SEEMAN, T. How socioeconomic disadvantages get under the skin and into the brain to influence health development across the lifespan. In Handbook of Life Course Health Development, 2018, (pp. 463-497): Springer, Cham.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva, 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Neonatologia. Manual de seguimento do recém-nascido de alto risco. 2a ed. São Paulo: SBP, 2024. 142p.

Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA Pediatr. 2017 Sep 1;171(9):897-907. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1689. Erratum in: JAMA Pediatr. 2017 Sep 1;171(9):919. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.3169.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA CRIANÇA. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2021. 72 p.: il. _____

4. ESTIMULAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOSES: QUAIS AS DIFERENÇAS?

A diferença entre os termos **estimulação precoce** e **intervenção precoce** está no objetivo e na abordagem de cada uma.

Estimulação Precoce: São atividades e estratégias utilizadas para estimular o desenvolvimento global de lactentes saudáveis. O foco é promover habilidades motoras, cognitivas, sociais e emocionais, auxiliando o lactente a explorar seu potencial desde cedo. Não se utilizam técnicas que necessitem de profissionais especializados. As ações podem ser realizadas no cotidiano por profissionais da saúde, da educação ou pelos próprios pais, sem a necessidade de técnicas especializadas ou atuação de profissionais especializados.

Intervenção Precoce: Objetiva minimizar as limitações nas atividades e restrições de participação, favorecendo o desempenho, as competências e a qualidade de vida de lactentes de risco e suas famílias. Deve ser multidisciplinar/transdisciplinar, conduzida por profissionais qualificados e iniciada o mais precocemente possível - assim que constatada a presença de riscos para o desenvolvimento sensório-motor, antes que as deficiências nas estruturas e funções do corpo estejam evidentes, e antes da aquisição de habilidades motoras/funcionais. É realizada por uma equipe transdisciplinar/interdisciplinar (por exemplo, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais) e especializada, com o objetivo de minimizar dificuldades e potencializar as capacidades do bebê.

Em resumo, enquanto a estimulação precoce é mais ampla e pode ser aplicada a todos os bebês, a intervenção precoce é específica para aqueles que necessitam de um acompanhamento mais direcionado devido a um contexto de risco para lesões neurológicas ou alterações no desenvolvimento infantil.

Neste Guia, o foco está direcionado à **Intervenção Precoce**.

Referências

TUDELLA, E.; FORMIGA, C.K.M.R; LIMA-ALVAREZ, C.D.; GRECO, A.L.R. Intervenção precoce. In: TUDELLA, E.; FORMIGA, C. K. (Orgs) Fisioterapia Neuropediátrica: abordagem biopsicossocial. Santana de Paraíba: Manole, 2021.

TUDELLA, E; TOLEDO, A.M.; LIMA-ALVAREZ, C.D.; GRECO, A.L.R. Introdução à intervenção precoce. In: TUDELLA, E.; TOLEDO A.M.; LIMA-ALVAREZ, C.D. Intervenção precoce: evidências para a prática clínica em lactentes de risco. 1ed. Curitiba: Appris, 2019.

FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S.; TUDELLA, E. Intervenção precoce com bebês de risco. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

MORGAN, C. et al. Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. JAMA pediatrics, v. 175, n. 8, p. 846–858, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0878>. Acesso em: 12 mar. 2025.

SHIN, Y.; PARK, E. J.; LEE, A. Early Intervention for Children With Developmental Disabilities and Their Families via Telehealth: Systematic Review. Journal of medical Internet research, v. 27, p. E66442, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/66442>. Acesso em: 12 mar. 2025.

5. QUAIS AÇÕES PODEM SER UTILIZADAS PARA A PREVENÇÃO DE ATRASOS NO DESENVOLVIMENTO?

Desenvolvimento se refere a um processo de mudanças no comportamento em diferentes domínios, como motor, cognitivo e social ao longo da vida, influenciadas pela interação entre fatores ou determinantes biológicos, como a idade, e ambientais, como as oportunidades de aprendizagem oferecidas pelo ambiente. Embora esse processo seja complexo e contínuo, as transformações mais significativas ocorrem no desenvolvimento fetal e na infância. Considerando a necessidade urgente de sistematizar ações para prevenção de atrasos no desenvolvimento, é essencial que haja transversalidade destas orientações nos diferentes níveis de atenção à saúde (Figura X).

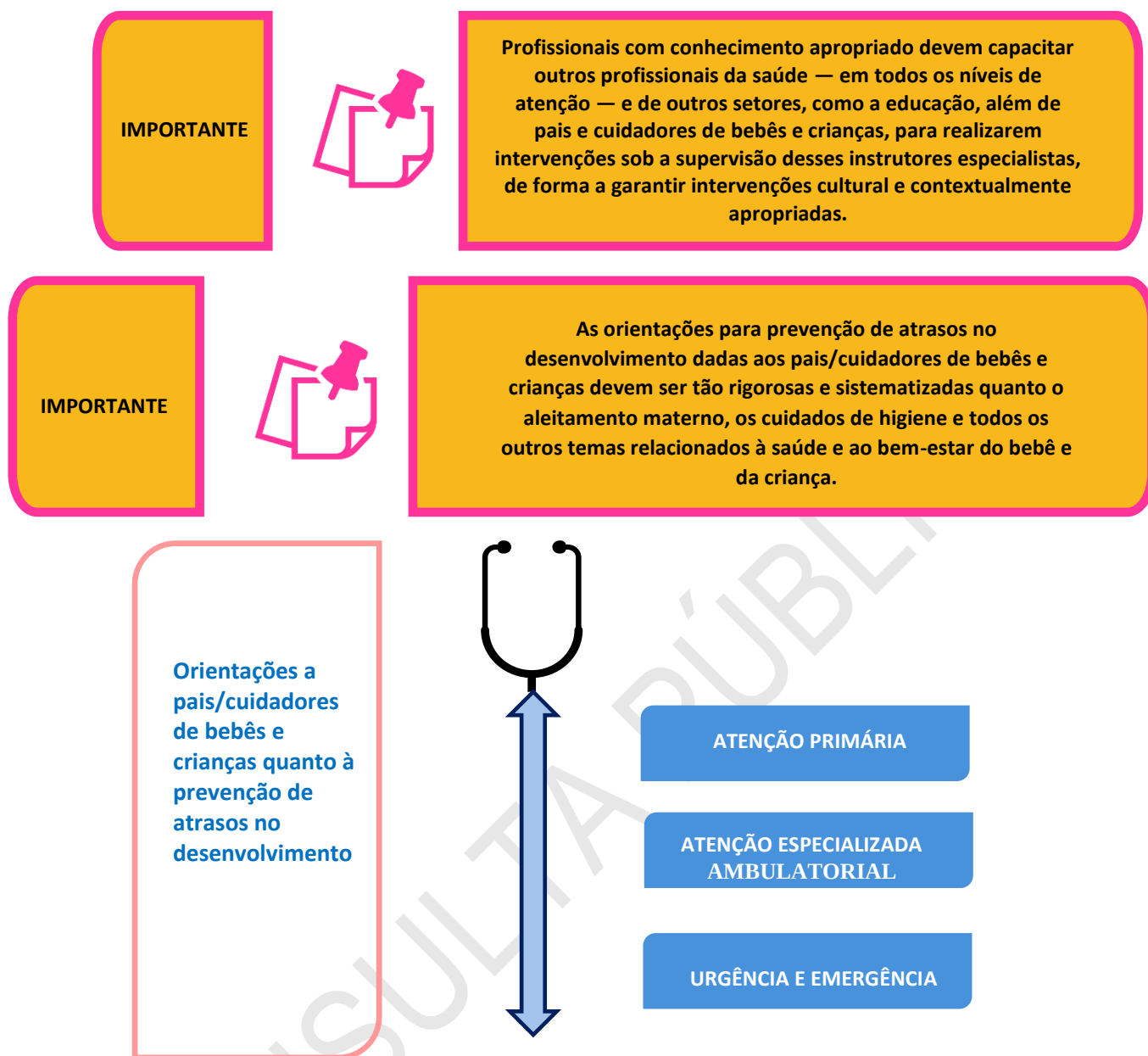


Figura XX. Transversalidade de orientações dos profissionais de saúde aos pais/cuidadores quanto à prevenção de atrasos no desenvolvimento nos diferentes níveis de atenção à saúde. **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.**

A escassez de força de trabalho em países de baixa e média renda faz com que os bebês e as crianças com [risco de] deficiência fiquem longos tempos na espera para serem atendidos. Esse problema pode ser potencialmente solucionado por intervenções que: a) não exigem um diagnóstico formal de atrasos ou deficiência no desenvolvimento específico, como condição obrigatória para iniciar a intervenção precoce; b) podem ser oferecidos em um formato de cuidado em grupo devido à eficácia comprovada dos grupos em maximizar a utilização de recursos, e garantir apoio social para os pais/cuidadores); e c) utilizar ferramentas de acesso aberto ou de baixo custo para facilitar a expansão. A abordagem do cuidado centrado na família e na criança facilita o envolvimento dos pais/cuidadores.

Entre as ações preventivas essenciais, destaca-se a promoção de ambientes que incentivem a atividade física desde os primeiros meses de vida: como a oferta de espaços seguros para o brincar, além do estabelecimento de rotinas adequadas de sono. O movimento e o sono de qualidade são determinantes para o desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, atuando na redução dos

riscos de atrasos no desenvolvimento infantil. No Quadro XX apresentamos as recomendações, segundo a Organização Mundial de Saúde, sobre a quantidade de tempo por dia que crianças de 0 a 3 anos devem passar sendo fisicamente ativas ou dormindo para sua saúde e bem-estar.

Idade	Atividade física	Tempo sedentário contido	Tempo sedentário em telas	Sono de boa qualidade
0 a 3 meses	No mínimo 30 minutos (distribuídos ao longo do dia enquanto acordados) na posição prona (<i>tummy time</i>)	Não devem ser contidos por mais de 1 hora por vez ao longo do dia (por exemplo em carrinho de bebê)	0 minutos – sem nenhuma exposição a telas	De 14 a 17 horas de sono (incluindo cochilos)
4 a 11 meses	No mínimo 30 minutos (distribuídos ao longo do dia enquanto acordados) na posição prona (<i>tummy time</i>)	Não devem ser contidos por mais de 1 hora por vez ao longo do dia (por exemplo em carrinho de bebê)	0 minutos – sem nenhuma exposição a telas	De 12 a 16 horas de sono (incluindo cochilos)
1 ano a 1 ano e 11 meses	No mínimo 3 horas (180 minutos) distribuídas ao longo do dia. As atividades incluem brincar com outros bebês ou adultos, brincar sozinho, e em diferentes posturas	Não devem ser contidos por mais de 1 hora por vez ao longo do dia (por exemplo em carrinho de bebê), ou permanecer sentado por longos períodos	0 minutos – sem nenhuma exposição a telas	De 11 a 14 horas de sono (incluindo cochilos, com rotina para dormir e acordar)
2 anos a 2 anos e 11 meses	No mínimo 3 horas (180 minutos) distribuídas ao longo do dia. As atividades incluem brincar com outros bebês ou adultos, brincar sozinho, e em diferentes posturas	Não devem ser contidos por mais de 1 hora por vez ao longo do dia (por exemplo em carrinho de bebê), ou permanecer sentado por longos períodos	No máximo 60 minutos – quanto menos tempo, melhor	De 11 a 14 horas de sono (incluindo cochilos, com rotina para dormir e acordar)
3 anos	No mínimo 3 horas (180 minutos) distribuídas ao longo do dia. As atividades incluem brincar com outros bebês ou adultos, brincar sozinho, e em diferentes posturas. Nessa idade, as atividades realizadas devem ser mais intensas, bom brincadeiras de intensidade moderada a vigorosa	Não devem ser contidos por mais de 1 hora por vez ao longo do dia (por exemplo em carrinho de bebê), ou permanecer sentado por longos períodos	No máximo 60 minutos – quanto menos tempo, melhor	De 10 a 13 horas de sono (incluindo cochilos, com rotina para dormir e acordar)

Quadro XX. Recomendações sobre atividade física, comportamento sedentário e sono por dia.
Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2019. **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.**

Dentre as recomendações sobre atividades para bebês e crianças de zero a 3 anos, uma das principais é a conscientização da importância da postura prona, ou seja, o **tummy time**, desde o primeiro mês de vida.

O **tummy time** (tempo de barriga para baixo) é o momento em que o bebê fica na postura prona enquanto **acordado e supervisionado**. Essa prática é essencial para o desenvolvimento do bebê.

Para bebês que ainda não possuem mobilidade (arrastar, engatinhar, andar), a permanência em **tummy time** deve ser de pelo menos 30 minutos durante o período acordado do bebê, distribuídos ao longo do dia.

Os benefícios do **tummy time** incluem:

- Fortalecimento muscular cervical, de cintura escapular e de membros superiores;
- Prevenção e redução de braquicefalia e plagiocefalia;
- Desenvolvimento da coordenação motora;
- Estimulação sensorial visual, tátil e proprioceptiva;
- Interação e desenvolvimento social.

O Quadro XX fornece recomendações de como realizar o **tummy time** de acordo com a idade do bebê, especialmente quanto ao nível de suporte para auxiliar o bebê. O importante é começar desde cedo (primeiras semanas de vida), e aumentar o tempo na posição gradativamente. É essencial que o bebê se sinta feliz na postura, pois isso irá motivá-lo a permanecer mais tempo.

Brincar é Coisa Séria!

A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, por meio da coleção da Primeiríssima Infância (de 0 a 3 anos), reforça que o grande primeiro brinquedo do bebê é o próprio corpo, e depois, objetos e brinquedos no ambiente ao seu redor. É essencial que os cuidadores saibam que o **trabalho do bebê e da criança é brincar**, pois é papel deles garantir que bebês e crianças tenham tempo e um espaço seguro para essas atividades. Portanto, a família deve ser orientada de que as **brincadeiras são atividades sérias** que o bebê e a criança realizam. É por meio dessas brincadeiras que se entende a percepção, os desejos e os problemas de bebês e crianças.



Quadro XX. Recomendações para o *tummy time* quanto ao nível de suporte pela idade.

Idade	Orientação	Exemplo
0 a 2 meses	O cuidador deverá posicionar o bebê em prono com os membros superiores em adução, próximo ao tronco do bebê, e com os cotovelos atrás da linha do ombro. Esse posicionamento aumentará a estabilidade da postura. Também pode ser utilizado um rolinho feito com toalha, por exemplo, na região axilar do bebê (aproximadamente 45º de inclinação) para facilitar o movimento. Além disso, o cuidador pode posicionar o bebê no peito dele, interagindo com o bebê.	
3 a 4 meses	O cuidador poderá retirar o auxílio do rolinho e posicionar em prono com os cotovelos alinhados com os ombros ou um pouco à frente. Nessa idade, os bebês têm mais força e não precisam de tanto suporte para controlar a cabeça.	
5 a 6 meses	O cuidador poderá posicionar mais de um brinquedo ao redor do bebê, para estimular a mobilidade do bebê nessa posição (como o pivoteio e o arrastar). Nessa idade, essa postura se torna a mais interessante para o bebê, e ele passa bastante tempo brincando nela	
Acima de 6 meses	O cuidador poderá posicionar mais de um brinquedo ao redor do bebê, estimulando a mobilidade (como o pivoteio, arrastar e engatinhar). Nessa idade, essa postura se torna a mais interessante para o bebê, e ele passa bastante tempo brincando nela.	

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

IMPORTANTE



Além de orientações específicas - como no caso do *tummy time*, é também essencial que bebês e crianças sejam incentivados a brincar. **O brincar é tão importante quanto dormir e se alimentar na infância**, e por isso é considerado muito mais que uma fonte de diversão, mas sim a principal forma de comunicação, desenvolvimento da inteligência e estimulação ao desempenho e coordenação motora - **a ocupação da criança é o brincar.**

Ações para a prevenção de Atrasos no Desenvolvimento

Com base em todo o conteúdo abordado no texto, sugere-se que estratégias semelhantes sejam adotadas como ações de prevenção de atrasos no desenvolvimento, também implementadas por familiares e cuidadores de bebês e crianças. A intenção é potencializar o desenvolvimento de bebês e crianças, promovendo saúde e prevenindo complicações futuras. No Quadro XX são apresentados por quem essas orientações devem ser feitas, para quem, onde, como, e o que deve ser orientado.

A orientação parental para e com as famílias, a creche e a escola, principalmente para bebês e crianças com atrasos ou deficiências de desenvolvimento, visa fornecer aos cuidadores habilidades para usar na rotina do dia a dia e propiciar estratégias para os desafios de desenvolvimento, melhores habilidades para a vida diária e participação social. Para tanto, é:

IMPORTANTE – educar com consciência em todos os lugares que as crianças se sentem bem e acolhidas!

ESSENCIAL – ter profissional de referência, aquele que tem maior vínculo com a família/cuidador. É responsável por coordenar a orientação parental no plano de cuidado da criança.

As orientações sobre estimulação precoce que pais e cuidadores devem realizar com bebês e crianças desde o nascimento devem ser fornecidas pelos profissionais envolvidos no cuidado. Médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores, entre outros, são os responsáveis por oferecer orientações adequadas à idade do bebê e da criança, às suas habilidades motoras e à realidade de cada família, promovendo um cuidado humanizado e individualizado. A Figura XX ilustra o fluxo desse cuidado.

Cabe ressaltar que informações específicas sobre a aquisição de habilidades motoras nos primeiros três anos de vida, bem como sobre o que é esperado em cada momento do desenvolvimento motor e possíveis sinais de alerta, podem ser consultadas nos tópicos 7 (Desenvolvimento motor) e 11 (Intervenção Precoce).

Uma proposta quanto ao treinamento dessas habilidades para pais/cuidadores, quanto às atividades e as metodologias, pode ser observada no Quadro XX. Na Figura XX, é apresentado um resumo com as principais recomendações de ações para prevenção de atrasos no desenvolvimento de bebês e crianças.

Fluxo do cuidado

Orientação e capacitação das famílias desde o pré-natal, passando pelo momento da alta e durante seguimento na atenção básica

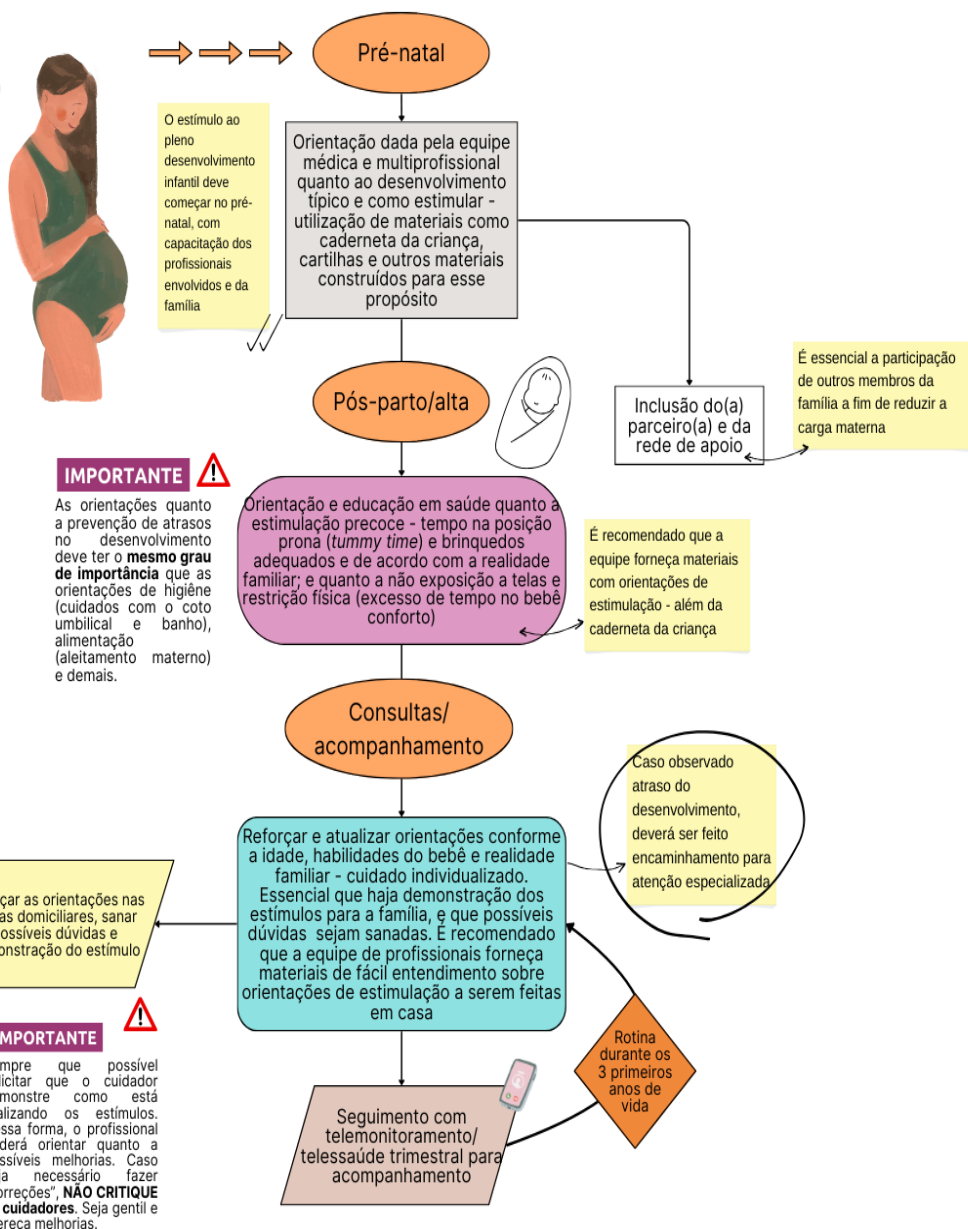


Figura XX. Principais recomendações de ações para prevenção de atrasos no desenvolvimento de bebês e crianças.

Quadro xx. Recomendação de “por quem”, “para quem”, “onde” e “como” as orientações para prevenção de atrasos no desenvolvimento para familiares e cuidadores de bebês e crianças.

Nível de atenção à saúde	Por quem?	Para quem?	Onde?	Como?
Atenção Primária	Equipes eMulti	Pais/cuidadores Rede de apoio da criança Profissionais de saúde Profissionais da educação	Ambientes acolhedores nas unidades básicas de saúde e em casa (visitas domiciliares). Escola, parque, centros de convivência cultural no território	Orientação parental fornecida em acompanhamento longitudinal por meio de abordagem centrada na família e na criança. Orientação focada na movimentação ativa do bebê/criança, combate ao sedentarismo e uso de telas, e a implementação de estímulos ao desenvolvimento na rotina do bebê/criança, por meio de participação e engajamento nas atividades diárias. Orientação parental por meio de abordagem centrada na família – educação em saúde utilizando materiais como caderneta da criança, orientações de estímulo ao desenvolvimento do bebê/criança. Demonstração prática no bebê/criança e atenção as às demandas da família.
Atenção Especializada Ambulatorial	Equipe multiprofissional	Pais/cuidadores Rede de apoio da criança Profissionais de saúde Profissionais da educação	Ambulatórios de Seguimento (<i>Follow-up</i>), Centro Especializado em Reabilitação (CER), Ambulatórios de Policlínicas, Serviços de Fisioterapia. <i>ATENÇÃO em momento da alta para alinhamento com a equipe da atenção primária à saúde</i>	Orientação focada na movimentação ativa do bebê/criança, combate ao sedentarismo e uso de telas, e a implementação de estímulos ao desenvolvimento na rotina do bebê/criança, por meio de participação e engajamento nas atividades diárias.
Atenção Especializada Hospitalar	Equipe multiprofissional	Pais/cuidadores Rede de apoio da criança Profissionais de saúde Profissionais da educação	Ambulatório de seguimento, unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos. <i>ATENÇÃO em momento da alta para alinhamento com a equipe da atenção primária à saúde</i>	Orientação parental por meio de abordagem centrada na família – educação em saúde utilizando materiais como caderneta da criança, orientações de estímulo ao desenvolvimento do bebê/criança. Demonstração prática no bebê/criança e atenção às demandas da família.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Quadro XX: Treinamento de habilidades para pais/cuidadores: atividade e metodologia.

Contexto	Atividades	Objetivos	Como (método)
Grupo	1. Atividade de bem-estar 2. Discussão de uma história 3. Apresentação de conteúdo 4. Demonstração 5. Dramatização 6. Plano para prática em casa	1. Promover e praticar o autocuidado do cuidador 2. Compartilhar experiências pessoais 3. Aumentar repertório de cuidado 4. Aprender por meio da história comuns para desenvolver habilidades e estratégias para a vida cotidiana 5. Ver, ensaiar e desenvolver habilidades e estratégias para praticar em casa em pequenos 6. Estabelecer metas para como o conhecimento e as habilidades a serem aplicados em casa	1. Exercícios de relaxamento e respiração 2. Integração da aprendizagem por meio de história 3. Conhecimentos, habilidades e estratégias 4. Demonstração seguida de prática 5. Dramatização estruturada (simulação) com feedback pode melhorar as habilidades e aumentar a confiança 6. Definição de metas e a autorreflexão. A prática em casa
Em casa (visita domiciliar)	Revisão da prática e definição de metas realistas Treinando	Definir as metas realistas para seus filhos	Estabelecimento de metas para a criança Redefinição de habilidades Reforço de pontos fortes Fornecimento de feedback imediato
Telemonitoramento	Telefonemas Videochamadas Orientações por vídeo (formatos síncrono e assíncrono)	Corresponsabilizar o processo de cuidado	Vigilância das metas

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Fonte: adaptado de Salomone et al, 2019.



Figura xx. Resumo de recomendações de ações para prevenção de atrasos no desenvolvimento de bebês e crianças. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Referências

BARNETT, L. M. et al. Correlates of Gross Motor Competence in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports medicine*, v. 46, n. 11, p. 1663–1688, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0495-z>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. PORTARIA no 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. PORTARIA GM/MS No 635, DE 22 DE MAIO DE 2023 - DOU - Imprensa Nacional. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>.

BREZIS, R. S. et al. Parenting a child with autism in India: narratives before and after a parent-child intervention program. *Culture, medicine and psychiatry*, v. 39, n. 2, p. 277–298, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9434-y>

CATALANO, D.; HOLLOWAY, L.; MPOFU, E. Mental Health Interventions for Parent Carers of Children with Autistic Spectrum Disorder: Practice Guidelines from a Critical Interpretive Synthesis (CIS) Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, v. 15, n. 2, p. 341, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph15020341>

CIONE, G.; SGANDURRA, G Normal psychomotor development. *Handbook of clinical neurology*, v. 111, p. 3–15, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-52891-9.00001-4>

ZHANG, Z. et al. Characteristics of tummy time and dose-response relationships with development in infants. *European journal of pediatrics*, v. 182, n. 1, p. 113–121, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04647-w>

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. Brincar - Coleção Primeiríssima Infância. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://biblioteca.fmcsv.org.br/biblioteca/folheto-12-brincar/>

GILMORE, J. H.; KNICKMEYER, R. C.; GAO, W. Imaging structural and functional brain development in early childhood. *Nature Reviews Neuroscience*, v. 19, p. 123–137, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.1>. Acesso em: 31 out. 2024.

PICARDI, A. et al. Parental Burden and its Correlates in Families of Children with Autism Spectrum Disorder: A Multicentre Study with Two Comparison Groups. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, v. 14, p. 143–176, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.2174/1745017901814010143>

SALOMONE, E. et al. Development of the WHO Caregiver Skills Training Program for Developmental Disorders or Delays. *Frontiers in Psychiatry*, v. 10, p. 769, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00769>

SENGUPTA, K. et al. World Health Organisation-Caregiver Skills Training (WHO-CST) Program: Feasibility of Delivery by Non-Specialist Providers in Real-world Urban Settings in India. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 53, n. 4, p. 1444–1461, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05367-0>

TUDELLA, E. et al. Desenvolvimento motor no primeiro ano de vida. In: TUDELLA, E.; FORMIGA, C.K.M.R. (Org.). *Fisioterapia neuropediátrica: abordagem biopsicossocial*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2021. p. 23–40.

TUDELLA, E.; SILVA, C. F. R. da.; VASCONCELOS, C. C. dos A. Effects of early intervention strategies using telehealth on an infant with Down syndrome: A case study. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, p. e20210514900, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.14900. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14900>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019.

6. COMO DEVE OCORRER O FLUXO DE CUIDADO DE CRIANÇAS COM RISCO OU COM ATRASO DO DESENVOLVIMENTO NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Garantir o acesso equânime e qualificado ao cuidado de crianças com atraso ou risco para atraso no desenvolvimento é um desafio central para os profissionais de saúde e gestores do SUS. Para contribuir com o enfrentamento desse desafio, o SUS está organizado por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com pontos de atenção que oferecem uma gama de serviços destinados ao cuidado em saúde em função das distintas necessidades de saúde da população (Figura XX).

As RAS são configurações organizacionais que **articulam ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas**, integrando-os por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. Tais ações, serviços e sistemas, integrados, viabilizam fluxos assistenciais de cuidado que atendam às necessidades de saúde da população, com vistas a garantir a integralidade, longitudinalidade e resolutividade do cuidado.

As RAS estruturam-se com base em relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado e centro da comunicação. Criam uma malha interconectada de serviços, organizando-se de forma sistemática nos diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção à saúde: Atenção Primária, Especializada e a Rede de Urgência/Emergência.

Mediante necessidade de serviços de **menor densidade tecnológica**, é na APS que acessarão o cuidado por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS); os serviços com **densidade tecnológica intermediária** são acessados na **Atenção Secundária** em estabelecimentos de saúde, como Centros Especializados de Reabilitação (CER), ambulatórios especializados, hospitais de médio porte, UPAS, Oficinas Ortopédicas; e, em situações que o cuidado exige **maior densidade tecnológica**, o acesso é via Rede de Urgência/Emergência, em hospitais de grande porte; hospitais com Unidade de Terapia Intensiva, centros cirúrgicos complexos; serviços e procedimentos que requerem tecnologia de ponta, custos maiores e profissionais com conhecimento especializado.

Os gestores do SUS e os profissionais da assistência à saúde da população, são responsáveis por organizar e implementar os caminhos a serem percorridos pelos usuários nessa malha de serviços, orientá-los e acompanhá-los em função das suas necessidades e no exercício do direito constitucional à saúde. Ainda, considerando a complexidade do cuidado em saúde das crianças com atraso ou risco para o atraso no desenvolvimento, é essencial fazer a interlocução com outras políticas públicas intersetoriais. Na Figura xx, pode-se visualizar a Estrutura do Fluxo do Cuidado às crianças com atraso ou risco para atraso no desenvolvimento.

Fluxos bem organizados favorecem a coordenação do cuidado, evitam a fragmentação da assistência, otimizam os recursos disponíveis, contribuem para a resolutividade da atenção, reduzem desigualdades no acesso, reduzem a sobrecarga nos serviços, minimizam redundâncias e retrabalho, qualificam a gestão do tempo e insumos, promovem atenção mais resolutiva e equânime, com acesso oportuno e contínuo aos serviços de saúde.

IMPORTANTE



Diante das dimensões continentais do Brasil e da grande diversidade cultural, social, econômica, epidemiológica, geográfica e demográfica, é importante ressaltar que os fluxos são variáveis e adaptáveis, ajustando-se à capacidade instalada, à disponibilidade dos serviços e às diretrizes do Ministério da Saúde.

Fluxo geral entre os níveis de atenção e as diferentes densidades tecnológicas necessárias para o cuidado a criança com atraso ou risco para atraso no desenvolvimento

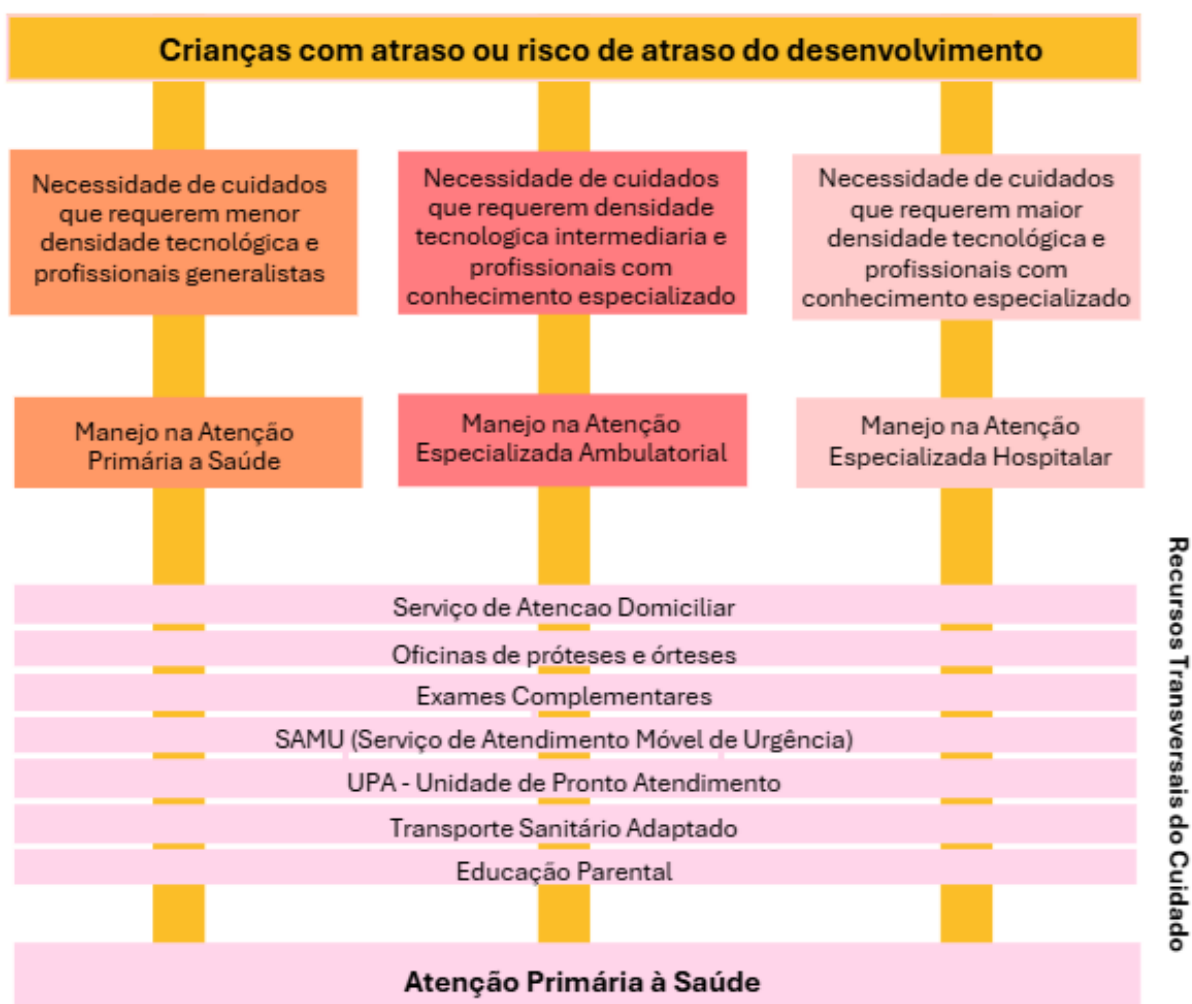


Figura xx. Fluxo geral do cuidado à criança com atraso ou risco para atraso do desenvolvimento. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Fluxo na Atenção Primária à Saúde

A APS é a porta de entrada preferencial para o SUS, sendo responsável pela coordenação do cuidado e pela organização da RAS.

O fluxo da Atenção Primária à Saúde organiza o cuidado nas UBS em dois perfis: **1.** crianças cujas necessidades encontram resposta por meio do acompanhamento pelas equipes que atuam na APS: Saúde da Família (eSF), Saúde da família Ribeirinha e Fluvial (eSFR), Atenção Primária (eAP), Consultório na Rua (eCR), Saúde Bucal (eSB) e Atenção Primária Prisional (eAPP); **2.** Crianças cujas necessidades são compatíveis com o manejo e assistência desenvolvidos pelas equipes anteriormente citadas e Equipes Multiprofissionais (eMulti), por meio da utilização de recursos de menor densidade tecnológica, comparada a outros níveis de atenção.

Na Figura XX pode-se visualizar o fluxo do cuidado à criança com atraso ou risco para o atraso de desenvolvimento na APS, bem como os recursos transversais desse cuidado.

No contexto da atenção à saúde infantil, a APS desempenha um papel essencial no acompanhamento do desenvolvimento das crianças em seu território. Entre suas responsabilidades, destacam-se a vigilância e o cuidado no pré-natal, a realização da visita puerperal, a oferta de imunização e realização de consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, favorecendo o vínculo e a identificação precoce de situações que necessitam ser acompanhadas de forma regular e sistemática.

A primeira consulta de puericultura na APS deve ser realizada, se possível, até o 5º dia de vida do recém-nascido, cabendo ao profissional de saúde verificar se todas as avaliações diagnósticas e encaminhamentos para especialistas foram realizados antes da alta da maternidade.

Para identificação dos sinais de atraso do desenvolvimento, sugere-se que os profissionais sigam o Instrumento de Classificação e Conduta para o Desenvolvimento Integral da Criança, presente na Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania, além de outros instrumentos sugeridos no Tópico 13 destas Diretrizes, a depender da sua capacitação profissional.

É recomendado que todas as crianças, saudáveis ou aquelas com atraso ou risco para o atraso no desenvolvimento sejam acompanhadas na APS. As que necessitem de intervenção precoce, cujas demandas possam ser atendidas por meio de tecnologias de menor densidade tecnológica e profissionais generalistas das equipes que atuam na APS, incluindo as equipes multiprofissionais (eMulti), serão manejadas na APS, sem necessidade de referência a outros níveis de atenção. Esse ponto da RAS configura-se como um serviço essencial que contribui substancialmente para um melhor prognóstico e reabilitação funcional.

Fluxo na Atenção Especializada Ambulatorial

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), componente da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPD) nas regiões de saúde, são os serviços de referência para a Intervenção Precoce das crianças com esse perfil. O CER são serviços de referência de cuidado às pessoas com deficiência, além de crianças, familiares e acompanhantes no processo de intervenção precoce.

Além dos CER, também se incluem na Atenção Especializada os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Oficinas Ortopédicas e o Transporte Sanitário Adaptado, ampliando o suporte assistencial à população. Nos casos em que houver dificuldade de acesso aos CER, ambulatorios especializados disponíveis nos municípios e/ou regiões de saúde poderão ser acionados. Além disso, a rede complementar ao SUS, composta por clínicas-escola de universidades, serviços filantrópicos e outras iniciativas, pode contribuir para a ampliação da oferta de cuidado (Figura XX).

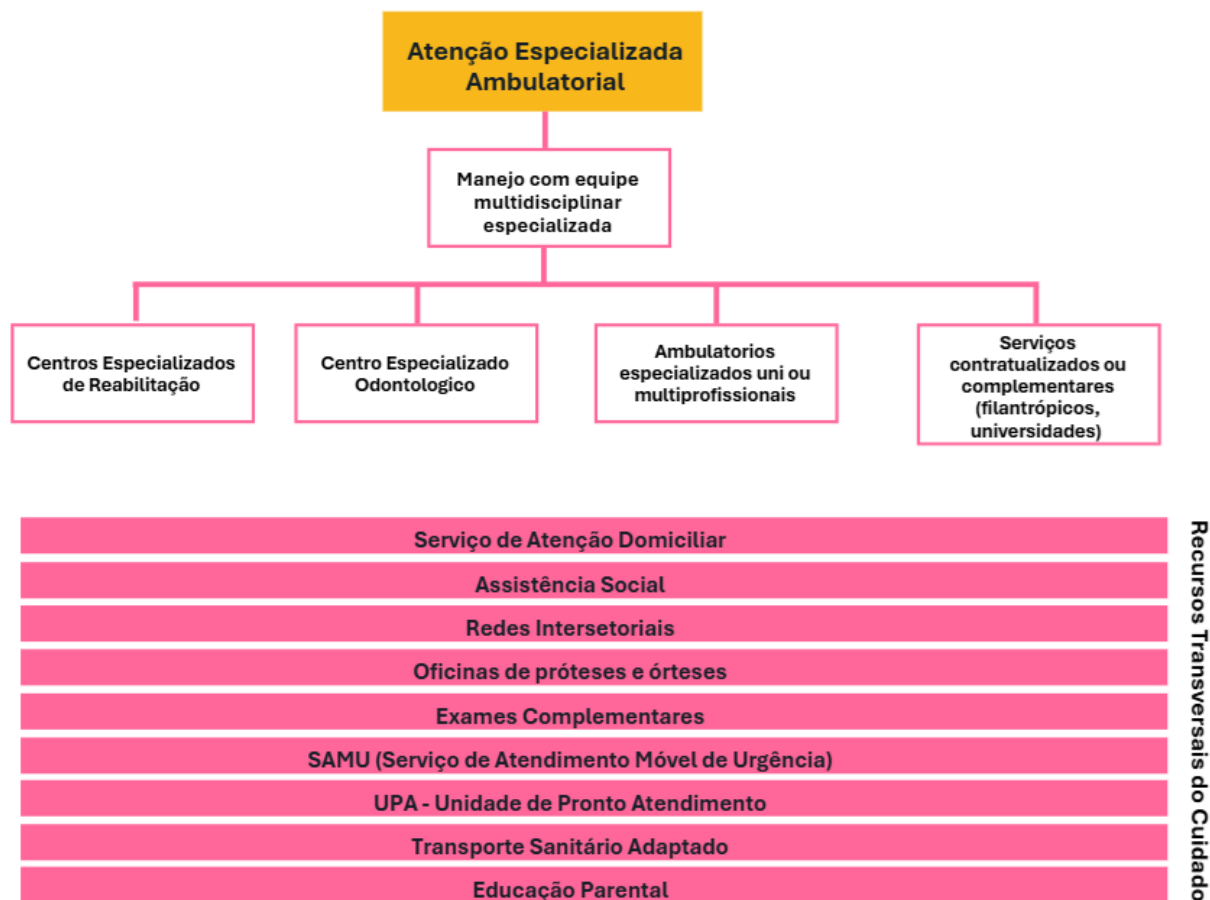


Figura 4. Fluxo de cuidado à criança com atraso ou risco para atraso do desenvolvimento a partir da Atenção Especializada Ambulatorial. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Fluxo na Atenção Especializada Hospitalar

O fluxo na atenção especializada hospitalar abrange crianças que demandam cuidado com recursos de maior densidade tecnológica, desde o nascimento ou internação até a alta, podendo ser referenciadas, conforme suas necessidades, para a Atenção Primária em Saúde (APS) ou para a Atenção Especializada ambulatorial. Nesse contexto, a unidade hospitalar desempenha um papel essencial, mas deve estar integrada a uma rede articulada de cuidados para garantia de um acompanhamento contínuo e abrangente.

Na Atenção Especializada hospitalar deve ser realizado o exame físico completo do recém-nascido, compreendendo exames laboratoriais, exames de imagem, triagem biológica, exames oculares, triagem auditiva, triagem do coração, avaliação da cavidade bucal e imunizações, seguindo o calendário vacinal, com registro na Caderneta da Criança. A articulação com outros pontos de atenção deve ser feita institucionalmente, de maneira a evitar que as famílias se desloquem desnecessariamente e tentem individualmente seu acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários. Na Figura XX pode-se visualizar o fluxo hospitalar, estruturado a partir do nascimento na rede hospitalar ou da internação pediátrica, destinado ao cuidado do recém-nascido e da criança com ou sem algum risco para o atraso do desenvolvimento.

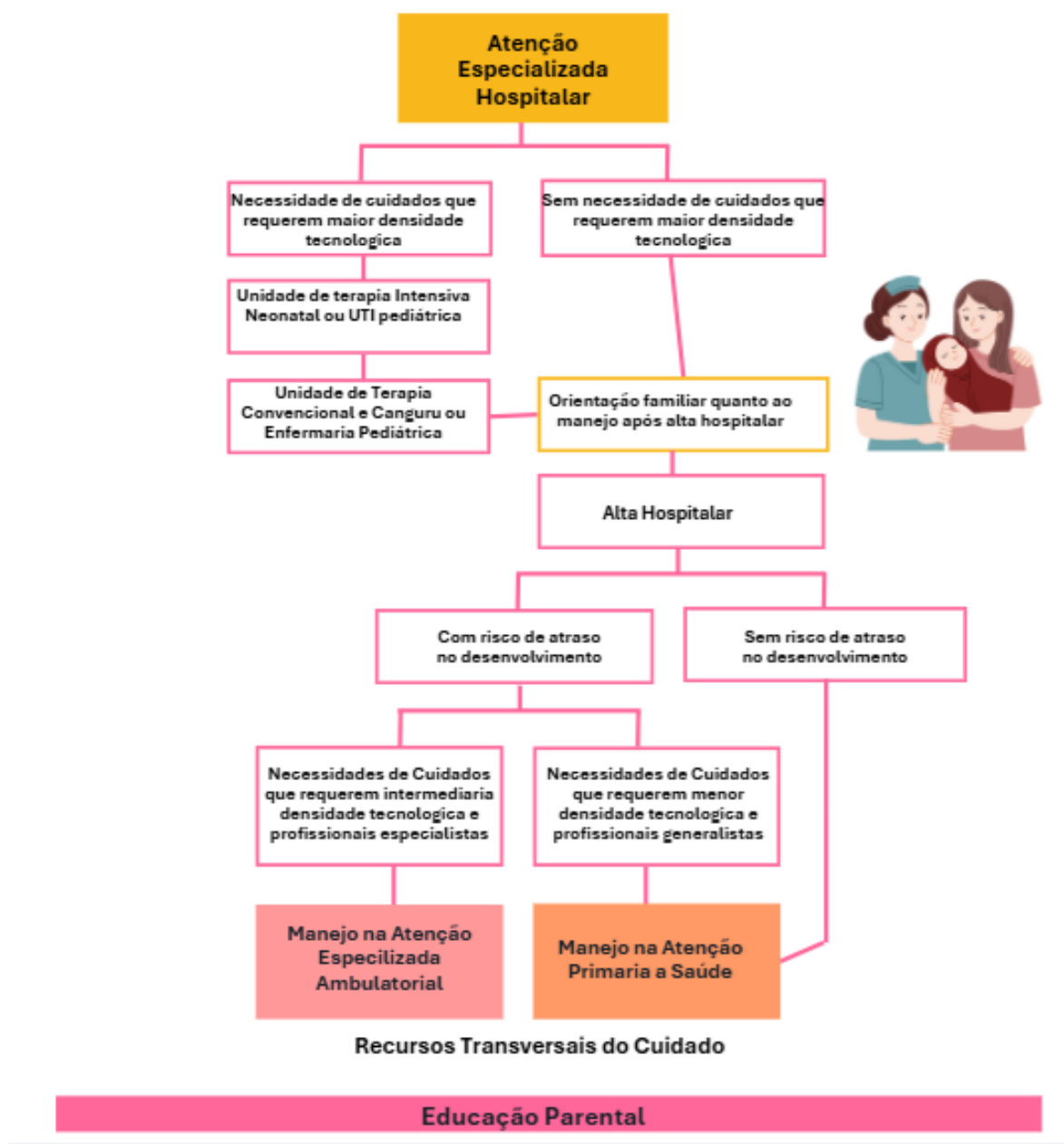


Figura XX. Fluxo do cuidado à criança com atraso ou risco para atraso do desenvolvimento a partir da Atenção Especializada Hospitalar. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

As Redes Intersetoriais

O setor de saúde tem um papel fundamental no cuidado das crianças com atraso ou risco de atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM). Contudo, para atenção integral e integrada, é essencial a interlocução entre os setores de saúde, educação, esporte, cultura e assistência social com articulação das ações. O fortalecimento das redes intersetoriais favorece um acompanhamento articulado, promovendo inclusão, autonomia e suporte para as famílias. Para tanto, as responsabilidades de articulação são dos profissionais da atenção primária, especializada ambulatorial e hospitalar à saúde com os de educação, de assistência, de desenvolvimento social, de direitos humanos e cidadania e de cultura e esporte. Destaca-se ainda a importância do apoio, orientação e cuidados necessários também destinados à família com educação parental.

A Figura XX apresenta as ações de responsabilidade dos setores de saúde, educação e assistência social, protagonizando a atenção à família das crianças. As transformações sociais proporcionam maior participação e inclusão efetiva de tais crianças na sociedade.

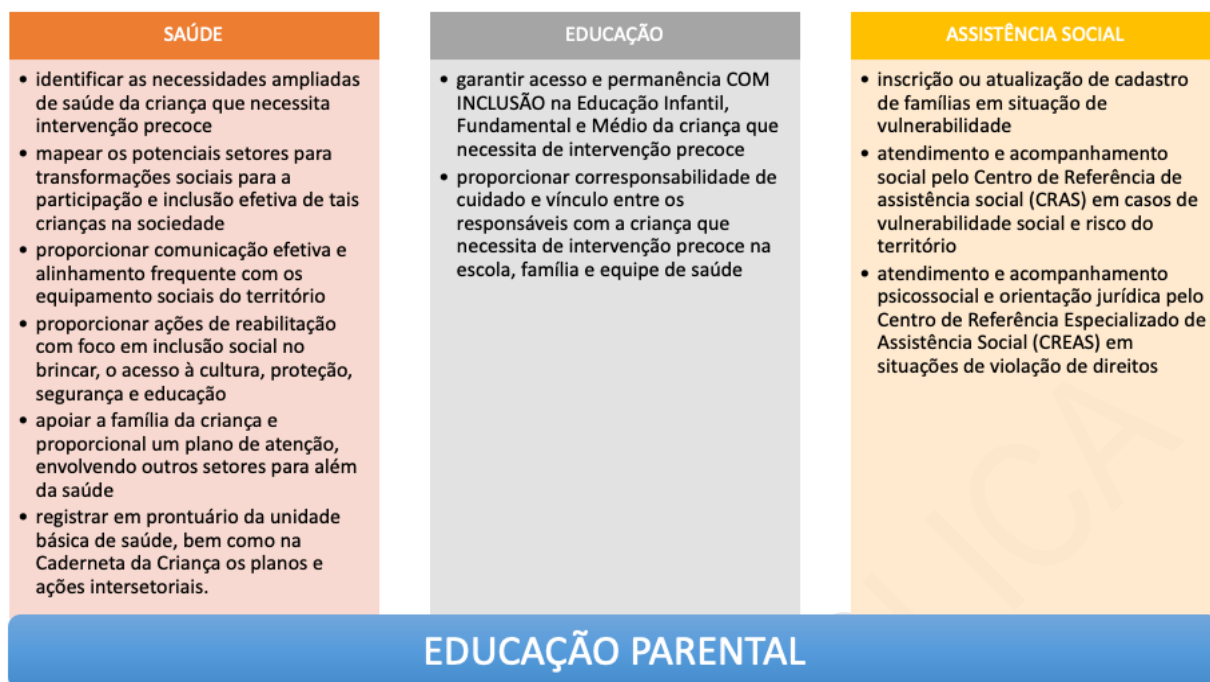


Figura xx. Responsabilidades de ações intersetoriais da saúde, educação e assistência social para as crianças que necessitam de intervenção precoce. **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025**

Referências

Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da criança: passaporte da cidadania. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

Brasil. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Regulação de sistemas de saúde do SUS: módulo 4 – Redes de Atenção à Saúde. 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

Campos, G. W. S. Reflexões sobre a clínica, o processo de trabalho e a produção do cuidado na atenção básica à saúde. In: Morosini, M. V. G. C.; Almeida, M. J. (org.). Atenção básica e saúde da família. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, 2014. p. 173-189.

Cecílio, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, RJ: Cepesc; IMS/UERJ; Abrasco, 2009. p. 117-133.

Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Novak, I. et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. JAMA Pediatrics, Chicago, v. 171, n. 9, p. 897–907, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1689>.

São Paulo (Município). Protocolo integrado de atenção às famílias com crianças com deficiência, transtorno do espectro do autismo e altas habilidades ou superdotação. Disponível em: https://capital.sp.gov.br/web/secretaria_executiva_de_projetos_estrategicos/w/primeira_infancia/364027. Acesso em: 24 mar. 2025. Sociedade Brasileira de Pediatria

7. COMO É O DESENVOLVIMENTO TÍPICO DE 0 A 3 ANOS? QUAIS OS SINAIS DE ALERTA?

O desenvolvimento humano envolve múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais, que interagem constantemente levando a grandes transformações ao longo do ciclo vital. Desta forma, o desenvolvimento depende de fatores genéticos, assim como dos processos de maturação do sistema nervoso central e dos estímulos ambientais dos contextos físicos e sociais em que a criança vive.

De acordo com a CIF, as várias dimensões do desenvolvimento (sensorial, linguagem, motor, cognitivo, respiratório) desempenham um papel crucial no funcionamento e na participação do indivíduo em diversos contextos sociais (Quadro X).

Quadro XX. Modelo da CIF considerando o desenvolvimento infantil.

Funções do Corpo	As funções sensoriais, de linguagem, motoras, cognitivas e respiratórias são fundamentais para o pleno desenvolvimento infantil. Alterações nessas funções estão ligadas à presença de deficiências.
Atividades e Participação	As várias dimensões do desenvolvimento permitem que os indivíduos se engajem em atividades diárias e participem de interações sociais. Elas são essenciais para a comunicação, aprendizado, trabalho, lazer,

	interação social e o brincar, facilitando a participação em diferentes ambientes, como a escola e a comunidade.
Fatores Ambientais	O ambiente pode facilitar ou dificultar a participação na sociedade. Fatores como o suporte familiar, recursos educacionais, acessibilidade a serviços de saúde e a presença de barreiras comunicativas podem influenciar o desenvolvimento.
Fatores Pessoais	As características individuais, como idade, gênero, histórico familiar e condições de saúde, também afetam a forma como as dimensões do desenvolvimento são desenvolvidas e utilizadas. Elas influenciam a autoestima e a percepção de competência.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

A CIF destaca a importância de considerar todos esses domínios ao avaliar e promover o desenvolvimento, pois ele não é apenas uma função isolada, mas parte integral do funcionamento e da participação global do indivíduo na sociedade.

Nesse sentido, para a prevenção de problemas de desenvolvimento é necessária a avaliação de indicadores e marcos do desenvolvimento e a compreensão dos processos envolvidos na trajetória desenvolvimental de cada criança nos seus contextos ambientais, que incluem os fatores psicossociais.

Na primeira infância ocorre o surgimento dos principais indicadores e marcos do desenvolvimento. Portanto, uma riqueza de aprendizagens é necessária ao desenvolvimento saudável, adaptativo e pleno. De forma especial, do nascimento até os primeiros três anos de idade, a criança tem um grande potencial para as primeiras aprendizagens, se garantida a proteção e o cuidado integral, por meio de cuidados à saúde, segurança alimentar e ambiente social afetivo, responsivo, previsível e seguro. A seguir, apresentamos os principais marcos nas diferentes áreas do desenvolvimento nos 3 primeiros anos da criança.

É importante destacar que em lactentes pré-termo, deve ser considerada **a idade corrigida para a prematuridade** até por volta dos 2 anos. Para calcular a idade corrigida, desconta-se o tempo de prematuridade (quantas semanas ou meses faltaram para completar 40 semanas gestacionais) da idade cronológica do lactente (tempo decorrido desde o nascimento).

Desenvolvimento do Cérebro

Tudo o que está sendo abordado neste tópico sobre as diversas dimensões do desenvolvimento é protagonizado no e pelo cérebro e suas conexões. Tais conexões são desenvolvidas ao longo de vários estágios (Figura XX) iniciados antes mesmo da concepção, pois diz respeito à herança genética de cada ser humano. Entretanto, não é apenas a genética que determina o prognóstico do desenvolvimento de uma criança. Trata-se de uma contribuição multifatorial, da qual fazem parte, inicialmente, além da herança genética, a trajetória (e eventuais intercorrências) na formação do embrião, além dos fatores que participarão do ambiente no qual ele está se desenvolvendo (pressão sanguínea materna, a fonte de energia para a manutenção e crescimento intrauterino, entre outras).

O desenvolvimento e a aprendizagem são processos que ocorrem no sistema nervoso central (SNC), capazes de gerar mudanças permanentes ou não que resultarão em modificações funcionais ou comportamentais. Essas modificações permitem uma melhor adaptação do indivíduo ao seu meio, como resposta a uma ação ambiental.

Por isso, é um processo dependente de estímulos extrínsecos (externos), tais como a aquisição de experiências e treinamento, e intrínsecos (internos), como a síntese de hormônios e neurotransmissores, dentre outros.

Quando se estuda a neuroplasticidade, analisa-se a propriedade do SNC de modificar seu funcionamento e reorganizar-se estruturalmente para compensar mudanças ambientais ou lesionais. Para que isso possa ocorrer, os circuitos cerebrais devem ser instáveis, admitindo modificações ao processar novas informações ou assumirem novas funções, como, por exemplo, nos períodos de novas aprendizagens, quando da aquisição de novos comportamentos, atitudes e conhecimentos. A neuroplasticidade existe desde o período intra-uterino e permite o desenvolvimento de habilidades ainda no feto (Quadro XX), sendo maior nos primeiros anos de vida.

As atividades pré-natais são fundamentais para o pleno desenvolvimento do feto ao longo da gestação e do neonato. Ou seja, essas atividades pré-natais têm importância funcional e valor potencial para identificar o desenvolvimento neurológico atípico.

Quadro X. Desenvolvimento de habilidades no feto, que podem parcialmente basear o desenvolvimento do recém-nascido prematuro.

	
Semanas Gestacionais	Aquisições
21 a 22	Indícios de sons vocais Melhora no controle da trajetória dos membros superiores
23	Piscar dos olhos (abertura e fechamento das pálpebras)
24	Piscar dos olhos (abertura e fechamento das pálpebras) Reflexo de sobressalto auditivo Início da estrutura da retina
25	Piscar dos olhos (abertura e fechamento das pálpebras) O som estimula uma reação de alerta ou rotação de tronco e cabeça
26	Movimentos de chutes de alta frequência Piscar dos olhos (abertura e fechamento das pálpebras) Mucosa olfativa está desenvolvida Resposta a estímulos vibroacústicos O feto é capaz de sentir e reagir aos estímulos ambientais
27	Resposta funcional ao som Resposta funcional à luz
28	Ação da musculatura sinérgica Processos vitais para a sobrevivência plenamente estabelecidos (continua)
29	Início da audição Escuta as batidas do coração e os sons do intestino da mãe
30	Movimentos rápidos dos olhos
31	Os soluços diminuem Reflexo pupilar
32	Desenvolvimento do sistema auditivo completo Diminuição dos movimentos espontâneos (gerais), pois, o espaço intra-uterino fica reduzido pelo tamanho que o feto alcança
33 a 35	Movimentos articulares rotacionais Extensão a coluna vertebral Aumento dos movimentos faciais (abertura e fechamento da mandíbula, deglutição e mastigação) Início do sono REM e não-REM

36	Sucção e deglutição de 500ml por dia do líquido amniótico Sucção do cordão umbilical Sorri quando algo o agrada e chora quando algo o desagrada “Beicinho ou carranca”
37 a 40	Maioria dos órgãos gerais dos sentidos completados Está pronto e em fase de ganho de peso Incremento médio de 200g de peso por semana

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

APRENDER é um processo adquirido desde o início da vida, que, somado ao AMADURECER orgânico, cognitivo e emocional, constitui-se a base do DESENVOLVIMENTO HUMANO. Dessa forma melhor se entende a importância dos pré-requisitos adquiridos nos primeiros anos de vida, que capacitam as funções perceptivas e motoras da criança, especialmente facilitadas pelo ato de BRINCAR.

Desenvolvimento Sensorial

Visual

O desenvolvimento estrutural do sistema visual inicia-se logo no início da vida (20-40 semanas de idade gestacional), ainda no período gestacional. Neste momento, esse processo é mediado por fatores genéticos e epigenéticos, e, portanto, não necessita de estímulos luminosos ou de imagens. Entre as últimas 12-14 semanas de gestação e os primeiros meses de vida, existe um **período crítico**, no qual a continuidade do processo de desenvolvimento do sistema visual é dependente de atividades cerebrais endógenas que viabilizam a organização funcional das células junto às suas áreas meta, bem como dos estímulos externos após o nascimento.

Ao contrário da crença popular, a visão de um recém-nascido não é sem cor, mas sim atenuada — eles veem poucas cores e apenas diferenças sutis entre tons. Entretanto, isso melhora consideravelmente nos próximos meses, conforme ilustrado na Figura XX.

O desenvolvimento da funcionalidade visual inicia-se imediatamente após o nascimento, cresce rapidamente até os 4 meses de vida pós-natal e segue desenvolvendo-se lentamente até os 7 anos de idade. A acuidade visual (nitidez da visão) média de um recém-nascido é 20/640; nessa fase, um objeto precisa estar entre 20 a 30 cm de distância do recém-nascido para um foco ideal — o que favorece a interação com a face da mãe e cuidador quando estão no colo. Com seis meses, a acuidade média é 20/60. Aos três anos, a acuidade média fica bem próxima à de um adulto — 20/25. A maturação funcional da visão se dá por meio da fusão binocular, entre 5-6 anos. Esse processo **é essencialmente dependente de estímulos**.



Figura XX. Foco visual ao longo do desenvolvimento Fonte: Teller, D.Y (1997).

Tátil

Durante os primeiros anos de vida, a percepção tátil desempenha papel central no processo de aprendizagem e no desenvolvimento psicomotor. Essa percepção permite a diferenciação de estímulos como textura (áspera ou suave), temperatura, pressão e forma, favorecendo respostas motoras refinadas e intencionais. A qualidade da percepção tátil está diretamente relacionada à organização do sistema nervoso central, sendo fortemente influenciada pelas experiências sensoriais proporcionadas ao longo do desenvolvimento.

No contexto da intervenção precoce, é fundamental observar o desenvolvimento da percepção tátil desde os primeiros meses de vida, uma vez que alterações nesse sistema sensorial podem impactar significativamente a aquisição de habilidades motoras finas, a regulação comportamental e a autonomia funcional (Quadro XX).

Quadro XX. Marcos e sinais de alerta do desenvolvimento da percepção tátil de 0 a 3 anos.

		
Idade Referência	Marcos do Desenvolvimento Típico da Percepção Tátil	Sinais de Alerta
0 a 3 meses	- Reage ao toque suave - Apresenta reflexo de preensão tátil - Demonstra conforto com o contato corporal	- Ausência de reações ao toque - Irritabilidade excessiva frente ao contato físico - Hiper ou hiporreatividade ao toque
4 a 6 meses	- Explora objetos com as mãos e a boca - Responde a diferentes texturas com interesse	- Evita explorar objetos com as mãos - Chora ou se afasta de superfícies com texturas específicas
7 a 9 meses	- Demonstra preferência por certos materiais e brinquedos táteis - Realiza manipulações exploratórias	- Dificuldade para tolerar diferentes texturas (roupas, alimentos, brinquedos) - Hipersensibilidade ao toque em algumas áreas
10 a 12 meses	- Diferencia objetos por forma e textura - Manipula objetos com maior destreza	- Evita o manuseio de determinados objetos - Apresenta reações exageradas ao toque inesperado
1 a 2 anos	- Participa ativamente de atividades sensoriais - Inicia tentativas autônomas de vestir-se e se alimentar	- Resiste ao vestir-se ou a cuidados pessoais - Necessita constantemente da visão para realizar tarefas simples com as mãos
2 a 3 anos	- Usa o tato para realizar tarefas com mais precisão - Integra percepção tátil com a coordenação motora	- Dificuldade em discriminar objetos apenas pelo tato - Dependência visual excessiva para tarefas manuais

Fonte: Adaptado de Ayres (2005), Schaaf & Mailloux (2015), Case-Smith & O'Brien (2020). **Elaborado por Ministério da Saúde, 202**

A avaliação do sistema tátil deve considerar não apenas os aspectos neurológicos da percepção sensorial, mas também seu impacto no desempenho ocupacional da criança. Em contextos de intervenção precoce, a avaliação deve ser lúdica, responsiva e conduzida por profissionais capacitados, permitindo a observação funcional e o rastreio de possíveis alterações que exijam encaminhamentos especializados.

Exemplos de estratégias de avaliação:

Quadro XX. Aspectos da percepção tátil: o que e como avaliar de 0 a 3 anos de idade

	
---	--

O Que Avaliar	Como
Observação da resposta ao toque	- Aplicar diferentes tipos de toque (leve, firme, intermitente) em diversas partes do corpo da criança, observando reações como retraimento, busca ou ausência de resposta
Exploração de texturas variadas	- Oportunizar brinquedos e materiais como areia, tecidos, espuma, massinha, gelatina
Discriminação tátil com olhos vendados	- Observar se identifica objetos por forma, textura ou tamanho
Resposta ao cuidado corporal	- Observar tolerância ao toque durante banho, troca de fralda, vestir-se
Manipulação de objetos cotidiano	- Oportunizar tarefas como abotoar, abrir zíper, segurar lápis ou colher
Tolerância ao toque interpessoal	- Observar se aceita abraços, contato durante brincadeiras
Comportamentos de busca ou evitação tátil	- Observar autoestimulação tátil intensa ou evitação persistente

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Alterações na percepção tátil podem fazer parte de um quadro mais amplo denominado Transtorno do Processamento Sensorial (TPS), que se refere à dificuldade do sistema nervoso central em receber, organizar e responder adequadamente aos estímulos sensoriais. O TPS pode manifestar-se por hiperresponsividade, hiporresponsividade ou busca sensorial excessiva, afetando a participação funcional da criança em atividades cotidianas.

Embora o TPS ainda não esteja formalmente classificado como um diagnóstico distinto nos sistemas de classificação, diversos estudos apontam sua ocorrência como condição concorrente a outros transtornos do neurodesenvolvimento, como transtorno do espectro autista e paralisia cerebral. Crianças com esses diagnósticos frequentemente apresentam dificuldades no processamento sensorial, exigindo avaliações interdisciplinares e abordagens integradas para o planejamento terapêutico.

As diretrizes internacionais mais recentes indicam a importância de se identificar precocemente os sinais de disfunção no processamento sensorial para prevenir impactos no desenvolvimento global da criança. Assim, a avaliação e intervenção precoce, com foco nas dificuldades táteis, deve considerar possíveis diagnósticos coocorrentes e ser orientada por equipes interprofissionais.

Propriocepção e Vestibular

A percepção proprioceptiva refere-se à capacidade do organismo de perceber a posição, o movimento e a força muscular do próprio corpo no espaço, por meio de receptores localizados nos músculos, articulações e tendões. O sistema vestibular é responsável por detectar mudanças na posição da cabeça, no movimento e na gravidade, contribuindo diretamente para o equilíbrio, a postura e a orientação espacial.

Ambos os sistemas – proprioceptivo e vestibular – integram-se de forma sinérgica no desenvolvimento motor, no controle postural e na regulação do estado de alerta da criança. Eles fornecem ao cérebro informações

fundamentais para ajustes posturais automáticos e respostas motoras coordenadas, essenciais para a participação funcional em atividades do cotidiano (Quadro XX').

Quadro XX. Marcos e sinais de alerta do desenvolvimento da percepção proprioceptiva e vestibular de 0 a 3 anos.

		
Idade Referência	Marcos do Desenvolvimento Típico da Percepção Proprioceptiva e Vestibular	Sinais de Alerta
0 a 3 meses	- Movimentos espontâneos dos membros - Início da sustentação da cabeça - Reações ao ser erguido	- Pouco tônus muscular - Falta de reação ao movimento - Dificuldade em ajustar a postura
4 a 6 meses	- Rola o corpo - Sustenta a cabeça com controle - Leva os pés à boca	- Insegurança ao mudar de posição - Postura flácida ou rígida - Pouca exploração motora
7 a 9 meses	- Senta-se sem apoio - Início do engatinhar - Coordenação entre tronco e membros	- Instabilidade ao sentar - Medo excessivo de movimentos - Busca por atividades motoras intensas sem controle postural
10 a 12 meses	- Fica de pé com apoio - Dá os primeiros passos - Realiza mudanças posturais de forma autônoma	- Atraso para ficar de pé ou caminhar - Dificuldade em equilibrar-se - Reações desorganizadas ao movimento
1 a 2 anos	- Corre, sobe escadas com apoio - Realiza movimentos de empurrar, puxar e carregar objetos	- Desequilíbrios frequentes - Busca exagerada por quedas ou giros - Pouca noção do próprio corpo
2 a 3 anos	- Participa ativamente de brincadeiras com movimento - Coordena movimentos com mais precisão	- Medo extremo de movimentos simples - Hiperatividade com movimentos desorganizados - Baixa coordenação e percepção corporal

Fonte: Adaptado de Ayres (2005), Schaaf & Mailloux (2015), Case-Smith & O'Brien (2020), Miller et al. (2007). **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025**

A avaliação dos sistemas proprioceptivo e vestibular deve considerar os aspectos funcionais da criança em sua rotina, bem como a qualidade das respostas motoras e comportamentais frente aos estímulos corporais e posturais. Em contextos de intervenção precoce, a avaliação deve ser realizada de forma lúdica, naturalística e funcional, priorizando a observação direta e a escuta qualificada de cuidadores e familiares.

No Quadro XX são descritas estratégias práticas e complementares para a avaliação desses sistemas sensoriais, com foco no desenvolvimento infantil e na organização sensório-motora.

Quadro XX. Aspectos da propriocepção: o que e como avaliar de 0 a 3 anos de idade

	
O Que Avaliar	Como

Ajuste postural automático	- Verifica-se se a criança realiza ajustes posturais espontâneos ao sentar, deitar, se mover ou mudar de posição - Exemplo: observar se, ao ser colocada em uma cadeira, a criança ajusta o tronco e apoia os pés naturalmente ou se apresenta colapsos posturais
Reação ao movimento	- Propor atividades que envolvam balanço suave, giros, deslocamentos e mudanças no centro de gravidade (ex.: brincadeiras de cavalinho, escorregadores, rolos, balanços) - Observar se a criança demonstra prazer, medo, evitação ou busca exagerada pelo movimento - Crianças com disfunção vestibular podem reagir com medo intenso ou, ao contrário, buscar constantemente estímulos vestibulares de alta intensidade
Força e controle muscular	- Solicitar tarefas como empurrar objetos, carregar blocos, subir escadas, puxar cordas ou pendurar-se - Verifica-se o controle da força aplicada, o esforço desnecessário ou a incapacidade de modular a força - Exemplo: crianças com hiporresponsividade proprioceptiva frequentemente aplicam força excessiva para segurar lápis ou brinquedos
Discriminação do corpo no espaço	- Observar a noção corporal durante deslocamentos: tropeça frequentemente? esbarra em objetos? ajusta a distância em relação ao outro? - Avaliar atividades de contorno corporal com espelho, massagem guiada ou brincadeiras de imitação - Crianças com dificuldades proprioceptivas tendem a apresentar baixa consciência corporal e dificuldades de organização motora global
Coordenação motora e equilíbrio	- Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico: caminhar em linha reta, manter-se sobre uma perna, subir/descer degraus - Observar se a criança demonstra instabilidade postural, medo de queda ou atraso na aquisição dessas habilidades motoras
Modulação sensorial corporal	- Observar se a criança demonstra reações exageradas ou inexpressivas frente a estímulos corporais - Avaliar se busca constantemente estímulos proprioceptivos intensos, como bater os pés, se jogar no chão, colidir com objetos ou apertar com força excessiva os brinquedos
Respostas comportamentais associadas	- Avaliar se há sinais de desorganização emocional, agitação, irritabilidade ou letargia após atividades com estimulação corporal. - Relacionar essas respostas à capacidade da criança de se autorregular com base nas informações sensoriais recebidas

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Auditiva

A audição humana desempenha um papel fundamental no processamento das informações sonoras, sendo essencial para a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral, a interação social, a aprendizagem e o bem-estar emocional. Além disso, a audição atua como um sistema de alerta e defesa, contribuindo para a segurança e o desenvolvimento global da criança na comunidade ouvinte.

O sistema auditivo já está formado ao nascimento, mas sua maturação ocorre em resposta à estimulação sonora, especialmente no tronco encefálico e no córtex auditivo. O período de maior plasticidade neuronal da via auditiva ocorre entre o nascimento e os dois anos de idade. Durante essa fase, o sistema auditivo central é altamente responsivo às modificações proporcionadas pela quantidade e qualidade dos estímulos sonoros, tornando essencial a detecção precoce de qualquer alteração auditiva.

Quadro XX. Respostas motoras aos estímulos sonoros e verbais em crianças de zero a 3 anos.

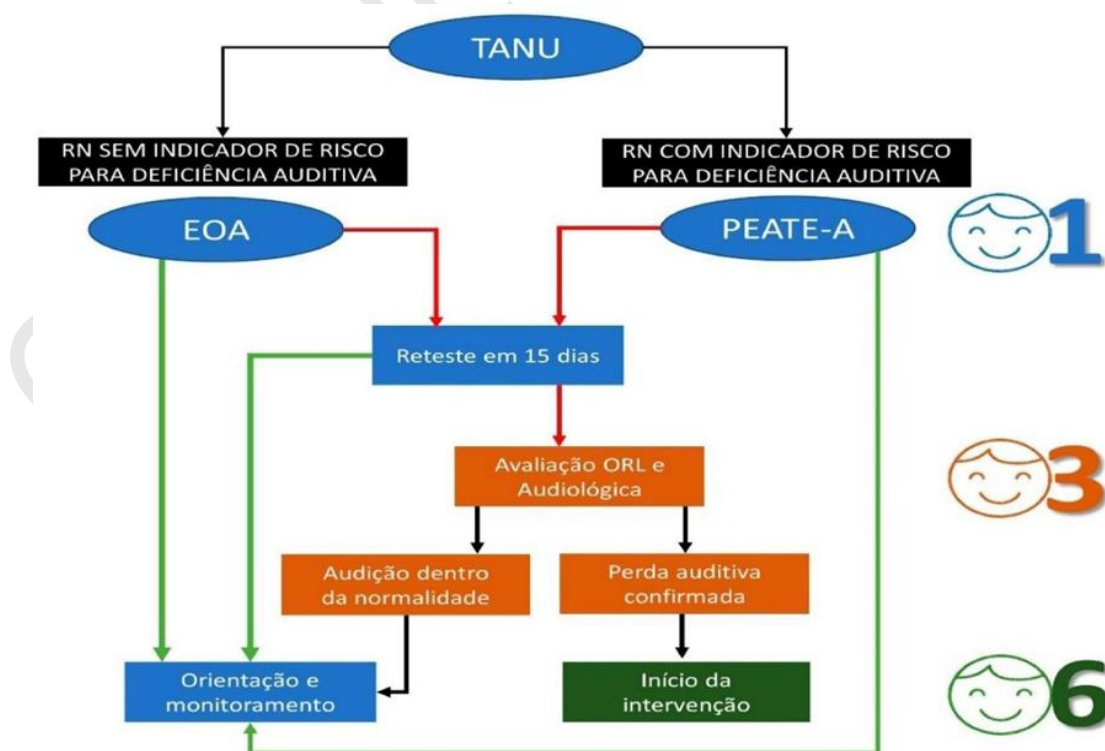
	
Idade Referência	- Respostas auditivas da criança a estímulos sonoros

0 a 3 meses	- Reação de sobressalto - Resposta de atenção ao som - Vira a cabeça em direção ao som
3 a 6 meses	- Resposta de atenção ao som - Vira a cabeça em direção ao som - Localização lateral
6 a 9 meses	- Resposta de atenção ao som - Localização lateral ao som - Localização indireta para baixo (vira a cabeça para o lado e depois para baixo)
9 a 13 meses	- Localização para o lado - Localização direta para baixo (vira a cabeça diretamente para baixo)
13 a 16 meses	- Localiza a fonte sonora para o lado, para baixo e indiretamente vira a cabeça para cima (vira a cabeça para o lado e depois para cima)
16 a 21 meses	- Localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima
Acima dos 21 meses	- Localiza diretamente os sons em qualquer ângulo

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

A audição normal em crianças é definida por um limiar auditivo de até 15 dBNA (decibéis nível auditivo). A Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) é um procedimento essencial para identificar alterações auditivas ainda no primeiro mês de vida. No Brasil, a Lei nº 12.303/2010 tornou obrigatória a realização do exame de Emissões Otoacústicas (EOA) em todos os recém-nascidos.

A TANU se constitui como um processo inicial de avaliação da audição infantil que permite a detecção precoce de possíveis alterações auditivas, abrangendo todos os neonatos. É possível e indicado que a audição de um neonato possa ser triada após 24 hrs de nascimento. A TANU consiste em teste e reteste, sendo realizada por medidas eletrofisiológicas, como o EOA e/ou o exame de Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), seguindo o fluxo indicado na Figura xx.



Tem-se como meta, portanto, a realização da TANU no primeiro mês de vida (1); a confirmação da perda auditiva até o terceiro mês de vida (3); a intervenção clínico-terapêutica deve ter início no terceiro mês de vida e no máximo no sexto mês (6). Estas ações propiciam as melhores condições para tratamentos disponíveis, pensando-se na plasticidade neuronal da criança.

Deve-se observar que todos os recém-nascidos devem fazer o teste de EOA, mas aqueles com qualquer indicador de risco para deficiência auditiva devem realizar o Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico. Os indicadores de risco para deficiência auditiva nos auxiliam na identificação de possíveis neonatos que possam apresentar perdas auditivas progressivas ou de início tardio, durante os primeiros anos de vida.

Indicadores de risco para deficiência auditiva: história familiar de surdez permanente na infância de instalação precoce, progressiva ou tardia; UTI neonatal por mais de 5 dias; hiperbilirrubinemia com exsanguíneo transfusão independente de tempo de permanência em UTI; uso de aminoglicosídeos por mais de 5 dias; asfixia ou encefalopatia hipóxico-isquêmica; uso de oxigenação extracorpórea (ECMO); infecções intraútero por STORCH+Zika; malformações craniofaciais; microcefalia congênita; hidrocefalia congênita ou adquirida; anormalidades do osso temporal; síndromes que cursam com surdez.

Os pais, cuidadores e profissionais devem ficar atentos a sinais de alterações no desenvolvimento auditivo (Quadro XX). A identificação precoce desses sinais é crucial para a intervenção e reabilitação auditiva eficaz.

Quadro XX. Sinais de alerta para alterações no desenvolvimento auditivo de 0 a 3 anos.


Não reage a sons altos ou voz materna
Não localiza a fonte sonora após os 6 meses
Não acorda e não se assusta com sons intensos
Balbucia poucos sons ou não emite palavras isoladas até 12 meses
Uso acentuado de gestos para se comunicar e expressar suas necessidades
Não se agita quando a mãe entra no quarto falando com ela
Alteração na produção dos sons da fala
Necessidade de aumentar o volume do som ou TV
Pede repetição frequente das mensagens
Apresenta dificuldades na compreensão de rimas e palavras na pré-escola

!!! Caso haja sinais de alerta, a criança deve ser encaminhada para avaliação otorrinolaringológica e audiológica.

A partir do momento que a audição se encontra normal, é esperado que a criança adquira e desenvolva a fala.

Desenvolvimento da Linguagem

O desenvolvimento da linguagem em crianças de 0 a 3 anos é um aspecto fundamental na primeira infância. A linguagem é considerada um marcador-chave do desenvolvimento, devido ao seu papel central para ações e experiências que envolvem comunicação, cognição, socialização, adaptação ao ambiente e às situações da vida cotidiana, e por exercer função mediadora das relações humanas.

IMPORTANTE



Linguagem e fala não são a mesma coisa.

Linguagem: é um código formado por sinais arbitrários, regidos por regras socialmente acordadas, que são utilizados para transmitir ideias e mensagens com significado para fins de comunicação.

Fala: é a saída usual do sistema de linguagem, criada pelos movimentos complexos e coordenados das estruturas fonoarticulatórias, voz e ressonância. Existem outras formas de saídas da linguagem que incluem as línguas de sinais e as línguas escritas.

A linguagem se organiza em dois domínios - o **receptivo (ou compreensivo)** e o **expressivo** (Figura XX) - e três componentes - **conteúdo (ou semântica)**, que se refere ao conhecimento do objeto, relações entre objetos e relações entre eventos; **estrutura**, que diz respeito à fonologia, morfologia e sintaxe; e **uso**, que se refere à função e o contexto.

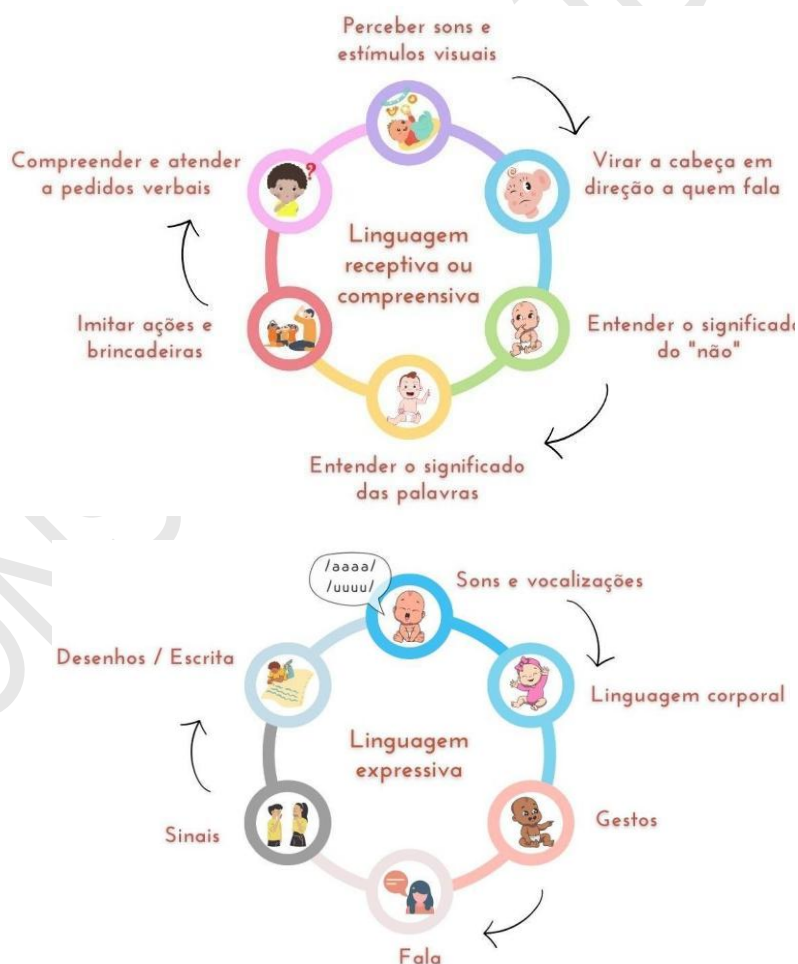


Figura XX. Domínios da linguagem. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Quadro XX. Habilidades do desenvolvimento da linguagem compreensiva e expressiva na criança de 0 a 3 anos.



Idade Referência	Linguagem Compreensiva	Linguagem Expressiva
0 a 1 mês	- Alerta aos sons - Reage aos sons altos (assusta-se, pisca, chora)	- Chora
1 a 2 meses	- Mostra preferência pela voz dos pais	- Vocaliza sons de vogais como "aaa", "ooo", "uuu"
2 a 3 meses	- Presta atenção quando falam com ele	- Emite arrulho ou gorjeio; - Vocaliza reciprocamente.
3 a 4 meses	- Vira a cabeça para localizar o som de sua voz	- Emite sons; - Ri alto; - Faz sons como "ooo" "aaa"; - Vocaliza reciprocamente; - Chora diferentemente para fome, desconforto ou dor;
4 a 5 meses	- Vira a cabeça lateralmente para localizar o som do chocalho ou sino	- Aperta os lábios e sopra, produzindo bolhas de "saliva"; - Coloca a língua para fora e sopra, produzindo barulhos; - Faz barulhos agudos como "gritinhos."
5 a 6 meses	- Vira-se quando é chamado pelo nome	- Se reveza fazendo sons com você, como "aaaa", "oooo", "pppp"; - Diz "Ahh-guu"; - Produz sílabas como "pa", "da", "ma", "ba", "ga", "gu" (balbucio monossilábico).
6 a 7 meses	- Localiza verticalmente o som de um brinquedo como do chocalho ou sino	- Inicia duplicação de sílabas sem significado (balbucio polissilábico): "bababa" "dadada" "mamama" "papapa"; - Escuta e depois vocaliza quando o adulto para de falar.
7 a 8 meses	- Localiza diagonalmente o som do chocalho ou sino - Inibe a ação quando lhe dizem "não" - Inicia a compreensão de palavras do cotidiano - Olha para um objeto familiar quando nomeado	- Aumento da variedade de sílabas; - Balbucio mais padronizado, o adulto ajuda a dar sentido: "mamã" --> "mamãe"; - Imita sons já existentes no seu repertório.
8 a 9 meses	- Procura com o olhar por membros da família - "Onde está a mamãe?"	- Imita sons já existentes no seu repertório; - Faz sons diferentes como "badama" "pataba"; - Aponta para o que deseja ou para objetos e ações interessantes.
9 a 10 meses	- Entende "não", "acabou", "tchau"; - Reconhece quando chamado pelo nome; - Reconhece palavras para objetos/pessoas comuns	- Produz sequências de sílabas variadas com entonação: "badama", "pataba"; - Balança a cabeça para dizer "não".
11 a 12 meses	- Compreende comandos simples com apoio de pistas visuais (gestos) - Compreende cerca de 70 a 100 palavras - Atenção conjunta: olha na mesma direção do olhar do outro	- Chama "mamã" e "papá" com significado de "mamãe" e "papai".
12 a 13 meses	- Olha apropriadamente para um objeto familiar quando você nomeia - Ex: "Onde está a bola?"	- Diz ao menos uma palavra além de "mamãe" e "papai"; - Produz "jargão" imaturo (sequência de balbucios semelhante a uma conversa com a entonação da fala).
13 a 14 meses	- Aumenta rapidamente o vocabulário compreensivo	- Fala 2 a 3 palavras com significado.
14 a 15 meses	- Segue instruções dadas com um gesto e palavras. Por exemplo, ele te dá um brinquedo quando você estende a mão e diz: "Dê-me o brinquedo."	- Produz jargão maduro, com entonação da fala e algumas palavras inteligíveis
15 a 16 meses	- Aponta para uma parte do corpo ou brinquedo favorito - Busca um objeto que está em outra sala mediante solicitação	

16 a 17 meses	- Segue um único comando sem gestos - Ex: "Traga a bola para a mamãe" - Aponta para uma imagem quando nomeado	- Adquire novas palavras lentamente progressivamente
17 a 18 meses		- Fala 3 ou mais palavras além de "mamãe" e "papai" - Nomeia uma imagem sob comando - Imita sons de animais
18 a 19 meses	- Aponta para si mesmo - Aponta para pessoas conhecidas quando nomeadas - Entende "meu"	- Produz 10 a 25 palavras - Início da "explosão do vocabulário": aprende novas palavras diariamente
19 a 20 meses	- Aponta 2 figuras de um grupo de 5 - "Começa a entender "ela", "ele" e "mim"	- Usa palavra-frase (holofrase), uma palavra única que representa uma frase inteira. Ex: Diz "mamãe" - e aponta para as chaves querendo dizer "Estas são as chaves da mamãe"
21 a 22 meses	- Aponta para 4 peças de roupa ou objetos quando nomeados - Aponta para 4 a 5 figuras quando nomeadas	- Fala de 25 a 50 palavras - Pede "mais" para dizer que "quer mais" - Adiciona uma a duas palavras novas por semana ao vocabulário
23 a 24 meses	- Aponta para pelo menos 2 partes do corpo - Aponta para 5 a 10 imagens em um livro - Presta atenção em histórias simples e curtas - Segue comandos de 2 etapas. Ex.: "Feche o livro e dê a boneca para a mamãe"	- Usa mais gestos como mandar um beijo ou acenar sim com a cabeça - Refere-se a si mesmo pelo nome; - Nomeia 3 figuras em um livro - 50% da fala é compreendida por pessoas que não fazem parte do seu convívio
24 a 25 meses		- Fala frases com duas palavras juntas. Ex.: "Mais leite", "Quer água", "Quer papá"
27 a 28 meses	- Entende "apenas um"	- Repete 2 dígitos
29 a 30 meses	- Compreende pronomes: "eu" e "você" "mim" "meu" - Identifica objetos pelo uso - Compreende 1 preposição: "coloque o bloco dentro da caixa" - Compreende palavras de ação: "brincar", "lavar", "soprar"	- Nomeia 10 a 15 figuras em um livro quando você aponta e pergunta: "O que é isso?" - Começa a usar pronomes: "eu", "mim", "você"
33 a 34 meses	- Entende "sujo", "molhado"	- Conta até 3 - Começa a usar verbos no passado
35 a 36 meses	- Segue comandos de 2 a 3 passos - Responde perguntas - "O que?", "Por que?", "Quem?", "Onde?" - Entende a maioria dos objetos e imagens comuns - Reconhece duas ações em imagens - "quem mia?" "Quem late?", "quem fala?", "quem corre?" - Identifica várias cores	- Diz o primeiro nome - Pergunta "Quem?", "O quê?" "Por quê" - Ajuda a contar uma história simples - Vocabulário médio: 900 a 1.000 palavras - Fala frases de 4 a 5 palavras - Usa elementos da gramática de forma crescente: negação, perguntas, preposições - 75% da fala é compreendida por pessoas que não fazem parte do seu convívio

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Fontes utilizadas: Caderneta da Saúde da Criança (CSC); CDC/SBP, 2024; Coplan, 1995; Johnson e Blasco, 1997; McQuiston e Kloczko, 2011; Scharf et al. 2016; Feldman, 2019.

Quadro XX. Sinais de alerta para o desenvolvimento da linguagem.


Sinais de Alerta
- Não responde a sons ou vozes; - Não responde de forma diferenciada ao próprio nome; - Não demonstra reconhecer palavras familiares como "mamãe", "papai", "cachorro"; - Não entende "não";

- Não olha para onde o cuidador aponta;
- Não atende comandos simples com gestos;
- Incapacidade de seguir comandos simples (com ou sem gestos);
- Não emite sons de vogal;
- Não participa de vocalizações recíprocas;
- Falta de balbucio com consoantes (“baba”, “dada”);
- Não inicia o balbucio polissilábico;
- Não fala “mamã” ou “papá” de forma específica;
- Não usa palavras como “mamãe” e “papai”;
- Falar menos de 5 palavras além de “mamãe” e “papai”;
- Vocabulário inferior a 50 palavras;
- Não realiza combinação de 2 palavras;
- Sem combinações de 3 ou mais palavras;
- Menos de 50% da fala é inteligível para desconhecidos (aos 2 anos);
- Menos de 75% da fala é inteligível para desconhecidos (aos 3 anos);
- Não faz nenhuma tentativa de comunicação;
- Não imita ações ou palavras dos cuidadores;
- Ausência do apontar proto-imperativo (para pedir algo);
- Ausência do apontar protodeclarativo (para compartilhar interesse);
- Falta de uso de gestos como acenar ou balançar a cabeça;
- Incapacidade de participar de rotinas verbais (ex: dar tchau);
- Falta de brincadeira de faz de conta.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Fontes utilizadas: Caldeira et al, 2004; Scharf et al. 2016; Feldman, 2019.

O diagnóstico dos transtornos de linguagem envolve uma série de avaliações realizadas por profissionais qualificados, como fonoaudiólogos, psicólogos e médicos. O processo de diagnóstico deve ser criterioso e abrangente para garantir que diferentes aspectos do desenvolvimento e do contexto da criança sejam considerados e analisados, e para que a criança e a família recebam o apoio e as intervenções necessárias para melhorar suas habilidades de comunicação. Algumas etapas da avaliação diagnóstica envolvem:

O QUÊ?	QUEM?	PARA QUÊ?
Triagem Inicial	Pediatra ou profissional de saúde através de instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil	Identificar sinais de alerta para atraso de linguagem durante as consultas de rotina
Triagem Padronizada de Linguagem	Fonoaudiólogo especializado em linguagem	Identificar precocemente desvios da linguagem em crianças com fatores de risco
Entrevista e Observação	Fonoaudiólogo especializado em linguagem	Realização de entrevistas com os pais e observação da criança em diferentes contextos para entender melhor suas habilidades de comunicação e interação social
Testes Padronizados (inventários de desenvolvimento comunicativo e testes específicos de linguagem)	Fonoaudiólogo especializado em linguagem	Medir as habilidades de linguagem da criança em comparação com padrões normativos para a faixa etária

		Auxiliar no diagnóstico diferencial dos transtornos do desenvolvimento
Avaliação Interprofissional / Diagnóstico Diferencial	Equipe interdisciplinar	Detectar alterações auditivas, cognitivas, motoras e de linguagem compreensiva e expressiva Realizar o diagnóstico diferencial dos transtornos do desenvolvimento (transtorno de linguagem, Transtorno do Espectro Autista (TEA), deficiência auditiva ou atrasos globais de desenvolvimento)

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Adaptado de Singleton (2018).

Desenvolvimento Motor

O desenvolvimento motor é um processo dinâmico e contínuo de mudanças na quantidade, na complexidade e no refinamento das habilidades motoras ao longo da vida. Esse processo está sob influência dos fatores biológicos, ambientais e das próprias tarefas realizadas. O desenvolvimento motor é previsível e sua sequência é pré-determinada geneticamente; porém, o ritmo das aquisições é variado e dependente das oportunidades oferecidas no contexto em que a criança habita.

Conhecer e entender o processo do desenvolvimento motor é importante para que o profissional da saúde possa aplicar os instrumentos de avaliação e saber interpretar os resultados e, se necessário, encaminhar o lactente o mais cedo possível para a intervenção precoce com equipe multiprofissional. Para os profissionais que atuam na intervenção precoce, conhecer o desenvolvimento motor possibilita, ainda, identificar precocemente alterações, identificar capacidades e limitações funcionais, planejar a intervenção e orientar a família. Os principais marcos do desenvolvimento motor estão apresentados nos Quadros XX e XX.

Motor Grosso (Ampla)

Quadro XX. Principais marcos e sinais de alerta para o desenvolvimento motor segundo idade e postura.

			
Idade Referência	Postura	Marcos do Desenvolvimento Motor	Sinais de alerta
Neonato ou Recém-nascido (até 28 dias)	Supino	- Hipertonia flexora fisiológica (a partir de 37 semanas) - Postura simétrica e cabeça rodada para um dos lados - Pode girar a cabeça de um lado para o outro - Membros superiores aduzidos e juntos ao tronco - Movimenta os membros superiores e inferiores (movimentos espontâneos) com fluência e variabilidade - Mãos abrem e fecham-se, mas os polegares estão em oposição	-Hipotonia generalizada; -Hipotonia de tronco, membros superiores e/ou inferiores; -Hipertonia de membros superiores e inferiores; -Alternância entre hipo e hipertonia; -Membros inferiores em extensão persistente, com ou sem rotação interna e adução; -Membros inferiores excessivamente abduzidos e rodados lateralmente (hipotonia); -Pés em flexão plantar (plantiflexão); -Postura extensora intensa ou persistente; -Presença de opistótono (arqueamento excessivo do corpo); -Cabeça caída para trás, à frente ou lateralizada; -Cabeça constantemente anteriorizada em relação ao tronco; -Dificuldade ou ausência de elevação da cabeça na linha média (em prono ou ao ser tracionado);
	Prono	- Hipertonia flexora fisiológica e simétrica - Membros superiores aduzidos e juntos ao tronco - Eleva a cabeça e roda para um dos lados, liberando as vias áreas superiores - Membros inferiores sob o quadril, deslocando - o centro de gravidade para a cintura escapular - Movimenta tronco e membros inferiores	

	Tracionado para sentado	- A cabeça apresenta uma leve queda para trás, oscila na tentativa de realizar a flexão do pescoço durante a trajetória - Membros superiores e inferiores permanecem em tríple flexão	-Cabeça não gira lado a lado, nem se move nos planos sagital e frontal; -Não mantém a cabeça na linha média; -Ausência de "chin-tuck" (flexão do queixo); -Pobre controle da cabeça contra a gravidade. -Mãos constantemente fechadas, com polegares aduzidos ou em oponência; -Cotovelos atrás dos ombros, braços aduzidos, punhos flexionados; -Membros movimentam-se de forma rígida, sincronizada, com espasmos ou tremores; -Movimentos involuntários de extremidades; -Sem variabilidade dos movimentos dos membros superiores, inferiores, dedos das mãos e pés; -Ausência de movimentos ativos contra a gravidade; -Não traz as mãos à linha média, à boca ou a outras partes do corpo; -Não toca os joelhos com as mãos; -Assimetria nos movimentos de braços, mãos ou chutes; -Não realiza movimentos de pré-alcance ou não alcança objetos; -Incapacidade de manter objetos nas mãos. -Tronco hipotônico, com cifose cervicotoracolombar ou toracolombar; -Tronco anteriorizado em relação aos quadris; -Cabeça e tronco anteriorizados em relação aos quadris; -Base de apoio estreita ao sentar; -Suporte de peso na região sacral; -Postura inadequada em sedestação (senta-se sobre a região sacral); -Não senta com apoio em tripé ou em anel; -Não mantém a postura sentado, mesmo com apoio (desaba); -Permanece em posturas assimétricas, influenciadas pelo RTCA (Reflexo Tônico - Cervical Assimétrico); -Não sustenta o peso nos membros inferiores; -Suporte no antepé (apoio inadequado); -Membros inferiores em extensão com rotação interna e adução (postura em “tesoura”); -Não apresenta coordenação audiovisocefálica; -Não acompanha objetos em movimento com os olhos ou a cabeça; -Sem convergência visual ou seguimento ocular consistente.
	Sentado	- Quando apoiado, realiza anteriorização da cabeça em relação ao tronco. - A cabeça move-se na tentativa de alinhar-se com o tronco - Pouco controle da cabeça contra a gravidade - Cifose cervicotoracolombar	
	Ortostática	- Cabeça e ombro mantêm-se anteriorizados em relação ao quadril. - Cabeça faz tentativas de alinhar-se com o tronco - Suporta seu peso sobre os membros inferiores por alguns segundos - Apoio na planta dos pés	
2 meses	Supino	- Tônus flexor fisiológico está diminuindo - Postura assimétrica (forte influência do RTCA) - Cabeça roda de um lado para o outro - Mãos abrem e fecham-se com o polegar aduzido - Membros superiores e inferiores movem-se constantemente em maior velocidade e amplitude do que os meses anteriores - Movimentos alternados de membros inferiores (chutes no ar)	
	Prono	- Cabeça roda de um lado para o outro - É capaz de elevar a cabeça até 45 graus - A cabeça mantém-se lateralizada mesmo quando eleva-se - Membros superiores aduzidos e cotovelos atrás dos ombros - Descarga de peso na cintura escapular - Variabilidade dos movimentos dos membros inferiores	
	Tracionado para sentado	-Cabeça mantém-se quase alinhada com o tronco - Membros superiores e inferiores flexionados	
	Sentado	- Quando apoiado, a cabeça oscila na tentativa de manter o alinhamento com o tronco - Lordose cervical e cifose toracolombar - Senta-se sobre os isquios - Base de apoio maior que os meses anteriores	
	Ortostática	- Mantém cabeça oscilante, mas alinhada com o tronco - Apoia-se na planta dos pés - Base estreita - Astasia-abasia	
3 meses	Supino	- Tônus diminuído em relação aos meses anteriores - Postura assimétrica (influência do RTCA) diminuída - Traz e mantém a cabeça na linha média - Vira a cabeça (180°) em direção ao estímulo visual e/ou auditivo. - Mantém as mãos na boca para serem sugadas - Mãos abrem e fecham-se com polegares abduzidos - Movimentos dos dedos das mãos dissociados - Movimentos de pré-alcance - Variabilidade dos movimentos de membros superiores e inferiores. - Flexão ativa dos membros inferiores sobre o abdômen	
	Prono	- Eleva a cabeça entre 45°-90° - Mantém cabeça na linha média por até 10 segundos - Gira a cabeça para os lados em até 45° - Acompanha objetos em movimento no plano frontal até 180 ° - Cotovelos alinhados com os ombros - Variabilidade dos movimentos dos membros inferiores	

		- Rola para supino em bloco	
	Tracionado para sentado	- Cabeça mantém-se quase alinhada com o tronco - Nota-se o auxílio dos membros superiores e inferiores (flexionados)	
	Sentado	- Quando apoiado, a cabeça raramente oscila - Cabeça alinhada com o tronco - Senta-se sobre os isquios - Base de apoio maior que os meses anteriores - Lordose cervical e leve cifose toracolombar	
	Ortostática	- Quando apoiado, mantém a cabeça alinhada com o tronco - Apoia-se na planta dos pés - Base estreita	
4 a 5 meses	Supino	- Postura simétrica (ausência do RTCA) - Hipotonia fisiológica (em relação aos meses anteriores) - Cabeça na linha média - Apresenta <i>chin-tuck</i> (queixo próximo ao tórax por flexão cervical ativa) - Coordenação audiovisocefálica (é capaz de localizar um estímulo sonoro) - Junção de mãos na linha média - Alcança e apreende objetos - Preensão palmar - Variabilidade dos movimentos dos membros superiores e inferiores - Eleva os membros inferiores sobre o abdômen e toca os joelhos (retroversão da pelve) - Pode rolar para decúbito lateral ou para prono de forma dissociada	
	Prono	- Apoia-se nos antebraços com os punhos - estendidos - Mãos abrem e fecham-se - Membros inferiores em rotação externa (posição de “rã”) - Descarga de peso no tronco inferior - Cotovelos alinhados com os ombros - Eleva e mantém a cabeça a 90° na linha média - Gira facilmente a cabeça para os lados - Variabilidade dos movimentos dos membros inferiores	
	Tracionado para sentado	- Apresenta <i>chin-tuck</i> - Cabeça auxilia no movimento (ativa flexão de pescoço) - Membros superiores e inferiores auxiliam no movimento	
	Sentado	- Controle de cabeça estabelecido - Senta-se com apoio do examinador na região de tronco médio - Cabeça alinhada com o tronco - Cabeça vira em todas as direções - Base de apoio ampla (quadril rodado externamente, coxas e pernas tocam a superfície) - Senta-se sobre os isquios - Lordose cervical, endireitamento do tronco superior e leve cifose lombar	
	Ortostática	- Alinhamento entre cabeça, tronco e quadris - Descarga de peso na planta dos pés - Base de apoio alinhada com os quadris	

6 meses	Supino	- Hipotonia fisiológica - Postura simétrica - Cabeça na linha média - Faz <i>chin-tuck</i> - Junção das mãos na linha média - Alcança, apreende e manipula objetos - Preensão rádio-palmar (“tesoura”) - Faz flexo-extensão de quadris - Chutes alternados em alta velocidade - Segura os pés com as mãos e pode levá-los à boca - Eleva quadril da superfície de apoio com pés apoiados (“ponte”) - Rola com maior velocidade, do que os meses anteriores, para prono no plano transversal	
	Prono	- Cabeça na linha média - Faz <i>chin-tuck</i> - A cabeça roda em todos os planos - Suporta peso sobre as mãos, com extensão de cotovelos, liberando o apoio de uma delas para alcançar e manipular objetos - Peso sobre os quadris - Arrasta-se sobre o abdômen para frente e para trás - Pode pivotar - Rola com maior velocidade para supino e vice-versa - Variabilidade na movimentação dos membros inferiores	
	Tracionado para sentado	- Faz <i>chin-tuck</i> - Cabeça auxilia no movimento durante a trajetória (cabeça anteriorizada em relação ao tronco) (auxilia no movimento) - Faz contração abdominal e auxilia com membros superiores e inferiores em flexão	
	Sentado	- Senta-se independentemente por cerca de 5 segundos - Bom controle de cabeça e tronco superior - É capaz de sentar-se com apoio anterior dos membros superiores - Ampla base de suporte (“anel”) - Equilíbrio no plano sagital - Apresenta reação de proteção de membros superiores para frente - Lordose cervical, retificação da coluna torácica e da lombar	
	Ortostática	- Mantém-se em pé com apoio nos punhos - Alinhamento de cabeça, ombro e quadris - Movimentos no plano sagital (saltitar)	
7-8 meses	Supino	- Prefere ficar em prono - Rola de supino para prono e vice-versa - Transfere-se para sentado ou em quatro apoios - Transfere-se para em pé	-Incapacidade de realizar transferências, incluindo rolar e sentar-se independentemente; -Postura marcada por forte extensão e mínima flexão, com membros inferiores em extensão ou hipotonia; -Má orientação da cabeça e das mãos na linha média, com assimetria nos movimentos dos braços, mãos e chutes; -Rastreamento visual ruim ou ausente; pouco ou nenhum movimento contra a força da gravidade; -Alcance deficitário, com antebraço pronado e polegar em oposição; ausência de manipulação bimanual; -Presença de movimentos estereotipados, involuntários e tremores; -Baixa tolerância à postura prona, com mínima elevação da cabeça e ausência de apoio nos antebraços; - Hiperextensão do tronco, cifose lombar ou cervicotoracolombar, ausência das curvaturas fisiológicas da coluna; - Sentar-se na região sacral com base de apoio estreita, postura em “W” persistente e déficit de equilíbrio;
	Prono	- Extensão dos cotovelos e apoio nas mãos - Olha ao redor - Alcança objetos acima dos ombros - Rola dissociado para supino e vice-versa - Rasteja-se para frente e para trás com velocidade - Pivoteia com agilidade - Tenta colocar-se na postura de quatro apoios - Quando em quatro apoios, a base é alargada	
	Sentado	- Senta-se independentemente por mais de 10 segundos - Tronco ereto - Equilíbrio no plano sagital e frontal - Reação de proteção dos membros superiores para frente e para os lados - Nível de controle de tronco entre torácica baixa e lombar alta	

		- Variabilidade dos membros inferiores (membros em extensão, de lado, em “W”, em “anel”) - Transfere-se para em pé tracionando-se pelos membros superiores - Realiza as coordenações sensório-motoras secundárias/exploração manual de objetos (ex., sacudir e bater um objeto no outro)	Cabeça e tronco anteriorizados em relação aos quadris, com base de apoio estreita e desabamento da postura quando apoiado; Membros inferiores em extensão, com rotação interna, adução de quadril e pés em plantiflexão (“tesoura”); Transfere-se para quatro apoios usando reflexos primitivos (ex.: reflexo tônico cervical simétrico); Não suporta peso sobre membros inferiores, mesmo com apoio, não mantém postura ortostática sozinho ou com auxílio; Incapacidade de locomoção pelo ambiente, sem arrastar-se nem usar membros superiores para tracionar-se; Déficit de reações de proteção dos membros superiores e ausência de coordenações sensório-motoras secundárias Presença concomitante de hipertonia extensora em membros inferiores e hipotonia generalizada
	Ortostático	- Mantém-se em pé com apoio nos punhos - Alinhamento de cabeça, ombro e quadris - Faz o saltitar	
9 meses	Supino	- Prefere a postura prona e sentada - Rola para prono e vice-versa - Transfere-se para sentado ou em quatro apoios - Transfere-se para em pé	
	Prono	- Transfere-se para quatro apoios - Mantém-se em quatro apoios - Em quatro apoios realiza o alcance - Transfere-se para em pé com apoio (segurando nos móveis) - Transfere-se para sentado e vice-versa - Transfere-se para em pé tracionando-se pelos membros inferiores (semiajoelhado) - Início do engatinhar	
	Sentado	- Senta-se independentemente por tempo indeterminado - Realiza ante e retroversão dos quadris - Ombros alinhados com os quadris - Equilíbrio nos planos sagital, frontal e transversal - Reação de proteção dos membros superiores para frente, para os lados e para trás - Membros superiores livres para alcançar e manipular objetos - Segura um objeto em cada mão - Preensão em pinça inferior - Transfere-se para quatro apoios - Transfere-se para em pé da posição semi-ajoelhado - Rodopia no próprio eixo - Lordose lombar - Roda o tronco a 40° para alcançar objetos sem perder o equilíbrio	
	Ortostático	- Mantém-se em pé com apoio em móveis, tronco anteriorizado - Base de suporte alargada - Transfere-se para sentado com controle	
10 a 12 meses	Prono	- Alcança objetos na postura de quatro apoios - Transfere-se para em pé segurando-se em móveis e realizando o semi-ajoelhado - Engatinha com contrarotação - Engatinha com velocidade - Posição de “urso” Observação: O engatinhar não é uma habilidade obrigatória.	
	Sentado	- Senta-se independentemente por tempo indeterminado - Equilíbrio nos planos sagital, frontal e transversal - Reação de proteção dos membros superiores para frente, para os lados e para trás - Transfere-se facilmente para as posturas de quatro apoios e vice-versa - Transfere-se para em pé com ou sem apoio - Preensão em pinça - Variabilidade e adaptabilidade dos membros inferiores (membros em extensão, de lado, em “W”, e em “anel”)	

		- Adaptabilidade dos movimentos dos braços e mãos enquanto alcança, apreende e manipula objetos (seleciona estratégias específicas que se adaptam melhor à situação)	
	Ortostático	- Transfere-se de pé para agachado e vice-versa - Fica em pé independentemente por mais de 5 segundos - Marcha lateral e anterior com apoio - Base de apoio ampla - Escala os móveis e degraus - Dá alguns passos independentemente com membros superiores em “guarda alta” Observação: A literatura aponta que a ocorrência de marcha sem apoio antes dos 12 meses ou até os 18 meses pode ser considerada dentro da faixa etária esperada, no caso de uma criança nascida a termo e sem sinais de alterações no desenvolvimento ou neurológica. !!Entretanto, para fins de intervenção precoce, sugerimos que a ausência de aquisição da marcha após os 14 meses deve ser um sinal de ALERTA!!	
15 meses		- A partir dos 12-15 meses já deve apresentar bom controle de movimento e transferências nas posturas supina, prona e sentada - Dá passos sozinho, podendo apresentar pés planos e pronados, devido à imaturidade esperada no controle de movimento e sistema musculoesquelético	-Ausência de controle nos movimentos de transferência entre as posturas supina, prona e sentada; -Incapacidade de manter a postura em ortostase, mesmo com apoio; não suporta peso nos membros inferiores; -Não realiza locomoção pelo ambiente, mesmo usando apoio nas mãos; -Postura acentuada em extensão dos membros inferiores com plantiflexão dos pés (hipertonia); -Hipotonia associada a aplainamento excessivo dos pés, hiperextensão dos joelhos e oscilações dos quadris; -Início e manutenção da marcha com plantiflexão (“marcha em equino”); -Não anda ou anda com base de apoio alargada e movimentos descoordenados; -Mantém abdução dos membros superiores durante a marcha; -Quedas frequentes durante a marcha ou ao tentar correr; -Incapacidade de andar segurando objetos; -Dificuldade ou incapacidade de correr adequadamente, com quedas ou movimentos descoordenados; -Não consegue transferir-se para ortostase; -Não realiza flexo-extensão de joelhos para pular e não apresenta movimentos antecipatórios para o salto; -Pula com padrões alterados (um pé à frente do outro na aterrissagem) e deslocamento frontal reduzido (<10 cm); -Só consegue subir degraus com apoio bilateral ou apoio externo nas mãos; -Durante a marcha e ortostatismo, os pés devem estar firmemente plantados, sem pronação ou supinação excessiva; alterações incluem marcha em plantiflexão ou dorsiflexão Observação: Considerar os sinais de alerta anteriores.
18 meses		Anda independentemente (caminha) com agilidade, podendo variar velocidade e direção Agacha e levanta-se sem apoio Anda dois passos para trás Sobe e desce de sofá ou cadeira sem ajuda (“escalada”)	
24 meses		- Anda transpondo objetos de 5 cm ou mais - Corre com boa coordenação - Chuta uma bola para frente sem desequilibrar-se - Sobe degraus usando a parede ou corrimão como apoio - Coloca os dois pés em cada degrau antes de subir para o próximo. Observação: Algumas crianças são capazes de descer degraus desta mesma maneira, mas esta habilidade não é obrigatória aos 24 meses.	
30 meses		- Pula: salta com os dois pés juntos na vertical - Consegue manter-se em pé com apoio unipodal e com suporte unimanual - Sobe degraus sem usar a parede ou corrimão como apoio - Coloca os dois pés em cada degrau antes de subir para o próximo. Observação: Algumas crianças são capazes de descer degraus desta mesma maneira, mas esta habilidade não é obrigatória aos 30 meses.	
36 meses		Permanece em apoio unipodal por 1-2 segundos Realiza saltos para frente com deslocamento entre 15-20 cm Sobe e desce degraus sem apoio (pode alternar os pés) Joga (arremessa) uma bola para frente Observação: Algumas crianças são capazes de agarrar a bola ou objetos quando arremessados para ela, inicialmente com membros superiores estendidos à frente do corpo sem ajustá-los à	

direção ou à velocidade do objeto. O corpo pode ser utilizado para auxiliar a agarrar o objeto.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Assimetrias consistentes, em qualquer postura, dentro dos primeiros anos de vida da criança, são sinais indicativos de alterações no desenvolvimento motor, incluindo decorrentes de **paralisia cerebral**. Outros sinais importantes como choro extremo, irritabilidade, jogar-se para trás, girar em torno do próprio eixo, balançar a cabeça e membros, dentre outros, se repetitivos, também são **sinais de alerta** desde os primeiros meses de idade.

Motor Fino e Função Manual

O desenvolvimento motor fino refere-se à coordenação precisa dos pequenos músculos das mãos e dos dedos, sendo essencial para a realização de atividades que exigem destreza manual e precisão. Esse controle é guiado pela visão e envolve força mínima para executar movimentos refinados, dependendo da ativação da área corticossensoriomotora, responsável pela coordenação e aprimoramento dos padrões motores manuais. O esquema a seguir apresenta o desenvolvimento típico da função manual.

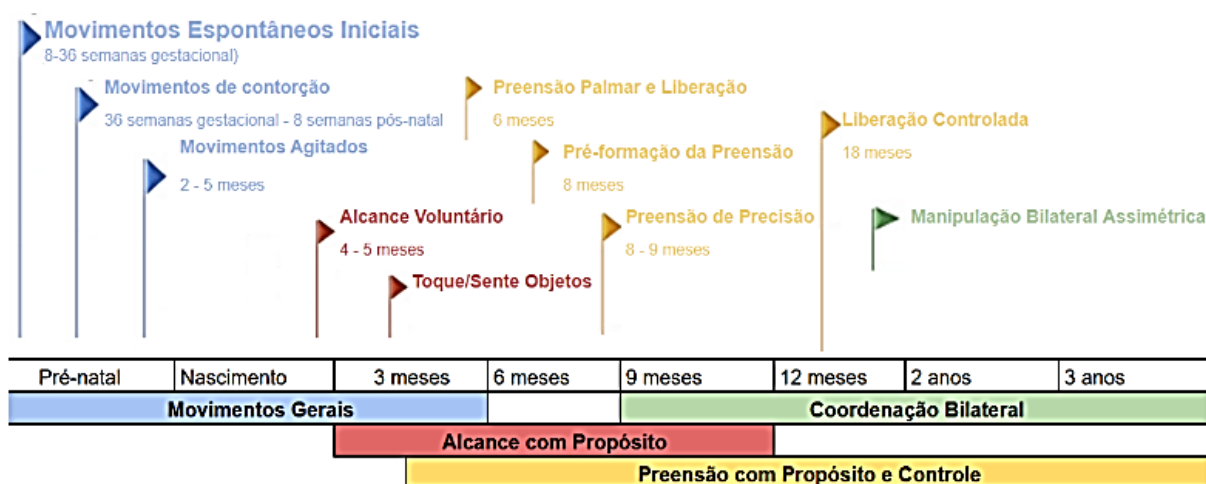


Figura XX Linha do tempo do desenvolvimento das habilidades motoras das mãos (Adaptado de Wolff A. Hand Function: Typical Development. Pediatric Hand Therapy. Pages 13-23. 2020)

A função manual refere-se ao uso coordenado das mãos para realizar atividades funcionais e ocupacionais do dia a dia, como alimentação, vestuário e escrita. Ela envolve não apenas as habilidades motoras finas, mas também aspectos sensoriais, perceptuais e cognitivos necessários para manipular objetos e interagir com o ambiente.

Durante o desenvolvimento infantil, a criança assume diferentes papéis ocupacionais que demandam o uso coordenado e eficiente das mãos, tanto de forma unimanual quanto bimanual. Esse processo tem início com a descoberta das mãos, quando o bebê começa a percebê-las dentro de seu campo visual, dedicando longos períodos à observação e exploração ativa.

Quadro XX. Marcos e sinais de alerta do desenvolvimento motor fino.

		
Idade Referência	Marcos do Desenvolvimento Motor Fino Típico	Sinais de Alerta
0 a 3 meses	- Movimentos espontâneos das mãos e dedos - Reflexo de preensão palmar presente, desaparecendo gradativamente - Leva as mãos à boca com maior frequência - Segura objetos colocados em sua mão por curto período	- Ausência do reflexo de preensão palmar - Mãos persistentemente fechadas - Não leva as mãos à boca - Pouca resposta a estímulos táteis nas mãos
4 a 6 meses	- Preensão voluntária inicial - Começa a alcançar objetos visualmente direcionados - Transfere objetos entre as mãos - Leva objetos à boca como forma de exploração sensorial	- Não tenta alcançar objetos próximos - Não apresenta preensão voluntária - Não transfere objetos entre as mãos - Falta de exploração oral dos objetos
7 a 9 meses	- Desenvolvimento inicial da preensão em pinça grosseira (polegar e dedos adjacentes) - Manipulação exploratória (bater, sacudir, girar objetos) - Solta objetos voluntariamente - Coordenação bilateral mais evidente	- Ausência de preensão em pinça - Dificuldade em manipular objetos - Falta de interesse na exploração manual de brinquedos - Movimentos das mãos pouco coordenados
10 a 12 meses	- Aperfeiçoamento da preensão em pinça fina (polegar e indicador) - Capacidade de apontar com o dedo indicador - Solta objetos intencionalmente em recipientes - Manipulação mais refinada de pequenos objetos	- Não desenvolve a preensão em pinça - Dificuldade em manipular pequenos objetos - Não aponta para objetos de interesse - Pouca exploração manual do ambiente
1 a 2 anos	- Coordenação bilateral aprimorada - Empilha 2 a 4 blocos - Início da preensão tridigital para manipulação de lápis - Uso inicial de utensílios como colher, garfo e copo - Desenvolvimento de movimentos de supinação e pronação do punho	- Dificuldade para segurar e manipular objetos simples - Incapacidade de segurar um lápis para rabiscar - Movimentos manuais descoordenados e pouco precisos - Falta de progressão nas habilidades manipulativas
2 a 3 anos	- Aprimoramento da destreza manual - Empilha 6 a 8 blocos - Copia linhas horizontais e verticais - Utiliza tesoura para cortes simples - Usa colher, garfo e copo com mais precisão	- Não demonstra progresso na coordenação manual - Dificuldade na manipulação de lápis e tesoura - Incapacidade de copiar formas básicas - Movimentos pouco precisos e desorganizados

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Desenvolvimento Cognitivo

O desenvolvimento cognitivo refere-se ao processo do surgimento da capacidade de pensar e compreender o mundo à volta da criança. Até os 3 anos de idade, são formadas as bases para as habilidades cognitivas, tais como percepção, memória, linguagem, resolução de problemas e o pensamento crítico. Nessa fase o desenvolvimento cerebral é acelerado, com diversas conexões neuronais que trazem grande plasticidade e potencialidade ao desenvolvimento. Na fase de 0 a 2 anos, em particular, o desenvolvimento cognitivo é caracterizado pelo desenvolvimento sensório-motor (Quadro XX), que permite que os bebês aprendem sobre si mesmos e sobre o mundo mediante suas atividades senso-perceptivas e motoras.

Estágio Sensorio-Motor

Quadro XX. Desenvolvimento sensorio-motor de 0 a 3 anos.

	
Idade Referência	Reações Esperadas
0 a 1 mês	- Exercita seus reflexos inatos e desenvolvem algum controle sobre eles, mas ainda não coordenam totalmente as informações dos sentidos
1 a 4 meses	- Repete comportamentos agradáveis que primeiro ocorrem ao acaso (reações circulares primárias), como, por exemplo, sugar o dedo - As atividades são focadas em seu próprio corpo, e não nos efeitos que os comportamentos produzem no ambiente - Começa a coordenar a informação sensorial e apreende objetos (preensão palmar)
4 a 8 meses	- Interessa-se mais pelo ambiente - Repete ações intencionais que produzem consequências interessantes e permanecem em tais ações (reações circulares secundárias)
8 a 12 meses	- Comportamento mais proposital à medida que já coordena comportamentos previamente aprendidos e os usa para atingir suas metas
12 a 18 meses	- Demonstra curiosidade e experimentação, variando suas ações para experimentar novos resultados - Explora ativamente o ambiente para determinar o que é novidade sobre um objeto ou situação - Experimenta novas atividades e faz uso da tentativa e erro para resolver problemas práticos
18 a 24 meses	- Representa eventos mentalmente e pode pensar sobre eventos e antecipar suas consequências sem precisar recorrer sempre à ação - Usar símbolos, como gestos e palavras, e brincam de faz-de-conta.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Um aspecto importante para o desenvolvimento da capacidade de representação mental é o conceito de permanência do objeto, que se desenvolve entre 7 e 18 meses e se refere à percepção de que algo continua existindo mesmo quando está fora do seu campo de visão.

Outro aspecto relevante é a capacidade de imitação. Ela está presente desde o nascimento por meio dos estímulos visuais – por exemplo, capacidade de imitar um adulto com a língua para fora da boca, como se estivesse diante de um espelho – e vai se aperfeiçoando à medida que aumenta a capacidade de representação mental. As crianças aprendem observando e imitando gestos e expressões faciais de outras pessoas, crianças ou adultos, e continuam a aprender pela imitação inclusive de comportamentos e atitudes das pessoas do seu contexto social.

Após os 24 meses, o desenvolvimento cognitivo infantil transita para a fase pré-operacional, em que começa a usar a linguagem para simbolizar objetos e situações e o pensamento se torna mais centrado em si mesmo.

Desenvolvimento da linguagem: a fala se torna mais complexa e as crianças começam a usar palavras para representar objetos, ações e ideias; a comunicação passa a ser uma ferramenta importante para o desenvolvimento cognitivo.

Pensamento simbólico: a criança começa a brincar de faz-de-conta, utilizando objetos ou palavras para representar outras coisas, o que demonstra um avanço significativo no uso de símbolos e da imaginação.

Egocentrismo: a criança ainda tende a ver o mundo apenas de sua perspectiva, dificultando a compreensão das experiências e sentimentos pelo ponto de vista das outras pessoas.

Raciocínio intuitivo: o pensamento é muito influenciado pelas percepções imediatas; a criança ainda não consegue compreender a reversibilidade das ações (por exemplo, entender que a água pode voltar a seu estado original após sere derramada).

Desenvolvimento Socioemocional

O desenvolvimento socioemocional de crianças até 3 anos de idade é fundamental para a formação da personalidade, das habilidades sociais e da regulação emocional ao longo do ciclo vital. Nessa fase, as crianças começam a desenvolver suas primeiras relações interpessoais nos contextos sociais, em especial na família, aprender a regular suas emoções, desenvolver empatia e estabelecer uma identidade emocional que será fundamental para seu bem-estar, saúde mental e interações futuras em diferentes contextos do desenvolvimento.

Nesta fase do desenvolvimento infantil, destacam-se alguns marcos do desenvolvimento socioemocional que serão expostos a seguir (Quadro XX).

Quadro XX. Desenvolvimento da audição e da linguagem oral de 0 a 3 anos.

	
Idade Referência	Reações Esperadas
0 a 1 ano Formação do vínculo afetivo primário e emoções básicas	- <i>Apego seguro:</i> começa a desenvolver um apego seguro quando os cuidadores respondem de forma consistente e sensível às suas necessidades físicas e emocionais. É típico apresentar ansiedade de separação do seu cuidador principal, reagindo negativamente frente a pessoas não familiares e situações estranhas ao seu cotidiano.
	- <i>Emoções básicas ou primárias:</i> inicialmente, o bebê reage emocionalmente expressando o desconforto com choro e agitação. Aos 6 meses, começa a demonstrar emoções básicas diferenciadas, como alegria, tristeza, medo, raiva e nojo. Eles aprendem a expressar suas necessidades emocionais por meio de expressões faciais, gestos e comportamentos do tipo choro e sorriso. Tais emoções desempenham uma função adaptativa no desenvolvimento.
	- <i>Expressões emocionais mais complexas:</i> começa a experimentar emoções secundárias, tais como vergonha, culpa e orgulho. A maneira como expressa esses sentimentos ainda é rudimentar, mas é um passo importante para a regulação emocional mais avançada.
1 a 2 anos Identidade e regulação emocional	- <i>Reconhecimento de expressões emocionais:</i> desde os primeiros meses, o bebê começa a reconhecer e reagir a expressões faciais e emocionais de outras pessoas, que é um primeiro passo para o entendimento e resposta às emoções dos outros. O cuidador tem um papel fundamental na interação face a face, por meio do olhar, sorriso e expressão facial. Destaca-se que o sorriso social, que aparece em torno de 2 meses e tem um papel fundamental no desenvolvimento socioemocional da criança.
	- <i>Desenvolvimento do autoreconhecimento:</i> a criança começa a se reconhecer como um indivíduo distinto do outro com sua individualidade. A consciência do "eu" é um marco importante dessa fase, o que é evidenciado, por exemplo, em comportamentos como o uso do "eu" ao se referir a si mesma e a descoberta do espelho, onde a criança reconhece sua própria imagem refletida.
	- <i>Medo da separação:</i> é comum o surgimento do medo da separação, quando a criança se angustia ao se afastar da figura principal de apego. Esse comportamento é esperado, pois reflete a dependência emocional e necessidade de proximidade física com os cuidadores que oferecem segurança emocional.
	- <i>Exploração social:</i> começa a explorar a interação com outras pessoas e a se engajar cada vez mais em interações sociais, tal como brincar com outras crianças. Nas brincadeiras, a criança ainda é bem autocentrada, com dificuldades de dividir/compartilhar com o outro, podendo demonstrar agressividade instrumental na situação de disputa por brinquedos (puxando, batendo, mordendo). A criança se frustra facilmente ao não conseguir o objeto desejado. Portanto, é movida mais por ação do que por negociação verbal com o outro, dependendo fortemente do apoio emocional dos cuidadores para gerenciar suas emoções e conflitos com o outro.

2 a 3 anos Habilidades sociais e empatia	- <i>Imitação e aprendizagem social</i> : a criança observa o comportamento dos adultos e de outras crianças e tenta imitar, o que facilita o desenvolvimento das habilidades sociais necessárias para interagir com os outros. Trata-se da aprendizagem social baseada nos modelos. É a base para o processo de identificação.
	- <i>Empatia</i> : a empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro e compreender os sentimentos do outro. A criança começa a demonstrar sinais de empatia, como tentar confortar outra criança que está chorando ou compartilhar um brinquedo que é desejado. No entanto, a empatia nessa fase ainda é limitada e centrada nas próprias experiências e sentimentos da criança.
	- <i>Expressões emocionais mais complexas</i> : começam a experimentar emoções secundárias, tais como vergonha, culpa e orgulho. A maneira como expressam esses sentimentos ainda é rudimentar, mas é um passo importante para a regulação emocional mais avançada.
	- <i>Autonomia e independência</i> : por volta dos 2-3 anos, a tarefa evolutiva principal é o ganho de autonomia e independência dos cuidadores principais, observada pelo desejo crescente de querer fazer as coisas sozinhas, tais como vestir-se ou alimentar-se. A independência está diretamente relacionada ao desenvolvimento do autoconceito, autoestima e autoconfiança, que são relevantes ao processo do desenvolvimento adaptativo.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

É importante destacar que o desenvolvimento socioemocional da criança depende diretamente do contexto social em que vive, podendo ser destacados alguns fatores ambientais como:

Crianças com apego seguro desenvolvem melhor suas habilidades emocionais e constroem relações sociais mais positivas no futuro.

Pais que modelam a regulação emocional em um ambiente acolhedor favorecem que as crianças desenvolvam melhor manejo das próprias emoções e relações mais positivas.

Interações familiares e sociais de qualidade favorecem o desenvolvimento socioemocional, fortalecendo habilidades emocionais e relações positivas.

Quadro XX. Sinais de alerta para alterações no desenvolvimento cognitivo de 0 a 3 anos.


Ausência do sorriso social
Dificuldade de contato visual
Incapacidade de imitar sons
Atraso na fala ou na compreensão das informações, dificuldades em atender ordens
Dificuldades persistentes em manter a atenção no outro ou em atividades
Dificuldades de seguir instruções ou concentrar-se em tarefas específicas
Apego inseguro com os cuidadores principais
Desregulação emocional da criança, com dificuldades para consolabilidade, expressão de choro excessivo, birras intensas de difícil controle pelos cuidadores
Cuidadores primários inconsistentes, ameaçadores ou negligentes
Baixa interação social com cuidadores
Pais/cuidadores com desregulação emocional e comportamental
Mães com sintomas de depressão

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Desenvolvimento Respiratório

O desenvolvimento do sistema respiratório tem início intra-útero e continua após o nascimento, sendo um processo de múltiplos estágios altamente orquestrados, conservados e sustentados por fatores físicos, celulares, moleculares e fisiológicos, e divididos em embrionário, pseudoglandular, canalicular, sacular e alveolar (Figura XX).

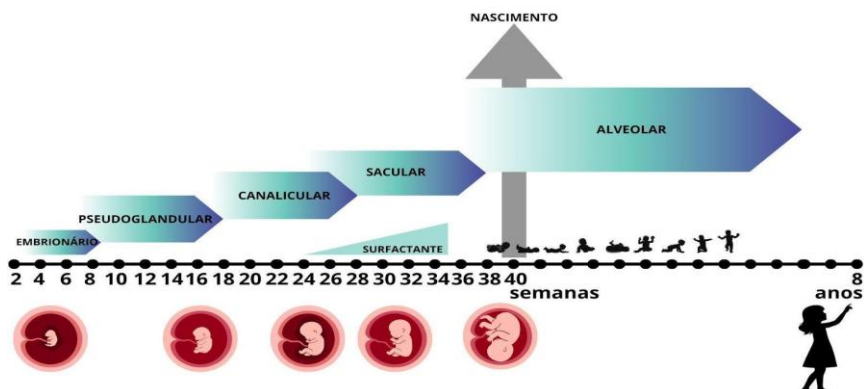
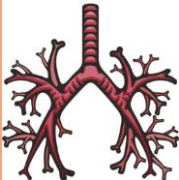


Figura XX. Estágios do desenvolvimento do sistema respiratório e a sobreposição entre os seus respectivos períodos. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

Em função do desenvolvimento, as crianças pequenas, especialmente recém-nascidos e lactentes, diferem de crianças mais velhas e adultos. É fundamental a compreensão das diferenças estruturais e funcionais relacionadas ao grau de desenvolvimento pré e pós-natal para o reconhecimento e gerenciamento adequado dos desvios do típico (Quadro XX).

Em razão das diferenças associadas ao desenvolvimento do sistema respiratório, os profissionais da intervenção precoce devem estar em alerta para o surgimento de deficiências em estruturas e funções do sistema respiratório na intervenção precoce para o devido encaminhamento a profissionais especializados e/ou serviços de pronto-atendimento/emergências (Quadro XX). Os bebês e as crianças pequenas comumente desenvolvem condições agudas que requerem reconhecimento e intervenção imediatos, exigindo avaliação com foco no sistema respiratório.

Quadro XX. Principais diferenças em estruturas e funções do sistema respiratório de 0 a 3 anos e suas implicações para a intervenção precoce.

		
Estruturas e funções	Diferenças estruturais e funcionais	Implicações
Cavidades nasais 	- O recém-nascido respira exclusivamente pelo nariz - Até 4 a 6 meses, o lactente é obrigatoriamente respirador nasal, a partir desta idade é capaz de respirar pela boca; - As cavidades nasais são pequenas - As adenoides aumentam continuamente na idade pré-escolar, e só começam a regredir na adolescência.	- Obstruções podem causar desconforto respiratório; - Propensas a serem obstruídas por secreções ou edema; - Há maior risco de obstrução mecânica nesta faixa etária.
Árvore traqueobrônquica 	- As vias aéreas inferiores como um todo têm um crescimento acelerado durante os primeiros três anos, tornando-se menos complacentes com a idade - O arcabouço cartilaginoso alonga-se e endurece com a maturação durante a infância	- É importante ressaltar que o crescimento e a maturação da cartilagem são influenciados pela aplicação excessiva de pressão intrínseca ou extrínseca, causando malácia localizada ou extensa nas vias aéreas; - Bebês com displasia broncopulmonar e histórico de ventilação com pressão positiva têm risco aumentado de desenvolver traqueobroncomalácia, que resulta em aumento do trabalho respiratório e um risco maior de hospitalização recorrente durante a infância, mas geralmente se resolve nos primeiros 2 a 3 anos de idade
Alvéolos 	- O recém-nascido tem um número reduzido de alvéolos - 95% dos alvéolos se formam após o nascimento - O número de alvéolos aumenta (de 20 milhões de sacos alveolares/0-50 milhões de alvéolos no recém-nascido para 300 milhões de alvéolos aos 8 anos de idade e até 790 milhões em adolescentes/ adultos), com o crescimento da área de superfície para troca gasosa (de menos de 10 m² no recém-nascido para 80-130 m² no adulto).	- Há uma reserva de troca gasosa diminuída - Há também uma maior predisposição à insuficiência respiratória aguda.
Pulmões 	- Por serem significativamente menores no RN, os pulmões têm uma complacência (variação de volume/variação de pressão) reduzida; - No recém-nascido, a resistência tecidual pulmonar está alta pelo maior conteúdo de água tecidual pela remoção do líquido pulmonar fetal; - O crescimento pulmonar segue o crescimento da caixa torácica, que é determinado pelo alongamento da coluna e expansão do tórax - a coluna torácica se alonga em 50% durante os primeiros 5 anos e termina com aproximadamente 2,5 vezes o comprimento no recém-nascido	- Aumenta o trabalho respiratório - A complacência pulmonar do recém-nascido pré-termo pode ser ainda menor, pois além dos pulmões serem menores, a depender da idade gestacional e do estágio do desenvolvimento, pode haver deficiência de surfactante

	- Simultaneamente, o volume torácico aumenta de 6% do seu volume final no recém-nascido para 30% aos 5 anos e 50% aos 10 anos	
Caixa torácica 	- Sua forma do tórax se altera significativamente durante o desenvolvimento - No lactente e na criança pequena, é mais circular e com costelas horizontalizadas - Possui uma mineralização óssea incompleta das costelas ao nascimento, que acarreta uma alta complacência	- A expansibilidade torácica pelo mecanismo de “alça de balde” está prejudicada, e consequentemente a variação do volume corrente também - A inspiração ocorre quase inteiramente por causa da descida do diafragma que fica sobrecarregado
Diafragma 	- Como a respiração é predominantemente diafragmática, suporta toda a carga de trabalho da respiração em recém-nascidos e lactentes - É mais achatado, seu ângulo de inserção na caixa torácica é muito aberto e a zona de aposição é diminuída - Apresenta uma limitação no seu movimento cefalocaudal, pelas vísceras abdominais serem proporcionalmente maiores no recém-nascido, no lactente e na criança pequena	- O mecanismo de alavanca durante a contração muscular está prejudicado. Há uma redução da sua eficácia de contração, limitando seu efeito no diâmetro torácico - Qualquer condição que dificulte o movimento do diafragma durante a inspiração irá aumentar o trabalho respiratório - Para reduzir a carga de trabalho diafragmática e manter a ventilação minuto, as crianças respiram rapidamente com volumes correntes menores; no entanto, o diafragma tem menos fibras musculares do tipo 1 e é propenso à fadiga precoce. Assim, a fadiga respiratória ocorre precocemente em recém-nascidos e lactentes e pode resultar em insuficiência respiratória.
Musculatura abdominal 	- É pouco desenvolvida ao nascimento - É inibida no sono REM - Deveria auxiliar na inspiração, estabilizando a parede abdominal para a descida do diafragma, o que começa a melhorar por volta de seis meses de idade quando a criança começa a sentar	- Sobrecarrega o músculo diafragma - Diminui a eficácia da tosse em remover secreções da árvore traqueobrônquica, favorecendo o acúmulo

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

Deve-se lembrar que a estabilidade dos sistemas respiratório e cardiovascular é a **base** para que outros possam se expressar, como o sistema neuromusculoesquelético, e que a superexpressão deste último diante da imaturidade pode sobrecarregar os sistemas respiratório e cardiovascular.

Em bebês, muitas condições de saúde, de origem pulmonar ou não, podem causar desconforto respiratório. Quais seriam os principais sinais de alerta para o sistema respiratório? A resposta para esse questionamento pode ser encontrada no quadro XX a seguir. **O somatório desses sinais e sintomas, especialmente de desconforto respiratório, aumenta o risco de falência respiratória iminente.**

Quadro XX. Principais sinais de alerta para o sistema respiratório na intervenção precoce.

			
SINAIS E SINTOMAS		DEFINIÇÃO/EXPLICAÇÃO	
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO (esforço aumentado para respirar)	Taquipneia	Frequência respiratória aumentada em relação ao esperado para a idade:	
		↪ Idade 0 a 2 meses	Maior do que 60 respirações/minuto
		↪ Idade 2 a 12 meses	Maior do que 50 respirações/minuto
		↪ Idade 1 a 5 anos	Maior do que 40 respirações/minuto
	Uso da musculatura acessória da respiração	Usar a musculatura do pescoço para respirar com leve ou pronunciada elevação da clavícula	
	Balanço da cabeça	Movimento da cabeça pelo uso dos músculos do pescoço (escalenos e esternocleidomastoideo) para respirar sem ou com a abertura da boca	
	Extensão cervical	Cabeça projetada à frente para diminuir a resistência das vias aéreas superiores à entrada de ar pela boca	
	Tiragem/retração	Depressão apenas visível ou acentuada suprasternal (acima do esterno), supraclavicular (acima da clavícula) intercostal (entre as costelas), retração esternal (de xifoide) e/ou subcostal (abaixo das costelas)	
	Distorção torácica	Movimento para dentro da caixa torácica (costelas inferiores) na inspiração	
	Grunhido ou gemido expiratório	Som produzido na expiração quando se exala o ar contra a glote parcialmente fechada para aumentar a capacidade residual funcional, audível com ou sem estetoscópio	
	Adejamento nasal ou batimento de asa de nariz	Movimento involuntário das narinas/ alargamento das cavidades nasais apenas visível ou acentuado para o aumento do calibre e redução da resistência à entrada de ar pelo nariz	

	Assincronia toracoabdominal	Assincronia da movimentação (em sentido e tempo) da caixa torácica e do abdômen na respiração (retardo na inspiração, ou seja, atraso do movimento do abdômen em relação ao tórax) ou serra (direções de movimentos opostas, o abdômen se move para dentro na inspiração)
	Letargia/estado mental alterado	Desde irritação e inquietação (num quadro clínico mais leve) até movimentação ocasional ou nenhuma confusão ou sonolência (num quadro clínico mais grave)
	Apneia	
	Palidez ou Cianose	Inicialmente o bebê ou criança pequena apresenta-se pálido e depois cianótico (com coloração azulada). ↳ Em extremidades (pés e mãos), corpo e mucosas, por oxigenação inadequada.
	Dessaturação	Oximetria de pulso medindo menos que 90%
OBSTRUÇÃO (estreitamento/oclusão) EM VIAS AÉREAS SUPERIORES	Para além dos sinais e sintomas de desconforto respiratório:	
	Fala ou choro abafado	Intensidade do som diminuída e/ou rouquidão
	Estridor	Som musical, agudo, causado pelo estreitamento de um segmento do trato respiratório superior, ouvido com mais clareza na inspiração na região do pescoço
	Posição de tripé	Inclinação do corpo para frente com protrusão da mandíbula
OBSTRUÇÃO EM VIAS AÉREAS INFERIORES E ALVÉOLOS	Para além dos sinais e sintomas de desconforto respiratório:	
	Sibilo/chiado	Ruídos contínuos ou musicais de longa duração, agudos, supostamente formados entre a segunda e a sétima gerações da árvore brônquica, sempre associados à limitação do fluxo aéreo, que podem ser inspiratórios, expiratórios ou bifásicos. ↳ São causados por secreção espessa no interior das vias aéreas, edema da parede brônquica, broncoespasmo ou compressão dinâmica. Ausência de sibilância causada por obstrução grave das vias aéreas inferiores é sinal de grande preocupação.
	Estertores finos e/ou grossos	Crepitações, ruídos descontínuos ou não musicais, de curta duração, que: ↳ quando finos (agudos) ocorrem no final da inspiração e são causados por presença de líquido ou exsudato nos alvéolos; colapso e reabertura de unidades aéreas (vias aéreas e alvéolos); e ↳ quando grossos (graves de maior duração do que os finos) são audíveis no início da inspiração e toda a expiração e causados por secreções grossas e espessas.

	Diminuição dos sons respiratórios normais	Pulmões silenciosos com redução dos sons normais e também dos ruídos adventícios.
	Tosse	Um dos sintomas mais comuns. É uma manobra expiratória forçada, para: ↪ Depurar muco ou expulsar material estranho da árvore traqueobrônquica. Ocorre, usualmente, quando os receptores de tosse, localizados principalmente na faringe, laringe, traqueia e brônquios são estimulados.
	Cansaço para falar/chorar e se hidratar / alimentar	Além do cansaço para chorar e/ou falar, pode haver diminuição da ingestão de líquidos, má alimentação e vômitos (que podem levar à desidratação).

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Fonte: Phahal et al., 2022; Fortney; Campbell, 2019, Richards, 2016, Bohadana; Izbicki; KramanHermansen, 2014, Hermansen; Lorah, 2007, Mathai; Raju; Kanitkar, 2007, Ruddy, 2002.

Referências

Russell J. Adams, Mary L. Courage, and Michele E. Mercer, “Deficiencies in Human Neonates’ Color Vision: Photoreceptor and Neural Explanations,” Behavioural Brain Research 43, no. 2 (May 15, 1991): 109–14, [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(05\)80060-9](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(05)80060-9).

Anna Cavallini et al., “Visual Acuity in the First Two Years of Life in Healthy Term Newborns: An Experience with the Teller Acuity Cards,” Functional Neurology 17, no. 2 (June 2002): 87–92.

Solange Rios Salomão et al., “Age Norms for Monocular Grating Acuity Measured by Sweep-VEP in the First Three Years of Age,” Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 71, no. 4 (August 2008): 475–79, <https://doi.org/10.1590/S0004-27492008000400002>.

TELLER, Davida Y. First Glances: The Vision of Infants. The Friedenwald Lecture. Investigative Ophthalmology & Visual Science, Rockville, v. 38, n. 11, p. 2183-2200, Oct. 1997.

ADOLPH, Karen E.; FRANCHAK, John M. The development of motor behavior. Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science, v. 8, n. 1-2, p. e1430, 2017.

AIELLO, Ana Lúcia Rossito; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Inventário portage operacionalizado (IPO): Revisão sistemática. Psicologia: Teoria e pesquisa, v. 37, p. e37545, 2021.

ALMOHALHA, Lucieny. Tradução, adaptação cultural e validação do Infant Sensory Profile 2 e do Toddler Sensory Profile 2 para crianças brasileiras de 0 a 35 meses. 2018.

ANDRADE, Claudia Regina Furquim; BEFI-LOPES, Débora Maria; FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda WERTZNER, Haydee Fiszbein. ABFW - Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. Carapicuíba, SP: Pró-Fono. 2023.

ARTERBERRY, Martha E.; BORNSTEIN, Marc H. Development in infancy. Routledge, 2023.

AZEVEDO, Marisa Frasson de. Avaliação audiológica no primeiro ano de vida. In: LOPES FILHO, Otacílio. Novo Tratado de fonoaudiologia. Editora Manole, 2013., p.149-65.

BAIRD, Gillian. Assessment and investigation of children with developmental language disorder. Understanding developmental language disorders: From theory to practice, p. 1-22, 2008.

BAYLEY, Nancy. Escala de desenvolvimento do bebê e da criança pequena. Manual Técnico, 3ª ed. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2018.

BERNARDI, Sarah Alvarenga et al. O uso da CIF no acompanhamento do desenvolvimento auditivo e de linguagem de crianças no primeiro ano de vida. Revista CEFAC, v. 19, p. 159-170, 2017.

BEVILACQUA, Maria Cecília; FORMIGONI, Gisela Maria Pimentel. O desenvolvimento das habilidades auditivas. Deficiência auditiva: conversando com familiares e profissionais de saúde, 2005.

BLOOM, Lois; LAHEY, Margaret. "What is language?". In: Language Disorders and Language Development. Lahey, M. Macmillan Publishing Company, New York, 1988.

BLY, Lois. Motor skills acquisition checklist. Psychological Corporation, 2000.

BORSANI, Elisa et al. Correlation between human nervous system development and acquisition of fetal skills: An overview. Brain and development, v. 41, n. 3, p. 225-233, 2019.

BOSA, Cleonice Alves; SALLES, Jerusa Fumagalli de. Sistema PROTEA-R de avaliação da suspeita de Transtorno do Espectro Autista. São Paulo: Vetor, 2018.

BRANDONE, Amanda C. et al. Language Development. ZINS, Joseph E. et al. Children's needs III: Development, prevention, and intervention. National Association of School Psychologists, p. 499-514, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança - Passaporte para a cidadania. 7a Edição. Brasília/DF, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de nº 1130, de 05 de Agosto de 2015. Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito de SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 184 p

BRASIL; Lei Federal, 2010 Brasil. Lei nº 12.303, de 2 de agosto de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas. Brasília, 2 de agosto de 2010.

BRAZELTON, T. Berry. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. In: O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Tradução Dayse Batista e Alceu Edir Fillmann. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988, 208p.

CAÇOLA, Priscila M. et al. The new affordances in the home environment for motor development - infant scale (AHEND-IS): Versions in English and Portuguese languages. Brazilian Journal of Physical Therapy, v. 19, n.

8. QUAIS OS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS PARA AVALIAR E ACOMPANHAR O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE RISCO NOS PRIMEIROS 3 ANOS DE VIDA?

A utilização de instrumentos padronizados de avaliação possibilita a identificação precoce de alterações no desenvolvimento, possibilitando intervenções mais direcionadas e em momento oportuno. São aplicados por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros profissionais, permitindo quantificar e qualificar o desenvolvimento infantil em diferentes domínios, traçar metas mais realísticas de tratamento, nortear as ações terapêuticas com mais eficiência e demonstrar objetivamente à família as mudanças no desenvolvimento da criança ao longo do tempo.

Neste tópico listamos alguns dos principais instrumentos de avaliação em diversos domínios do desenvolvimento, considerando os mais recomendados na literatura e que apresentam claras medidas psicométricas descritas em seus manuais ou artigos científicos dos autores do instrumento. A classificação (caracterização, triagem, diagnóstico, preditivo, prognóstico) levou em consideração as informações desses artigos e dos manuais e/ou consulta direta aos autores ou instrutores dos instrumentos. O intuito é nortear profissionais e gestores para a capacitação de equipes de saúde. Nem todos os instrumentos requerem certificação, porém todos os avaliadores necessitam de **treinamento** para aplicá-los e interpretar os achados.

Caracterização: descrevem comportamentos e capacidades da criança ou características que podem influenciar seu desenvolvimento.

Triagem: identifica se há indícios de uma condição de saúde, como atraso ou dificuldade.

Diagnóstico: confirma habilidades, dificuldades ou condições específicas da criança.

Preditivo: estima o risco de uma condição futura ser diagnosticada, antes do diagnóstico ocorrer.

Prognóstico: estima desfechos futuros após um diagnóstico já estar estabelecido, auxiliando a prever, por exemplo, o nível funcional e o quadro clínico.

A ausência de validação, notas de corte, adaptação cultural e/ou tradução do instrumento para o Brasil não é impeditivo de usá-lo no público brasileiro. Deve-se, porém, ter cautela na interpretação e generalização dos resultados. Nenhum instrumento deve ser usado de forma isolada para diagnósticos.

Ressalta-se a importância do Instrumento de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil da **Caderneta de Saúde da Criança**, baseado na escala Denver, que é utilizado como um documento importante no SUS para a **vigilância** do desenvolvimento infantil. No entanto, é importante que outros instrumentos sejam adicionados à prática clínica para a tomada de decisão mais fidedigna e com melhor custo-benefício para o sistema de saúde.

Quadro 1. Recomendação de alguns dos principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil.

								
CIF	Área do Desenvolvimento	Instrumento	Classificação	Idade	Estudo de Validação para o Brasil	Tradução para Português	Acesso	Duração Média
Estrutura e Função do Corpo	Neurológica	GMA	Preditivo (paralisia cerebral, alteração neuromotora)	0 (pré-termo)-5 meses	-	-	Pago	1-5 min
Estrutura e Função do Corpo	Neurológica	HNNE	Triagem	0 (termo)-30 dias	-	Sim	Livre	10-20 min
Estrutura e Função do Corpo	Neurológica	HINE	Preditivo (paralisia cerebral, alteração neuromotora) / Prognóstico (quadro funcional)	3-24 meses	-	Sim	Livre	20-30 min
Estrutura e Função do Corpo	Sensorial	TSFI	Triagem	4-18 meses	Sim	Sim	Pago	20 min
Estrutura e Função do Corpo	Sensorial	ISP e TSP	Triagem	0-35 meses	Sim	Sim	Pago	10-15 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Linguagem	IRC-36	Triagem	0-36 meses	Sim	-	Livre	10-15 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Linguagem	ADL-2	Diagnóstico	1-6 anos	Sim	-	Pago	30-60 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Linguagem	ELM-2	Triagem	0-36 meses	Sim	Sim	Pago	10 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Linguagem	PROC	Diagnóstico	12-48 meses	Nacional	Nacional	Pago	30-40 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Linguagem	ABFW	Diagnóstico	2-12 anos	Nacional	Nacional	Pago	90 min
Atividade	Motora	AIMS/EMIA	Triagem	0-18 meses	Sim	Sim	Pago	15-30 min
Estrutura e Função do Corpo, Atividade	Motora	Peabody III	Diagnóstico	0-60 meses	Não	Não	Pago	45-60 min
Atividade	Motora	TIMP	Diagnóstico / Preditivo (paralisia cerebral, alteração neuromotora)	0 (pré-termo)-4 meses	Sim	Sim	Pago	20-30 min

Atividade	Motora	IMP	Diagnóstico / Preditivo (paralisia cerebral, alteração de cognição)	3-18 meses	Sim	Sim	Pago	15-20 min
Função do Corpo, Atividade, Participação e Ambiente	Autismo (Risco)	M-CHAT-R/F	Triagem	16-30 meses	Sim	Sim	Livre	5–15 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Autismo (Risco)	PROTEA-R	Triagem	24-60 meses	Nacional	Nacional	Pago	45 min cada sessão
Função do Corpo, Atividade e Participação	Global (Comunicação, Motricidade Grossa e Fina, Resolução de Problemas, Pessoal e Social)	ASQ-3	Triagem	1–66 meses	Não	Sim	Pago	20-30 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Global (Cognitiva, Linguagem, Motora) e Social/Emocional (IV)	BSID-III / IV	Diagnóstico	0–42 meses	Não	Sim (III)	Pago	60-90 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Global (Motricidade Grossa e Fina, Linguagem, Pessoal e Social)	Denver-II	Triagem	0–6 anos	Não	Sim	Pago	10–20 min
Função do Corpo, Atividade e Participação	Global (Motricidade Grossa e Fina, Linguagem, Cognição, Social e Emocional)	IDADI	Triagem	4-72 meses	Nacional	Nacional	Livre	30 min
Atividade, Participação e Ambiente	Global (Motor, Comportamento, Cognição, Linguagem, Social e Emocional e Fatores Familiares)	SWYC-BR	Triagem	1-65 meses	Sim	Sim	Livre	10-20 min
Atividade e Participação	Global (Comportamento Adaptativo, Comunicação, Habilidades Cotidianas, Socialização, Habilidades Motoras, Comportamentos Mal Adaptados)	Vineland-3	Diagnóstico	0-90 anos	Sim	Sim	Pago	60-90 min
Atividade, Participação e Ambiente	Autocuidado, Mobilidade, Função Social	PEDI-CAT	Caracterização	0-21 anos	Sim	Sim	Pago	15-20 min
Participação e Ambiente	Participação em Casa, Escola e Comunidade, Fatores Ambientais	YC-PEM / PEM- CY	Caracterização	0-17 anos	Não	Sim	Pago	30-45 min
Ambiente	Oportunidades de Estimulação Motora em Casa (Espaço Físico, Variedade de Estimulação, Brinquedos)	AHEMD-IS / AHEMD-SR	Caracterização	3-42 meses	Não	Sim	Livre	10-20 min

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

GMA (*General Movement Assessment*), HNNE (*Hammersmith Neonatal Neurological Examination* - Exame Neurológico Neonatal de Hammersmith), HINE (*Hammersmith Infant Neurological Examination* - Exame Neurológico Infantil de Hammersmith), TSFI (*Test of Sensory Function in Infants* - Teste de Função Sensorial em Lactentes), ISP e TSP (Índice de Sensibilidade Periférica e Teste de Sensibilidade Periférica), IRC-36 (*Infant Routines Checklist-36* - Checklist de Rotinas Infantis-36), ADL-2 (*Adaptive Behavior Diagnostic Laboratory* - Laboratório Diagnóstico de Comportamento Adaptativo), ELM-2 (*Early Language Milestone Scale-2* - Escala de Marcos de Linguagem Precoc-2), PROC (Protocolo de Observação de Comportamentos), ABFW (Avaliação do Comportamento Fonológico Infantil), AIMS/EMIA (*Alberta Infant Motor Scale* - Escala Motora Infantil de Alberta), Peabody III (*Peabody Developmental Motor Scales III* - Escalas de Desenvolvimento Motor de Peabody III), TIMP (*Test of Infant Motor Performance* - Teste de Desempenho Motor Infantil), IMP (*Infant Motor Profile*), M-CHAT-R/F (*Modified Checklist for Autism and Toddlers, Revised with Follow-Up* - Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas, Revisado com Acompanhamento), PROTEA-R (Protocolo de Avaliação e Triagem de Habilidades Motoras da Primeira Infância), ASQ-3 (*Ages and Stages Questionnaires III* - Questionários Idade e Estágios III), BSID-III / IV (*Bayley Scales of Infant and Toddler*

Development III / IV - Escalas Bayley do Desenvolvimento do Bebê e da Criança Pequena), *Denver-II (Denver Developmental Screening Test II - Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II)*, *IDADI (Instrumento de Diagnóstico e Avaliação do Desenvolvimento Infantil)*, *SWYC-BR (Survey of Well-being of Young Children- Versão Brasileira)*, *Vineland-3 (Vineland Adaptive Behavior Scales III – Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland III)*, *PEDI-CAT (Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Computer Adaptive Test - Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – Teste Adaptativo Computacional)*, *YC-PEM / PEM-CY (Young Children's Participation and Environment Measure / Participation and Environment Measure for Children and Youth - Medida de Participação e Ambiente para Crianças Pequenas / Medida de Participação e Ambiente para Crianças e Jovens)* e *AHMD-IS / AHMD-SR (Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale / Affordances in the Home Environment for Motor Development – Self Report / - Affordances no Ambiente Domiciliar para o Desenvolvimento Motor – Auto Relato)*.

Referências

- Reich, S., Zhang, D., Kulvicius, T. et al. Nova abordagem orientada por IA para classificar funções motoras infantis. *Sci Rep* 11, 9888 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-89347-5>.
- Ledwoń D, Danch-Wierzchowska M, Doroniewicz I, Kieszczyńska K, Affanasowicz A, Latos D, Matyja M, Mitas AW, Myśliwiec A. Automated postural asymmetry assessment in infants neurodevelopmental evaluation using novel video-based features. *Comput Methods Programs Biomed.* 2023 May;233:107455. DOI: 10.1016/j.cmpb.2023.107455.
- Letzkus, L., Pulido, J.V., Adeyemo, A. et al. Machine learning approaches to evaluate infants' general movements in the writhing stage—a pilot study. *Sci Rep* 14, 4522 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54297>.
- Doroniewicz, I., Ledwoń, D.J., Bugdol, M. et al. Towards novel classification of infants' movement patterns supported by computerized video analysis. *J NeuroEngineering Rehabil* 21, 129 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12984-024-01429-3>.
- Groos D, Adde L, Støen R, Ramampiaro H, Ihlen EAF. Towards human-level performance on automatic pose estimation of infant spontaneous movements. *Comput Med Imaging Graph.* 2022 Jan;95:102012. DOI: 10.1016/j.compmedimag.2021.102012.
- ASQ-3: SQUIRES, J., BRICKER, D., TWONBY, E., & POTTER, L. (2009). *Ages e Stages Questionnaires, third edition (ASQ-3): User's guide*. San Antonio, TX: Paul H. Brookes Publishing. / FILGUEIRAS A, PIRES P, MAISSONETTE S, LANDEIRA-FERNANDEZ J. Psychometric properties of the Brazilian-adapted version of the Ages and Stages Questionnaire in public child daycare centers. *Early Hum Dev* 2013; 89:561-76.
- DENVER II: SABATÉS, Ana Llonch. *Denver II - Teste de triagem do desenvolvimento: manual de treinamento*. 1a ed. São Paulo: Hogrefe, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta da criança: menina*. 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 112p.
26. Cartilha SPB/CDC: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA. Centers of Disease Control and Prevention (CDC): *Cartilha de Desenvolvimento - 2 meses a 5 anos. Triênio 2022-2024*.

Inventário PORTAGE (IPO): AIELLO, ANA LÚCIA ROSSITO; WILLIAMS, LÚCIA CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE. Inventário Portage Operacionalizado (IPO): Revisão sistemática. Psicologia: Teoria e pesquisa, v. 37, p. e37545, 2021. / WILLIAMS, L. C. A., & AIELLO, A. L. R. (2001). O Inventário Portage Operacionalizado: Intervenção com famílias. Memnon; FAPESP.

IDADI: SILVA, Mônia Aparecida da; MENDONÇA FILHO, Euclides José de; BANDEIRA, Denise Ruschel. Development of the dimensional inventory of child development assessment (IDADI). Psico-USF, v. 24, n. 1, p. 11-26, 2019.

Instrumento de Rastreo da Comunicação (IRC-36): QUEIROGA, Camila Arruda Manchester de et al. Desenvolvimento e validação de conteúdo do Instrumento de Rastreo da Comunicação-IRC-36. Revista CEFAC, v. 26, p. e4524, 2024.

Inventários MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo: SILVA, Claudia T. S. da. Considerações em torno da adaptação do protocolo Palavras e Gestos do Inventário MacArthur de Desenvolvimento Comunicativo. In: Revista Inventário. 5. ed., mar/2006. Disponível no web world wide em: <http://www.inventario.ufba.br/05/05csilva.htm>.

ADL-2: MENEZES, Maria Lucia. Escala de Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem - ADL2. Edição da Autora, 2019. ISBN: 9790090011789.

ELM-2: COPLAN, James. The Early Language Milestone Scale. 2 ed. Austin, Texas: Pro-Ed. 1993.; OLIVEIRA LN, LIMA MCMP, GONÇALVES VMG. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: Aquisição de linguagem. Arq Neuropsiquiatr 2003; 61(3-B): 802-807.

M-CHAT-R/F: ROBINS, Diana L.; FEIN, Deborah; BARTON, Marianne. Modified checklist for autism in toddlers, revised, with follow-up (M-CHAT-R/F) TM. LineageN, 2009. / LOSAPIO, Mirella Fiuza; PONDÉ, Milena Pereira. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 30, p. 221-229, 2008.

PROTEA-R: BOSA, Cleonice Alves; SALLES, Jerusa Fumagalli de. PROTEA-R - Sistema de avaliação da suspeita de Transtorno do Espectro Autista. 1a ed. 2

9. COMO ESTABELECEER OBJETIVOS FUNCIONAIS?

Nas últimas duas décadas, desde a publicação da CIF, as intervenções terapêuticas de reabilitação para crianças com incapacidades passaram por um processo de mudança. **O foco da intervenção terapêutica passou a enfatizar as possibilidades de proporcionar a participação das crianças nas atividades de vida diária**, mais do que simplesmente buscar reduzir suas deficiências primárias.

A intervenção terapêutica voltada para a **promoção da funcionalidade** tornou mais forte a necessidade de se estabelecer objetivos terapêuticos que estivessem alinhados com a função baseados em intervenções que acontecessem no contexto ambiental diário da criança.

O referencial teórico da CIF deve ser considerado no estabelecimento de objetivos funcionais nas diversas condições que assolam a saúde e funcionalidade da criança e do adolescente, inclusive antes do aparecimento concreto dos distúrbios do desenvolvimento.

A partir do fluxograma que caracteriza o referencial teórico do modelo biopsicossocial de saúde preconizado pela CIF (Figura X), demonstramos como o delineamento dos objetivos funcionais de um programa de Intervenção Precoce pode considerar cada um dos domínios da CIF para além do enfoque em estrutura e função do corpo, de modo a considerar a funcionalidade do indivíduo, mais do que suas deficiências e incapacidades.

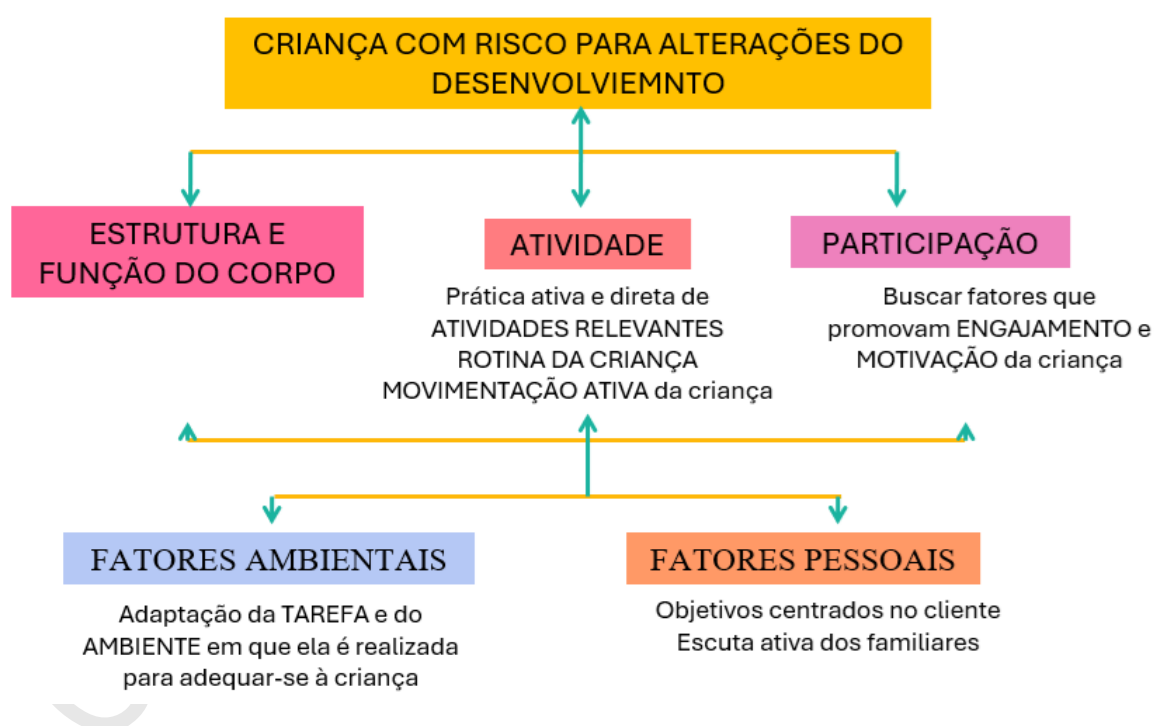


Figura X. Determinando objetivos funcionais na Intervenção Precoce com bebês de risco a partir de um modelo biopsicossocial de saúde pautado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025**

Ao se estabelecer um objetivo terapêutico, mais do que simplesmente buscar controlar níveis de espasticidade, e aprimorar amplitude de movimento e força muscular do paciente, os profissionais envolvidos com a reabilitação devem buscar a **PROMOÇÃO DA FUNÇÃO**, trabalhando as tarefas funcionais traçadas **EM CONJUNTO COM A FAMÍLIA** da criança, em **AMBIENTES FUNCIONALMENTE RELEVANTES**.

Uma estratégia que pode facilitar o estabelecimento dos objetivos funcionais no processo de intervenção é o uso da abordagem para o estabelecimento de metas contida no acrônimo SMART (*specific, measurable, achievable, realistic/relevant e timed*) (Figura XX). O uso desta abordagem auxilia os profissionais a assegurarem que todos os atores envolvidos no processo de intervenção precoce, especialmente os pais e cuidadores do bebê, estejam de acordo com os objetivos funcionais traçados, os métodos utilizados para atingi-los e o papel de cada um no processo de reabilitação.

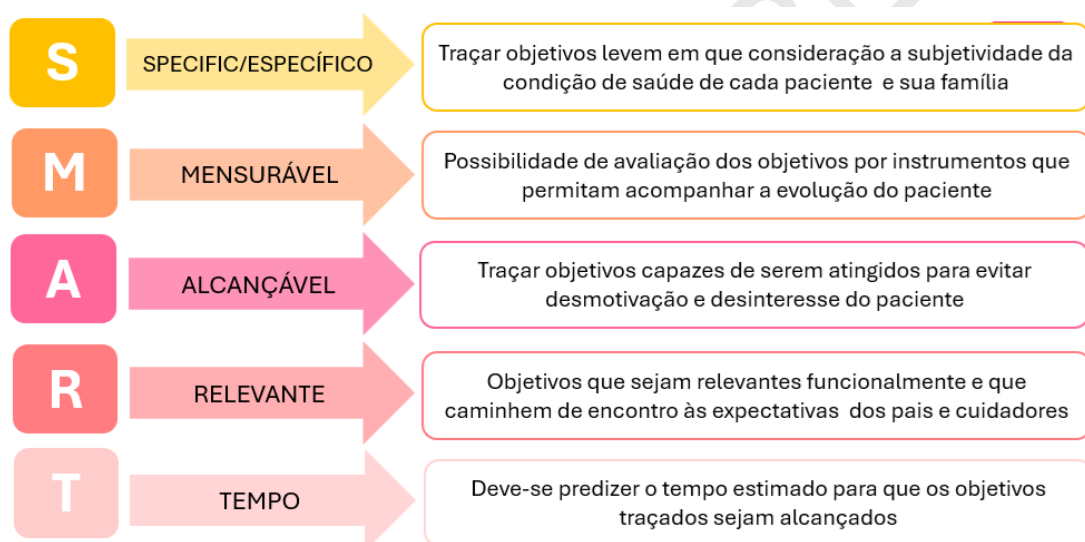


Figura xx. Estratégia SMART para estabelecer objetivos funcionais. Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

O estabelecimento de objetivos funcionais frente a um plano de intervenção terapêutica precoce para bebês de risco **DEVE SER TRAÇADO EM CONJUNTO OS PAIS OU CUIDADORES PRINCIPAIS DO PACIENTE**. O foco terapêutico passa então a se voltar ao **TREINO DE ATIVIDADES E TAREFAS DA VIDA REAL, QUE SEJAM RELEVANTES PARA O PACIENTE**, e que assegurem um aumento em sua participação nos ambientes familiar e comunitário.

A construção de cada um dos objetivos também deve levar em consideração quatro passos:

A **atividade alvo** que se pretende desenvolver

O **suporte** necessário para que a atividade consiga ser realizada

A forma de **quantificação** da performance

O período de **tempo necessário** para se atingir o estado de proficiência desejado

Exemplo Rápido: Lactente com 8 meses de idade corrigida, com atraso motor, é capaz de sentar-se sem auxílio por alguns segundos, porém mãe e cuidadoras da creche se queixam que ele se desequilibra quando tenta alcançar e manipular objetos durante o brincar. **OBJETIVO FUNCIONAL:** Em 15 dias, manter-se sentado de forma independente por 1 minuto enquanto brinca alcançando e manipulando brinquedos na creche. Note que o objetivo considera uma atividade específica e funcional (sentar independente enquanto alcança e manipula brinquedos); o suporte (sem suporte/independente); traçado em conjunto com a família, que trouxe a queixa; mensurável e realista (tempo em minutos); focado na participação em um contexto comunitário (creche); e com tempo estimado para ser alcançado (15 dias).

IMPORTANTE



Os objetivos devem ser mensurados antes do início e ao final de cada atendimento, para permitir verificar progressões diárias (objetivo imediato) e realizar adequações necessárias.

Resumidamente, os objetivos devem ser:

Escolhidos pela família/cuidador: foco na escolha de atividades que tenham importância para a participação da criança no contexto familiar e comunitário real. A família deve ser encorajada a escolher os objetivos, segundo as preferências que conhecem sobre sua criança.

Funcionais: devem refletir as habilidades utilizadas na vida real, e não focados em deficiências, como melhorar tônus, força, processamento sensorial e amplitude de movimento.

Específicos: devem ser SMART, bem definidos e estabelecidos de acordo com a idade, habilidades e progressos da criança.

Compartilhados: é importante estabelecer objetivos como uma equipe multidisciplinar e colaborativa, incluindo a criança, família e cuidadores como membros ativos.

Referências

BEXELIUS, Annemarie; CARLBERG, Eva Brogren; LÖWING, Kristina. Quality of goal setting in pediatric rehabilitation—A SMART approach. *Child: care, health and development*, v. 44, n. 6, p. 850-856, 2018.

BOVEND'EERDT, Tamar JH; BOTELL, Rachel E.; WADE, Derick T. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical rehabilitation*, v. 23, n. 4, p. 352-361, 2009.

HUTCHON, Betty et al. Early intervention programmes for infants at high risk of atypical neurodevelopmental outcome. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 61, n. 12, p. 1362-1367, 2019.

JACKMAN, Michelle et al. Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 64, n. 5, p. 536-549, 2022.

MORGAN, Catherine et al. Early intervention for children aged 0 to 2 years with or at high risk of cerebral palsy: international clinical practice guideline based on systematic reviews. *JAMA pediatrics*, v. 175, n. 8, p. 846-858, 2021.

NOVAK, Iona et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. JAMA pediatrics, v. 171, n. 9, p. 897-907, 2017. ORTON, Jane et al. Do early intervention programmes improve cognitive and motor outcomes for preterm infants after discharge? A systematic review. Developmental Medicine & Child Neurology, v. 51, n. 11, p. 851-859, 2009.

10. QUAIS OS INGREDIENTES CHAVES PARA UMA INTERVENÇÃO EFETIVA?

Os ingredientes para a intervenção precoce efetiva podem ser entendidos como elementos-chave que devem fazer parte do plano terapêutico do lactente e da sua família, independentemente da condição de saúde. Estes ingredientes são baseados nas principais evidências científicas atuais, e podem ser observados na Figura XX.



Figura XX. Ingredientes para intervenção precoce efetiva. Fonte: Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

A intervenção precoce deve ser divertida, motivadora, contar com o envolvimento da família e acontecer no ambiente natural do lactente, sempre que possível. Caso contrário, o ambiente da clínica deve ser adequado a ponto do lactente sentir-se acolhido, seguro e o mais próximo possível do seu ambiente natural.

Ademais, a intervenção não deve ficar restrita a sala de atendimento. A movimentação deve ser sempre ativa (autogerada), estimulando a aprendizagem por meio de exploração, tentativa e erro. As atividades selecionadas para intervenção devem ser específicas à tarefa e ao contexto, ou seja, atividades de vida real, com repetição, variabilidade e complexidade. O brincar e o uso de brinquedos devem ser selecionados (e adaptados se necessário) para estimular determinada tarefa proposta, englobando desfecho motor/cognitivo.

Outro elemento-chave é o envolvimento da família na definição das metas, das estratégias de intervenção e no engajamento durante e após as sessões. Além disso, o ambiente físico e psicossocial deve ser enriquecido a fim de estimular a criança a novos desafios e ao aprendizado. Para favorecer a aprendizagem, recomenda-se considerar a interação entre a criança, a tarefa e o ambiente (Figura XX). Essa abordagem permite uma melhor adaptação das estratégias de intervenção às necessidades individuais da criança e da família.

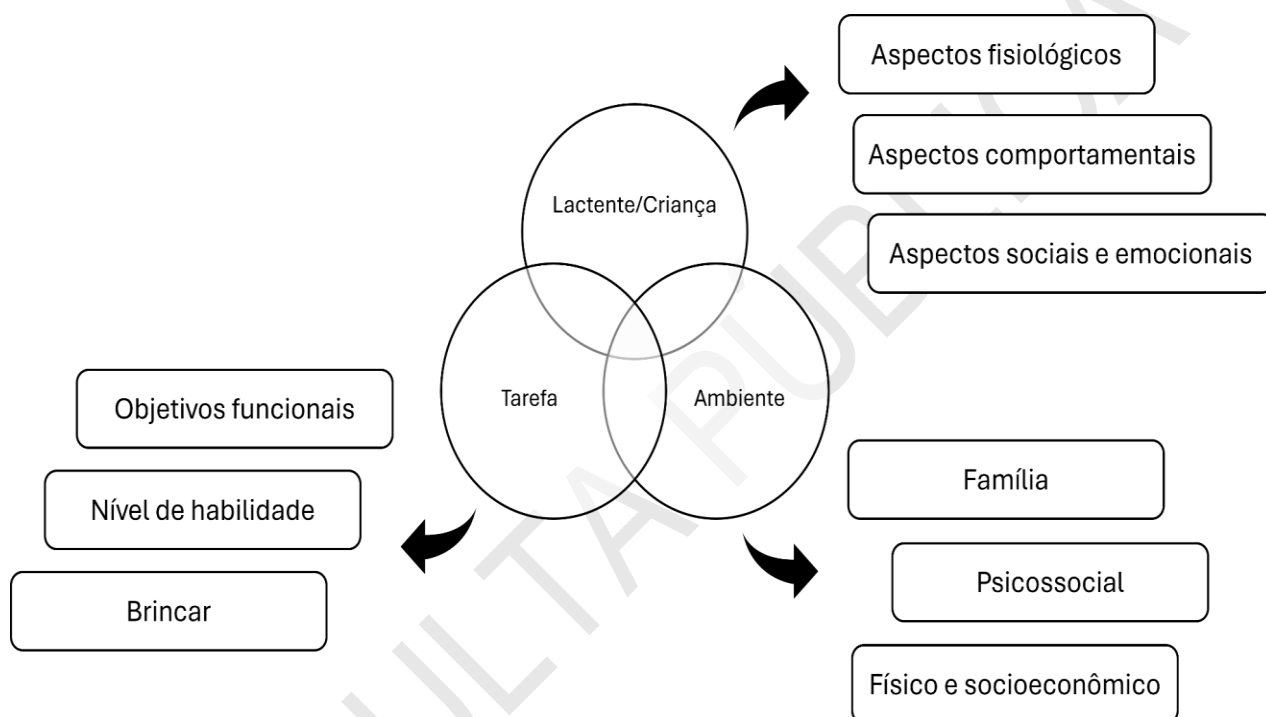


Figura XX. Fatores a serem considerados para favorecer aprendizagem durante a intervenção precoce efetiva. Fonte: **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.**

IMPORTANTE



É essencial “não esperar para ver”, e iniciar a intervenção em lactentes de risco, independentemente de haver ou não uma confirmação diagnóstica, como, por exemplo, a paralisia cerebral.

A intervenção precoce deve integrar e incentivar experiências de posicionamento, movimento iniciado pela própria criança (autogerados), atividades orientadas a objetivos definidos em parceria com a família, prática orientada à tarefa e à resolução de problemas com objetos, além de promover interações de qualidade entre a criança e sua família em um ambiente enriquecedor. Esses são princípios fundamentais que devem ser incorporados na prática para estimular o desenvolvimento do lactente bebê/criança desde a unidade hospitalar neonatal. Detalhes serão apresentados no Quadro X

Quadro XX. Ingredientes para intervenção precoce efetiva, seu objetivo, e a qual domínio do desenvolvimento se refere.

Ingrediente	Recomendação	Domínio
Cuidado desenvolvimental individualizado. Ex: NIDCAP (<i>Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program</i>)	- Implantar um conjunto de estratégias que visem modificar o ambiente e a produção de cuidado na unidade neonatal hospitalar, a fim de reduzir os fatores estressantes e gerar cuidados neuroprotetores. Ex: redução de luz, manuseio mínimo, humanização do cuidado com acesso irrestrito da família ao bebê, controle da dor e uso de recursos de conforto ao recém-nascido e lactente.	- Motor - Cognitivo - Sensorial - Autorregulação - Sono - Socioafetivo
Contato pele-pele	- Promover contato pele a pele (pais/ bebê) o mais precocemente possível (Posição Canguru), particularmente na unidade neonatal hospitalar.	- Autorregulação - Controle de dor - Comportamental - Motor - Cognitivo - Socioafetivo - Sensorial - Sono
Minimizar separação da díade pais/bebê	<i>Unidade Neonatal:</i> - Promover acesso livre aos pais à unidade neonatal 24h/7 dias; - Envolvimento da família no cuidado: como tocar, interagir, brincar com o bebê; - Adotar quartos individuais ou quartos familiares; - Oferecer suporte aos pais para reconhecer as pistas comportamentais do lactente.	- Autorregulação - Cognitivo - Socioafetivo - Sensorial
Estímulos sensoriais	<i>Unidade Neonatal:</i> - Reconhecer pistas gestuais oferecidas pelo bebê: gestos de retraimento (esse estímulo não é bom) e gestos de acomodação (esse estímulo é bom); - Oferecer estímulos positivos e neuroprotetores: voz materna, toque gentil, visual, cinestésico, vestibular, etc, sempre na medida certa.	- Autorregulação - Motor - Cognitivo - Sensorial - Socioafetivo
Controle de dor e estresse	<i>Unidade Neonatal:</i> - Adotar instrumentos para mensurar dor/estresse como parte da rotina; - Minimizar procedimentos dolorosos, especialmente em lactentes muito pré-termo; - Controle ambiental de luz e ruído; - Usar procedimentos não farmacológicos para manejo da dor: amamentar, leite materno, sacarose ou glicose, posicionamentos, sucção não-nutritiva, etc; - Usar analgésicos com cautela; - Instruir os pais sobre os sinais de dor e orientar sobre cuidados que podem ser adotados por eles.	- Motor - Cognitivo - Sensorial - Autorregulação
Posicionamento postural	<i>Unidade Neonatal:</i> - Organizar o lactente em posturas que simulem a contenção intra-uterina, como uso de ninhos de contenção, adoção de suportes e apoios de posicionamento e casulo. - Promover a experimentação de diferentes posturas, favorecendo e facilitando a livre exploração dos movimentos; - Evitar posturas viciosas que possam desencadear encurtamentos musculares e deformidades (Ex: plagiofalia, preferência posicional da cabeça, etc.).	- Motor - Sensorial - Autorregulação - Sono - Controle de dor

Sono protegido	<i>Unidade Neonatal:</i> - Educar o time interdisciplinar da unidade neonatal; - Reduzir luz e adotar iluminação cíclica para estimular o ritmo diário da melatonina; - Reduzir ruídos; - Postergar procedimentos eletivos durante o sono; - Hora do sono: cobrir incubadoras.	- Neuromotor - Cognitivo - Sensorial - Autorregulação
Movimentos auto-iniciados e autogerados	<i>Unidade Neonatal:</i> - Estímulos sensorio-motores baseados nas pistas oferecidas pelo recém-nascido e lactente; - Permitir que o lactente realize movimentos generalizados (GMs) – cuidado com uso excessivo do enrolar em “charuto”; <i>Pós-hospitalização:</i> - Movimento ativo, variado e iniciado pela criança: com exploração, variabilidade, complexidade e tentativa e erro.	- Motor - Cognitivo
Educação dos pais para promover oportunidades para desenvolvimento global	<i>Unidade Neonatal:</i> - Inserir os pais nas tomadas de decisão; - Empoderar os pais sobre os cuidados do recém-nascido e lactente (alimentação, cuidados com a pele, posicionamento, dor, entre outros); - Estimular e oferecer suporte para a realização do contato pele a pele – Canguru; - Favorecer a formação e fortalecimento de vínculo; - Educar sobre o posicionamento, sobre o papel da família no cuidado e importância do acompanhamento do recém-nascido e lactente; <i>Pós-hospitalização:</i> - Incentivar as famílias na priorização da relação com a criança, incorporando a prática de estímulos às rotinas diárias; - Focada em aumentar as oportunidades para que os bebês explorem seus corpos e o ambiente como eles podem.	<i>Bebê:</i> - Neuromotor - Socioafetivo <i>Pais:</i> - Psicológico
Especificidade da tarefa	- Treinar habilidades motoras funcionais direcionadas à tarefa, com progressão da prática parcial para completa, em ambientes variados; - Ajustar demandas conforme o progresso e fornecer “feedback” quando necessário.	- Motor
Prática no contexto de vida real	- Incorporar a terapia no ambiente de vida real do lactente, potencializando os resultados.	- Motor - Cognitivo
Enriquecimento ambiental	- Criar um ambiente seguro com oportunidades de exploração motora e cognitiva; - Oferecer brinquedos adequados à idade e ao nível de habilidade; - Promover a interação com cuidadores por meio de leitura, música e brincadeiras; - Envolver o lactente/criança em atividades motivadoras nos ambientes do dia a dia, como casa, comunidade e escola/creche.	- Motor - Cognitivo - Linguagem - Social
Resolução de problemas combinados com desafios motores	- Desafios motores aliados a construtos cognitivos. Por exemplo, resolução de problemas meio-fins e alcance manual: colocar o brinquedo desejado fora do alcance, mas em um tecido para que a criança tenha que puxar o tecido para pegar o brinquedo. Ou, permanência do objeto e sentar: encorajar a criança a encontrar brinquedo escondido e, ao mesmo tempo, mudar de posição; reorientar-se para olhar atrás/embaixo/dentro de recipientes enquanto sentada.	- Motor - Cognitivo
Exploração, variabilidade e tentativa-erro	- Estimular tentativa-erro com mínima assistência física e promover variabilidade motora; - Criar um ambiente desafiador e motivador, adaptado à criança, para favorecer engajamento e aprendizagem.	- Motor - Cognitivo
Alta intensidade (Dosagem)	- Repetição e intensidade da prática otimizam os resultados; - A prática diária e repetida (sempre que possível, incorporar como parte da rotina da família) é essencial para aquisição e refinamento de habilidades; - Aumentar a intensidade e a complexidade do treinamento da tarefa à medida que o lactente/criança alcança a habilidade almejada.	- Motor - Cognitivo
Envolvimento das famílias	- Definição de metas e envolvimento dos familiares no processo terapêutico, considerando a preferência da família e do lactente; - Estruturar a prática além das sessões de terapia (para garantir o envolvimento da família e uma dosagem adequada).	- Motor - Cognitivo

“Desafio na medida certa”: Seleção de tarefas motoras desafiadoras, mas alcançáveis	- Tarefas que promovam desafios motores, cognitivos e motivadores que estimulem a persistência na realização da tarefa. Ou seja, combinar o desafio cognitivo/motor de várias maneiras; se o desafio motor for difícil, simplifique o desafio cognitivo, e vice-versa. - Não esquecer da importância da motivação e das atividades lúdicas.	- Motor - Cognitivo
Tecnologias assistivas	- Utilizar tecnologias assistivas que visem favorecer a movimentação ativa e funcional, a participação no brincar e nas atividades diárias; - Favorecer a estabilidade durante as atividades e o alinhamento postural para prevenção de deformidades.	- Motor - Cognitivo - Social
Mobilidade precoce	- Movimentação no espaço de forma ativa e com autonomia, utilizando tecnologias assistivas (Ex.: dispositivos de mobilidade motorizado) quando necessário.	- Motor - Cognitivo - Social
Comunicação responsiva: Interações face-a-face, incorporando vocalizações e atenção conjunta	- Envolver o bebê em interações face a face, como conversar, cantar e expressar emoções. Eles têm preferência por rostos e faces familiares e compartilham estados afetivos; - Para bebês com comprometimento motor, observe microexpressões e o direcionamento do olhar.	- Cognitivo - Linguagem - Social

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Fonte: Akhbari Ziegler; Dirks; Hadders-Algra, 2019; Campbell, 2015; Dusing et al., 2019; Holmstrom et al., 2019; Morgan et al., 2021; Novak et al., 2017; Novak et al., 2020; Chamudot et al., 2018; Eliasson et al., 2014; Eliasson et al., 2018; Blauw-Hosperts et al., 2011; Harbourne et al., 2021; Nores et al., 2010; Griffiths et al., 2019; Tudella et al., 2021; Tudella; Silva; Vasconcelos, 2021; Als et al., 2003; Spence, 2016; Lizarondo, 2016; Boundy et al., 2016; Roué et al., 2017; Sutton; Darmstadt, 2013; Flacking et al., 2012; Dukes et al., 2016; Lubbe; Van der Walt; Klopper, 2012; Pineda et al., 2017; White; Smith; Shepley, 2013; Serval; Novais, 2016; Wang et al., 2014; Filippa et al., 2017; Almadhoob; Ohlsson, 2015; Morag; Ohlsson, 2016; Braid; Bernstein, 2015; Anand, 2017; Valitalo et al., 2016; Vitaliti et al., 2012; Schwaller; Fitzgerald, 2014; Smith et al., 2011; Harrison; Bueno; Reszel, 2015; Stevens; Yamada; Ohlsson, 2013; Shah et al., 2012; Harris et al., 2016; Picheansathian; Woragidpoonpol; Baosoung, 2009; Ballout et al., 2017; Rivas-Fernandez et al., 2016; Dao Le, 2017; Allen, 2012; Calciolari; Montiroso, 2011; Teunis et al., 2017.

Referências

AKHBARI ZIEGLER, S.; DIRKS, T.; HADDERS-ALGRA, M. Coaching in early physical therapy intervention: the COPCA program as an example of translation of theory into practice. *Disability and Rehabilitation*, v. 41, n. 15, p. 1846–1854, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1448468>. Acesso em: 12 mar. 2025.

ALLEN, K. A. Promoting and protecting infant sleep. *Advances in Neonatal Care*, v. 12, p. 288–291, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3182653899>. Acesso em: 12 mar. 2025.

ALMADHOOB, A.; OHLSSON, A. Sound reduction management in the neonatal intensive care unit for preterm or very low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 1, p. CD010333, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010333.pub2>. Acesso em: 12 mar. 2025.

ALS, H. et al. A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, v. 24, p. 399–408, 2003.

- ANAND, K. J. S. Defining pain in newborns: need for a uniform taxonomy? *Acta Paediatrica*, v. 106, p. 1438–1444, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.13936>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BABIK, I., CUNHA, A.B., LOBO, M.A. A model for using developmental science to create effective early intervention programs and technologies to improve children's developmental outcomes. *Advances in Child Development and Behavior*, v. 62, p. 231–268, 2022;. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2021.12.003>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BALLOUT, R. A. et al. Body positioning for spontaneously breathing preterm infants with apnoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 1, p. CD004951, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004951.pub3>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BLAUW-HOSPERS, C. H., et al. Pediatric physical therapy in infancy: from nightmare to dream? A two-arm randomized trial. *Physical Therapy*, v. 91, n. 9, p. 1323–1338, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2522/ptj.20100205>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BOUNDY, E. O. et al. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: a meta-analysis. *Pediatrics*, v. 137, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2238>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BRAID, S.; BERNSTEIN, J. Improved cognitive development in preterm infants with shared book reading. *Neonatal Network*, v. 34, p. 10–17, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1891/0730-0832.34.1.10>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- CALCIOLARI, G.; MONTIROSSO, R. The sleep protection in the preterm infants. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 24, p. 12–14, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/14767058.2011.607563>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- CAMPBELL, D.; HUSSEY, A. Experimental evidence of the effects of an early intervention programme on economics student achievement. *Applied Economics Letters*, v. 22, n. 11, p. 895–899, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13504851.2014.985367>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- CHAMUDOT, R. et al. Effectiveness of Modified Constraint-Induced Movement Therapy Compared With Bimanual Therapy Home Programs for Infants With Hemiplegia: A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, v. 72, n. 6, p. 7206205010p1–7206205010p9, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.025981>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- DAO LE, B. L. K. Evidence Summary. Positioning of Preterm Infants. The Joanna Briggs Institute EBP Database, 2017. Disponível em: JBI@Ovid: JBI3701. Acesso em: 12 mar. 2025.
- DE CAMPOS, A. C., et al. F-words and early intervention ingredients for non-ambulant children with cerebral palsy: A scoping review. *Developmental medicine and child neurology*, v. 66, n. 1, p. 41–51, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dmcn.15682>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- DUSING, S. C. et al. A Physical Therapy Intervention to Advance Cognitive and Motor Skills: A Single Subject Study of a Young Child With Cerebral Palsy. *Pediatric Physical Therapy: The Official Publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, v. 31, n. 4, p. 347–352, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000635>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- DYKES, F. et al. Perceptions of European medical staff on the facilitators and barriers to physical closeness between parents and infant in neonatal units. *Acta Paediatrica*, v. 105, p. 1039–1046, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.13417>. Acesso em: 12 mar. 2025.

- ELIASSON, A. C. et al. Guidelines for future research in constraint-induced movement therapy for children with unilateral cerebral palsy: an expert consensus. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 56, n. 2, p. 125–137, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dmcn.12273>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- ELIASSON, A. C. et al. The effectiveness of Baby-CIMT in infants younger than 12 months with clinical signs of unilateral cerebral palsy; an explorative study with randomized design. *Research in Developmental Disabilities*, v. 72, p. 191–201, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2017.11.006>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- FILIPPA, M. et al. Systematic review of maternal voice interventions demonstrates increased stability in preterm infants. *Acta Paediatrica*, v. 106, p. 1220–1229, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.13832>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- FLACKING, R. et al. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, v. 101, p. 1032–1037, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- GRIFFITHS, N. et al. Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-based best practice guideline recommendations. *Early Human Development*, v. 139, p. 104840, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104840>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- HARBOURNE, R. T. et al. “Sitting Together And Reaching To Play (START-Play): Protocol for a Multisite Randomized Controlled Efficacy Trial on Intervention for Infants With Neuromotor Disorders.” *Physical Therapy*, v. 98, n.6, p. 494-502, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy03>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- HARBOURNE, R. T. et al. START-Play Physical Therapy Intervention Impacts Motor and Cognitive Outcomes in Infants With Neuromotor Disorders: A Multisite Randomized Clinical Trial. *Physical Therapy*, v. 101, n. 2, p. pzaa232, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa232>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- HARRIS, J. et al. Clinical recommendations for pain, sedation, withdrawal and delirium assessment in critically ill infants and children: an ESPNIC position statement for healthcare professionals. *Intensive Care Medicine*, v. 42, p. 972–986, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- HARRISON, D.; BUENO, V.; RESZEL, J. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Research and Reports in Neonatology*, v. 5, p. 9–16, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/RRN.S52378>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- HOLMSTRÖM, L. et al. Efficacy of the Small Step Program in a Randomized Controlled Trial for Infants under 12 Months Old at Risk of Cerebral Palsy (CP) and Other Neurological Disorders. *Journal of Clinical Medicine*, v. 8, n. 7, p. 1016, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm8071016>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- LIZARONDO, L. Evidence Summary. Developmental Care: Preterm or Ill Neonates. The Joanna Briggs Institute EBP Database, 2016. Disponível em: JBI@Ovid: JBI16368. Acesso em: 12 mar. 2025.
- LUBBE, W.; VAN DER WALT, C. S. J.; KLOPPER, H. C. Integrative literature review defining evidence-based neurodevelopmental supportive care of the preterm infant. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, v. 26, p. 251–259, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182650b7e>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- MATSUZAWA, T. Cognitive development in chimpanzees. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*, 2021. Disponível em: <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-50>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- MORAG, I.; OHLSSON, A. Cycled light in the intensive care unit for preterm and low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 8, p. CD006982.pub4, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006982.pub4>. Acesso em: 12 mar. 2025.

- MORGAN, C. et al. Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. *JAMA pediatrics*, v. 175, n. 8, p. 846–858, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.0878>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- NORES, M.; BARNETT, W. S. Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young. *Economics of Education Review*, v. 29, n. 2, p. 271–282, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.econedurev.2009.09.001>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- NOVAK, I. et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatrics*, v. 171, n. 9, p. 897–907, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1689>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- NOVAK, I. et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, v. 20, n. 2, p. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- PICHEANSATHIAN, W.; WORAGIDPOONPOL, P.; BAOSOUNG, C. Positioning of preterm infants for optimal physiological development: a systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*, v. 7, p. 224–259, 2009. Acesso em: 12 mar. 2025.
- PINEDA, R. et al. Enhancing sensory experiences for very preterm infants in the NICU: an integrative review. *Journal of Perinatology*, v. 37, p. 323–332, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/jp.2016.179>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- RIVAS-FERNANDEZ, M. et al. Infant position in neonates receiving mechanical ventilation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 11, p. CD003668, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003668.pub4>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- ROUÉ, J. M. et al. Eight principles for patient-centred and family-centred care for newborns in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, v. 102, p. F364–F368, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312180>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- SCHWALLER, F.; FITZGERALD, M. The consequences of pain in early life: injury-induced plasticity in developing pain pathways. *European Journal of Neuroscience*, v. 39, p. 344–352, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ejn.12414>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- SERVEL, A. C.; NOVAIS, R. B. A single-family rooms for neonatal intensive care units: impacts on preterm newborns, families, and health-care staff. A systematic literature review. *Archives de Pédiatrie*, v. 23, p. 921–926, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.04.022>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- SHAH, P. S. et al. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 12, p. CD004950, 2012.
- SHIN, Y.; PARK, E. J.; LEE, A. Early Intervention for Children With Developmental Disabilities and Their Families via Telehealth: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, v. 27, p. E66442, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/66442>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- SMITH, G. et al. NICU stress associated with brain development in preterm infants. *Annals of Neurology*, v. 70, p. 541–549, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ana.22545>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- SPENCE, K. Historical trends in neonatal nursing: developmental care and NIDCAP. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, v. 30, p. 273–276, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000200>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- STEVENS, B.; YAMADA, J.; OHLSSON, A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 1, p. CD001069, 2013.

SUTTON, P. S.; DARMSTADT, G. L. Preterm birth and neurodevelopment: a review of outcomes and recommendations for early identification and cost-effective interventions. *Journal of Tropical Pediatrics*, v. 59, p. 258–265, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmt012>. Acesso em: 12 mar. 2025.

TEUNIS, C. J. et al. How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: a systematic review. *Early Human Development*, v. 113, p. 78–96, 2017.

TUDELLA, E. et al. Down syndrome from a neurodevelopmental perspective. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology* [Preprint], 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.115>. Acesso em: 12 mar. 2025

TUDELLA, E.; FORMIGA, C.K.M.R.; LIMA-ALVAREZ, C. D. de.; GRECO, A.L.R. Intervenção precoce. In: TUDELLA, E.; FORMIGA, C.K.M.R. (Org.). *Fisioterapia neuropediátrica: abordagem biopsicossocial*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2021. p. 23-40.

TUDELLA, E.; SILVA, C. F. R. da .; VASCONCELOS, C. C. dos A. Effects of early intervention strategies using telehealth on an infant with Down syndrome: A case study. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, p. e20210514900, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.14900. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14900>. Acesso em: 12 mar. 2025.

VALITALO, P. A. et al. Pain and distress caused by endotracheal suctioning in neonates is better quantified by behavioural than physiological items: a comparison based on item response theory modeling. *Pain*, v. 157, p. 1611–1617, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000485>. Acesso em: 12 mar. 2025.

VITALITI, S. et al. Painful procedures in the NICU. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, v. 25, p. 146–147, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.714986>. Acesso em: 12 mar. 2025.

WHITE, R. D.; SMITH, J. A.; SHEPLEY, M. M. Recommended standards for newborn ICU design, 8th edition. Committee to establish recommended standards for newborn ICU design. *Journal of Perinatology*, v. 33, p. S2–S16, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/jp.2013.10>. Acesso em: 12 mar. 2025.

WANG, D. et al. Reduction of noise in the neonatal intensive care unit using sound-activated noise meters. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, v. 99, p. F515–F516, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306490>. Acesso em: 12 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância: da ciência à difusão em grande escala. 2016. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ecd-lancet-exec-summary-pr.pdf?ua=1. Acesso em: 12 mar. 2025.

11. INTERVENÇÃO PRECOCE: ATIVIDADES SUGERIDAS

A seguir serão apresentadas atividades para intervenção precoce que podem ser realizadas por profissionais de todos os níveis de atenção à saúde.

Essas práticas devem ser realizadas **preferencialmente** por profissionais capacitados. Elas podem e devem ser incorporadas na rotina domiciliar, ensinando e incentivando os familiares a incluí-las nas brincadeiras e atividades do dia a dia da criança, e podem ser utilizadas como atividades de estimulação precoce por educadores.

Algumas dicas importantes para realização da intervenção precoce são:

Antes de tratar e eleger quais atividades você pretende utilizar, faça uma **avaliação** criteriosa da criança;

Estabeleça, com a família, os objetivos para cada atendimento;

Comece com atividades mais simples e depois vá aumentando a complexidade e evoluindo para posturas mais altas e que envolvem mais componentes de movimento para a realização;

Lembre-se de que o desenvolvimento infantil ocorre de forma integrada, portanto, uma mesma atividade pode proporcionar experiências e estimular diferentes áreas e habilidades.

IMPORTANTE



As limitações funcionais da criança não devem impedi-la de receber e participar de atividades típicas da idade (corrigida para a prematuridade) - a não ser por condições de saúde específicas!

IMPORTANTE



Para a avaliação do lactente que nasceu pré-termo (<37 semanas), deve-se considerar **idade corrigida do lactente**. Ela corresponde a diminuir da idade cronológica do lactente, o tempo que faltou para uma gestação completa (40 semanas)

Intervenção Precoce no Desenvolvimento Sensorial

Intervenção Precoce Visual

Na unidade neonatal a intervenção visual está contida dentro dos protocolos de intervenção sensório-motora multimodal. Ela deve ser aplicada com moderação e precedida por avaliação das funções visuais (acuidade visual, sensibilidade ao contraste) e da visão funcional (contato de olho, fixar e seguir objeto em movimento, discriminação e reconhecimento de formas, tamanhos e cores). Além disso, deve ser baseada no acrônimo F.O.C.A.R. (Quadro X).

Quadro X: Acrônimo F.O.C.A.R.

F

Fácil de aplicar

O	Objetivo baseado em avaliação minuciosa
C	Conduzido com a participação dos pais
A	Abranger experiências multisensoriais
R	Rastrear funções visuais primárias (ex: movimentos oculares)

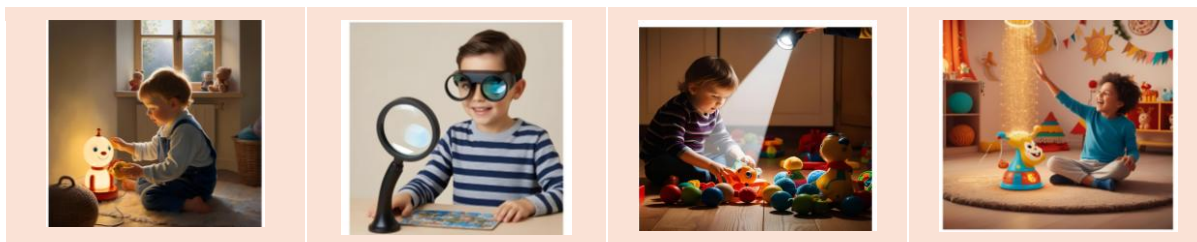
Quadro X: Cuidados preconizados em relação à idade pós-menstrual/pós-concepcional.

IDADE	CUIDADOS PRECONIZADOS
22-28 semanas ou muito baixo peso (<1500 g)	- Proteger os olhos da exposição direta à luz; - Reduzir luz ambiente; - Evitar uso de drogas depressoras do SNC;
29 – 36 semanas	- Evitar estímulo sensorial atípico e intenso de outros sistemas sensoriais (ruídos, vibração, etc), que interfere no desenvolvimento visual; - Proteger os olhos da exposição direta à luz, manter baixos níveis luminosos no ambiente, sempre que possível; - Exposição diária à luz em comprimento de ondas que favoreçam o desenvolvimento do ritmo circadiano; - Proteção ao sono: favorecer o desenvolvimento de ciclo de sono, especialmente o sono REM. Evitar interromper o sono para realização de procedimentos, excesso de luz, alto ruído e manuseio desnecessário. - Evitar uso de altas doses de drogas sedativas e depressoras do SNC, que interfiram nas ondas RGC (células ganglionares da retina), PGO (ondas pontino-geniculado-occipital) e hipocampal; - Providenciar estímulos que favoreçam o desenvolvimento visual de acordo com a idade e maturação do bebê.
36 – 39 semanas	- Oferecer experiências visuais interativas, que podem ser o rosto da mãe/pai, por exemplo; - Proporcionar um ambiente emocional e social estimulante e neuroprotetor.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

O Quadro a seguir apresenta algumas ideias de adaptações ambientais possíveis de serem construídas pelo terapeuta e com a família para a intervenção precoce visual.

Objetos da rotina em alto contraste	Meias de alto contraste com guizo, para estimular habilidades motoras	Organização de mobiliário permitindo acessibilidade e proteção	Ajuste de iluminação em casa
			
Objetos luminosos	Uso de tecnologia assistiva	Destacar um objeto com uma fonte luminosa	Brinquedo de causa e efeito, que proporcione <i>feedback</i> visual



Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

CONSULTA PÚBLICA

A seguir são apresentadas sugestões de atividades a serem realizadas pelos profissionais (e orientadas/ensinadas à família, quando possível) de acordo com o objetivo terapêutico desejado.

SUSTENTAR O OLHAR PARA ESTÍMULO LUMINOSO OU DE CONTRASTE

Objetivo: Estimular que a criança direcione o olhar para o estímulo luminoso ou imagem de contraste, buscando a sustentação do olhar por alguns segundos.

Posição do terapeuta/cuidador: Em frente à criança, segurando o estímulo.

Opções de posição da criança: A criança deve ser sentada de costas para o terapeuta/cuidador, em um tapete de atividade/colchonete/cama.

- 1) Em supino, deitada na cama ou maca, apoiada em uma almofada de amamentação, por exemplo;
- 2) Reclinada a 45° com ajuda de uma cunha, travesseiro ou similar, ou mesmo no bebê conforto;
- 3) Sentada com tronco apoiado (se sustenta cabeça);
- 4) Prono (se consegue elevar a cabeça e mantê-la), com descarga de peso nos antebraços e cotovelos apoiados alinhados com os ombros ou à frente destes;
- 5) Terapeuta/cuidador deitado em supino e criança deitada sobre seu abdome (se sustenta a cabeça contra a gravidade).

Exemplos de Material: Lanterna de baixa potência, brinquedo luminoso, lanterna revestida com papel celofane ou similar, lanterna com a luz inserida em bola de plástico, iluminando um objeto translúcido.

Estímulo: O terapeuta/cuidador chama a atenção da criança, buscando que ela olhe para o estímulo luminoso, o qual deverá estar posicionado a 20-40 cm de distância da face da criança.

Observações: Evitar luzes piscantes para crianças epiléticas ou com risco de crise convulsiva. Nunca direcionar a luz diretamente para o(s) olho(s) da criança. Evite fazer esse estímulo com a criança de frente para luz artificial ou natural (janela, por exemplo). Diminuir a luz artificial ou natural do ambiente é recomendado para oferecer o estímulo luminoso.

Adaptação: Utilizar como material e estímulo uma imagem de contraste preta e branca (ex.: alvo, xadrez, listrado), com diâmetro da imagem ≥ 10 cm, posicionada a 20-40 cm de distância da face da criança.

FOTO

ACOMPANHAR COM O OLHAR UM ESTÍMULO LUMINOSO OU DE CONTRASTE

Objetivo: Estimular que a criança acompanhe, com olhar (associado ou não ao movimento da cabeça), um estímulo luminoso ou imagem de contraste movimentados na trajetória horizontal e/ou vertical e/ou diagonal.

Posição do terapeuta/cuidador: Em frente à criança, segurando o estímulo.

Opções de posição da criança: O bebê deve ser sentado de costas para o terapeuta/cuidador, em um tapete de atividade/colchonete/cama.

- 1) Em supino, deitada na cama ou maca, apoiada em uma almofada de amamentação, por exemplo;
- 2) Reclinada a 45° com ajuda de uma cunha, travesseiro ou similar, ou mesmo no bebê conforto;
- 3) Sentada com tronco apoiado (se sustenta cabeça);
- 4) Prono (se consegue elevar a cabeça e mantê-la), com descarga de peso nos antebraços e cotovelos apoiados alinhados com os ombros ou à frente destes;
- 5) Terapeuta/cuidador deitado em supino e criança deitada sobre seu abdome (se sustenta a cabeça contra a gravidade).

Exemplos de Material: Lanterna de baixa potência, brinquedo luminoso, lanterna revestida com papel celofane ou similar, lanterna com a

FOTO

luz inserida em bola de plástico.

Estímulo: O terapeuta/cuidador chama a atenção da criança, buscando que ela olhe e acompanhe o estímulo luminoso, o qual deverá estar posicionado a 20-40 cm de distância da face da criança. O terapeuta/cuidador, então, movimenta o estímulo luminoso da linha média para uma das laterais, retorna ao centro e o movimento até a lateral oposta, buscando a trajetória horizontal. O movimento pode ser realizado para ambos os lados, conforme necessidade da criança. Para a trajetória vertical, o estímulo luminoso deve ser movimentado da linha média para cima (até a altura da testa da criança) e retorna o movimento para baixo (até o queixo). No estímulo à trajetória diagonal, o estímulo luminoso deve ser movimentado na diagonal.

Observações: Para facilitar o acompanhamento, o objeto luminoso deve ser movido lentamente. O tamanho do objeto deve ser compatível com a idade e comprometimento da criança. Adequar objeto à acuidade visual da criança.

Adaptação: Utilizar como material e estímulo uma imagem de contraste preta e branca (ex.: alvo, xadrez, listrado), com diâmetro da imagem ≥ 10 cm, posicionada a 20-40 cm de distância da face da criança.

PERCEPÇÃO VISUAL

Objetivo: Estimular a percepção visual e interação social.

Posição do terapeuta/cuidador: Em frente à criança, de modo que o estímulo visual esteja entre 20-40 cm da face da criança.

Opções de posição da criança: O bebê deve ser sentado de costas para o terapeuta/cuidador, em um tapete de atividade/colchonete/cama.

- 1) Em supino, deitada na cama ou maca, apoiada em uma almofada de amamentação, por exemplo;
- 2) Reclinada a 45° com ajuda de uma cunha, travesseiro ou similar, ou mesmo no bebê conforto;
- 3) Sentada com tronco apoiado (se sustenta cabeça);
- 4) Prono (se consegue elevar a cabeça e mantê-la), com descarga de peso nos antebraços e cotovelos apoiados alinhados com os ombros ou à frente destes;
- 5) Terapeuta/cuidador deitado em supino e criança deitada sobre seu abdome (se sustenta a cabeça contra a gravidade).

Exemplos de Material: Lanterna de baixa potência, brinquedo luminoso, lanterna revestida com papel celofane ou similar, lanterna com a luz inserida em bola de plástico.

Estímulo:

- 1) Apresentar ao bebê cartões com padrões em preto e branco ou brinquedos com cores vibrantes (vermelho, azul, amarelo).
- 2) Durante a amamentação, troca de fralda, banho etc., manter contato visual e falar suavemente com o bebê.
- 3) Movimentar lentamente um brinquedo ou o próprio rosto de um lado para o outro na linha de visão do bebê, estimulando o rastreamento lateral horizontal (até 180°).
- 4) Brincar de espelho, fazendo caretas e expressões exageradas (sorrir, abrir a boca, piscar) e esperar para ver a reação do bebê.
- 5) Usar móvel com elementos giratórios sobre o berço ou área de brincar para incentivar a fixação e o seguimento visual.
- 6) Colocar brinquedos de textura macia com alto contraste ao alcance do bebê para que ele tente tocá-los e agarrá-los.

Observações: O objeto deve ser apresentado na linha média, mais ou menos na altura do processo xifoide.

FOTO

DISTINGUIR CORES

Objetivo: Estimular a capacidade de distinguir diferentes cores, ampliando a percepção visual.

Posição do terapeuta/cuidador: Confortavelmente em relação a criança, de modo que possa observar seus olhos e, ao mesmo tempo,

permita que a criança visualize completamente o objeto apresentado.

Opções de posição da criança: O bebê deve ser sentado de costas para o terapeuta/cuidador, em um tapete de atividade/colchonete/cama.

- 1) Em supino, deitada na cama ou maca, apoiada em uma almofada de amamentação, por exemplo;
- 2) Reclinada a 45° com ajuda de uma cunha, travesseiro ou similar, ou mesmo no bebê conforto;
- 3) Sentada com tronco apoiado (se sustenta cabeça);
- 4) Prono (se consegue elevar a cabeça e mantê-la), com descarga de peso nos antebraços e cotovelos apoiados alinhados com os ombros ou à frente destes;
- 5) Terapeuta/cuidador deitado em supino e criança deitada sobre seu abdome (se sustenta a cabeça contra a gravidade);
- 6) Decúbito lateral com os membros superiores à frente de seus olhos.

Exemplos de Material: Lanterna de baixa potência, brinquedo luminoso, lanterna revestida com papel celofane ou similar, lanterna com a luz inserida em bola de plástico.

Estímulo:

- 1) Apresente ao bebê brinquedos ou objetos em cores vibrantes, pode ser em diferentes direções, alternadamente.
- 2) Esconda parcialmente um brinquedo atrás de uma almofada ou um pedaço de tecido, e depois incentive o bebê a procurar e pegar o objeto.
- 3) Coloque o bebê/criança em frente a um espelho e mostre-lhe seu próprio reflexo.
- 4) Segure um brinquedo ou objeto e mova-o suavemente para cima e para baixo, fazendo com que o bebê mova a cabeça para seguir o objeto.
- 5) Use brinquedos com diferentes níveis de proximidade e estimule o bebê a olhar para eles, movendo-os de perto para longe.
- 6) Facilite que os membros superiores e mãos do bebê/criança estejam no campo visual e permita a exploração visual do movimento das mãos.

FOTO

RASTREIO VISUAL

Objetivo: Estimular o rastreo visual.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado, em frente à criança.

Posição da criança: Sentada em uma cadeira posicionada em frente à mesa (cotovelos apoiados na mesa).

Exemplos de Material: Bolas pequenas (de diferentes cores); cartões em forma de círculo (de diferentes cores); cartões com imagem de formas ou animais (diversificadas, de acordo com os pares a serem solicitados) e brinquedos que possam ser pareados.

Estímulo: O terapeuta/cuidador coloca na mesa diversos itens de tamanhos similares (cartões com imagens ou bolinhas, por exemplo); segura um dos objetos pareados na mão (enquanto o outro está na mesa) e mostra para criança, solicitando que ela procure o objeto igual (pareado) na mesa.

Observação: É preciso se atentar para a capacidade cognitiva da criança quanto a solicitação da identificação do item a ser pareado. O objetivo é que a criança/bebê realize o rastreo visual para encontrar o item.

FOTO

CONTATO VISUAL SUSTENTADO

Objetivo: Estimular o contato visual sustentado.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado no chão ou em uma cadeira, em frente à criança, mantendo-se no mesmo nível de altura dela para

facilitar o contato visual.

Opções de posição da criança:

- 1) Sentada no chão ou em uma cadeira ou no colo de um responsável. A criança deve estar confortável e com a cabeça estável;
- 2) Em supino, deitada na cama ou maca, apoiada em uma almofada de amamentação, por exemplo;
- 3) Reclinada a 45° com ajuda de uma cunha, travesseiro ou similar, ou mesmo no bebê conforto;
- 4) Prono (se consegue elevar a cabeça e mantê-la), com descarga de peso nos antebraços e cotovelos apoiados alinhados com os ombros ou à frente destes;
- 5) Terapeuta/cuidador deitado em supino e criança deitada sobre seu abdome (se sustenta a cabeça contra a gravidade);
- 6) Decúbito lateral.

Estímulo: O terapeuta/cuidador chama a atenção da criança falando seu nome ou fazendo um som suave. Assim que ela olhar para o terapeuta/cuidador, ele deve sorrir e/ou fazer algum gesto positivo (como bater palmas ou acenar) e/ou som de interesse da criança (como estalidos).

Observação: O uso de armação de óculos e/ou batom vermelho realça o contraste do rosto humano e pode favorecer a atividade em crianças com baixa visão. Adaptações da postura do terapeuta e/ou criança podem ser realizadas, a depender dos comprometimentos apresentados pela criança.

FOTO

PERCEPÇÃO DE CORES E CONTRASTES

Objetivo: Estimular a percepção de cores e contrastes.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado no chão ou em uma cadeira, ao lado da criança, para facilitar a interação e o compartilhamento de materiais.

Posição da criança: Sentada no chão ou em uma cadeira com os materiais inseridos à sua frente.

Exemplos de Material: Uma caixa ou bandeja; objetos variados (como blocos de montar, bolas, figuras geométricas ou brinquedos coloridos) e papéis ou tecidos coloridos para criar fundos contrastantes com os objetos.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá colocar um objeto colorido dentro de uma caixa aberta ou sobre uma bandeja com fundo contrastante ao objeto. Em seguida, deverá mostrar o objeto para a criança, nomeando sua cor e destacando o contraste com o fundo (ex.: "Olha, a bola vermelha no papel branco!"). O terapeuta/cuidador poderá utilizar diversos brinquedos ou bolas coloridas e diversas cores de fundo, buscando o contraste. A criança será estimulada a olhar e manipular os objetos, de modo a incentivá-la a observar as diferenças de cores e contrastes.

Observação: É preciso se atentar para a capacidade cognitiva da criança quanto a solicitação da identificação do item a ser pareado. O objetivo é que a criança/bebê realize o rastreo visual para encontrar o item.

FOTO

RASTREIO VISUAL DE OBJETOS EM MOVIMENTO

Objetivo: Estimular a capacidade visual de rastrear objetos em movimento.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado no chão, posicionado a uma distância de cerca de 1 a 2 metros da criança.

Posição da criança: Sentada no chão, ou no colo do cuidador, em local que permita boa visão do movimento.

Exemplos de Material: Uma bola colorida e chamativa (de preferência que role facilmente, como uma bola de plástico ou de borracha), um recipiente de bolhas de sabão com varinha para soprar.

Estímulo:

1) O terapeuta/cuidador deverá mostrar uma bola para a criança e dizer: "Olha a bola! Vamos brincar?". Lentamente, rolará a bola em direção à criança, incentivando-a a acompanhar o movimento com os olhos. À medida que a criança se familiariza com a atividade, o terapeuta/cuidador poderá aumentar (gradualmente) a velocidade da bola. A bola poderá ser movimentada em diferentes direções (para a esquerda, para a direita ou em zigue-zague). Será solicitado que a criança acompanhe o movimento com os olhos, podendo pegar a bola.

2) O terapeuta/cuidador deverá mostrar um "recipiente de bolhas de sabão" e solicitar que a criança olhe, dizendo: "Vamos brincar?". Em seguida, deverá soprar bolhas em direção à criança e para cima, incentivando-a a acompanhar o movimento com os olhos. À medida que a criança se familiariza com a atividade, as bolhas poderão ser sopradas mais rapidamente e em outras direções. Para que a atividade seja mais interativa, é possível solicitar que a criança tente estourar as bolhas com as mãos.

Observação: Poderá ser utilizado um corredor, sala ampla ou quintal como espaço para realizar a atividade. Comemore quando a criança conseguir estourar as bolhas ou acompanhar o movimento ("Uau, você estourou a bolha!"). Repita o processo várias vezes. Adaptações da postura do terapeuta e/ou criança podem ser realizadas, a depender dos comprometimentos apresentados pela criança.

FOTO**DISTINGUIR DETALHES**

Objetivo: Estimular a identificação visual de detalhes em objetos.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado no chão ou em cadeira, ao lado da criança.

Posição da criança: Sentada no chão, em uma cadeira ou em uma mesinha, em uma posição confortável que permita a exploração dos materiais.

Exemplos de Material: Livros ilustrados com figuras coloridas e detalhadas (por exemplo, livros de animais, veículos ou cenas do cotidiano) e cartões ou imagens com figuras simples e detalhadas (por exemplo, um cartão com um cachorro e outro com um gato). Objetos tridimensionais variados (como: brinquedos de animais, carrinhos e bonecas).

Estímulo:

1) O terapeuta/cuidador deverá mostrar um livro ilustrado ou cartão com figuras coloridas para a criança. Em seguida, apontará para detalhes específicos das imagens e perguntará algo sobre isso (por exemplo: "onde estão os olhos do cachorro?" ou "onde estão as rodas do carro?" ou "me mostre o nariz do menino"). À medida que a criança se familiariza com a atividade, é possível solicitar que ela mesma indique detalhes ou pergunte algo da imagem.

2) O terapeuta/cuidador deverá mostrar à criança um objeto tridimensional, como um brinquedo de animal, boneca ou um carrinho. Em seguida, apontará para detalhes específicos do objeto e perguntará algo sobre ele, por exemplo: "Onde estão as orelhas do coelho?" ou "Onde estão as portas do carro?". A criança deve ser estimulada a manipular os objetos e à medida que a criança se familiariza com a atividade, é possível solicitar que ela mesma indique detalhes ou pergunte algo sobre o objeto.

Observação: É importante certificar-se de que a criança conhece o objeto apresentado, a fim e o detalhe apontado. A depender da idade, crianças podem ter dificuldade em identificar posição do nariz ou orelhas, por exemplo. Adaptações da postura do terapeuta e/ou criança podem ser realizadas, a depender dos comprometimentos apresentados pela criança.

FOTO

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

Mantenha o ambiente calmo e sem distrações para que a criança possa se concentrar. Use um tom de voz animado e expressões faciais positivas para captar a atenção da criança. Respeite o ritmo da criança e ofereça pausas se ela parecer cansada ou desinteressada. Controle a iluminação do ambiente. Repita as atividades várias vezes e dê tempo para a criança responder, quando estimulada. Adaptações da postura do terapeuta/cuidador e/ou criança podem ser realizadas, a depender dos comprometimentos apresentados por ela.

Todas as orientações sugeridas aqui visam favorecer o desenvolvimento visual das crianças com [risco de] déficits visuais a partir do uso da visão remanescente e, consequentemente, promover melhor desenvolvimento global. Neste sentido, as crianças com maior acometimento visual, como a criança com baixa visão, déficit visual de origem cortical e cegueira precisarão do uso de outros sentidos remanescentes em todo seu processo de reabilitação.

Intervenção Precoce Auditiva

O desenvolvimento do sistema auditivo é um processo crucial que ocorre principalmente no terceiro trimestre de gestação. Durante esse período, o feto é exposto a uma variedade de estímulos auditivos intrauterinos, incluindo a voz materna filtrada, batimentos cardíacos e sons abdominais. A ausência dessa estimulação pode afetar negativamente o amadurecimento de vias auditivas e o desenvolvimento do controle respiratório e outras funções cerebrais. A neurofisiologia demonstra que o córtex auditivo de recém-nascidos pré-termo pode responder a estímulos sonoros a partir de 26-28 semanas de gestação, sugerindo uma janela crítica para intervenções auditivas que promovam o amadurecimento neuronal.

O Quadro X resume os tipos de sons usados na estimulação auditiva de recém-nascidos pré-termo, seus efeitos, referências, frequência de tratamento, níveis de decibéis e formas de aplicação. **Recomenda-se que o início ocorra no 2º dia de vida, não ultrapassando o 10º dia.**

Quadro X. Intervenção auditiva para recém-nascidos pré-termo.

Tipo de Som	Efeitos Observados	Frequência de Tratamento	Nível de Decibéis (dB)	Forma de Aplicação
Voz Materna 	Redução de dor, maior estabilidade cardiorrespiratória, aumento da saturação de oxigênio e conforto.	1-4 vezes ao dia, atendimentos de 5-45 min	35-45 dB	Gravada ou ao vivo na unidade neonatal, com leitura, fala suave ou canto.
Batimentos Cardíacos Maternos 	Redução do estresse, estabilização do ritmo cardíaco e respiratório.	2-3 vezes ao dia, atendimentos de 15-30 min	30-40 dB	Sons gravados transmitidos via alto-falantes na incubadora.
Música Suave ou cantigas de ninar (lullabies) 	Melhora do sono, estabilidade fisiológica, aumento do ganho de peso.	3-4 vezes por semana, atendimentos de 20-30 min	30-40 dB	Música gravada transmitida em volumes baixos próximos ao bebê.
Sons Intrauterinos Simulados 	Estabilização cardíaca e respiratória, efeito calmante.	1-2 vezes ao dia, atendimentos de 15-30 min	45-55 dB	Sons gravados de batimentos cardíacos e sons uterinos transmitidos.
Ruído Branco (ex.: chuva leve) 	Redução do estresse e dor durante procedimentos.	Antes/durante procedimentos dolorosos	50-55 dB	Sons reproduzidos próximos ao bebê durante procedimentos específicos.
Combinação (voz materna + música) 	Estimula cognição e audição, melhora da alimentação e ganho de peso.	2-3 vezes ao dia, atendimentos de 15-30 min	45-55 dB	Gravações de voz materna sobrepostas à música transmitidas na unidade neonatal.

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Fonte: Chorna et al. (2019); Li et al. (2023); Di Fiore et al. (2024).

Intervenção Precoce no Desenvolvimento da Linguagem

Muitas ações de intervenção precoce em linguagem podem ser realizadas no âmbito da atenção primária, tendo em vista seu papel central na organização do cuidado em saúde e a relação de proximidade estabelecida com as famílias, assim como em outros níveis de atenção. É sempre fundamental identificar em que estágio do desenvolvimento comunicativo a criança se encontra e todas as habilidades que ela consegue realizar naquele estágio. No quadro abaixo, são apresentadas algumas estratégias que podem contribuir para o apoio às famílias e crianças em desenvolvimento, especialmente aquelas com fatores de risco.

ESTÁGIO 1: DESCOBRIDORES

OBJETIVOS

Desenvolver a interação responsiva e a comunicação bidirecional;
Desenvolver a atenção auditiva;
Desenvolver as primeiras emissões sonoras, a cognição social e a comunicação inicial;
Orientar os cuidadores visando facilitar as atitudes de adaptação e resposta sensível às necessidades fisiológicas e de interação do bebê. A responsividade dos cuidadores é crucial para o desenvolvimento da linguagem receptiva e expressiva.

O QUE FAZER?

Responsividade materna, contato ocular e sorriso social

Orientar as mães e cuidadores a responderem de maneira adequada.

Aproxime o seu rosto do rosto do bebê, olhe para os olhos do bebê, sorria, cante, fale com o bebê. A interação face-a-face, as rotinas de cuidado (como alimentar, trocar, dar banho e brincar) são momentos que propiciam boas oportunidades de interação.



Bebê atento ao olhar da mãe e interagindo através do sorriso social

Interpretando as reações do bebê

Orientar as mães e cuidadores a estarem atentos e interpretar as pistas emitidas pelos bebês (choro, expressões faciais, vocalizações e movimentos do corpo)



Interpretando as expressões e o choro do bebê

Reação aos sons, fala e expressões faciais

Procure imitar os sons que o bebê faz ("aaa" "ooo" "a-gu").

Tente interpretar o que o bebê está querendo comunicar. O bebê reage à fala, à voz, e às expressões faciais dos seus cuidadores. Ele demonstra isso movimentando o corpo, vocalizando e sorrindo. Nesse jogo de ação e reação, o bebê desenvolve habilidades comunicativas (você fala, o bebê descansa e observa; você se cala, o bebê suga, sorri ou emite sons").



Bebê reagindo à expressão facial da mãe e interagindo através de vocalizações

Orientar os pais/cuidadores a: Falar com o bebê usando um tom de voz agudo e melodioso; Cantar para ele; Usar diferentes expressões faciais para interagir com ele; Usar cantigas e objetos sonoros adequados e para a idade do bebê; Conversar com o bebê para incentivar e aumentar a produção dos sons.

ATENÇÃO: Bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer podem responder menos aos cuidadores e reagir menos aos estímulos sociais. É importante orientar os cuidadores a valorizarem os momentos de interação, fornecendo os estímulos adequados, percebendo e significando as reações do bebê. Aos poucos, as respostas do bebê se tornarão mais frequentes e intensas..

OBJETIVOS		
Desenvolver a comunicação bidirecional; Orientação para o som; O bebê vira a cabeça em direção ao som dos objetos e à voz dos pais; Jogos vocais; Começam os “jogos vocais”, ou seja, o bebê brinca com os sons que emite e começa a juntar e repetir sons de vogais e consoantes (“a-gu”, “a-da”); Desenvolver a produção de sílabas isoladas (“ba” “ga” “ma”); Desenvolver o balbucio: produção de sons repetidos juntando vogais e consoantes (“bababa”; “mamama”); Descobrimos as palavras: os bebês olham para os lábios de quem fala com eles e começam a relacionar a forma dos lábios às palavras. Aos 6 meses, reconhecem o próprio nome.		
O QUE FAZER?		
Faça contato visual com o bebê e valorize a interação face a face. Cantar cantigas e ler histórias ajuda o bebê a perceber os sons e a musicalidade da fala. Narre as atividades que está fazendo com o bebê, como vestir, trocar, alimentar, levar ao banho ou preparar para dormir.	Converse e brinque com o bebê de repetir/imitar os sons que ele produz durante a interação. Fale com o bebê usando vogais prolongadas, expressões faciais exageradas e entonações variadas da voz. Faça brincadeiras usando objetos sonoros durante as interações.	Use o nome do bebê com frequência em um tom de voz alegre quando conversar ou brincar com ele. Nomeie os objetos, pessoas e ações do cotidiano. Brinque de esconde-achou.
 Mãe lendo para o bebê	 Bebê interagindo através da produção de sons	 Bebê e pai brincando de “esconde-achou”

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

ESTÁGIO 2: COMUNICADORES
OBJETIVOS
Desenvolver a comunicação intencional: Chamar a atenção dos adultos; Imitar os sons que os adultos fazem; Participar da comunicação com emissão de sons e balbucios variados; Olhar para objetos e pessoas familiares; Desenvolver a linguagem gestual; Desenvolver a linguagem compreensiva: começa a entender conceitos básicos como “não”, “tchau” e “acabou”; identifica (olha) objetos e pessoas do cotidiano.
O QUE FAZER?

Chame pelo nome do bebê durante as interações e brincadeiras e observe se vai responder olhando na sua direção. Produza e imite sons, respeitando os turnos de fala entre a criança e o adulto. Reconhecer seu nome e palavras do cotidiano. Use comandos simples acompanhados de gestos para o bebê começar a associar o gesto à fala.	Usar livros interativos com imagens, sons e texturas Apontar e nomear os objetos e pessoas familiares ao bebê. Durante as brincadeiras, nomear e imitar os sons dos objetos e figuras. Mãe apontando e nomeando figuras para o bebê	Tente interpretar e nomear os sinais e gestos comunicativos que o bebê usa para chamar a atenção, mostrar ou dar alguma coisa a você, recusar ou mostrar algo do seu interesse. Brinque de cantar cantigas acompanhadas de gestos como “bater palminhas” e “cai cai balão”.
Bebê atento ao ser chamado pelo nome	Mãe brincando e nomeando objetos para o bebê	Bebê brincando de bater palminhas
OBJETIVOS		
Entender o “não”: Interromper a ação quando você diz “não”; Entender palavras e instruções simples: habilidade de associar o nome das palavras aos objetos, pessoas e figuras, habilidade de seguir instruções simples acompanhadas de gestos (Ex: “Vem aqui”); Uso de gestos: habilidade de usar gestos intencionalmente para se comunicar (pedir, dar, mostrar, recusar); Atenção conjunta: habilidade de acompanhar o olhar e o apontar do outro em direção a algo; Imitar sons da fala: “mama”; Produzir as primeiras palavras com significado: Usar “mamãe” e “papai” apropriadamente; Desenvolver a entonação e o ritmo da fala: Balbuciar com sons e ritmos da fala (jargão).		
O QUE FAZER?		
Habilidades de linguagem Leia diariamente livros com várias imagens. Os bebês adoram ler livros familiares repetidas vezes. Aponte, nomeie e imite os sons de brinquedos e figuras. Imite onomatopéias (sons da natureza ou dos animais). Use brinquedos e livros interativos, coloridos e sonoros	Comunicação gestual Use frases simples, com entonação, expressão facial e acompanhadas de gestos. Use gestos para mostrar, pedir, negar ou dar algo. Associe gestos ao som. Tente entender o que o bebê quer dizer.	Atenção conjunta Responda às verbalizações do bebê. Aponte e nomeie objetos e pessoas enquanto olha para o objeto e para o bebê, buscando a sua atenção. Fale sobre coisas do interesse da criança e do que está no seu foco de atenção.

Repita palavras em frases diferentes

Nomeie os objetos, pessoas familiares, figuras e ações.

Brincar de imitar os gestos, os sons e as palavras ajuda a criança a associar o nome aos objetos e a aprender palavras novas.

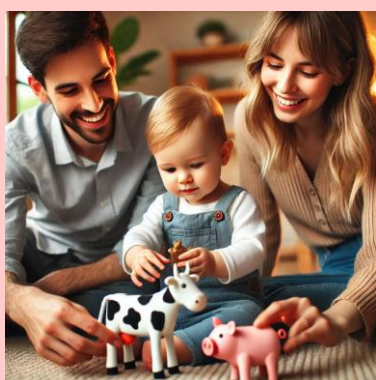
Observe e encoraje o bebê a se comunicar.



Bebê ergue os braços para pedir colo



Bebê segue comando acompanhado pelo gesto da mãe



Brincadeira com os pais explorando objetos, nomes e sons



Acena para dar "tchau"



Atenção conjunta: bebê olha na mesma direção que a mãe

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

ESTÁGIO 3: USUÁRIOS DAS PRIMEIRAS PALAVRAS

OBJETIVOS

Linguagem/Vocabulário compreensivo: Entender os nomes de objetos familiares, pessoas do convívio e animais; Apontar partes do corpo; Seguir comandos simples sem apoio de gestos; Entender perguntas simples do tipo "O que?" "Quem?" "Onde?"; Entender e responder com gestos a perguntas "sim" e "não";

Ampliar o uso de gestos;

Apontar, imitar sons e palavras e produzir palavras novas;

Usar novas palavras: Palavras funcionais, palavra-frase; Repetir palavras; Usar palavras variadas; Usar gestos combinados com palavras;

Desenvolver o "jargão": Balbucios com entonação semelhante à fala.

O QUE FAZER?

Linguagem compreensiva

Brinque de imitar palavras e ações e de combinar palavras a gestos.

Peça para a criança realizar comandos simples (Ex.: "Pegue a bola").

Brinque de mostrar as partes do corpo e pedir para a criança apontá-las.

Uso de gestos

Estimule o uso de gestos pela criança em situações diversas (pedir, dar, mostrar, chamar, acompanhar ações e comandos).

Estimule que a criança comece a seguir comandos sem o apoio de gestos.

Comunicação

Proporcione interações verbais que estimulem as trocas comunicativas, com turnos de fala, silêncio e variações na entonação (Ex.: brincar de falar ao telefone com a criança).

Leia livros interativos, aponte as figuras imitando os sons dos animais e dos objetos nas imagens; peça para criança apontar as figuras nomeadas.	Usar novas palavras Durante as brincadeiras, apresente novos objetos e figuras, nomeando novas palavras. Estimule que a criança repita e use novas palavras em situações do dia-a-dia e brincadeiras.	
 Bebê brincando de apontar partes do corpo	 Bebê usando gesto para pedir a mamadeira	 Bebê brincando de falar ao telefone

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

ESTÁGIO 4: COMBINADORES		
OBJETIVOS		
Compreensão: Compreender muitas palavras e ideias complexas; Seguir comandos sem apoio de gestos; identificar objetos pela função; Entender conceitos como “dentro”, “em cima”, “embaixo”, “grande”, “pequeno”; Entender perguntas “O que?”, “Quem?”, “Onde?”; Expressão: Expandir o vocabulário de palavras únicas; Combinar 2 ou mais palavras para formar frases; Usar frases interrogativas; Atenção compartilhada: Entender a intenção e os objetivos dos outros em relação ao objeto de atenção.		
O QUE FAZER?		
Compreender conceitos Ler histórias, narrar eventos, nomear figuras e objetos Incentivar a criança a participar da leitura, ajudando a contar a história e apontando as figuras em um livro. Estimular a imaginação e a brincadeira simbólica (faz de conta). Durante as brincadeiras associar palavras aos gestos e variar a entonação da fala. Fazer perguntas sobre as rotinas do dia-a-dia, sobre histórias lidas e situações lúdicas. Durante as brincadeiras ajude a criança a entender “eu”, “ele”, “ela”, “meu”, “mim”.	Expansão do vocabulário Siga o interesse e as ações da criança e responda de forma ativa e animada, nomeando e narrando suas ações e as ações da criança. Se a criança não demonstrar iniciativa em brincar, observe os possíveis interesses da criança e inicie uma brincadeira na qual ela possa se envolver espontaneamente. Crie atividades de rotina com a criança e ensine novas palavras através da repetição e previsibilidade. Faça pausas em partes previsíveis e estimule a criança a preencher as lacunas. Combinar palavras	Atenção compartilhada Brinque no chão, ao nível da criança, com brincadeiras que sejam do interesse da criança. Espere e siga a iniciativa da criança e imite suas ações e interesses. Use gestos, expressões faciais e um tom de voz envolvente. Descreva as ações em voz alta e elogie a criança quando ela responde às tentativas de atenção compartilhada. Uso da linguagem Observe e encoraje a criança a falar. Tente entender o que a criança quer dizer. Realize brincadeiras que envolvam trocas de turno (minha vez, sua vez).

Seguir comandos sem gestos

Peça para a criança pegar objetos conhecidos que estão fora de seu campo visual.

Estimule a criança a seguir comandos de duas etapas (Ex.: "Feche o livro e dê a boneca para a mamãe")

Use palavras 2 palavras-frase do repertório da criança para se referir a: pessoas ("vem papai"); objetos ("ursinho caiu"); palavras sociais ("dá tchau"); rejeição/recusa ("não quer"); ações ("corre neném"); palavras descritivas ("bola grande"); lugares ("dentro da caixa"); pertencimento ("meu", "minha")

Adicione novas palavras ao que a criança já produz (Ex.: A criança diz "bola". Você diz "A bola é grande e azul?"



Segue comando de 2 ações sem apoio gestual ("Pegue o carrinho e guarde na caixa")



Criança pede "Mais biscoito"



Atenção compartilhada

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025

ESTÁGIO 5: CONVERSADORES**OBJETIVOS**

Compreensão: compreender ordens mais complexas; ampliar o vocabulário compreensivo (novas palavras) e entender conceitos abstratos;

Expressão: aumentar a complexidade das frases; usar discurso simbólico;

Uso da linguagem: participar em diálogos.

O QUE FAZER?**Compreensão**

Durante as brincadeiras e atividades com a criança, dê comandos com 2 ou mais ações (Ex.: "Pegue a boneca e dê para a vovó que está na sala"; "Pegue seus sapatos, calce-os e vamos passear").

Estimule as brincadeiras de "faz de conta".

Durante a leitura de histórias, apresente ações em imagens e pergunte para a criança: "Quem mia?" "Quem late?", "Quem fala?", "Quem corre?".

Brinque com cores, nomeando-as e pedindo para a criança apontar e repetir.

Expressão

Durante as brincadeiras, estimule a criança a falar frases de 2 ou mais elementos (Ex.: "Quer biscoito"; "Mais papá, neném?").

Incentive a criança a nomear várias figuras em um livro.

Brinque de contar, a criança repete (2 dígitos - 30 meses; 3 dígitos - 34 meses).

Brinque de fazer perguntas para a criança responder (Ex.: "Quem vai?", "De que é?", "Por que?", "Onde está?" "Como é seu nome?")

Faça brincadeiras e diálogos que ajudem a criança a usar novos elementos da gramática, como plural,

Uso da linguagem

Conte histórias e fale sobre experiências diárias permitindo que a criança participe em diálogos, onde ela possa desenvolver a capacidade de iniciar, manter e concluir conversas, respeitando turnos de fala.

Ofereça oportunidades de interação com outras crianças.

Faça atividades que estimulem o aprendizado de conceitos abstratos como: tamanho (grande, pequeno); quantidade (um, dois, mais); localização (em cima, embaixo, dentro, fora); sentimentos (alegre, triste, cansado)

pronomes, verbos no passado, preposições.



Brincadeira de faz de conta



Criança participando da contação de história, apontando e nomeando figuras e cores



Criança de 3 anos interagindo com outras crianças

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025. Fontes: Weitzman, 2017; Sandri et al, 2009; Yogman et al, 2018; Pathways.org; SBP, 2020; Santos e Rossini, 2023; Labedu.org.

Intervenção Precoce no Desenvolvimento Motor

Para fins didáticos, as atividades foram organizadas em objetivos e posturas para facilitar a compreensão didática das atividades. Entretanto, isso não quer dizer que o bebê deve ser tratado obedecendo uma sequência fixa da posição deitada para a posição em pé.

Intervenção Precoce no Desenvolvimento Motor Grosso (Ampla)

MOVIMENTAÇÃO DA CABEÇA EM SUPINO (COORDENAÇÃO VISUO-CEFÁLICA)	FOTO
Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino em um tapete de atividade/colchonete/cama. Essa atividade também pode ser feita com o bebê em supino nas coxas do terapeuta/cuidador. Posição do terapeuta/cuidador: Em frente ao bebê. Material: Cartões com a face humana em preto e branco, a face do terapeuta/cuidador ou objetos coloridos de grande contraste. Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá iniciar movendo lentamente o objeto na horizontal (lado D e E), depois vertical (para cima e para baixo) e por último, em diagonal. É essencial que o bebê mantenha o foco no objeto, então é importante que você mova o objeto devagar, e caso perceba que o bebê perdeu a atenção, volte a posicionar o objeto de forma que o bebê irá focar, e tente novamente. Observações: O rosto do terapeuta/cuidador pode ser utilizado para fixação visual e realização da atividade.	
MOVIMENTAÇÃO DA CABEÇA EM SUPINO (COORDENAÇÃO AUDIO-CEFÁLICA)	FOTO
Objetivo: Estimular a movimentação ativa da cabeça do bebê para fortalecimento dos músculos da região cervical e a estimulação sensorial auditiva. Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino em um tapete de atividade/colchonete/cama. Essa atividade também pode ser feita com o bebê sobre as coxas do terapeuta/cuidador. Posição do terapeuta/cuidador: Em frente ao bebê. Material: Brinquedos sonoros, como por exemplo um chocalho. Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá emitir um som com o brinquedo escolhido (sacudindo ou apertando o brinquedo, por exemplo), sem que o bebê veja o brinquedo. O terapeuta/cuidador deve emitir o som do lado direito e esquerdo da orelha do bebê, e também superior e inferiormente. Espera-se que o bebê mova a cabeça na direção do som. É essencial que ele não esteja observando o brinquedo para evitar um viés visual. Observações: A mesma atividade pode ser feita com o terapeuta/cuidador chamando o bebê pelo nome ou emitindo algum som.	
CONTROLE DE CABEÇA EM PRONO (TUMMY TIME)	
Objetivo: Estimular a movimentação ativa da cabeça e do tronco do bebê, fortalecendo os músculos do pescoço, tronco, abdômen, membros superiores e inferiores, além do estímulo de exploração visual ambiental, e estímulo de habilidades mentais e sociais.	

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em prono sobre um tapete de atividade/colchonete/cama. Se o bebê tem menos de 3 meses, é importante que o terapeuta/cuidador posicione o bebê com os membros superiores em adução, próximo ao tronco do bebê, e com os cotovelos atrás da linha do ombro. Esse posicionamento aumentará a estabilidade da postura. Também pode ser utilizado um rolinho na região axilar do bebê ou uma cunha (aproximadamente 45° de inclinação) para facilitar o movimento. Essa atividade também pode ser feita com o bebê em prono sobre tronco/peito do cuidador que deverá estar deitado em supino. Quando com mais idade (igual ou acima de 4 meses), os suportes podem ser retirados.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê ou com o bebê em prono no tronco/peito do cuidador, que deverá estar em supino.

Material: Brinquedos atrativos (sonoros, luminosos ou de alto contraste) ou a face humana.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá apresentar um brinquedo, ou chamar o bebê pelo nome, estimulando o bebê a elevar a cabeça para olhar. Quanto mais tempo o bebê conseguir permanecer com a cabeça elevada, melhor.



CONTROLE DE CABEÇA EM PRONO (TUMMY TIME)

Objetivo: Estimular a movimentação ativa da cabeça do bebê para fortalecimento muscular na cabeça e do pescoço, além da estimulação sensorial visual.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado deitado de barriga para baixo em um tapete de atividade/colchonete/cama. Pode ser utilizado um rolinho na região axilar do bebê, ou uma cunha (aproximadamente 45° de inclinação) para facilitar o movimento.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê.

Material: Para realizar essa atividade, você vai precisar de cartões em preto e branco ou objetos coloridos de grande contraste.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá iniciar movendo o objeto na horizontal (lado D e E), depois vertical (para cima e para baixo) e por último, em diagonal. É essencial que o bebê mantenha o foco no objeto, então é importante que você mova o objeto devagar, e caso perceba que o bebê perdeu a atenção, volte a posicionar o objeto no campo visual do bebê para que ele foque visualmente, e tente novamente.

Observações: O rosto do terapeuta/cuidador pode ser utilizado para fixação visual e realização da atividade do bebê a elevar a cabeça para olhar. Quanto mais tempo o bebê conseguir permanecer com a cabeça elevada, melhor.

FOTO

CONTROLE DE CABEÇA EM PRONO (TUMMY TIME)

Objetivo: Estimular a movimentação ativa da cabeça do bebê para fortalecimento dos músculos da região cervical e interesse visual.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em prono sobre um tapete de atividade/colchonete/cama. Se o bebê tem aproximadamente 2 a 3 meses, é importante que o terapeuta/cuidador posicione o bebê com os membros superiores em adução, próximo ao tronco do bebê, e com os cotovelos atrás da linha do ombro. Esse posicionamento aumentará a estabilidade da postura. Quando com mais idade, pode ser utilizado um rolinho na região axilar do bebê, ou uma cunha (aproximadamente 45° de inclinação) para facilitar o movimento. Essa atividade também pode ser feita com o bebê em prono sobre tronco/peito do cuidador que deverá estar deitado em supino.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê ou com o bebê em prono no tronco/peito do cuidador, que deverá estar em supino.

FOTO

Material: Brinquedos atrativos (sonoros, luminosos ou de alto contraste) e a face humana.
Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá apresentar um brinquedo, ou chamar o bebê pelo nome, e esperar que o bebê eleve a cabeça para olhar. Quanto mais tempo o bebê conseguir permanecer com a cabeça elevada, melhor.
Observações: A inclinação para facilitar a atividade pode ser aos poucos retirada, aumentando a complexidade da tarefa.

ROLAR

Objetivo: Estimular a movimentação e a mobilidade de membros inferiores, com fortalecimento da musculatura abdominal.
Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino sobre um tapete de atividade/colchonete/cama.
Posição do terapeuta/cuidador: Em frente ao bebê.
Material: Brinquedos com cordões, como por exemplo um móbile, ou fraldinha/manta.
Estímulo: O terapeuta/cuidador oferece um estímulo deslizante sensorial tátil com o brinquedo ou fraldinha/manta, no sentido pés para joelho, na intenção do bebê realizar a flexão de quadril, trazendo os joelhos e os pés sobre o abdômen.
Observações: Dependendo da idade, o bebê poderá tocar os joelhos ou os pés com as mãos, podendo levá-los à boca para sugá-los.

FOTO

ROLAR PARA DECÚBITO LATERAL

Objetivo: Estimular o rolar para decúbito lateral para a direita e para a esquerda. Além da aquisição da habilidade, também há fortalecimento da musculatura abdominal.
Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino sobre um tapete de atividade/colchonete/cama. É importante que haja espaço suficiente para o rolar.
Posição do Profissional/Cuidador: À frente do bebê.
Material: Brinquedos atrativos (luminosos, sonoros e de forte contraste) da preferência do bebê.
Estímulo: O terapeuta/cuidador apresenta o brinquedo na linha média para o bebê, e por meio da coordenação visuo-cefálica, movimenta o brinquedo para a lateral na intenção no bebê acompanhar o objeto até completar o rolar para decúbito lateral. A coordenação audio-cefálica também pode ser utilizada para estimular a transferência para decúbito lateral.
Observações: Quando o bebê rolar, permitir que ele alcance, apreenda e manipule o brinquedo, a fim de reforçar positivamente o rolar. Repetir o estímulo para o outro lado.

FOTO

ROLAR DE PRONO PARA SUPINO E DE SUPINO PARA PRONO

Objetivo: Estimular o rolar para prono para a direita e para a esquerda. Além da aquisição da habilidade, também há fortalecimento da musculatura abdominal e pélvica (flexores e extensores de quadril).
Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino sobre um tapete de atividade/colchonete/cama. É importante que haja espaço suficiente para o rolar.
Posição do terapeuta/cuidador: Na frente do bebê.
Material: Brinquedos atrativos (luminosos, sonoros e de forte contraste) da preferência do bebê.
Estímulo: O terapeuta/cuidador apresenta o brinquedo na linha média para o bebê, e por meio da coordenação visuo ou áudio-cefálica,

FOTO

movimenta o brinquedo para a lateral e a seguir na diagonal, na intenção do bebê acompanhar o objeto até completar o rolar de supino para prono e de prono para supino.

Observações: Quando o bebê rolar, permitir que ele alcance, apreenda e manipule o brinquedo, a fim de reforçar positivamente o rolar.

TRANSFERÊNCIA PARA SENTADO A PARTIR DE SUPINO

Objetivo: Estimular a transferência independente para sentado.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino sobre um tapete de atividade/colchonete/cama.

Posição do terapeuta/cuidador: Na frente do bebê.

Material: Brinquedo atrativo da preferência do bebê (brinquedos de ação e reação, luminosos e/ou sonoros).

Estímulo: Com uma mão, o terapeuta/cuidador deverá estabilizar o quadril do bebê, e com a outra mão, deverá segurar no punho contralateral do bebê, puxando-o lentamente para posição sentada.

Observações: É essencial que o movimento ocorra na diagonal, incentivando o bebê a utilizar o membro superior livre como apoio para a transferência.

FOTO

POSTURA SENTADA

Objetivo: Estimular permanência na postura sentada e o equilíbrio do bebê.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado sentado em um tapete de atividade/colchonete/cama, com ou sem apoio de membros superiores, a depender da capacidade do bebê.

Posição do terapeuta/cuidador: Atrás do bebê.

Material: Brinquedos atrativos e da preferência do bebê.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá posicionar o bebê sentado com o nível de suporte necessário, e então retirar o suporte dado pelo terapeuta/cuidador para estimular a permanência na postura sem apoio externo. Os brinquedos deverão ficar na frente do bebê, para incentivar o interesse em ficar na postura, o alcance do brinquedo e a retirada do apoio das mãos.

Observações: A retirada do apoio fornecido pelo terapeuta/cuidador ou do apoio dos membros superiores do bebê deverá ser gradual, respeitando os estágios do desenvolvimento motor.

FOTO

POSTURA SENTADA

Objetivo: Estimular o sentar independente e o brincar na postura sentada.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado sentado em um tapete de atividade/colchonete/cama.

Posição do terapeuta/cuidador: Na frente do bebê.

Material: Brinquedos atrativos e da preferência do bebê.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá apresentar um brinquedo para o bebê na frente e nas laterais. A apresentação do brinquedo nas laterais deverá estimular uma rotação de tronco de pelo menos 40°.

Observações: Quando o bebê realizar o alcance com rotação de tronco, o terapeuta/cuidador deverá deixar o bebê brincar e manipular o brinquedo como um reforço positivo, evitando frustrações.

FOTO

TRANSFERÊNCIA PARA PRONO A PARTIR DE SENTADO Objetivo: Estimular a passagem de sentado para prono. Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado sentado em um tapete de atividade/colchonete/cama. Posição do terapeuta/cuidador: Na frente do bebê. Material: Brinquedo chamativo de preferência do bebê. Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá posicionar um brinquedo atrativo na frente do bebê, a uma distância maior que o braço dele, a fim de estimular a transferência para postura prona para alcançar o brinquedo. Observações: Quando o bebê realizar a transferência, o terapeuta/cuidador deverá deixar o bebê brincar e manipular o brinquedo como um reforço positivo, evitando frustrações.	FOTO
ARRASTAR Objetivo: Estimular o deslocamento no espaço por meio do arrastar. Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em prono em um tapete de atividade/colchonete/cama. Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê. Material: Brinquedo atrativo da preferência do bebê. Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá posicionar um brinquedo atrativo na frente do bebê, a uma distância maior que o braço do bebê, a fim de estimular o arrastar para alcançar o brinquedo. Para facilitar e auxiliar o movimento do bebê, o terapeuta/cuidador deverá flexionar um dos membros inferiores do bebê e manter uma de suas mãos na face plantar do pé em que o membro inferior estiver flexionado. Esse estímulo auxiliará o bebê a “empurrar” a mão do terapeuta/cuidador, promovendo o arrastar. Observações: Quando o bebê se arrastar e alcançar o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá permitir o brincar e a manipulação como um reforço positivo, evitando frustrações.	FOTO
TRANSFERÊNCIA PARA QUATRO APOIOS A PARTIR DE SENTADO Objetivo: Estimular a transferência independente de sentado para 4 apoios. Posição do bebê: O bebê deve ser sentado de costas para o terapeuta/cuidador, em um tapete de atividade/colchonete/cama. Posição do terapeuta/cuidador: Com os membros inferiores em extensão, o terapeuta/cuidador deverá ficar atrás do bebê, com o bebê ao lado da coxa do terapeuta/cuidador. Caso essa postura seja difícil para o terapeuta/cuidador, ele poderá ter as costas apoiadas na parede, ou em um móvel. Material: Brinquedo chamativo de preferência do bebê. Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá estimular a passagem da postura sentada para a postura de 4 apoios sobre a coxa do terapeuta/cuidador, que estará estimulando o bebê a mudar de posição por meio da coordenação visuo-cefálica. A coxa do terapeuta/cuidador auxiliará a atividade para o bebê, pois oferecerá uma sustentação no abdômen. Caso o bebê tenha dificuldade em realizar a atividade sozinho, o terapeuta/cuidador poderá auxiliar o movimento direcionando o quadril do bebê para a posição de 4 apoios. Observações: O aumento da complexidade da tarefa se dá com a retirada do auxílio oferecido pela coxa do terapeuta/cuidador.	FOTO

TRANSFERÊNCIA PARA DE PÉ A PARTIR DE SENTADO

Objetivo: Estimular a transferência de sentado no chão para em pé, passando pelas posturas ajoelhado e semi-ajoelhado, e o fortalecimento da musculatura do tronco, abdômen, quadril e membros inferiores.

Posição do Bebê: Sentado em um tapete de atividade/colchonete/cama/chão.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado ou atrás do bebê.

Material: Brinquedos atrativos e um móvel que o bebê possa se apoiar (por exemplo sofá, banco/mesinha, caixa organizadora).

Estímulo: Com o bebê na postura sentada, paralelamente a um móvel (por exemplo sofá, banco/mesinha, caixa organizadora), o terapeuta/cuidador deverá posicionar um brinquedo em cima do móvel, para estimular o bebê a se levantar. O terapeuta/cuidador poderá auxiliar a transferência posicionando o bebê sentado de lado (*side sitting*), e estimulando a transferência para ajoelhado, semi-ajoelhado e em pé com apoio anterior. O terapeuta/cuidador poderá facilitar o movimento auxiliando no quadril ou na perna em flexão no semi-ajoelhado caso necessário.

Observações: Repetir a atividade alternando o apoio dos membros inferiores. Caso o bebê esteja competente nessa atividade, o terapeuta/cuidador poderá retirar o apoio anterior, para que o bebê realize a transferência sem apoio. Quando o bebê alcançar o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá permitir o brincar e a manipulação como um reforço positivo e para evitar frustrações.

FOTO

TRANSFERÊNCIA PARA DE PÉ A PARTIR DE QUATRO APOIOS

Objetivo: Estimular a transferência de 4 apoios para a postura em pé.

Posição do bebê: Em 4 apoios, em um tapete de atividade/colchonete/cama/chão.

Posição do terapeuta/cuidador: Atrás do bebê.

Material: Brinquedos atrativos e um móvel na altura que o bebê possa se apoiar (por exemplo sofá, banco/mesinha, caixa organizadora).

Estímulo: Com o bebê em 4 apoios, posicionado próximo a um móvel para apoiar-se, como um sofá, banco, mesinha ou caixa organizadora. O terapeuta/cuidador deverá colocar um brinquedo atrativo sobre o móvel, atraindo a atenção do bebê para que ele se apoie com suas mãos no móvel, passe para ajoelhado e para em pé, e alcance o brinquedo.

Observações: No início da transferência para em pé, é esperado que o bebê não passe pela postura semi-ajoelhada. Para estimular essa transferência, o terapeuta/cuidador poderá, quando o bebê alcançar a postura ajoelhada, posicionar os membros inferiores em semi-ajoelhado, para que assim o bebê realize a transferência. Quando o bebê ficar em pé e alcançar o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá permitir o brincar e a manipulação como um reforço positivo e para evitar frustrações.

FOTO

MARCHA LATERAL

Objetivo: Estimular a marcha lateral e o fortalecimento da musculatura abdutora e adutora do quadril.

Posição do Bebê: Em pé em um tapete de atividades/chão com apoio anterior em um móvel ou sofá comprido e na altura que o bebê possa segurar-se com suas mãos.

Posição do terapeuta/cuidador: Atrás do bebê.

Material: Brinquedos atrativos sobre um móvel em que o bebê possa se apoiar.

Estímulo: Com o bebê em pé com apoio anterior, o terapeuta/cuidador deverá posicionar um brinquedo em uma extremidade do móvel, para estimular o bebê a dar passos laterais até alcançar o brinquedo. O terapeuta/cuidador poderá facilitar a troca de passos realizando estímulos sensoriais táteis na planta do pé que deseja que seja realizada a abdução, ou facilitar realizando a flexão de joelho e abdução de quadril para o lado da troca de passos (lado em que o brinquedo está). Após realizar o movimento para o bebê, o terapeuta/cuidador deverá, com apoio no quadril, deslocar o peso do bebê para o lado em que o passo foi dado, para que a outra perna realize flexão de joelho e adução de quadril. É essencial que a criança faça a troca de passos laterais sozinha, então o terapeuta/cuidador deverá facilitar o mínimo possível.

Observações: Quando o bebê alcançar o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá permitir o brincar e a manipulação como um reforço positivo e para evitar frustrações. Após alguns minutos brincando, o terapeuta/cuidador deverá posicionar o brinquedo na outra extremidade do móvel, para treinar a troca de passos para o outro lado.

FOTO

PERMANECER EM PÉ

Objetivo: Estimular a aquisição do ficar em pé independente enquanto realiza a atividade do brincar.

Posição do Bebê: Em pé em um tapete de atividades/chão, com apoio anterior.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê.

Material: Brinquedos atrativos sobre um móvel que o bebê possa se apoiar.

Estímulo: Com o bebê na postura em pé com apoio anterior de um móvel, o terapeuta/cuidador deverá colocar um ou dois brinquedos sobre o móvel e brincar com o bebê. Após alguns minutos, o terapeuta/cuidador pode auxiliar o bebê a transferir-se para sentado para descansar, e em seguida auxiliar na transferência para a postura em pé novamente.

Observações: O terapeuta/cuidador pode aumentar a complexidade da tarefa diminuindo o apoio anterior do bebê, ou seja, ao invés de realizar a atividade no sofá, oferecer um banquinho mais baixo como apoio. Além disso, o terapeuta/cuidador também pode realizar a atividade com o bebê em cima de uma superfície instável, como um bosu ou colchonete.

FOTO

PERMANECER EM PÉ SEM APOIO

Objetivo: Estimular o equilíbrio enquanto em pé independentemente durante o brincar.

Posição do Bebê: Em pé em um tapete de atividades/chão.

Posição do terapeuta/cuidador: À frente do bebê.

Material: Brinquedos que requerem o uso das duas mãos, como uma bola ou algum outro da preferência do bebê.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá manter o bebê na postura em pé com apoio do terapeuta/cuidador nas mãos, ombros, tronco ou quadril do bebê, a depender da necessidade de suporte. Quanto mais inferior for o apoio, mais difícil será para o bebê. O

FOTO

terapeuta/cuidador deverá oferecer um brinquedo grande ao bebê, que o estimule a segurar com as duas mãos. Quando o bebê estiver segurando o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá retirar o apoio aos poucos, para que o bebê fique alguns segundos em pé sem apoio.

Observações: Uma opção sem o uso de brinquedos é o terapeuta/cuidador conversar ou cantar para o bebê enquanto tenta retirar o apoio. Quando o terapeuta/cuidador notar que o bebê irá cair, ele deve segurá-lo e repetir a atividade.

PERMANECER EM PÉ ENQUANTO ALCANÇA PARA OS LADOS

Objetivo: Estimular a postura em pé independente enquanto roda o tronco para os lados.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em pé em um tapete de atividades ou no chão.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê.

Material: Brinquedos atrativos e um móvel na altura em que o bebê possa se apoiar.

Estímulo: Apresentar um brinquedo nas laterais, a uma distância alcançável e alguns centímetros abaixo do acrômio do bebê. A apresentação do brinquedo nas laterais deverá estimular uma rotação de tronco de pelo menos 40°.

Observações: Quando o bebê realizar o alcance com rotação de tronco, o terapeuta/cuidador deverá deixar o bebê brincar e manipular o brinquedo como um reforço positivo e para evitar frustrações. Repita a atividade no outro lado.

FOTO

AGACHAR

Objetivo: Fortalecimento dos músculos do quadril e dos membros inferiores.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em pé em um tapete de atividades ou no chão.

Posição do terapeuta/cuidador: Atrás do bebê.

Material: Brinquedos atrativos e um móvel no qual o bebê possa se apoiar.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá apresentar um brinquedo no chão ao lado do bebê. A intenção é de que o bebê se agache para pegar o brinquedo e levante-se para brincar. O terapeuta/cuidador poderá auxiliar a atividade com um apoio mínimo nos membros inferiores, evitando que o bebê sente no chão.

Observações: Quando o bebê realizar o agachamento e se levantar com o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá deixar o bebê brincar e manipular o brinquedo como um reforço positivo e para evitar frustrações. Repita a atividade posicionando o brinquedo do outro lado do bebê. Uma opção para aumentar a complexidade da tarefa é retirar o apoio anterior do bebê e o apoio dado pelo terapeuta/cuidador nos membros inferiores.

FOTO

MARCHA INDEPENDENTE: PROGRESSÃO PARA FICAR DE PÉ SEM APOIO

Objetivo: Estimular a aquisição da marcha independente, progredindo a redução do apoio do terapeuta/cuidador conforme há o ganho de equilíbrio e autonomia em cada fase.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em pé seguro pelo terapeuta/cuidador.

Estímulo: Com o bebê em pé apoiado em uma mobília ou adulto, chamar a atenção da criança para que ela dê passos para frente para

pegar objetos ou alcançar as mãos de outra pessoa próxima.

Material utilizado: Brinquedos/objetos atrativos, pessoas da família.

Progressão da atividade:

- Apoio de duas mãos: Posição do terapeuta/cuidador: atrás do bebê, deixando-o iniciar o movimento de andar;
- Apoio em uma mão: Posição do terapeuta/cuidador: lateralmente. Iniciar quando o bebê já se encontra com bom equilíbrio com apoio em 2 mãos;
- Apoio em um punho: Posição do terapeuta/cuidador: lateralmente. Iniciar quando o bebê já se encontra com bom equilíbrio com apoio em uma mão;
- Estimular andar segurando 1 ou 2 brinquedos: Posição do terapeuta/cuidador: próximo ao bebê. Pode ser associado ao próximo exercício (abaixo).

FOTO

MARCHA INDEPENDENTE: DAR UM PASSO SEM AUXÍLIO

Objetivo: Estimular a aquisição da marcha independente.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em pé com apoio posterior da parede ou de algum móvel.

Posição do terapeuta/cuidador: Na frente do bebê.

Material utilizado: Brinquedos atrativos.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá sentar-se de frente para o bebê a uma distância curta (um a dois passos do bebê), e chamá-lo apresentando um brinquedo. A intenção é de que o bebê se incline anteriormente e dê um passo de maneira independente. O terapeuta/cuidador poderá apenas chamar o bebê, podendo ou não apresentar um brinquedo.

Observações: Quando o bebê der um passo, abrace-o e comemore, dando reforço positivo. Repita a atividade. Uma opção para aumentar a complexidade da tarefa é se afastar mais do bebê, exigindo que ele dê mais passos para chegar em você.

FOTO

MARCHA INDEPENDENTE

Objetivo: Estimular a aquisição da marcha independente.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em pé no chão.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado ou atrás do bebê.

Material utilizado: Brinquedos atrativos.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá posicionar um brinquedo a uma distância de alguns passos do bebê, e estimular o bebê a ir buscar o brinquedo. O terapeuta/cuidador poderá dar suporte nas mãos ou no quadril do bebê, a depender da necessidade. Quanto mais inferior o apoio, mais difícil é para o bebê - assim como dar apoio em uma mão é mais complexo para o bebê do que o apoio nas duas mãos.

Observações: Quando o bebê der alguns passos e alcançar o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá deixar o bebê brincar e manipular o brinquedo como um reforço positivo e para evitar frustrações. Após um ou dois minutos, o terapeuta/cuidador deverá posicionar o brinquedo a uma distância de alguns passos novamente, e repetir a atividade. Espera-se que o apoio seja gradativamente retirado, até que o bebê seja capaz de dar passos sem apoio. Uma forma de aumentar a complexidade da tarefa é colocando uma caneleira de 0,5 kg nos membros inferiores do bebê.

FOTO

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

Outro recurso que pode ser adotado para a marcha é o treino de marcha em esteira motorizada, particularmente iniciado quando o bebê é capaz de dar 10 passos na esteira com suporte externo (média de 9 meses de idade corrigida). As evidências sugerem que o treino diário iniciando com 8 minutos de duração (intervalos de descanso de 1 minuto), 5x por semana, pode melhorar a qualidade da marcha em bebês de risco, como nascidos pré-termo, e acelerar a aquisição da marcha em bebês com Trissomia 21 (síndrome de Down).

MARCHA INDEPENDENTE: MARCHA COM OBSTÁCULOS E EM SUPERFÍCIE INSTÁVEL

Objetivo: Estimular a aquisição da marcha independente.

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em pé no chão.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado ou atrás do bebê.

Material: Brinquedos atrativos, cones, colchonete, dentre outros objetos para serem usados como obstáculos.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá posicionar um brinquedo a uma distância de alguns passos do bebê, e estimular o bebê a ir buscar o brinquedo, desviando dos obstáculos e passando pelas superfícies instáveis. A realização desta atividade exige um pouco mais de competência na marcha do bebê, e preferencialmente deve ser realizada sem a necessidade de suporte (no máximo o apoio de uma mão). O terapeuta/cuidador deve ficar atento para dar apoio ao bebê durante o percurso.

Observações: Quando o bebê finalizar o trajeto e alcançar o brinquedo, o terapeuta/cuidador deverá deixar o bebê brincar e manipular o brinquedo como um reforço positivo e para evitar frustrações. Após um ou dois minutos, o terapeuta/cuidador deverá posicionar o brinquedo do outro lado do percurso, e repetir a atividade. Essa atividade também pode ser feita em um ambiente externo, como a área externa da clínica ou da casa, aproximando o percurso do ambiente real. Neste caso, não é necessário o uso de objetos para montar obstáculos. A atividade pode ser realizada com o bebê andando na calçada irregular, na grama/areia, com subidas e descidas. Uma forma de aumentar a complexidade da tarefa é colocando uma caneleira de 0,5 kg nos membros inferiores do bebê.

FOTO

CORRER

Objetivo: Estimular a capacidade de correr com controle.

Posição da criança: A criança começa em pé, em uma posição inicial que poderá ser marcada no chão (por fita colorida ou círculo desenhado com giz, por exemplo).

Posição do terapeuta/cuidador: De frente para a criança, a uma distância de aproximadamente 2 a 3 metros, segurando um balão colorido ou um brinquedo que chame a atenção da criança.

Material: Uma bola de aproximadamente 22 cm de diâmetro, um alvo para simular uma trave de futebol (podem ser utilizados cones, marcadores, cadeira, trave de plástico ou similares), fitas coloridas, giz ou marcadores também poderão ser utilizados para auxiliar na posição inicial da criança.

Estímulo: O terapeuta/cuidador chamará a atenção da criança, mostrando o balão e dizendo: "Olha que legal o balão! Você quer pegá-lo?". Em seguida, o terapeuta começará a se mover lentamente para trás, mantendo o balão à frente da criança, incentivando-a a correr em sua direção. Enquanto a criança corre, o terapeuta pode fazer sons engraçados ou cantar uma música curta para manter o engajamento e a motivação. Quando a criança chegar perto, o terapeuta entregará o balão e a parabeniza com um sorriso e palavras de incentivo. A atividade poderá ser repetida algumas vezes, aumentando gradualmente a distância ou mudando a direção.

Observações: Usar um espaço seguro e livre de obstáculos, adaptar a distância de acordo com a capacidade da criança, a celebração/comemoração deve ser realizada a cada tentativa, mesmo que a criança não corra perfeitamente, para reforçar a confiança e manter a diversão. A intensidade do estímulo deve considerar a frequência e número de repetições. Outros objetos ou brinquedos incentivadores poderão ser utilizados, conforme interesse da criança.



PULAR VERTICAL

Objetivo: Estimular o pular com deslocamento vertical (10 a 20 cm) e pés juntos.

Posição da criança: A criança começa em pé, em uma posição inicial que poderá ser marcada no chão (por fita colorida ou círculo desenhado com giz, por exemplo).

Posição do terapeuta/cuidador: Fica de frente para a criança, a uma distância próxima para oferecer suporte físico e verbal durante a atividade.

Material: Tatame ou superfície macia para amortecer os pulos, imagens ou brinquedos de sapos (opcional, para tornar a atividade mais lúdica), fitas coloridas, giz ou marcadores também poderão ser utilizados para auxiliar na posição da criança.

Estímulo: O terapeuta/cuidador explicará a atividade de forma lúdica, dizendo: "Você sabe como um sapinho pula?", "Vamos pular como um sapinho?", "Mostre como você consegue pular para o alto!". Então, o terapeuta/cuidador demonstrará o movimento de pular verticalmente, flexionando os joelhos e impulsionando o corpo para cima com as duas pernas ao mesmo tempo. A criança será incentivada a imitar o movimento. O terapeuta pode segurar as mãos da criança levemente para ajudá-la a se equilibrar durante o pulo, se necessário. Uma marcação no chão no formato de círculo ou mesmo o uso de bambolê no chão (como marcador) poderá ser utilizado para que a criança pule dentro do círculo (isto é, dentro da demarcação). Enquanto a criança pula, o terapeuta fará sons engraçados ou cantará uma música curta, como: "Pula, pula, sapinho!" ou "pula, pula, pipoquinha". A atividade poderá ser repetida várias vezes, aumentando gradualmente a altura do pulo ou o número de repetições conforme confiança da criança.

Observações: Certifique-se de que a superfície seja segura e macia para evitar impactos fortes. Se a criança tiver dificuldade em pular com as duas pernas, o terapeuta pode começar com pequenos saltos ou segurar as mãos dela para oferecer suporte. No início, a criança pode começar a pular com saltitos (saindo e/ou aterrissando com um pé na frente do outro). À medida que a criança se familiariza com o movimento, ela deve ser estimulada a pular com os pés juntos.



SALTAR À FRENTE

Objetivo: Estimular o salto com deslocamento frontal e pés juntos.

Posição da criança: A criança começa em pé, de frente a uma fileira de bambolês colocados no chão, em sequência e com uma pequena distância entre eles.

Posição do terapeuta/cuidador: O terapeuta ficará ao lado da criança para oferecer suporte físico e verbal durante a atividade.

Material: 3 a 5 bambolês (ou círculos feitos com giz ou fita colorida no chão, brinquedos para atrair a atenção da criança, os quais poderão ser colocados ao final do caminho de bambolês).

Estímulo: O terapeuta/cuidador explicará a atividade de forma lúdica, dizendo: “Agora, vamos saltar de bambolê em bambolê”, “Me mostre como você consegue pular para frente!”. O terapeuta demonstrará o movimento: saltando com os dois pés juntos para dentro do primeiro bambolê, depois saltando para fora e avançando para o próximo, repetindo a sequência. Os saltos também poderão ser realizados seguindo a sequência de bambolê para bambolê. A criança será incentivada a imitar o movimento. O terapeuta poderá segurar as mãos da criança levemente para ajudá-la a manter o equilíbrio, se necessário. Enquanto a criança salta pelos bambolês, o terapeuta deverá fazer comentários encorajadores, como: "Muito bom! Agora para o próximo!" ou "Agachou, Pulou!".

Observações: Para tornar a atividade mais divertida, o terapeuta poderá usar uma música animada ou fazer sons engraçados a cada salto, brinquedos de interesse da criança poderão ser colocados ao final do caminho de bambolês para atrair a atenção da criança.



SUBIR E DESCER DEGRAUS

Objetivo: Estimular o subir degraus.

Posição da criança: A criança deve ficar de pé, em frente ao primeiro degrau, com os pés alinhados e o corpo voltado para a escada ou estrutura de degraus.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado ou atrás da criança, em uma posição que permita oferecer suporte físico e segurança, mas sem impedir o movimento natural dela. Se necessário, o terapeuta/cuidador poderá ajoelhar-se ou sentar-se para ficar na altura da criança. O terapeuta/cuidador deve permitir que a criança segure uma de suas mãos e a outra mão apoie no corrimão (ou parede). A criança também poderá segurar nas duas mãos do terapeuta, apenas em um dos lados do corrimão/parede ou em apenas uma das mãos do terapeuta. À medida que a criança apresenta confiança e controle motor, ela será incentivada a não apoiar seus membros superiores e subir degraus sem suporte, podendo (inclusive) alterar os pés.

Material: Uma escada com degraus baixos (5 a 10 cm de altura) e seguros (de preferência com corrimão) ou uma estrutura de degraus adaptada para crianças (como jogo de bancos), um brinquedo ou objeto de interesse da criança para motivá-la a subir/descer.

Estímulo: O terapeuta/cuidador deverá colocar o brinquedo ou objeto de interesse no topo dos degraus, de forma que a



criança possa vê-lo e se sinta motivada a alcançá-lo. Em seguida, demonstrará à criança como subir o primeiro degrau, colocando um pé de cada vez e segurando no corrimão (ou parede). O terapeuta deverá usar comandos verbais simples, como: "Vamos subir! Um pé de cada vez!". O terapeuta/cuidador, então, deverá segurar uma das mãos da criança ou ambas as mãos. Caso segure apenas uma das mãos, solicite que a criança segure no corrimão ou parede com a outra mão. Se necessário, pode haver apoio no quadril para os treinos iniciais, visando fornecer confiança e estabilidade na subida. Conforme a criança ganha confiança, incentive-a a subir mais degraus, sempre supervisionando e oferecendo menor suporte físico, objetivando o apoio em apenas um dos lados para progressão da atividade com ausência do suporte, podendo (inclusive) alternar os pés.

Observações: Certifique-se de que os degraus sejam estáveis, baixos e seguros para a criança - recomenda-se degraus de 15 cm de altura. Use um tom de voz animado e encorajador para motivar a criança durante a atividade. À medida que a criança demonstrar maior segurança ao subir/descer escadas, é possível incentivá-la a subir/descer degraus sem suporte e com alternância dos pés, isto é, coloca apenas um pé em cada degrau. Entretanto, inicialmente, o subir degraus sem suporte normalmente acontece sem alternância de pés ou com alternância inconsistente. Por esse motivo, os estímulos iniciam-se com foco na ausência do suporte para o subir degraus, sem necessidade de solicitar a alternância dos pés. Pistas visuais (como círculos ou pezinhos coloridos fixados ou desenhados nos degraus) podem auxiliar e motivar.



Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

Particularmente após a aquisição da marcha, o uso de brincadeiras populares são excelentes oportunidades de oferecer intervenção motora para a criança enquanto a mantém interessada nas atividades, como, por exemplo, “pega-pega” para estimular a correr e “amarelinha” para estimular a permanecer equilibrando-se em um pé só. As brincadeiras devem ser adequadas às necessidades e capacidades residuais da criança, uma vez que apresentam demandas motoras de complexidade variada.

Intervenção Precoce no Desenvolvimento Motor Fino e Função Manual

RECONHECIMENTO DA MÃO PELA VISÃO (TRAZER A MÃO NO CAMPO VISUAL)

Objetivo: Promover a coordenação olho-mão.

Posição do Bebê: Em supino ou reclinado em um bebê conforto ou no colo do cuidador. É importante que os ombros do bebê estejam em protrusão.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado em frente e próximo ao bebê.

Material: Nenhum, somente as mãos do bebê.

Estímulo: Manter gentilmente os ombros do bebê em protrusão de modo que suas mãos permaneçam no campo visual. Auxiliar o bebê a tocar uma mão na outra e fazer o abrir e fechar das mãos, sempre no campo visual, chamando atenção do bebê para elas. Pode colocar fitas ou pulseirinhas leves com guizos no punho do bebê para atrair seu olhar.

FOTO

COORDENAÇÃO MÃO-BOCA (LEVAR A MÃO À BOCA)

Objetivo: Promover a coordenação do bebê levar e manter as mãos na boca.

Posição do Bebê: Em supino ou reclinado em um bebê conforto ou no colo do cuidador. É importante que os ombros do bebê estejam em protrusão.

Posição do terapeuta/cuidador: Em frente do bebê.

Material: Estímulo oral com brinquedos maleáveis ou poro-gustativo.

Estímulo: O terapeuta/cuidador oferece as mãos do bebê para serem por ele sugadas ou um estímulo tátil com brinquedos maleáveis (bichinhos de látex) ou poro-gustativo (solução de sacarose a 12%) na cavidade oral. Além disso, o estímulo tátil na mão do bebê com outro estímulo simultaneamente na cavidade oral pode induzi-lo a levar as mãos à boca para serem sugadas.

FOTO

ORIENTAÇÃO DA PALMA DA MÃO

Objetivo: Promover a prono-supinação dos antebraços para que o bebê tenha o alcance e preensão do objeto de forma mais funcional (adaptativa).

Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino ou reclinado em um tapete de atividade/colchonete/cama. Essa atividade também pode ser feita com o bebê em supino nas coxas do terapeuta/cuidador. É importante que os ombros do bebê estejam em protrusão.

Posição do terapeuta/cuidador: Na frente do bebê.

Material: Brinquedo maleável, atrativo e leve.

Estímulo: O terapeuta deve manter os cotovelos do bebê em sua mão e simultaneamente, com a outra mão, deslizar suavemente o objeto da região radial da mão se estendendo até o terço médio do antebraço do bebê. Após, dar o mesmo estímulo no lado ulnar da mão do bebê. Espera-se que o bebê faça a supinação e pronação do antebraço e o desvio da mão para tocar e apreender o objeto.

FOTO

COORDENAÇÃO DE JUNÇÃO DAS MÃOS (MÃO-MÃO) Objetivo: Promover a movimentação de membros superiores, a orientação na linha média e a estimulação sensorial tátil e proprioceptiva dos membros superiores. Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino em um tapete de atividade/colchonete/cama. Essa atividade também pode ser feita com o bebê inclinado em supino nas coxas do terapeuta/cuidador. É importante que os ombros do bebê estejam em protração. Posição do terapeuta/cuidador: Na frente do bebê. Material: Brinquedo maleável, ou a manta/fraldinha do bebê. Estímulo: O terapeuta/cuidador oferece um estímulo sensorial tátil nas regiões ventrais e dorsais das mãos e dedos do bebê com o brinquedo, ou manta/fraldinha, no sentido de unir as mãos do bebê em direção à linha média.	FOTO
ALCANCE E PREENSÃO MANUAL Objetivo: Promover a movimentação dos membros superiores em direção ao objeto apresentado (alcance) e a preensão manual. Posição do bebê: O bebê deve ser posicionado em supino em um tapete de atividade/colchonete/cama. Essa atividade também pode ser feita com o bebê inclinado em supino nas coxas do terapeuta/cuidador. É importante que os ombros do bebê estejam em protração e as mãos no campo visual. Posição do terapeuta/cuidador: Em frente ao bebê (face a face). Material: Objeto atrativo, leve e maleável para facilitar a apreensão (ex. um bichinho de látex, um pano colorido ou um brinquedo texturizado). Objetos pequenos favorecem a realização de alcances unimanuais e objetos grandes favorecem alcances bimanuais, e podem ser utilizados após a aquisição dos alcances unimanuais. Estímulo: O terapeuta/cuidador oferece o brinquedo no campo visual, a uma distância alcançável. Podem ser realizados estímulos táteis com o brinquedo no antebraço e na mão do bebê. Caso o bebê não inicie o movimento, o terapeuta pode facilitar dando apoio nos cotovelos ou em região proximal do braço, levando a mão do bebê em direção ao objeto. Brinquedos em movimento, sonoros e/ou luminosos chamam mais atenção. O terapeuta/cuidador espera que o bebê realize o alcance com preensão manual e, então, deixa o bebê manipular o brinquedo por um tempo.	FOTO
EXPLORAR OBJETOS Objetivo: Estimular a exploração de objetos, através da exploração tátil e visual, e reconhecimento das características (redondo, quadrado, macio, áspero, maleável, rígido), propriedades (rola, faz barulho) e finalidade de uso (colocar na boca, morder, comer, escovar os dentes, beber água, mamar) de cada objeto. Posição do bebê: Sentado em anel ou em uma cadeira de frente para uma mesa. Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê ou de frente para ele.	

Material: Objetos fáceis de segurar e com diferentes formas, texturas e funções, como: chocalhos (para girar e produzir som), argolas ou brinquedos de encaixe (para manipular e trocar), blocos pequenos ou bolas macias para transferência de mão. Objetos com diferentes características, propriedades e finalidades de uso (Ex: bola, cubo, mordedores, escova de dente, escova de cabelo, talheres, copo, mamadeira).

Estímulo: Oferecer um objeto ao bebê e observar como ele interage, incentivando a explorá-lo. O cuidador apresenta cada objeto individualmente, nomeando-o e destacando suas características (ex.: "Veja, este chocalho faz barulho"). Se necessário, demonstrar como cada objeto pode ser utilizado. Oferecer um objeto em uma mão e encorajar o bebê a passar para a outra mão.

FOTO

SOLTAR

Objetivo: Estimular a aquisição da habilidade de soltar, que será necessária para exploração ambiental e atividades de vida diária e atividades instrumentais.

Posição do bebê: Sentado em um anel ou em uma cadeira de frente para uma mesa.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado do bebê ou de frente para ele.

Material: Os mesmos objetos utilizados na atividade de "Explorar Objetos".

Estímulo: Considerando a atividade anterior, estimular o bebê a soltar o objeto, oferecendo outro objeto ao bebê ou estendendo a mão para o bebê e pedindo que ele entregue o brinquedo. Caso o bebê não solte espontaneamente, faça uma abdução do polegar para facilitar a abertura da mão e estimular o soltar.

FOTO

EMPILHAR

Objetivo: Estimular a coordenação motora manual fina e a organização espacial ao empilhar objetos, promovendo o controle dos movimentos e a precisão manual.

Posição da bebê: Sentado no chão ou em uma cadeira de frente para uma mesa.

Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado da criança ou de frente para ela.

Material: Blocos de madeira ou plástico, brinquedos de empilhar (Ex., copos).

Estímulo: Deixar os blocos disponíveis e incentivar a criança a explorá-los livremente. O cuidador/ profissional pode demonstrar como empilhar dois ou três blocos. Incentivar a criança a continuar a torre, adicionando mais blocos um a um. Derrubar e reconstruir, observando causa e efeito. Pode aumentar o desafio, direcionando a criança a empilhar por cores ou tamanhos. (ex.: "Vamos colocar o maior primeiro e depois o menor!").

FOTO

ARREMESSAR Objetivo: Estimular a coordenação motora, noção de distância e direção, e a habilidade de planejar movimentos ao arremessar objetos. Posição do bebê: Sentado ou em pé, dependendo da capacidade do bebê, com suporte se necessário. Posição do terapeuta/cuidador: Em frente ao bebê. Material: Bolas leves de diferentes tamanhos (ex., como de borracha ou de tecido), bexiga inflável. Estímulo: Colocar a bola ou bexiga à frente do bebê e demonstrar como pegar e arremessar o objeto para frente. Arremessar a bola suavemente para o bebê, incentivando-o a tentar pegar e devolver a bola. Pedir ao bebê para tentar arremessar a bola de volta para o cuidador ou em direção a um alvo (ex.: uma caixa ou cesto). Experimentar diferentes tipos de bolas (maiores, menores, mais pesadas ou mais leves) para explorar como a força e o direcionamento podem ser ajustados.	FOTO
APANHAR/RECEBER OBJETOS ARREMESSADOS Objetivo: Estimular a coordenação motora, ganho de força muscular em membros superiores, noção de distância e direção, e a habilidade de prever a trajetória de um objeto e planejar movimentos antecipadamente para recebê-los ou para não ser atingido por eles. Posição do bebê: Sentado ou em pé. Posição do terapeuta/cuidador: Em frente ao bebê. Material: Bolas leves de diferentes tamanhos, bexiga inflável. Estímulo: Inicialmente, pedir para que o bebê/criança se prepare para receber o objeto, posicionando os membros superiores à frente do corpo. Após isso, o terapeuta arremessa a bola/bexiga na direção dos membros superiores do bebê. Em uma fase posterior, pode-se arremessar a bola/bexiga em diferentes direções, para que o bebê/criança reposicione os membros superiores, de acordo com a trajetória do objeto. O uso da bexiga permite que o bebê tenha mais tempo para planejar a recepção do objeto, enquanto o uso de uma bola exige dele um tempo de reação menor.	FOTO
RABISCAR Objetivo: Estimular a coordenação motora fina, percepção visual e tátil, a apreensão manual e a exploração de diferentes texturas e cores. Posição do bebê: Sentado no chão ou em uma cadeira de frente para uma mesa. Posição do terapeuta/cuidador: Ao lado ou de frente para o bebê. Material: Giz de cera grosso ou lápis de cor triangular (mais fáceis de segurar), papel grande fixado na mesa ou no chão com fita adesiva. Alternativamente, pode-se usar tinta atóxica e papel para exploração com os dedos. Estímulo: Apresentar os materiais ao bebê, permitindo que ele os segure e os explore. Mostrar como rabiscar no papel,	FOTO

fazendo linhas e círculos, e incentivando o bebê a imitar, se necessário. Permitir que o bebê rabisque livremente, explorando as marcas que pode fazer no papel. Nomear as cores que o bebê usa e incentivar a troca de materiais. Se estiver usando tinta, incentive o bebê a espalhá-la com os dedos.

ORIENTAÇÕES SOBRE LATERALIDADE/PREFERÊNCIA MANUAL

A formação da preferência manual e da diferença de desempenho entre as mãos é influenciada por diversos fatores, como imitação, disposição de objetos no ambiente e acúmulo de experiências motoras unilaterais. Portanto, é importante que os estímulos sejam oferecidos e dispostos de ambos os lados, do bebê/criança. Por exemplo, ao estimular o alcance manual, pode-se oferecer o brinquedo na linha média, mas também na linha do ombro do lado direito ou esquerdo para favorecer o uso da mão direita ou esquerda, respectivamente. Essa pode ser uma estratégia utilizada para bebês/crianças que negligenciam, por algum motivo, um dos membros, como também uma estratégia para estimular o uso unilateral de ambos os membros.

FOTO

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

Intervenção Precoce no Desenvolvimento Cognitivo

A intervenção precoce deve se basear em princípios inter-relacionados que reconhecem o desenvolvimento cognitivo e social como um processo construído a partir da experiência perceptivo-motora, moldada por contextos culturais e sociais. A exploração ativa do ambiente, iniciada por comportamentos como a interação com objetos, o controle postural e a locomoção, desempenha um papel essencial no desenvolvimento infantil. Bebês e crianças com oportunidades reduzidas de exploração correm maior risco de atrasos globais no desenvolvimento. Assim, intervenções que incentivem comportamentos exploratórios e resolução de problemas são estratégias viáveis e eficazes para promover habilidades em diversos domínios e ao longo do desenvolvimento.

RECONHECIMENTO E REAÇÕES COM O CUIDADOR

Objetivo: Estimular reconhecimento de rostos familiares, a memória visual e a resposta emocional e social às interações.

Posição do bebê: Sentado ou reclinado confortavelmente no colo do cuidador ou em um espaço seguro, como um tapete ou bebê conforto.

Posição do terapeuta/cuidador: De frente para o bebê, garantindo contato visual e interação direta.

Material: Um pano ou fralda leve para brincadeiras de esconde-esconde, fotografias do cuidador e de outras pessoas familiares.

Estímulo:

1) Brincadeira de esconde-esconde facial: O cuidador esconde o rosto atrás das mãos ou de um pano e, após alguns segundos, reaparece dizendo "Achou!";

2) Reação ao cuidador: O cuidador pode mudar expressões faciais (sorrir, fazer caretas suaves) e observar como o bebê

FOTO

responde;

3) Fotos familiares: Apresentar fotos do cuidador e de outras pessoas familiares e observar se o bebê demonstra reconhecimento (sorrisos, vocalizações, olhar atento).

INTERAGIR COM IMAGEM NO ESPELHO

Objetivo: Ampliar o desenvolvimento do esquema corporal e da relação do bebê com o meio que ele vive por meio da observação de sua imagem no espelho.

Posição do bebê: Se o seu bebê já tem 6 meses ou mais, este é o momento de estar bem próximo a ele, colocando-o entre suas pernas e vocês dois se posicionando em frente a um espelho.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentar com a criança em frente ao espelho.

Material: Um chão confortável para o familiar sentar-se e acomodar-se e um espelho de qualquer tamanho, preferencialmente que mostre o rosto do bebê.

Estímulo: Sorria, faça caretas, barulhinhos agradáveis, jogue beijos, estale os lábios e incentive que o bebê imite os gestos, tornando a brincadeira divertida e alegre e que ele vá se acostumando com a sua imagem.

FOTO

EXPLORAÇÃO DE OBJETOS

Objetivo: Desenvolver a relação de causa e efeito, ajudando o bebê a compreender que suas ações (chutar) resultam em uma resposta (acertar o alvo, ouvir elogios, ver o movimento do objeto).

Posição do bebê: Deitado de costas no trocador, na cama ou no chão, com liberdade para movimentar as pernas.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado ou ajoelhado próximo aos pés do bebê, segurando o alvo dentro do alcance dos chutes.

Material: Brinquedos luminosos, sonoros ou objetos de interesse da criança.

Estímulo: Segurar o alvo próximo aos pés do bebê e incentivá-lo a chutar. Caso ele não compreenda a brincadeira, o cuidador pode guiar suavemente seus pés até o alvo. A cada acerto, elogiar e demonstrar entusiasmo para reforçar a interação e o aprendizado.

FOTO

OLHAR E DISCRIMINAR OBJETOS

Objetivo: Estimular a atenção visual e a discriminação entre objetos, ajudando a criança a diferenciar características como cor, tamanho e forma e escolher entre diferentes objetos.

Posição do bebê: Sentado no chão ou em uma cadeira apropriada, com os objetos posicionados à sua frente, dentro de seu campo visual e de alcance.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado de frente para a criança, facilitando a interação e oferecendo suporte verbal e

FOTO

gestual conforme necessário.

Material: Dois ou mais objetos distintos (ex.: um brinquedo vermelho e um azul, um cubo e uma bola, um carro e um boneco).

Estímulo: Apresentar dois objetos à criança e nomeá-los claramente. Pedir que a criança olhe para ambos e, em seguida, solicitar que ela aponte ou pegue um deles (“Onde está a bola?” ou “Pegue o brinquedo azul”). Se necessário, dar pistas verbais ou modelar a resposta apontando primeiro. Para aumentar a dificuldade, adicionar mais objetos ou pedir para categorizar (ex.: “Qual desses é redondo?” ou “Mostre o brinquedo grande”).

BEBÊ INVESTIGADOR

Objetivo: Desenvolver a movimentação do bebê em sua casa (ou outros ambientes), incentivando a exploração ativa e a busca intencional por objetos, promovendo não só o desenvolvimento motor, mas também a atenção, memória, reconhecimento de objetos no ambiente, e associação entre palavras e itens do cotidiano.

Posição do bebê: É importante destacar que esse tipo de atividade deve ser estimulada quando o bebê já for capaz de se deslocar no ambiente independente, seja arrastando-se, engatinhando ou utilizando dispositivos de tecnologia assistiva.

Posição do terapeuta/cuidador: Próximo ao bebê, incentivando e guiando a exploração, garantindo um ambiente seguro para a atividade.

Material: Objetos familiares e seguros para o bebê, como uma meia colorida, o copo de água, a escova de dentes ou de cabelo, entre outros.

Estímulo: O cuidador/profissional deve motivar o bebê a procurar um objeto no ambiente, encorajando-o a explorar tanto o espaço, quanto a intenção de “investigar” onde o objeto possa estar. Faça perguntas ao bebê: “Cadê o copo de água? Você me ajuda a procurá-lo na sala?”. Durante a busca, reforçar positivamente cada tentativa do bebê com frases encorajadoras e expressões animadas, para encorajá-lo a continuar e a persistir na sua busca. Quando o objeto for encontrado, celebrar o momento com entusiasmo, tornando a atividade divertida e reforçando a aprendizagem por meio da exploração.

FOTO

EXPLORANDO A PERMANÊNCIA DO OBJETO

Objetivo: Estimular a compreensão da permanência do objeto, uma habilidade cognitiva essencial para o desenvolvimento da representação mental, permitindo que a criança entenda que pessoas e objetos continuam existindo mesmo quando não estão visíveis. Além disso, incentivar a exploração visual, transferência de peso e ajustes posturais.

Posição do bebê: Sentado no chão ou em uma superfície firme, com apoio, se necessário, para manter a postura estável.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado próximo à criança, em um ângulo que permita interação e ofereça suporte ou encorajamento conforme necessário.

Material: Brinquedos pequenos ou objetos de interesse da criança, pano ou toalha para cobrir objetos, recipientes de diferentes tamanhos (caixas, baldes, copos).

FOTO

Estímulo:

Brincadeira de "Esconde-Achou": O cuidador/profissional esconde o próprio rosto ou cobre o rosto da criança com um pano. Diante de qualquer resposta, retire o pano dizendo "Está aqui!". Pode-se também usar um espelho para reforçar a noção de permanência, perguntando "Onde está o bebê?" antes de retirar o pano.

Esconder Objetos: Colocar um brinquedo embaixo de um pano ou dentro de um recipiente, primeiro permitindo que a criança veja onde foi escondido e depois sem ela visualizar. Perguntar "Onde está?" e incentivar a criança a procurar, estimulando sua atenção, coordenação e curiosidade. Posicionar o objeto em diferentes direções (atrás, abaixo ou ao lado).

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS MEIO-FIM

Objetivo: Estimular o conceito de resolução de problemas meio-fim, ajudando a criança a entender que uma ação inicial (puxar um objeto próximo) pode causar um efeito desejado (alcançar um brinquedo distante) e também a coordenação olho-mão.

Posição do bebê: Sentado ou em uma posição confortável para alcançar e manipular os objetos.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado próximo à criança, em um ângulo que permita interação e ofereça suporte ou encorajamento conforme necessário.

Material: Brinquedo desejado colocado sobre um pano, fora do alcance da criança, ou pequeno objeto próximo à criança, amarrado a um brinquedo distante.

Estímulo: O profissional/cuidador coloca um brinquedo fora do alcance, mas sobre um pano ou com amarrado a algo para puxar. A criança precisa puxar o pano/ linha para trazer o brinquedo até si. A cada tentativa bem-sucedida, o cuidador/profissional elogia e reforça a descoberta, incentivando a repetição e a exploração ativa da estratégia.

FOTO

ENCAIXES, QUEBRA-CABEÇAS SIMPLES

Objetivo: Além de estimular a coordenação motora fina, tem como objetivo a discriminação visual, compreensão espacial, e resolução de problemas ao explorar peças de encaixe ou quebra-cabeças simples.

Posição do bebê: Sentada no chão ou em uma cadeira de frente para uma mesa, com as peças espalhadas ao seu alcance.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado próximo à criança, oferecendo suporte verbal e modelando a atividade, se necessário.

Material: Quebra-cabeças simples com poucas peças grandes, brinquedos de encaixe com formas geométricas, potes com tampas de diferentes formatos para que a criança encontre a correspondência correta.

Estímulo: Apresentar as peças à criança e incentivá-la a observá-las e explorar. Incentivá-la a tentar e, se necessário, demonstrar como encaixar uma peça corretamente e oferecer pistas verbais como “Esse espaço parece um círculo, qual peça pode caber aqui? Para aumentar o desafio, misturar diferentes peças ou esconder algumas e pedir que a criança as encontre antes de encaixar.

FOTO

JOGOS DE IMITAÇÃO

Objetivo: Estimular a habilidade de a criança imitar expressões faciais, movimentos corporais ou ações, que é relevante ao desenvolvimento cognitivo e interação social.

Posição do bebê: Sentado no chão, em uma cadeira ou no colo do cuidador, dependendo da idade e estabilidade postural da criança.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado de frente para a criança, garantindo contato visual e promovendo a interação.

Material: Não se aplica.

Estímulo: *Imitação de Expressões Faciais* – Incentivar a criança a imitar gestos como abrir e fechar a boca, piscar os olhos, mostrar a língua ou sorrir. *Movimentos Corporais* – Cantar músicas que envolvem movimentos (Ex: "Cabeça, ombro, joelho e pé"), dançar ou bater palmas juntos.

Imitação de Ações Cotidianas – Demonstrar ações como passar um pano para limpar, secar um utensílio, escovar o cabelo ou cuidar de uma boneca e incentivar a criança a repetir. Celebrar as tentativas da criança com sorrisos, elogios e aplausos para incentivar a participação ativa.

FOTO

“SIGA O LÍDER”

Objetivo: Estimular a criatividade da criança e a capacidade de experimentar a troca de papéis ao liderar brincadeiras, realizando ações para outras crianças e adultos imitar. Diferentemente dos jogos de imitação, nessa atividade é o adulto que segue o comando da criança. Nas brincadeiras a criança vai assumindo naturalmente esse papel de ser o líder e comandar, que é importante para o seu desenvolvimento cognitivo e socioemocional.

Posição do bebê: Sentado no chão ou em uma cadeira, no colo do cuidador, ou em pé, dependendo da idade e estabilidade postural da criança.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado de frente para a criança, garantindo contato visual e promovendo a interação.

Material: Não se aplica.

Estímulo: Instruir a criança a dar as ordens e os demais seguirem, podendo envolver pular, bater palmas, levantar e abaixar, cantar, imitar animais, imitar papéis de faz de conta entre outros. Por exemplo, a brincadeira “Seu macaco mandou...” ajuda a realizar comandos de ações para os demais seguirem.

FOTO

FAZ DE CONTA

Objetivo: Estimular o desenvolvimento cognitivo, por meio da representação mental, imaginação criatividade e resolução de problemas, o desenvolvimento da linguagem, por meio da compreensão e expressão comunicativa, e o desenvolvimento socioemocional, por meio das interações sociais, compreensão e expressão das emoções e exercício da empatia.

Posição do bebê: Sentado no chão ou em uma cadeira, no colo do cuidador, ou em pé, dependendo da idade e estabilidade postural da criança.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado de frente para a criança, garantindo contato visual e promovendo a interação.

Material: Brinquedos, sucata, utensílios domésticos, fantasias.

Estímulo: Brincadeiras em que as crianças imitam diferentes papéis de adultos no cuidado da casa (Ex: cozinhar, limpar, fazer compras), no cuidado pessoas ou animais, no desempenho de profissões, no desempenho de papéis de fantasia (reis, princesas, dragões) ou imitando animais, entre outras

FOTO

LEITURA DE LIVROS DE FORMA COMPARTILHADA

Objetivo: Estimular a leitura para as crianças conduzida pelo adulto de forma compartilhada e interativa, permitindo estabelecer conexões, expressar emoções e estimular memórias positivas.

Posição do bebê: Sentado no chão ou em uma cadeira, no colo do cuidador, dependendo da idade e estabilidade postural da criança.

Posição do terapeuta/cuidador: Sentado junto com a criança, garantindo contato visual e promovendo a interação.

Material: Livros de histórias infantis, que devem ser escolhidos de acordo com a idade da criança (vide recomendação nos livros).

Estímulo: Primeiramente, escolher um local calmo e silencioso e sem distrações; preferencialmente, estimular a leitura todos os dias em torno de 15 minutos; deixar a criança tocar e pegar o livro; estimular a criança com diferentes perguntas, inclusive antecipatórias de desfechos (Ex: “O que você acha que vai acontecer?”); apontar figuras, personagens, letras; usar as figuras para a criança inventar a sua própria história; estabelecer conexões da história lida com o mundo real da criança (Ex: “Este gatinho parece com o seu gatinho”; “Lembra quando você também foi no parque de diversão”); compartilhar a história com a criança na sua própria linguagem do dia a dia para resumir ou destacar alguma parte da mesma.

Observações: Não há problema se a criança não quiser ler o livro completo, podendo ler em partes. Não há problema se a criança quiser ler várias vezes a mesma história, pois a repetição contribui para o processo de aprendizagem e memorização.

FOTO

Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

É importante orientar pais e cuidadores a incentivar a criança a participar de atividades que estimulem sua autonomia, como alimentar-se, escovar os dentes de forma lúdica, pentear os cabelos, assoar o nariz, vestir-se, calçar-se e guardar brinquedos. Mesmo que não consiga realizá-las sozinha, a criança deve ser estimulada com adaptações graduais, sempre com supervisão. Manter uma rotina facilita a previsibilidade e favorece o aprendizado. Também é essencial ensinar sobre objetos e situações perigosas em casa e na comunidade para fortalecer a autonomia com segurança.

Referências

- AZEVEDO, B. M. Vigilância do desenvolvimento da linguagem nos primeiros vinte e quatro meses de vida: construindo um infográfico interativo para profissionais de saúde. 2025. Trabalho de conclusão de Residência (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Adoecidos) - Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2025.
- BABIK, I., CUNHA, A.B., LOBO, M.A. A model for using developmental science to create effective early intervention programs and technologies to improve children's developmental outcomes. *Advances in Child Development and Behavior*, v. 62, p. 231–268, 2022;. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/bs.acdb.2021.12.003>. Acesso em: 12 mar. 2025.
- BASTOS, Juliana Camara; NETO, Jessica Vechani Alves; BREVE, Patricia Pereira Simão. Intervenção fonoaudiológica precoce no desenvolvimento da linguagem no Transtorno do Espectro Autista: percepção dos pais. 2020. *Distúrbios da Comunicação*, v. 32, n. 1, p. 14-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2020v32i1p14-25>
- BETTIO, Claudia Daiane Batista; BAZON, Marina Rezende; SCHMIDT, Andréia. Fatores de risco e de proteção para atrasos no desenvolvimento da linguagem. *Psicologia em estudo*, v. 24, p. e41889, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/1807-0329e41889>
- BRADDICK, O.; ATKINSON, J. Development of human visual function. *Vision Research*, v. 51, n. 13, p. 1588-1609, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.visres.2011.02.018>.
- BROCCHI, B. S.; LEME, M. I. D. S. A relação entre a interação mãe-criança no desenvolvimento da linguagem oral de recém-nascidos prematuros. *Audiology-Communication Research*, v. 18, p. 321-331, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/n8JWzVhHxwhjff5LWVKfjML/?format=pdf&lang=pt>
- BOURGEOIS, J. P.; JASTREBOFF, P. J.; RAKIC, P. Synaptogenesis in visual cortex of normal and preterm monkeys: evidence for intrinsic regulation of synaptic overproduction. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 86, n. 11, p. 4297-4301, 1989. Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.86.11.4297>.
- CALDAS, Claudia de Souza Ozores; TAKANO, Olga Akiko; MELLO, Paulo Roberto Bezerra de; SOUZA, Sandra Coenga de; ZAVALA, Arturo Alejandro Zavala. Desempenho nas habilidades da linguagem em crianças nascidas prematuras e com baixo peso e fatores associados. *Audiology-Communication Research*, v. 19, n. 2, p. 158-166, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2317-64312014000200010>.
- CARNIEL, Camila Zorzetto; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; VICENTE, Jéssica Batistela; ABREU, Roberta Zucoloto de; TAROZZO, Rosa Maria; CARDIA, Sylvia Elaine Terenciane Rodrigues; MASSEI, Maria Cecilia Ignatti; CERVEIRA, Regina Celia Granato Firmino. Influência de fatores de risco sobre o desenvolvimento da linguagem e contribuições da estimulação precoce: revisão integrativa da literatura. *Revista Cefac*, v. 19, p. 109-118, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719115616>.

CARREIRO, J. E. Movement, perception and cognitive development. In: CARREIRO, J. E. (Ed.). An osteopathic approach to children. 2. ed. Churchill Livingstone, 2009. p. 169-184. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-06738-9.00010-1>.

CHORNA, O. et al. Neuroprocessing mechanisms of music during fetal and neonatal development: A role in neuroplasticity and neurodevelopment. Neural Plasticity, v. 2019, p. 3972918, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2019/3972918>.

CUNHA, A. B.; SOARES, D. A.; FERRO, A. M.; TUDELLA, E. Effect of training at different body positions on proximal and distal reaching adjustments at the onset of goal-directed reaching: a controlled clinical trial. Motor Control, v. 17, p. 123-144, 2013.

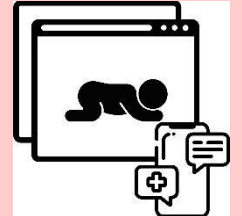
DE ANDRADE BITENCOURT, Raquel Inocência; LEME, Maristela Pilon Reducino; NEVES, Rosângela Aparecida. A influência da intervenção precoce no processo de inclusão social. Apae Ciência, v. 18, n. 2, p. 90-98, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/216984.17.2-12>

12. QUAIS AS RECOMENDAÇÕES PARA A BOA PRÁTICA CLÍNICA?

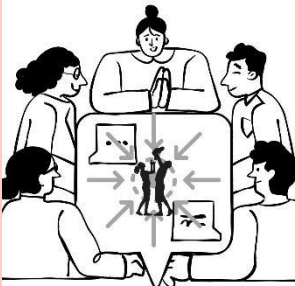
As principais recomendações para a boa prática clínica na intervenção precoce (Quadro X) buscam, por meio de diversas estratégias, integrar os cuidados da maternidade e da saúde infantil, promovendo a colaboração interprofissional e entre os serviços e níveis de atenção à saúde para garantir a continuidade do cuidado e atender às necessidades da família após o nascimento.

Quadro XX. Principais recomendações para a boa prática clínica.

Boas práticas		Recomendações
	INTEGRAÇÃO ENTRE OS CUIDADOS DA MATERNIDADE E DA SAÚDE INFANTIL	- Defende-se a organização dos cuidados da maternidade e da saúde infantil sob a forma de serviços de saúde integrados; - A separação desses serviços pode levar à descontinuidade dos cuidados; - Os cuidados integrados requerem uma coordenação eficaz dos cuidados em torno das necessidades das pessoas de forma a garantir a continuidade dos cuidados.
	CONTINUIDADE DOS CUIDADOS	- Experimentar a continuidade dos cuidados é importante no período pós-natal para fornecer aos pais uma sensação de segurança. - o Em um período que é marcado por: ↳ Desafios parentais e ↳ Vulnerabilidades emocionais.

	GARANTIA DO SUPORTE ÀS FAMÍLIAS	- O período pós-natal é descrito pelos pais como sendo de: - o Agitação e - o Enfrentamento a novas inseguranças. ↳ Com uma menor oferta de suporte profissional em comparação com o período pré e perinatal.
	GARANTIA DE INFORMAÇÕES CONFIÁVEIS ÀS FAMÍLIAS	- Para se sentirem seguros, os pais precisavam entrar no período pós-natal bem preparados, com fácil acesso a: - o Informações confiáveis sobre autocuidado e cuidados pós-natais do bebê; - o Informações/contatos de serviços de acompanhamento e de saúde infantil (saber como acessar o Suporte serve como uma rede de segurança, mesmo que não utilize); ↳ Os pais precisam saber quando e/ou onde pedir ajuda.
	DISPONIBILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES CONFIÁVEIS	- Informações confiáveis e acessíveis de profissionais de saúde treinados ajudam os pais a se sentirem seguros e tranquilos; - Foram mencionadas por pais como possíveis opções para fornecer a acessibilidade às informações confiáveis: ↳ Fontes de informação digitais confiáveis e ↳ Serviços de telefonia/telessaúde.
	CUIDADOS COORDENADOS	- Deve-se evitar: - o Tempos longos de espera; - o Cuidados mal programados e - o Cuidados mal coordenados com lacunas e duplicações. ↳ As duplicações, em particular, são vistas pelas famílias como “inúteis”. - Enfatiza-se a necessidade de comunicação eficaz entre os profissionais e serviços para garantir cuidados coordenados.

	COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES ENTRE PROFISSIONAIS E SERVIÇOS	- A falta de informações compartilhadas: ○ Afeta a confiança nos provedores de saúde; ○ Aumenta a sensação de fragmentação do cuidado dos pais, com necessidade de repetição frequente das informações que pode ser cansativa para a família ou indutora de ansiedade, especialmente após um parto traumático; ○ Pode causar receio de que informações importantes se percam. - Para melhorar a transferência e o fluxo de informações entre os cuidados da maternidade e o cuidado da saúde infantil, a transferência digital de dados do paciente é sugerida como uma solução essencial; - Uma conexão mais forte entre os serviços pode: ○ Ajudar a garantir o compartilhamento consistente de informações; ○ Evitar orientações conflitantes ou desacordos entre profissionais, que destroem a confiança da família.
	QUANDO E POR QUE INTERVIR PRECOCEMENTE	- A intervenção precoce deve ser o padrão de cuidado; - Sempre que houver suspeita de atraso e/ou alteração do desenvolvimento infantil ou ainda a preocupação dos pais em relação ao seu bebê, existe forte recomendação para iniciar a intervenção precoce; - Não se deve esperar para ver o que acontece, mas sim sempre encaminhar para um programa de intervenção precoce. - Os principais objetivos da intervenção precoce são: ○ Aprimorar as habilidades de todos os domínios do desenvolvimento infantil; ○ Potencializar mecanismos de plasticidade cerebral (= capacidade de modificar as estruturas e funções neuronais a partir do uso e experiência), o que pode reduzir a gravidade do comprometimento do bebê; ↳ As maiores oportunidades de plasticidade cerebral ocorrem nos primeiros anos de vida, um período de intenso desenvolvimento do sistema nervoso central; ↳ Esse período é reconhecido como uma janela de oportunidade para o bebê. ○ Prevenir comprometimentos secundários e minimizar complicações que podem reduzir a funcionalidade; ○ Garantir suporte e apoio psicológico à família.

	CUIDADO CENTRADO NO BEBÊ/NA CRIANÇA E NA FAMÍLIA	- Os cuidados devem ser individualizados, ou seja, centrados no bebê/na criança. - Programas de intervenção precoce devem incluir os princípios da prática centrada na família, garantindo interação apropriada entre os pais e o bebê; - A prática centrada na família reconhece que os pais são aqueles que mais conhecem sobre os seus filhos. - Uma relação de colaboração e parceria entre os pais e os profissionais é essencial para a oferta de uma intervenção precoce efetiva; - Convide e incentive a participação ativa dos pais em todas as etapas do processo de intervenção precoce; - O principal objetivo é promover a saúde e o bem-estar do bebê e de sua família, além de restaurar seu senso de controle e dignidade; - Essa abordagem reforça a importância da participação ativa da família no processo de cuidado, reconhecendo seu papel essencial na recuperação e no apoio e manejo do cuidado ao bebê/criança; - A família deve ter um papel central na tomada de decisão sobre as intervenções.
	ESTABELECIMENTO DE METAS	- As metas (objetivos) devem ser construídas de forma individualizada para contemplar dentro do possível o desejo do bebê e da família, sendo assim relevantes e garantindo o engajamento de ambos. - As metas também devem ser atingíveis e mensuráveis. - As metas também devem ser específicas para cada tarefa e contexto, considerando um nível adequado de desafio (nem tão fácil, nem tão difícil).
	COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	- Embora enfrente desafios em função da diferença de valores, culturas e abordagens clínicas entre os provedores de cuidados, a colaboração interprofissional deve ser preconizada. - As intervenções devem ser planejadas e implementadas por uma equipe multiprofissional, de forma interdisciplinar. ↳ Na abordagem colaborativa interprofissional, as metas são definidas e as intervenções planejadas pela equipe em conjunto com a família. - A equipe multiprofissional pode ser composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, educadores, assistentes sociais, dentre outros.

	TOMADA DE DECISÃO COMPARTILHADA	- Tanto a família quanto as crianças têm um papel central na tomada de decisões ao longo da intervenção precoce. - As intervenções devem ser realizadas para alcançar as metas escolhidas pela família.
	INTERVENÇÕES DIRECIONADAS	- As intervenções devem estar direcionadas aos objetivos estabelecidos; ○ Para melhorar as habilidades motoras, existe uma forte recomendação para o treino específico da tarefa, sempre priorizando a realização da movimentação e exploração ativa do bebê no ambiente. ↳ A recomendação é contra o uso de abordagens passivas ou facilitações de movimento. ○ O uso de ambientes enriquecidos, explorando os recursos existentes no domicílio do bebê, é recomendado para aumentar as oportunidades de prática de aprendizado motor. ↳ Ambientes enriquecidos possibilitam a melhora dos diferentes domínios do desenvolvimento infantil. ○ Para melhora das habilidades cognitivas existe forte recomendação para a realização de intervenções cognitivas que incluam: ↳ Movimentação ativa e ↳ Uso de ambientes enriquecidos ↳ Com o envolvimento da família na aprendizagem ativa do bebê. ○ Existem recomendações também para: ↳ Melhora da comunicação e das habilidades de alimentação para crianças com disfasia; ↳ Prevenção de complicações.
	DOSE ADEQUADA	- A intervenção deve garantir uma prática com dose adequada e repetição suficiente para alcançar que os objetivos definidos sejam alcançados. - A dose da intervenção é essencial para se alcançar um resultado efetivo; ○ Quanto maior a intensidade da intervenção, melhores são os resultados alcançados; - A repetição é essencial para garantir o aprendizado das habilidades; ○ A participação ativa da família é essencial para alcançar a dose recomendada de

		prática.
	IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS	- Os fatores contextuais, ambientais e pessoais devem ser considerados; ○ O ambiente pode ser tanto facilitador quanto barreira; ↳ Após o estabelecimento das metas, os profissionais devem identificar os possíveis fatores ambientais que limitam seu alcance a fim de planejar uma intervenção efetiva.
	PRÁTICA NO MUNDO REAL	- A prática nos ambientes da casa ou comunidade da criança também deve ser realizada/incentivada de forma a ampliar a aquisição das habilidades para além do ambiente terapêutico. ○ Recomenda-se a adoção de programas domiciliares, realizados no contexto natural do bebê, considerando os melhores horários para o bebê e sua família. - Deve-se sempre respeitar a rotina, os horários de sono, de descanso e de alimentação do bebê.
	ENVOLVIMENTO DO BEBÊ/CRIANÇA E DA FAMÍLIA	- Família e/ou cuidadores devem receber continuamente orientação para proporcionar oportunidades suplementares de forma eficaz no ambiente domiciliar e da comunidade. ○ A educação ou <i>coaching</i> dos pais é importante para aumentar seu conhecimento sobre o desenvolvimento do seu bebê; ↳ <i>Coaching</i> é utilizado para fortalecer a capacidade dos membros da família em apoiar o desenvolvimento do seu filho no contexto das rotinas e atividades cotidianas. ○ Terapeutas devem dar suporte para aumentar a confiança e capacidade dos pais no cuidado com seus filhos.
	ATIVIDADES MOTIVADORAS E DIVERTIDAS	- As atividades planejadas devem ser prazerosas e motivadoras para manter o envolvimento do bebê/da criança. ○ As intervenções realizadas pelos pais em casa devem incluir brincadeiras comuns da rotina de cada família, sem sobrecarregá-los.

Fontes: Hermans *et al.*, 2025, Mariani *et al.*, 2024; Jackman *et al.*, 2022, Morgan *et al.*, 2021, Damiano; Longo, 2021, Ziegler; Hadders-Algra, 2020, Novak *et al.*, 2017, Morgan; Novak; Badawi, 2013, Institute For Family-Centered Care, 2008. **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.**

Referências

Damiano, D.; Longo, E. Early intervention evidence for infants with or at risk for cerebral palsy: an overview of systematic reviews. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 63, n.7, p. 771-784, jul. 2011. doi: 10.1111/dmcn.14855.

Hermans, A.C.M.; Boertien, S.; van den Berg, L.M.M.; de Jonge, A.; Janssen, D.E.M.C.; Franx, A.; van der Kooy, J.; de Kroon, M.L.A. Parent's Perspective on Continuity of Care in the Maternity Care and Child Health Services Continuum: A Qualitative Systematic Review. *International Journal of Integrated Care*, v. 25, n. 1, p. 4, jan. 2025. doi: 10.5334/ijic.8645.

Institute For Family-Centered Care. Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: recommendations and promising practices, 2008. Disponível em: URL: <<http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>> Acesso em: 05 de março de 2025.

Jackman, M.; Sakzewski, L.; Morgan, C. Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 64, n.5, p. 536-49, mai. 2022. doi: 10.1111/dmcn.15055.

Mariani, I.; Vuillard, C.L.J.; Bua, J.; Girardelli, M.; Lazzerini, M. Family-centred care interventions in neonatal intensive care units: a scoping review of randomised controlled trials providing a menu of interventions, outcomes and measurement methods. *BMJ Paediatrics Open*, v. 8, suppl 2, p. e002537, ago. 2024. doi: 10.1136/bmjpo-2024-002537.

Morgan, C.; Feters, L.; Adde, L.; Badawi, N.; Bancalé, A.; Boyd, R.N.; Chorna, O.; Cioni, G.; Damiano, D.L.; Darrah, J.; de Vries, L.S.; Dusing, S.; Einspieler, C.; Eliasson, A.C.; Ferriero, D.; Fehlings, D.; Forssberg, H.; Gordon, A.M.; Greaves, S.; Guzzetta, A.; Hadders-Algra, M.; Harbourne, R.; Karlsson, P.; Krumlinde-Sundholm, L.; Latal, B.; Loughran-Fowlds, A.; Mak, C.; Maitre, N.; McIntyre, S.; Mei, C.; Morgan, A.; Kakooza-Mwesige, A.; Romeo, D.M.; Sanchez, K.; Spittle, A.; Shepherd R.; Thornton, M.; Valentine, J.; Ward, R.; Whittingham, K.; Zamany, A.; Novak, I. Early Intervention for Children Aged 0 to 2 Years With or at High Risk of Cerebral Palsy: International Clinical Practice Guideline Based on Systematic Reviews. *JAMA Pediatrics*, v. 175, n.8, p. 846-858, ago. 2021. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.0878.

Morgan, C.; Novak, I.; Badawi, N. Enriched environments and motor outcomes in cerebral palsy: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, v. 132, n. 3, p. e735-e746, set. 2013. doi:10.1542/peds.2012-3985.

Novak, I.; Morgan, C.; Adde, L.; Blackman, J.; Boyd, R.N.; Brunstrom-Hernandez, J.; Cione, G.; Damiano, D.; Darrah, J.; Eliasson, A.C.; de Vries, L.S.; Einspieler, C.; Fahey, M.; Fehlings, D.; Ferriero, D.M.; Feters, L.; Simona, F.; Forssberg, H.; Gordon, A.M.; Greaves, S.; Guzzetta, A.; Hadders-Algra, M.; Harbourne, R.; Kakooza-Mwesige, A.; Karlsson, P.; Krumlinde-Sundholm, L.; Latal, B.; Loughran-Fowlds, A.; Maitre, N.; McIntyre, S.; Noritz, G.; Pennington, L.; Romeo, D.M.; Shepherd, R.; Spittle, A.J.; Thornton, M.; Valentine, J.; Walker, K.; White, R.; Badawi, N. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatrics*, v. 171, n. 9, p. 897-907, set. 2017. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1689.

Ziegler, S.; Hadders-Algra, M. Coaching approaches in early intervention and paediatric rehabilitation. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 62, n. 5, p. 569-574, mai. 2020. doi: 10.1111/dmcn.14493.

CONSULTA PÚBLICA

13. PARTICIPAÇÃO E DIREITOS DA CRIANÇA EM INTERVENÇÃO PRECOCE

As crianças com atraso no desenvolvimento possuem todos os direitos que as demais crianças necessitam. Elas devem ter garantidas, ainda, as condições necessárias para que acessem a intervenção precoce - não basta somente conseguir as consultas e terapias necessárias.

É preciso, também, que essas crianças, e seus responsáveis, consigam se deslocar até as unidades de saúde; que suas famílias consigam conciliar a promoção desses cuidados com suas necessidades de sobrevivência material; e que as escolas/creches estejam preparadas para recebê-las, incluí-las e estimulá-las.

Estão listados, abaixo, alguns direitos importantes que podem contribuir para o acesso à saúde e ao seu desenvolvimento pleno, lembrando que as crianças são diversas em suas necessidades, potencialidades, individualidades e realidades socioeconômicas. As crianças com atraso do desenvolvimento que possuem alguma deficiência (provisória ou permanente) possuem direitos específicos, que são também sinalizados a seguir.

Direito ao Transporte: Nem sempre a criança em intervenção precoce consegue realizar intervenção precoce em unidades de saúde no território em que vive, como seria ideal. Muitas vezes se faz necessária a utilização de diferentes meios de transporte para se deslocar até as unidades de tratamento. **Se a criança possuir uma deficiência, de qualquer natureza, ela será elegível aos seguintes direitos relacionados ao transporte e mobilidade urbana:**

- Gratuidade nos transportes coletivos, sejam eles ônibus, metrô, trem e/ou barcas; municipais, intermunicipais ou até mesmo interestaduais.
- Cartões de estacionamento para pessoas com deficiência.
- Isenção de impostos para aquisição e manutenção de automóveis a serem utilizados por pessoas com deficiência.
- Disponibilidade de veículos de transporte coletivo adaptados às necessidades das pessoas com deficiência.
- Transporte Sanitário Eletivo, que faculta o direito ao deslocamento para consultas e procedimentos eletivos.
- Gratuidade nos transportes coletivos, sejam eles ônibus, metrô, trem e/ou barcas; municipais, intermunicipais ou até mesmo interestaduais.

As formas de acesso a alguns desses direitos variam conforme o estado ou município de residência. Para maiores informações sobre como acessá-los, procure o Serviço Social da Unidade de Saúde mais próxima da sua residência.

Assistência Social: A Assistência Social é um direito constitucionalmente reconhecido, universal para o público que dela necessita. Para acessar esse direito, é necessário que as pessoas procurem o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) de seu território para realizar o seu Cadastro Único (CadÚnico), para que possam acessar o conjunto de direitos e programas para os quais são elegíveis. São alguns deles: o Programa Bolsa Família; o ID-jovem; a Tarifa Social de energia elétrica; a isenção de taxa de inscrição entre concursos públicos, entre tantos outros.

Se a criança possuir alguma deficiência, ela será elegível ao **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**, previsto pela Lei Orgânica de Assistência Social, de 1993 (Brasil, 1993). Esta garante o direito a um salário-mínimo às pessoas com deficiência e às pessoas idosas com renda mensal *per capita* igual ou inferior a um quarto do salário-mínimo. O BPC pode ser solicitado pelo telefone 135, da Previdência Social, ou pelo site ou aplicativo *meuins*.

Para maiores informações, acesse os endereços eletrônicos:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30981> e <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52063>

Direito à Educação: A Educação constitui um direito fundamental de todas as pessoas e dever do Estado e da família, conforme aponta o artigo 205 da Constituição Federal de 1988. Visa ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. Um dos princípios da Educação é a igualdade de condições, acesso e permanência na escola. (Art. 206). Logo, as barreiras que possam impedir ou dificultar a pessoa com deficiência devem ser eliminadas. Conheça alguns dos direitos relativos à educação que a pessoa com deficiência possui presentes na Lei Brasileira de Inclusão:

- Sistemas educacionais inclusivos em todos os níveis e modalidades.
- Acessibilidade curricular nas atividades de ensino e nas avaliações.
- Adoção de medidas individualizadas e coletivas que favoreçam a participação dos estudantes com deficiência.
- Acesso a recursos de Tecnologia Assistiva.
- Oferta de educação bilíngue para surdos com ensino de Libras como primeira língua e na modalidade escrita da língua portuguesa como segunda língua, em escolas e classes bilíngues e em escolas inclusivas.
- Ensino do Sistema Braille.
- Suportes educacionais (como profissionais de apoio escolar, acompanhante).
- Ações intersetoriais para a promoção integral da pessoa com deficiência.

Controle Social e Políticas Públicas: São previstos conselhos para a participação da sociedade na gestão das políticas públicas nos três níveis de governo. Esses conselhos são paritários (com participantes do Estado e da sociedade) e foram criados para deliberar sobre orçamento público nas respectivas políticas setoriais (saúde, educação, pessoa com deficiência, criança e adolescente, assistência social, entre outros). Além disso, a cada quatro anos devem ser realizadas as Conferências, para planejamento participativo das políticas públicas de cada uma das áreas. Busque se informar e ocupar esses espaços! Incentive as famílias que você atende a participarem das reuniões dos conselhos e conferências!

A participação social também deve ser assegurada no âmbito dos serviços públicos, como é o caso, por exemplo, dos conselhos gestores das unidades de saúde.

IMPORTANTE



Se você é **gestor de uma unidade pública de saúde**, é importante que atue para que os conselhos gestores de unidade existam de fato e para que as **famílias das crianças possam participar** desses espaços.

Infelizmente, nem sempre os direitos das crianças e adolescentes são garantidos, especialmente quando possuem alguma condição crônica de saúde ou deficiência. Quando essas violações de direitos configuram violências, sejam elas físicas, psicológicas, institucionais, sexuais, ou mesmo a recusa deliberada em prover as necessidades da criança, cabe aos profissionais de saúde, independentemente de sua área de formação, realizarem uma notificação ao Conselho Tutelar. O Conselho não possui atribuição judicial ou mesmo coercitiva. Ele aplica medidas de proteção, quando são necessárias. Procure, em sua unidade de saúde, o setor responsável por gerir essas notificações.

Ter acesso a vagas em escolas, atendimentos de saúde, medicamentos, equipamentos, fórmulas nutricionais, ou outros recursos, é garantida pelo Estado. Quando esses direitos não são garantidos, as famílias podem e devem recorrer à Justiça. Isso pode ser feito de forma gratuita, por meio das defensorias públicas (caso as famílias se encaixem no perfil de renda solicitado), núcleos de prática jurídica das universidades ou mesmo através do Terceiro Setor. Pode ser realizado, também, por meio de advogado particular. Essa orientação também se refere a outros possíveis violadores de direitos, como, por exemplo, os planos de saúde.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994. Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 jun. 1994.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 14.191, de 3 de agosto de 2021. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para dispor sobre a modalidade de educação bilíngue de surdos. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 12 out. 2023.

14. CUIDANDO DO CUIDADOR

A família constitui o primeiro grupo social ao qual um bebê pertence, sendo responsável por proporcionar os estímulos iniciais e fundamentais de ordem biológica, social, cultural e histórica, por meio de interações tanto verbais quanto não verbais. À medida que estabelece um sistema relacional complexo, ocorrem interações que podem favorecer ou limitar o desenvolvimento saudável dessa criança. Esse vínculo promove segurança, confiança e bem-estar para o recém-nascido. E por isso é reconhecido como uma unidade essencial para o desenvolvimento.

Inicialmente, acreditava-se que a vinculação com a mãe resultava da busca pela satisfação das necessidades fisiológicas do bebê. No entanto, a partir da identificação da síndrome do hospitalismo, percebe-se que satisfazer as necessidades fisiológicas do bebê não garante um bom desenvolvimento. A ausência de afeto nessa relação interfere negativamente no desenvolvimento da criança e em seu interesse em manter interação social. Os estudos demonstram que o amor consistente e a previsibilidade envolvida no cuidado parental afetivo, favorece o desenvolvimento de confiança a partir da construção de um senso de identidade.

Entretanto, se a realidade do bebê ao nascer não corresponder às expectativas, a mãe pode experimentar sentimentos de decepção ou inadequação, que podem dificultar a adaptação à nova realidade e prejudicar o desenvolvimento do vínculo pós-natal. O impacto do isolamento físico, da hospitalização prolongada e da interação recorrente, pode gerar nesta família mais exigências e níveis elevados de responsabilidade, além de emoções e sentimentos variados.

Em recém-nascidos hospitalizados, a internação afasta o bebê do contato contínuo com a mãe ou cuidador primário, interrompendo momentos críticos de interação física e emocional, o que pode dificultar a construção de um vínculo seguro. A separação prolongada, o ambiente hospitalar tecnificado e a experiência recorrente de procedimentos invasivos e desconfortáveis aumentam o estresse tanto do bebê quanto dos pais, e eleva o risco de vínculo fragilizado.

Atualmente, cerca de um bilhão de pessoas no mundo vivem com algum tipo de necessidade especial, correspondendo a aproximadamente 15% da população global. Estima-se que existam cerca de 240 milhões de crianças com deficiência no mundo, representando um desafio significativo para suas famílias (Balbo, Nicoletta; Bolano, Danilo, 2024). Essas limitações interferem em suas atividades diárias e impactam de forma profunda a saúde e o bem-estar dos pais e cuidadores.

As dificuldades das famílias podem ser influenciadas por variáveis específicas da criança como, idade, sexo, severidade da deficiência e por variáveis sociodemográficas, como, classe social, rendimento familiar e recursos familiares recebidos. Em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, o pai pode ser relutante em dividir os cuidados com a mãe.

As **mulheres**, especialmente as mães, geralmente **assumem maior carga** de trabalho de cuidado, que se acumula com a carga do trabalho doméstico. Isso pode levar a um aumento do estresse, da sobrecarga emocional e de dificuldades relacionadas a sua saúde mental, com potenciais repercussões negativas em toda a família.

A família expressa a necessidade de mais informação sobre os serviços que o seu filho poderá utilizar no futuro, maior informação sobre a maneira como a criança cresce e se desenvolve e de como ensinar seu filho. A diminuição da ansiedade dos pais frente às necessidades dos filhos só acontece quando há o aumento do acesso ao conhecimento sobre a condição da criança. A Figura XX abaixo apresenta algumas das necessidades que os pais de filhos com deficiência apontam como importantes para a melhora de seu bem-estar e aumento do vínculo.

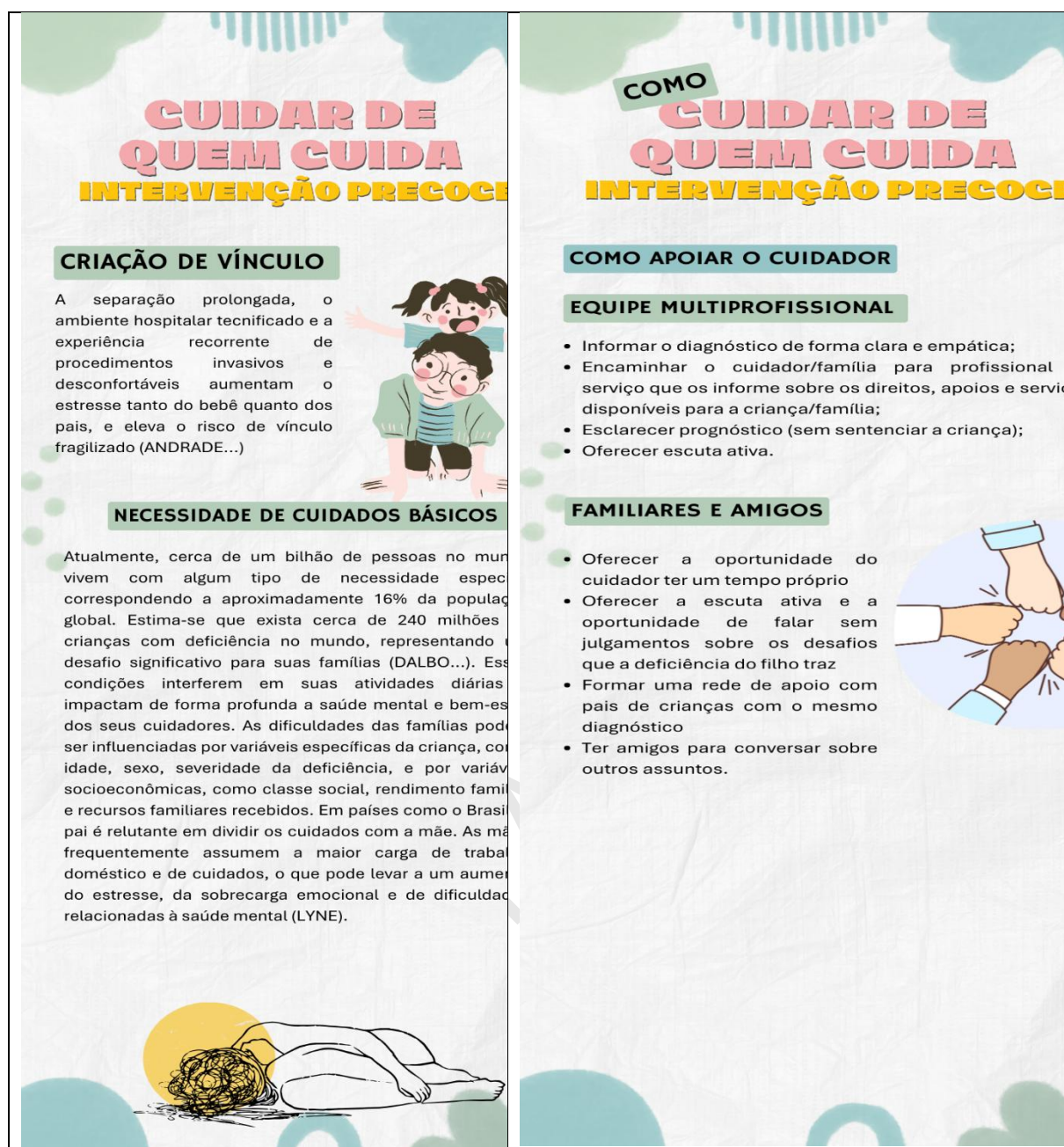
IMPORTANTE



Dotar os familiares de **informações** auxilia em sua qualidade de vida e, por consequência, na relação que estabelecem com seus filhos.



Figura XX. **Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.** Adaptado de MUNIZ, J., & CIA, F. (2022). Necessidades e suporte familiar: mães de crianças e adolescentes com síndrome de Down1. *Olhares & Trilhas, Uberlândia*, 24(1)



Elaborado por Ministério da Saúde, 2025.

Ampliar a compreensão sobre os desafios enfrentados pelas famílias de crianças com [risco de] deficiência, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas mais inclusivas e de suporte adequado aos cuidadores, **especialmente as mães**, pode ser fundamental. Estudos populacionais mais abrangentes, que contemplem diferentes condições de deficiência e suas intersecções com fatores socioeconômicos e culturais são essenciais para subsidiar a formulação de estratégias de apoio a essas famílias, garantindo melhor qualidade de vida tanto para as crianças quanto para quem cuida delas.

Referências

- PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental. *Interação em Psicologia*, v. 10, n. 2, p. 233-241, 2006.
- SILVA, N. S.; ALVAREZ-LIMA, C. D.; PEREIRA, S. A. Modelo de intervenção precoce e estruturada em recém-nascidos prematuros. In: PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva: Ciclo 11. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2023. p. [número das páginas, se disponível]. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4). DOI: <https://doi.org/10.5935/978-65-5848-912-2.B0001>.
- FREUD, S. Instincts and their vicissitudes. In: STANDARD EDITION OF THE COMPLETE PSYCHOLOGICAL WORKS OF SIGMUND FREUD. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1972. p. 117-144. Originally published in 1915.
- MENDU, Suresh Babu; et al. Impact of early bonding during the maternal sensitive period on long-term effects: a systematic review. *Cureus*, v. 16, n. 1, 2024.
- ARRUDA, C. P.; GOMES, G. C.; JULIANO, L. F.; NORBERG, P. K. de O.; OLIVEIRA, S. M. de; NICOLETTI, M. C. Reações e sentimentos da família frente à internação do recém-nascido na unidade neonatal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 11, n. 15, e1444, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e1444.2019>.
- CRUZ, D. S. M. da; BRITO OLIVEIRA, F. T. de; ANTÃO MARQUES, D. K.; SOUZA, I. V. B. de. Sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos prematuros de uma unidade de terapia intensiva. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, v. 14, n. 2, p. 105-114, 2019. Recuperado de <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/88>.
- ZANFOLIM, Leidimara Cristina; CERCHIARI, Ednéia Albino Nunes; GANASSIN, Fabiane Melo Heinen. Dificuldades vivenciadas pelas mães na hospitalização de seus bebês em unidades neonatais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n. 1, p. 22-35, 2018.
- DE JESUS ANDRADE, Cristiano; BACCELLI, Marcela Silva; BENINCASA, Miria. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana. *Vínculo - Revista do NESME*, v. 14, n. 1, p. 1-13, 2017.
- BALBO, Nicoletta; BOLANO, Danilo. Child disability as a family issue: a study on mothers' and fathers' health in Italy. *European Journal of Public Health*, v. 34, n. 1, p. 79-84, 2024.
- LYNE, H.; BURGOINE, K.; OGARA, C. et al. 'They said, let's teach you how you are going to care for the child at home...': caregivers' and healthcare workers' perceptions and experiences of post-discharge preterm care in eastern Uganda. *BMC Health Services Research*, v. 22, p. 1521, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08894-3>.
- MUNIZ, J.; CIA, F. Necessidades e suporte familiar: mães de crianças e adolescentes com síndrome de Down. *Olhares & Trilhas, Uberlândia*, v. 24, n. 1, 2022.
- FIAMENGHI JR., Geraldo A.; MESSA, Alcione A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 27, p. 236-245, 2007.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Intervenção Precoce representa uma estratégia essencial para a promoção do desenvolvimento integral de crianças na primeira infância, especialmente aquelas em situação de risco ou com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Ao articular ações intersetoriais, abordagens terapêuticas qualificadas e o fortalecimento dos vínculos familiares, reafirma-se o compromisso com uma atenção centrada na criança e em seu contexto social, cultural e afetivo.

Este guia foi concebido como um instrumento de orientação técnica e apoio às equipes de saúde, educação e assistência social, contribuindo para o aprimoramento das práticas profissionais e a consolidação de uma rede de cuidado integral e humanizado. Mais do que um conjunto de diretrizes, este guia reflete o esforço coletivo de especialistas, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), que compartilham o propósito de assegurar às crianças o direito ao desenvolvimento pleno desde os primeiros anos de vida.

Reconhecendo a natureza dinâmica do conhecimento científico e das práticas em saúde, este documento está sujeito a revisões periódicas, de modo a incorporar novas evidências, metodologias e experiências exitosas. A constante atualização é, portanto, não apenas necessária, mas indispensável à efetividade das ações de intervenção precoce e à promoção de cuidados cada vez mais qualificados, equitativos e inclusivos.

Que este guia possa servir como referência e ferramenta de trabalho para todos os que se dedicam ao cuidado e à proteção da infância, contribuindo para uma sociedade mais justa, inclusiva e comprometida com o desenvolvimento humano desde os seus primeiros passos.