

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Guia sobre **A estimulação precoce na Atenção Básica**

Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da microcefalia

Versão preliminar



Brasília - DF
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Guia sobre **A estimulação precoce na Atenção Básica**

Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da microcefalia

Versão preliminar



Brasília - DF
2016

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: Versão Preliminar

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,
Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Editor Geral:

Anne Elizabeth Berenguer Antunes

Editor Técnico:

Dirceu Ditmar Klitzke

Coordenação-Geral de Elaboração:

Dirceu Ditmar Klitzke

Organização:

Alyne Araújo de Melo
Francy Webster de Andrade Pereira
Marcelo Pedra Martins Machado
Márcia Helena Leal
Olívia Lucena de Medeiros

Elaboração:

Alyne Araújo de Melo
Amanda Carvalho Duarte
Debora Spalding Verdi
Emanuel Santos de Carvalho

Francy Webster de Andrade Pereira
Karina Correa Wengerkievicz
Lavinia Boaventura Silva Martins
Marcelo Pedra Martins Machado
Márcia Helena Leal
Olívia Lucena de Medeiros

Colaboração:

Graziela Tavares
Ione Maria Fonseca de Melo
Katia Motta Galvão
Katia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Larissa Gabrielle Ramos
Marcilea Dias de Sa Paiva Lima
Maria de Lourdes Magalhães
Maria Helena Batista Franco
Melquia da Cunha Lima
Thais Fonseca Veloso De Oliveira

Coordenação Editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva
Revisão:
Ana Paula Reis
Normalização:
Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

Normalização:

Delano de Aquino Silva

Diagramação

Roosevelt Ribeiro

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica : Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da microcefalia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

34 p.

1. Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) 2. Atenção à Saúde. 3. Políticas Públicas em Saúde. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0172

Sumário |

Apresentação.....	5
Acompanhamento das crianças e famílias no território.....	7
Abordagem psicossocial.....	11
Abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor na Atenção Básica.....	15
Papel do Nasf no acompanhamento de crianças com risco de desenvolvimento neuropsicomotor atípico.....	17
Orientação aos cuidadores e familiares: a importância das atividades lúdicas no desenvolvimento das crianças.....	27
Referências.....	35

Apresentação |

O Brasil encontra-se em situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), declarada pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.813, de 11/11/2015), em razão dos casos de dengue, chikungunya, vírus zika e suas complicações, como a microcefalia. Nessa situação, os profissionais de serviços de saúde são muito requisitados nas ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos casos.

O Ministério da Saúde reconheceu a relação entre o vírus zika e a ocorrência de casos de crianças com microcefalias e de óbitos, no final de 2015, a partir do aumento do número de casos notificados em alguns estados, sinalizando a importância de intensificar o acompanhamento dessas crianças e suas famílias na Atenção Básica (AB).

O Sistema Único de Saúde (SUS), garantido no texto constitucional de 1988, é considerado a maior política pública inclusiva, por se destinar ao atendimento de mais de 200 milhões de pessoas. O modelo de Atenção Básica centrado na Estratégia Saúde da Família foi um dos fatores que mais contribuíram para melhorar as condições de vida e saúde das crianças, com a melhoria de atendimento pré-natal às gestantes e mais cuidado com as crianças nos seus primeiros anos de vida.

A AB tem papel fundamental neste contexto, o qual se estende desde a orientação para evitar e acabar com os criadouros do mosquito *Aedes aegypti* até o acompanhamento dos casos de crianças com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) relacionadas ao vírus zika.

As equipes de AB estão presentes na maioria dos municípios brasileiros, seja pela Estratégia Saúde Família, seja por

outros modelos, oferecendo cobertura a 79% da população. Isso demonstra grande capilaridade e descentralização em todo o Brasil e representa sua potencialidade de atuação neste momento. Além disso, as 4.271 equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família estão presentes em 3.371 municípios do País, contando com diversos profissionais, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, que irão colaborar no cenário atual, sendo que 92% das equipes dos Nasf possuem pelo menos um profissional de reabilitação.

Neste sentido, esta publicação tem por objetivo orientar os profissionais sobre o acompanhamento das famílias e crianças com risco de alteração no DNPM e sobre a importância da estimulação precoce no contexto da Atenção Básica.

Cabe ressaltar que as equipes de Atenção Básica têm como prática a promoção, proteção e detecção prévia de alterações do desenvolvimento infantil, bem como a execução de ações que visem à estimulação precoce das crianças para a melhoria das condições de vida e saúde.

Este material soma-se a outras produções disponibilizadas pelo Ministério da Saúde no contexto do Plano Nacional de Enfretamento à Microcefalia, que podem ser acessadas pelo *link*:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/20799-microcefalia> e

http://dab.saude.gov.br/portaldab/combate_aedes_aegypti.php?conteudo=materia_apoio

Acompanhamento das crianças e famílias no território

As equipes de Atenção Básica e Saúde da Família (eAB/eSF) têm por atribuição realizar o acompanhamento do desenvolvimento de todas as crianças de seu território, o que ganha destaque no contexto atual. Por isso, é de responsabilidade sanitária dos profissionais que compõem tais equipes estarem atentos à vigilância e ao cuidado desde o pré-natal até a puericultura, favorecendo o vínculo e o reconhecimento de situações que necessitam ser acompanhadas.

O acesso ao cuidado pré-natal na Atenção Básica é essencial para a qualidade de vida tanto da mãe quanto da criança. Tendo em vista o atual conhecimento acerca da infecção pelo vírus zika, não há razões para que se altere a rotina de acompanhamento pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde. Vale ressaltar que as gestações não são consideradas de alto risco por esse motivo. É importante favorecer o envolvimento do pai ou parceiro (quando houver) e família, desde que este seja o desejo da mulher.

No pré-natal, além das consultas de rotina, conforme preconizadas, é preciso observar os sinais de sofrimento psíquico da gestante e sua família, gerados pelo medo e desconhecimento da infecção pelo vírus zika e pelas possíveis alterações neurológicas que possam ser identificadas. Os profissionais das eAB/eSF e Nasf devem se envolver neste cuidado, orientando sobre os sintomas e prevenção da infecção, além de como proteger a crianças e quais podem ser as alterações em seu desenvolvimento, de forma que a família fique mais segura em relação a suas expectativas.

Atitudes positivas dos profissionais durante o atendimento do pré-natal:

- Realizar escuta atenta das angústias e medos da gestante e da família.
- Oferecer orientações e suporte no caso de a gestante apresentar forte estresse em decorrência da situação.
- Demonstrar segurança durante o atendimento, a fim de fortalecer a confiança e o vínculo.

Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido, preferencialmente entre o terceiro e quinto dia de vida (5º Dia de Saúde Integral), com o objetivo de consultar o bebê e ver a Caderneta de Saúde da Criança; orientar sobre o crescimento e o desenvolvimento; verificar se foram aplicadas as vacinas contra tuberculose e hepatite B e realizadas as triagens neonatais (testes do pezinho, olhinho e orelhinha); apoiar e incentivar o aleitamento materno; orientar sobre os cuidados com o bebê e sinais de alerta; e agendar a próxima consulta. A equipe deve aproveitar esse momento para reforçar as orientações sobre o combate ao vetor, eliminação de criadouros e proteção individual.

A todas as crianças, inclusive àquelas com confirmação de microcefalia, devem ser mantidas as consultas de puericultura na Atenção Básica, considerando o Caderno de Atenção Básica nº 33 e garantindo registro de cada intervenção no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança. Entre todos os aspectos a serem observados na avaliação, vale lembrar que, conforme estudo brasileiro, houve atualização do parâmetro de medida do perímetro cefálico (PC): para crianças a termo ($IG \geq 37$ semanas), serão considerados presença/suspeita de microcefalia valores inferiores a 31,9 cm para meninos e 31,5 para meninas; e, para crianças pré-termo, deverá ser usada a curva de Fenton (BRASIL, 2016).

A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada, podendo ocasionar alterações neurológicas com sequelas de diferentes naturezas e intensidades. É caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo e, dependendo de sua etiologia, pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas (BRASIL, 2016).

Por este motivo, tão importante quanto detectar a microcefalia é acompanhar os sinais de alteração do desenvolvimento, visto que crianças com alteração no perímetro cefálico poderão apresentar os marcos previstos do desenvolvimento. Além disso, o desenvolvimento atípico poderá acometer diferentes habilidades e intensidades, reforçando a importância do acompanhamento atento da criança pelas eAB/ eSF o mais precocemente possível.

É importante ressaltar que questões sociais interferem sobremaneira na qualidade de vida e no desenvolvimento da criança e do ambiente familiar. Assim, as condições materiais concretas da família e do suporte possível para o cuidado e acompanhamento da criança são também objeto de atenção e intervenção dos profissionais que irão acompanhá-las, a fim de contribuir para o acesso às políticas de proteção social e programas sociais que possam favorecer melhor condição de vida. Desse modo, as condições sociais de vulnerabilidade que perpassem a dinâmica familiar devem ser discutidas em equipe, com o objetivo de ampliar o acesso da família ao maior número de recursos possíveis.

Nos casos em que a condição econômica e social familiar for considerada de pobreza ou extrema pobreza, cabe aos profissionais estarem atentos aos critérios prévios estabelecidos no acesso aos programas sociais – de âmbito federal, estadual ou municipal – para viabilizar a solicitação de benefícios e/ou participação em programas de complementação de renda. Nesse sentido, é notório lembrar a importância da articulação com os demais setores e equipamentos sociais disponíveis nos

territórios de abrangência (em especial os Cras e Creas) para fortalecer ações e potencializar espaços de interlocução entre as demais políticas e a política de saúde, tornando-se estratégica para o fortalecimento da cidadania e a busca da autonomia dos indivíduos e famílias.

As orientações apresentadas neste tópico se relacionam às especificidades da atenção psicossocial, porém podem contribuir na clínica produzida na Atenção Básica de modo geral, assim como são possibilidades de atuação de todas as categorias profissionais que compõem a AB. Tais orientações não abordam toda a complexidade envolvida nas alterações do desenvolvimento da criança, no campo da atenção psicossocial, mas pretendem ofertar análises e estratégias objetivas para o trabalho das equipes.

De modo geral, o período da gravidez representa um conjunto de expectativas para a gestante e sua família. Frequentemente, antes mesmo do nascimento, a criança já tem um nome, time de futebol, uma carreira almejada e desenhada pela família, ou seja, inúmeras possibilidades, desejos, valores, esperanças e metas para a criança estão presentes no imaginário da gestante, do pai/parceiro e de todos ao redor.

A formação do vínculo emocional recíproco entre um bebê e seus cuidadores não é algo natural, que acontece espontaneamente, mas baseado em relacionamentos estabelecidos ainda com o feto e com a criança imaginada pelos pais (DEBEM; WAGNER, 2006). Os profissionais de saúde podem ter uma função ativa neste processo, apoiando a mãe, a criança e a família na construção de laços familiares mais solidários (em especial, que possam colaborar no equilíbrio de funções e tarefas entre todos os envolvidos) e, principalmente, que propiciem um contexto saudável, tanto para o desenvolvimento do bebê quanto para os demais.

Nesse sentido, a atuação dos profissionais pode ter **duas vertentes: 1)** o trabalho de escuta atenta e problematização sobre o que povoa o imaginário da mãe e da família; e o **2)** reconhecimento de recursos junto à família e a construção de habilidades e competências para lidar com as dificuldades que vão acompanhar o processo.

O imaginário (crenças, desejos, expectativas, valores) sobre o que é uma família, o que é ser mãe e pai, o que é ou deve ser uma criança saudável, o que será necessário para cuidar de uma criança com alterações no desenvolvimento, enfim, todas essas perguntas já tem uma resposta mais ou menos “pronta” na cabeça de cada pessoa (mesmo que precariamente construída) e é essa definição que vai ser a base para a construção do que será ou não possível para aquela determinada família. Assim, o trabalho tem necessariamente que envolver e articular estas duas dimensões, **a dimensão imaginária (crenças, desejos e valores) e a dimensão prática (habilidades e competências).**

Nestes processos, o profissional da atenção psicossocial (psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional) pode garantir escuta, acolhimento e estratégias de acompanhamento (individuais e coletivas) das angústias, culpas, medos, frustrações, além de estar atento aos aspectos positivos, agregadores, que possam ser ferramentas de trabalho para a problematização e construção de valores e crenças que sejam capazes de contribuir com relações mais sólidas, solidárias, produtoras de laços familiares dispostos às trocas mútuas entre seus membros.

De modo sintético, seguem alguns aspectos que merecem a atenção dos profissionais e possibilidades de atuação no processo de construção de laços:

- Garantia de espaços (nas UBS e na comunidade) e atendimentos (individuais e coletivos) onde as mulheres e suas famílias possam se sentir à vontade, confiantes, sem a sensação de estarem sendo julgadas pelo que será dito, enfim, o encontro com os profissionais de saúde deve representar

um momento de acolhimento irrestrito para todos. Isso aumenta significativamente a chance de que, nestes encontros, as questões imaginárias possam ser colocadas (sejam elas quais forem) e trabalhadas pelos profissionais de saúde.

- Reconhecer parcerias para dar suporte à mãe, à criança e à família. As mães devem ser estimuladas a ampliar as redes sociais de apoio, uma vez que isso resulta em interação positiva na relação mãe-bebê (DEMOTT, 2006). Cabe aos profissionais de saúde identificar pessoas que possam oferecer suporte à família, destacando-se os próprios membros familiares, como avós, tios, primos e, também, amigos e vizinhos (BRASIL, 2012). Estas redes poderão oferecer suporte de diversas formas: fornecendo apoio material ou financeiro, executando pequenas tarefas domésticas, cuidando dos outros filhos, orientando, prestando informações e oferecendo suporte emocional (PEREIRA, 2008).
- O profissional de saúde deve estar atento e estimular o desenvolvimento da parentalidade (DEMOTT, 2006), definida como o conjunto de remanejamentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai ou mãe (CORRÊA FILHO; CORRÊA; FRANÇA, 2002). Isso se dá oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos comuns a este processo, sentimentos como o medo de não conseguir manter a vida e o crescimento de seu bebê, o medo de não conseguir envolver-se emocionalmente com o seu bebê e o medo de não conseguir modificar-se ou reorganizar-se nesta nova função (CORRÊA FILHO; CORRÊA; FRANÇA, 2002).
- Contribuir para que o pai/parceiro possa construir sua participação neste processo (como o pai/parceiro pode estar ao lado da mãe, como ele pode cuidar da criança). Para a ampliação e o fortalecimento da participação paterna, é fundamental que o pai/parceiro seja motivado a estar presente nos atendimentos/consultas e, ao máximo possível, ser incorporado nas atividades da equipe junto à família.

- O profissional de saúde deve fornecer, de maneira pedagógica, elementos para que a mãe, o pai/parceiro e todos ao redor da criança aumentem seus repertórios de habilidades em relação às formas de estimulação do desenvolvimento da criança.
- O profissional deve estar atento às modificações no desenvolvimento da criança e colaborar para que a família possa aprender a reconhecer os avanços (mesmo que aparentemente “pequenos”), valorizando o que este reconhecimento pode significar para a criança, para a mãe e o pai, para a família de modo geral e para os vizinhos, no sentido de respeitar, acolher e se solidarizar com todos os membros da comunidade, contribuindo com a formação de laços comunitários mais fortes.

Abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor na Atenção Básica

Sabe-se que os primeiros anos de vida de uma criança é um período em que ocorre o desenvolvimento de habilidades cognitivas, físicas, sociais e afetivas, as quais podem ser afetadas positivamente, por meio de um ambiente que favoreça a estimulação, ou negativamente, por diversos fatores de risco, entre eles a microcefalia. Muitos desses fatores de risco podem ocasionar a necessidade de acompanhamento diferenciado pela eAB/eSF/NASF, com a elaboração de Projeto Terapêutico Singular e fortalecimento da abordagem da família e de outras pessoas que ficam em contato com a criança, como cuidadores, professores de creches e escolas. Esse acompanhamento tem a finalidade de orientar atividades que favoreçam a estimulação de diferentes habilidades por meio de brincadeiras e outras ações que envolvam estímulos visuais, auditivos, neuropsicomotores, entre outros.

A estimulação precoce (EP), como abordagem de caráter sistemático e sequencial, utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (BRASIL, 2016).

A possibilidade de cuidado das crianças com alteração no DNPM na Atenção Básica deve levar em conta a complexidade da ocorrência e a disponibilidade de diferentes profissionais

nesses serviços, uma vez que há casos que não precisarão de densidade tecnológica avançada. Nessas situações, a capacidade de cuidado na AB necessita da organização do processo de trabalho das eSF/eAB agregado ao saber de outros núcleos profissionais que podem compor o Nasf (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professor/profissional de educação física, assistentes sociais, nutricionistas). Cabe lembrar que é papel de todas as eSF/eAB, apoiadas ou não pelo Nasf, realizar a identificação precoce de sinais de desenvolvimento atípico e a busca ativa efetiva dos casos no território, favorecendo o cuidado em tempo oportuno e o direcionamento qualificado dos encaminhamentos necessários.

Ressalta-se que, para a efetividade do cuidado, é importante fazer o reconhecimento dos serviços da Rede de Atenção à Saúde (unidade básica de saúde, Centro Especializado em Reabilitação, Centro de Atenção Psicossocial, Serviço de Atenção Domiciliar, Policlínica, entre outros), pactuando a construção de fluxos e atribuições de cada equipe ou ponto de atenção, que devem ser registrados, divulgados e de fácil consulta por todos os envolvidos, de forma que qualquer profissional consiga realizar o cuidado e referência adequada a cada criança. Além disso, o fato de a criança e a família serem acompanhadas por outros serviços não reduz ou elimina a responsabilidade sanitária da eSF/eAB/Nasf, pelo contrário, essas equipes devem promover importante articulação, o que reforça o seu papel no acompanhamento conjunto dos casos de seu território. É importante também considerar interfaces com outros equipamentos do território, não somente da saúde (serviços da assistência social, escolas, creches, projetos de economia solidária, entre outros).

Papel do Nasf no acompanhamento de crianças com risco de desenvolvimento neuropsicomotor atípico

O Nasf é uma equipe multiprofissional da Atenção Básica que deve atuar de maneira integrada e de modo complementar às eSF/eAB, com o objetivo de ampliar o escopo de ações da Atenção Básica e de contribuir para a integralidade e resolutividade do cuidado, a partir da realidade do território, da necessidade das equipes e dos usuários. Traduzindo para este contexto específico, isso quer dizer que o Nasf e eSF/eAB assumem responsabilidade compartilhada desde o pré-natal até o cuidado da criança com alteração no DNPM, a exemplo da microcefalia.

Cabe ao Nasf desenvolver um trabalho compartilhado em pelo menos duas dimensões: **clínico-assistencial e técnico-pedagógica** (BRASIL, 2014). A primeira produz ação clínica direta com os usuários; e a segunda produz ação de apoio educativo com e para as equipes. Por exemplo, o fonoaudiólogo, ao tomar conhecimento das fragilidades das eSF/eAB na identificação de possíveis alterações no desenvolvimento das habilidades auditivas e comunicativas, poderá participar de atendimentos compartilhados de puericultura e também desenvolver atividades a fim de qualificar a avaliação e possibilitar a detecção de alterações com maior brevidade. Este profissional ainda poderá

sinalizar às eSF/eAB para que fiquem atentas aos resultados da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que geralmente acontece nas maternidades, e ao acompanhamento do comportamento auditivo das crianças, que pode ser realizado nas UBS.

O Nasf pode também atuar diretamente na avaliação e no atendimento às crianças, evitando, dessa forma, encaminhamentos desnecessários para atenção especializada e qualificando aqueles que são pertinentes, reduzindo o tempo nas filas de espera, contribuindo, inclusive, para os fluxos de referência e contrarreferência de forma organizada e ainda mais qualificada. Nesse sentido, o atendimento individual específico deverá ser organizado de forma a considerar a frequência de atendimentos necessários a cada criança e o número de casos sob responsabilidade da equipe. Além disso, é possível considerar nesse arranjo a distribuição desses atendimentos individuais entre o Nasf e os serviços especializados, constituindo um acompanhamento mútuo dos serviços, em que cada ponto de atenção contribuirá de acordo com suas potencialidades e singularidades.

Outras possibilidades de atuação do Nasf são os grupos terapêuticos (por exemplo, para realização de estimulação precoce contando com a presença de mães, pais e/ou cuidadores), a visita domiciliar, as atividades de educação em saúde (como oficina com os cuidadores de creches do território quanto ao cuidado com essas crianças sob o ponto de vista psicomotor, alimentação etc.), demonstrando que é possível planejar atividades de maneira individual ou coletiva.

As eSF/eAB/Nasf estão próximas ao cotidiano das famílias no território, o que representa uma potencialidade no que diz respeito ao cuidado das crianças com alteração no DNPM, já que facilita o olhar para além do indivíduo, observando também o ambiente domiciliar e o território, com as barreiras e os facilitadores ao desenvolvimento infantil e sua inclusão social. Nesta perspectiva, a AB oferece ambiente propício para promover a estimulação precoce das diferentes habilidades da criança.

Tendo como base a agenda de acompanhamento do desenvolvimento infantil, os profissionais da AB poderão, utilizando como referência os marcos de desenvolvimento, identificar logo nas primeiras consultas algum sinal de alteração que esteja presente e já iniciar os cuidados e a estimulação precoce. É importante registrar que o objetivo principal não é atingir a “normalidade”, mas valorizar e potencializar as habilidades que a criança possui ou venha a desenvolver com foco na funcionalidade e qualidade de vida, de acordo as possibilidades, desejos e limitações individuais.

A partir do que foi apresentado e com a finalidade de sintetizar as ações possíveis na Atenção Básica, recomenda-se:

- Avaliar o DNPM de todas as crianças, incluindo aquelas com microcefalia.
- Definir agenda para acompanhamento periódico das crianças com alteração do DNPM pelas eSF/eAB/Nasf.
- Promover a estimulação precoce por meio de grupos, atendimento individual, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados.
- Oferecer suporte psicológico às famílias.
- Articular-se com outros pontos de atenção à saúde.
- Articular-se com equipamentos do território, como creches, escolas, Centro de Referência da Assistência Social e associações.
- Promover atividades de educação permanente, de acordo com as necessidades.

Como objetivo de subsidiar a avaliação do desenvolvimento da criança pelas eSF/eAB/Nasf, apresentamos o quadro a seguir com uma síntese dos marcos do desenvolvimento da criança, abordando as principais habilidades visuais, auditivas, comunicativas, cognitivas e motoras, de 0 a 3 anos de vida, que

poderão ser observadas e acompanhadas pelos profissionais da AB (Quadro 1). Esses marcos devem ser sempre tomados diante de uma avaliação integral e singular das condições de cada criança e de seu contexto, não sendo tomados como regras isoladas e absolutas. Importante ainda considerar que outros sinais podem evidenciar algum problema no DNPM, como distração ou apatia excessivas da criança em diferentes atividades. Destaca-se que, na identificação de sinais diferentes dos marcos previstos, é importante planejar o cuidado necessário envolvendo outros serviços da rede.

Quadro 1 – Síntese da aquisição de habilidades no desenvolvimento típico

Idade	Calendário das consultas de rotina	Na 1ª semana, depois com 1 mês, 2 meses e 4 meses.
0 a 5 meses	Habilidades Visuais	<p>Entre 1 e 2 meses: melhora a percepção de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o rosto da mãe, quando está no seio materno.</p> <p>Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).</p> <p>Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade</p>
	Habilidades Auditivas	<p>1º mês: a resposta auditiva depende de estímulos sonoros fortes (batida de porta, objeto que cai ao chão, grito).</p> <p>Respostas esperadas: pisicar/reflexo cócleo-palpebral (RCP) e reação de sobressalto.</p> <p>2º mês: início das habilidades de atenção ao som e respostas a estímulos mais fracos (chocalho, instrumento musical).</p> <p>Respostas esperadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interrompe sua atividade ou realiza alguma expressão facial. • Reconhecimento da voz materna. • O RCP se mantém e a reação de sobressalto tende a desaparecer até o final do segundo mês. <p>3º e 4º mês: o bebê começa a olhar o que ouve e, na medida em que ganha controle do próprio corpo, inicia a localização dos sons lateralmente.</p> <p>Entre 4 e 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção da fonte sonora.</p>
	Habilidades Comunicativas	<p>0 ao 3º mês: antes de iniciar a fala, o bebê já apresenta comportamentos comunicativos, como choro, expressões faciais e vocalizações. Reage a estímulos ambientais, apresenta movimentos corporais bruscos ao ouvir estímulo sonoro intenso e acalma-se com a voz materna. O sorriso deixa de ser reflexo no passar do primeiro mês e surge o sorriso social.</p> <p>3º ao 4º mês: as vocalizações começam a adquirir entonação. A criança sente prazer em emitir sons, brincando com seus órgãos fonoarticulatórios.</p> <p>4º ao 6º mês: vocalizações vão se tornando mais generalizadas, desenvolvendo padrões silábicos.</p>
	Habilidades Motoras	<p>Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa (os braços e as pernas sempre um pouco fletidos).</p> <p>Reflexos presentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos artelhos (dedos dos pés): desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desença deia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. <ul style="list-style-type: none"> • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve persistir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical assimétrico: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. Desaparece até o 3º mês. <p>Entre 2 e 4 meses: o bebê fica de bruços, faz apoio de ovelos, levanta a cabeça e os ombros.</p> <p>Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos (segura objetos maiores).</p> <p>Aos 5 meses: rola para os lados.</p>

6 a 8 meses	Calendário das consultas de rotina	Aos 6 meses.
	Habilidades Visuais	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de permanência do objeto, ou seja, a noção de que os objetos continuam a existir, mesmo que estejam fora do seu alcance de visão
	Habilidades Auditivas	5º mês: resposta de localização do som razoavelmente bem desenvolvida. 6º mês: localização lateral direta da fonte sonora. 7º ao 9º mês: mantém localização lateral direta e desenvolve a localização indireta (procura pelo som e depois o identifica) para baixo.
	Habilidades Comunicativas	6º ao 9º mês: nesta fase, intensifica-se o balbucio, o bebê brinca com a voz (“dá-dá-dá”, “brrruuu”), entre outros sons sem significado. A criança vocaliza mesmo quando é deixada livre pelo adulto e percebe que seus sons provocam respostas no outro. Responde quando chamada e repete sons para escutá-los, vocaliza para chamar atenção e enquanto manipula objetos. As crianças que apresentam deficiência auditiva passam por esta fase do balbucio e deixam de produzi-lo com o passar do tempo.
	Habilidades Motoras	A partir do 6º mês: senta com apoio. A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se e engatinha.
9 a 12 meses	Calendário das consultas de rotina	Aos 9 meses e 12 meses
	Habilidades Visuais	Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
	Habilidades Auditivas	9º ao 13º mês: localiza o estímulo sonoro diretamente para os lados e para baixo.
	Habilidades Comunicativas	9º ao 12º mês: já reage paralisando a atividade quando alguém fala “não”, vocaliza na presença de música, faz gestos indicativos e utiliza onomatopéias. Compreende algumas palavras familiares, como “mamãe”, “papai”, “nenê”, compreende ordens simples como “bate palmas” e “tchau”. As vocalizações são mais precisas e mais bem controladas, agrupando sons e sílabas repetidas. Algumas crianças já produzem a primeira palavra, mesmo que ininteligível.
	Habilidades Motoras	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha, anda com apoio e pega objetos pequenos utilizando o movimento de pinça (com dois dedinhos). Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio
12 a 18 meses	Calendário das consultas de rotina	Aos 15 meses
	Habilidades Visuais	
	Habilidades Auditivas	13º ao 16º mês: localização direta da fonte sonora para o lado, para baixo e indiretamente para cima. 16º ao 21º mês: localiza diretamente os sons para o lado, para baixo e para cima.
	Habilidades Comunicativas	12º ao 18º mês: surgem as primeiras palavras, mas podem generalizar seus significados, como utilizar “cachorro” ou “au-au” para qualquer animal. O aumento do número de palavras que compreende e produz é significativo. Apresenta interesse musical, compreende verbos que representam ações do cotidiano como “dar”, “acabou”, “quer”. Já identifica objetos familiares com nomeação, mostra partes do corpo em si.
	Habilidades Motoras	Entre 12 e 18 meses: o bebê anda sozinho.

18 a 24 meses	Calendário das consultas de rotina	Aos 18 meses
	Habilidades Visuais	
	Habilidades Auditivas	21º a 24º mês: localiza diretamente os sons em qualquer ângulo.
	Habilidades Comunicativas	1 a 2 anos: inicialmente, emite as primeiras palavras (mamãe, papai, tchau), evoluindo para solicitações simples. 18º ao 24º mês: surgem pequenas frases, formadas por até duas palavras, consegue manter atenção e compreende pequenas histórias, identifica partes do corpo no outro e utiliza o próprio nome. As trocas nos sons da fala ainda são frequentes, porém não devem comprometer de forma significativa a compreensão daquilo que a criança diz.
	Habilidades Motoras	Entre 18 a 24 meses: o bebê corre e sobe degraus baixos.
2 anos	Calendário das consultas de rotina	Aos 2 anos
	Habilidades Visuais	Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho.
	Habilidades Auditivas	Aprimora as habilidades adquiridas.
	Habilidades Comunicativas	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Fornece informações simples que possam ser compreendidas pelo ouvinte. Iniciam-se sequências de três elementos, como “nenê come pão” (fala telegráfica). Consegue identificar e/ou apontar gravura de objeto familiar descrito por seu uso. Aponta cores primárias quando nomeadas: azul, vermelho, amarelo. Compreende o “onde?” “como?”; pergunta “o quê?”. Nomeia ações representadas por figuras, refere-se a si mesmo na 3ª pessoa, combina objetos semelhantes. Constitui frase gramatical simples (com verbos, preposições, adjetivos e advérbio de lugar).
Habilidades Motoras	Aprimora as habilidades adquiridas.	
3 anos	Calendário das consultas de rotina	Aos 3 anos
	Habilidades Visuais	
	Habilidades Auditivas	3 a 4 anos: assiste à TV em volume normal. Crianças muito distraídas podem ter algum tipo de perda auditiva.
	Habilidades Comunicativas	Aumenta bastante o vocabulário e a complexidade das palavras. Usa sentenças simples combinando duas ou três palavras: “dá bola”, “quê água”. Combina formas geométricas com figuras correspondentes. Aponta para grande ou pequeno quando pedem. A partir dos 3 anos: com um número de vocábulos bastante significativo, espera-se que até os cinco anos ela tenha domínio de todos os sons da língua ou já consiga utilizar outras formas de comunicação com eficiência. Após os 4 anos: fala corretamente sem trocar os sons e manifesta interesse pela escola.

3 anos	Habilidades Motoras	<p>Aos 3 anos, a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corre bem, anda; • Fica em um pé só; • Anda de costas; • Anda de velocípede; • Consegue desenhar cruzeiros; • Tenta desenhar pessoas; • Come sozinha; • Desmonta e monta brinquedos; • Coloca objetos em cima, embaixo, dentro e fora; • Constrói torres com cinco a seis cubos; • Vira páginas de livros, uma de cada vez; • Dobra papel pela metade; • Desenha círculo; • Faz bolas de massa de modelar; • Consegue servir líquidos; • Veste-se com auxílio.
0 até 2 anos		<p>As noções de objeto, espaço e tempo vão sendo construídas, com base nas experiências práticas (percepção e motricidade), ou seja, sem representação ou pensamento. Os movimentos partem de reflexos e vão se tornando mais elaborados, ganhando maior repertório, inclusive adquirindo a noção de causalidade (por exemplo, ter a resposta do adulto ao balbuciar ou emitir sons), ainda que apenas em termos de efeitos, sem representação sobre os fatos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir do reflexo de sugar, o lactente passa a sugar tudo o que está ao seu alcance, como forma de conhecer os objetos. O bebê explora manual e visualmente o ambiente, inclusive com imitações de gestos de outras pessoas; realiza ações como agarrar, sugar, atirar, bater e chutar. • Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de permanência do objeto, ou seja, a noção de que os objetos continuam a existir, mesmo que estejam fora do seu alcance de visão. • Entre 6 e 8 meses: o bebê começa a apresentar reações a pessoas estranhas. Início da linguagem oral.
2 anos de idade até os 3 anos	Habilidades Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • A criança inicia a capacidade de substituir um objeto ou acontecimento por uma representação/símbolo e de estabelecer relações entre objetos e palavras. A linguagem oral ganha maior repertório e conexões, ainda que reduzidos, no geral, ao momento presente e a acontecimentos concretos. Desenvolve atividade de comunicação de tipo informativo e também de ação sobre a conduta dos outros, isto é, pede, pergunta, dá ordens etc., além de antecipar o que vai fazer. • Algumas características do pensamento: centralidade das percepções e ideias da própria criança, tudo aconteceria a partir da própria criança; apenas um aspecto da situação é considerado; confusão entre aparência e realidade; ausência da noção de reversibilidade ou de transformação e de generalização; aplicação de uma mesma explicação a situações parecidas. • Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta, inclusive imitando (animais, objetos) sem a presença deles, indicando formação de representações mentais. • No brincar, muitas vezes brinca com outras crianças sem que os diálogos representem uma interação e dá vida a seres inanimados.

No Quadro 2, apresentamos ações que estimulam o desenvolvimento da criança e podem ser realizadas pelos pais, cuidadores, profissionais da saúde e da educação. Muitas atividades de estimulação podem ser feitas com iniciativas e objetos simples, possíveis de ser executadas em casa, nas creches, ou na unidade básica de saúde e incorporadas na rotina da família. Por exemplo, o próprio brincar com a criança nos seus anos iniciais de desenvolvimento leva a um melhor desenvolvimento psicomotor, melhor interação entre pais e filhos, maior confiança da mãe sobre como cuidar da criança, melhor conhecimento dos pais sobre a infância e um melhor ambiente no lar. Da mesma forma, ler com a criança, dividindo o livro com ela, favorece o desenvolvimento da linguagem. Outras iniciativas simples são cantar para a criança, fazer massagem, como a Shantala, e promover o contato pele a pele entre mãe e bebê. São estratégias que fortalecem os vínculos familiares, criam ambientes favoráveis e estimuladores ao desenvolvimento e são seguras, não trazendo efeitos adversos para as crianças.

Orientação aos cuidadores e familiares: a importância das atividades lúdicas no desenvolvimento das crianças

O envolvimento de pais e cuidadores no processo de estimulação das crianças com alterações no desenvolvimento é imprescindível. Os pais devem ser vistos como protagonistas na ação junto à equipe de Atenção Básica com o objetivo principal de fortalecer o vínculo e promover o cuidado integral.

A atividade lúdica denota a concepção do brincar como uma atividade atrativa e, portanto, facilitadora de interação (FUJISAWA; MANZINI, 2006). Isso demonstra que o brincar se apresenta como fundamental tanto no desenvolvimento cognitivo e motor da criança, quanto na sua socialização, o que pode se dar por meio do ambiente propício e experiências simples, tais como tocar, perceber e comparar, entrar, sair, montar e desmontar.

O brincar exerce papel significativo no estímulo ao desenvolvimento cognitivo, físico, social e afetivo (ZAGUINI et al., 2011). Brincando, a criança experimenta desafios, conhece e descobre, ou seja, a brincadeira trás a oportunidade de exercitar as funções psicossociais e motoras (BRACCIALLI; MANZINI;

REGANHAN, 2004). Assim, uma das maneiras de a criança adquirir habilidades funcionais é por meio do brincar.

Essencial às crianças, o brincar nos revela de diversas formas que tem poder terapêutico natural, sendo importante instrumento de intervenção em saúde durante a infância (SIQUEIRA, 2016). Logo, o lúdico pode caracterizar-se como atividade-meio, ou seja, um recurso que tem a finalidade de facilitar os objetivos estabelecidos (FUJISAWA; MANZINI, 2006).

Os familiares, cuidadores e educadores, por meio da promoção de atividades lúdicas, especialmente o brincar, podem acompanhar o desenvolvimento nas crianças, além de estimulá-las. Diante disso, estar sensível à relação entre o brincar e o desenvolvimento infantil deve ser pressuposto à prática de cuidado no contexto domiciliar, nas creches, escolas e nos serviços de saúde (GUIMARÃES, 2015).

As crianças que apresentam alguma alteração funcional, atraso no DNPM ou deficiência encontram maiores dificuldades para participar de brincadeiras (BRACCIALLI; MANZINI; REGANHAN, 2004), por isso a importância do planejamento da atividade lúdica, da escolha da atividade, adequando-a as características e necessidades da criança (FUJISAWA; MANZINI, 2006; ZAGUINI, 2011).

O uso do brincar como recurso terapêutico exige habilidades cognitivas e não cognitivas (FUJISAWA; MANZINI, 2006), pois estas competências resultarão na oferta de vivências adequadas ao DNPM, que estimulem e permitam as crianças explorarem todo o seu potencial (BRACCIALLI; MANZINI; REGANHAN, 2004).

Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde fornecer orientação aos familiares, cuidadores e educadores quanto à importância do brincar. Ressaltando a ação da atividade lúdica na estimulação precoce, a influência positiva no desenvolvimento infantil e a relação do fazer com a criança e não por ela (FUJISAWA; MANZINI, 2006; GUIMARÃES, 2015).

Aos pais, para que se sintam seguros em seus desafios sobre o brincar e a autonomia, é preciso que os profissionais de saúde dispensem especial atenção, de forma que o cuidado e a independência sejam ressignificados e estigmas sejam superados. Por isso, é necessário que a brincadeira seja compreendida como algo natural do ser criança e aconteça de maneira espontânea (VAN SCHAİK, 2014).

Diferentes tipos de brincadeiras e brinquedos estimulam habilidades diversas (estímulo visual, auditivo, tátil). E os muitos ambientes proporcionam oportunidades de execução de ações cada vez mais variadas. Portanto, o brincar pode ser contextualizado aos comportamentos desejados e esperados àquela etapa do DNPM.

O primeiro contato com pais, familiares e cuidadores possibilita abrir espaço para organizar esta atividade e pode ser feito na própria UBS, no domicílio, na creche, nas escolas ou em qualquer ambiente que acolhe esta criança e que esteja no território da AB.

A abordagem com pais e cuidadores pode ser realizada individualmente com cada família ou de forma coletiva, seja com o grupo de pais/cuidadores, seja com os professores nas creches e escolas. Aqui é essencial que um ambiente acolhedor e lúdico seja adaptado nestes espaços do cuidado entre profissionais da Atenção Básica e as crianças. Lembrando que a criatividade e iniciativa de todo potencial da eSF/eAB/Nasf e da comunidade podem proporcionar o ambiente lúdico, seja, com a confecção da própria equipe, com pais e com os talentos da comunidade.

Fique atento!

- A estimulação do desenvolvimento motor por meio de andadores é perigosa porque oferece risco de queda com lesões sérias, como o traumatismo craniano; e não ajuda no desenvolvimento do ortostatismo e da marcha, pode até atrasá-lo, pois não estimula da forma correta a postura de caminhar.

- É importante orientar as famílias em relação ao uso de brinquedos que ofereçam riscos de acidentes, especialmente aqueles com bordas cortantes e partes pequenas que podem ser engolidas ou inaladas.

Quadro 2 - Estimulando o desenvolvimento

Habilidades a serem estimuladas	Atividades
Habilidades visuais	Estimule a criança mostrando-lhe objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm. Quando a criança estiver no colo, dê preferência para que o campo visual dela fique voltado ao ambiente, e não apenas para a pessoa que está a segurando. Assim, ela terá os estímulos externos para olhar: demais pessoas do ambiente, objetos, brinquedos etc.
Habilidades motoras Preensão palmar Sustentação da cabeça	Ofereça objetos para ela pegar, tocar com as mãos. Brinque com a criança deitada com a barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos ou chamando por ela, estimulando-a a levantar a cabeça; isto ajudará a sustentá-la.
Habilidades auditivas e comunicativas Atenção aos sons	Converse com a criança ao realizar os cuidados, relate as ações enquanto as executa. Estimule as famílias que façam o mesmo, que conversem com seus bebês, cantem canções de ninar, que proporcionem experiências auditivas prazerosas, como ouvir música ou ouvir a voz do familiar, para se acalmarem enquanto choram. Brinque com o bebê conversando e olhando para ele.
Habilidades motoras Alcance e preensão	Ofereça brinquedos a pequenas distâncias, dando à criança a chance de alcançá-los. Dê brinquedos fáceis de segurar, para que ela treine passar de uma mão para a outra.

(continua)

(continuação)

Habilidades a serem estimuladas	Atividades
<p>Rolar, sentar, arrastar-se e engatinhar</p> <p>Habilidades auditivas e comunicativas</p> <p>Habilidades comunicativas Aspectos afetivos e sociais</p>	<p>Estimule o rolar. Para isso, coloque a criança em uma superfície ampla (maca, tatame, cama, berço, colchonete, esteira ou tapete), deixe brinquedos ao lado dela, estimule-a a alcançá-los ao lado e, aos poucos, a ir rolando devagar. Nessa superfície, ampla e livre, você também pode estimular o sentar, arrastar-se e engatinhar, sempre com movimentos lentos, utilizando os brinquedos, com atenção ao posicionamento da cabeça, observando o que a criança já consegue fazer sozinha e auxiliando no que ela tiver dificuldade.</p> <p>Proporcione estímulos sonoros ao bebê, fora do seu alcance visual, para que ele tente localizar de onde vem o som, virando a cabeça. Os estímulos sonoros podem ser instrumentos musicais, brinquedos ruidosos, voz humana, aparelhos de CD ou DVD, ou mesmo brinquedos construídos com materiais recicláveis. Talvez seja necessário improvisar. Converse bastante com a criança, cante, use palavras que ela possa repetir (dadá, papá etc.). Estimule a produção dos balbucios, imite os sons que a criança faz e proponha novos arranjos.</p> <p>Dê atenção à criança demonstrando que está atento aos seus pedidos. Nesta idade, ela busca chamar a atenção das pessoas, procurando agradá-las e obter a sua aprovação.</p>
<p>Habilidades motoras Movimento de pinça</p> <p>Ficar em pé com apoio e andar</p>	<p>Coloque ao alcance da criança, sempre na presença de um adulto, objetos pequenos como tampinhas ou bolinha de papel, para que ela possa apanhá-los, usando o movimento de pinça (dois dedinhos). Muito cuidado para que ela não coloque esses objetos na boca, no nariz ou nos ouvidos. Não os deixe ao alcance da criança quando um adulto não estiver observando.</p> <p>Deixe a criança no chão para que ela possa levantar-se e ficar em pé se apoiando nos móveis. Realize brincadeiras em que a criança explore o espaço e o ambiente, isso vai aprimorar as outras habilidades já adquiridas que auxiliam na aquisição da marcha.</p>

(continua)

(continuação)

Habilidades a serem estimuladas	Atividades
<p>Habilidades auditivas e comunicativas Imitação</p>	<p>O meio ambiente exerce papel essencial no estímulo das iniciativas de comunicação verbal da criança, que já consegue pedir e receber objetos, mesmo que por gestos indicativos simultâneos à verbalização.</p> <p>Converse com ela e use livros com figuras, mostrando e falando o nome dos objetos e animais. Brinque com a criança com músicas, fazendo gestos (bater palmas, dar tchau etc.), solicitando sua resposta. Utilize objetos para brincar de reproduzir ações de rotina, como tomar banho, pentear os cabelos, cuidar de uma boneca, dirigir, telefonar, entre outras atividades.</p>
<p>Habilidades motoras Encaixar e empilhar objetos</p> <p>Andar</p> <p>Habilidades auditivas e comunicativas Desenvolvendo a fala</p> <p>Habilidades cognitivas Desenhar</p> <p>Autocuidado</p>	<p>Ofereça à criança objetos de diversos tamanhos ou brinquedos de encaixe e cubos. Mostre como encaixar, desencaixar e empilhar os objetos.</p> <p>Crie oportunidades para a criança se locomover. Oportunize que ela ande não só para a frente, como também para trás, por exemplo puxando um carrinho etc. Brinque de chutar bola e fazer gol.</p> <p>Esteja atento à forma como se comunica com a criança, use sempre um modelo de fala correto, assim ela fará os ajustes dentro de suas possibilidades, sempre tentando se adequar ao modelo de fala. Quanto mais estimulada, mais frequentes serão as tentativas de comunicação verbal da criança. Diante de possíveis dificuldades na oralidade, algumas deverão ser estimuladas a desenvolver outras formas de comunicação.</p> <p>Dê à criança papel e giz de cera grosso para que ela inicie os seus rabiscos, estimulando a sua criatividade.</p> <p>Estimule a criança a colocar e tirar suas roupas, inicialmente com ajuda.</p>

(continua)

(continuação)

Habilidades a serem estimuladas	Atividades
<p>Habilidades cognitivas Autocuidado</p>	<p>Continue estimulando a criança para que ela se torne independente em atividades de autocuidado diário, como na alimentação, no momento do banho e de se vestir. Comece a estimulá-la a controlar a eliminação de fezes e urina, em clima de brincadeira, sem exercer pressão ou repreender. Gradativamente, estimule o uso do sanitário.</p>
<p>Desenhar, recortar e colar</p>	<p>Dê oportunidade para ela ter contato com livros infantis, revistas, papel, lápis, giz de cera. Leia, conte historinhas, brinque de desenhar, recortar figuras com tesouras sem ponta e colar.</p>
<p>Habilidades auditivas e comunicativas Desenvolvendo a fala</p>	<p>Estimule-a a brincar com outras crianças, a relatar o que aconteceu momentos antes, recontar histórias por meio de figuras, incentive-a e demonstre interesse por sua comunicação.</p>
<p>Aspectos afetivos e sociais</p>	<p>Faça brincadeiras utilizando bola e peça para a criança jogá-la em sua direção, iniciando, assim, brincadeira envolvendo duas ou mais pessoas. Estimule-a que brinque de faz de conta, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais.</p>

Fonte: Adaptado da Caderneta da Criança, 2013; Caderno de Atenção Básica nº 33, 2012; (TECKLIN, J. S., 2002; BRASIL, 2005; FERREIRA, BEFI-LOPES, LIMONGI, 2005).

Algumas considerações

As eSF/eAB/Nasf apresentam papel muito importante no acompanhamento da saúde integral dessas crianças e suas famílias, incluindo ações como orientação para amamentação, vacinação, atendimentos/consultas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atendimentos domiciliares e atividades dessas equipes nas creches e escolas do território.

A vigilância do desenvolvimento infantil já faz parte da agenda dos profissionais da AB e, além disso, pode ser o primeiro contato ou o contato mais frequente dessas crianças e suas famílias com o serviço de saúde, por isso, num momento com esta magnitude, espera-se que todos os profissionais estejam sensibilizados e atentos para oferecer os cuidados necessários a essas crianças.

O início da estimulação o mais precocemente possível é de fundamental importância para minimizar os efeitos de um possível atraso no desenvolvimento neuropsicomotor causado pela microcefalia, de modo que o papel das eSF/eAB/Nasf no sentido de possibilitar esse início revela-se imprescindível para que estas crianças e famílias tenham acesso ao cuidado de que necessitam.

Neste sentido, o atendimento individual que é oferecido pelas equipes Nasf é necessário para a estimulação precoce e não contradiz a lógica do apoio matricial. Na realidade, o que deve nortear a decisão de como oferecer o atendimento é a necessidade trazida pelo caso e não a seleção prévia das ações disponíveis (atendimento compartilhado, atendimento individual, discussão de casos, articulação com a atenção especializada, visita domiciliar, grupos). Dessa forma, essas ações não são concorrentes entre si, e sim complementares.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Injuries associated with infant walkers. **Pediatrics**, v. 108 n 3, set. 2001, p. 790-2.

BRACCIALLI, L. M. P.; MANZINI, E. J.; REGANHAN, W. G. Contribuição de um programa de jogos e brincadeiras adaptados para a estimulação de habilidades motoras em alunos com deficiência física. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo: ed. UNESP, v. 13, n. 77, 2004, p. 37-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. - (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/protocolo-sas-2.pdf>>. Acesso em 11 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2016/01/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce_Microcefalia.pdf>. Acesso em 11 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 94 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. - (Cadernos de Atenção Básica, nº 39).

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. H. G.; FRANÇA, P. S. **Novos olhares sobre a gestação e a criança até os três anos: saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê**. Brasília: L.G.E., 2002.

DE BEM, L. A.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.

DEMOTT, K. et al. **Clinical guidelines and evidence**: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2006.

FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia** 1. ed. São Paulo: Roca, 2005.

FUJISAWA, D.S.; MANZINI, E.J. Formação Acadêmica do Fisioterapeuta: a utilização das atividades lúdicas nos atendimentos de crianças. **Revista Brasileira de Educação Especial**. Marília, Jan.-Abr. 2006, p. 65-84.

GUIMARÃES, F.A.B. et al. Avaliação de material didático elaborado para orientação de cuidadores e professores de creches sobre o desenvolvimento infantil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 1, 2015, p. 27-40.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Patrones de crecimiento infantil**. Perímetro cefálico para la edad. Disponível em <http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_para_edad/es>. Acesso em: 15 jan 2016.

PEREIRA, C. R. R. **Acordo de paz**: saiba como estimular a boa convivência entre irmãos. Zero Hora, Porto Alegre, 28 abr. 2008, p. 2.

SIQUEIRA, A.C.N. **O Brincar no Desenvolvimento Infantil**. Faculdade Paulistana de Ciências e Letras. Disponível em: http://www.psicopedagogia.com.br/new1_artigo.asp?entrID=380#.Vq60aporIdA. Acesso em: 10 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Andador**: perigoso e desnecessário. Disponível em: <http://www.conversandocomopediatra.com.br/website/paginas/materias_gerais/materias_gerais.php?id=128&> Acesso em: 28 jan. 2016.

TECKLIN, J. S. **Fisioterapia pediátrica**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. 480 p.

VAN SCHAİK, E.E. et al. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 3, 2014, p. 233-241.

ZAGUINI, C.G.S. et al. Avaliação do comportamento lúdico da criança com paralisia cerebral e da percepção de seus cuidadores. **Acta Fisiátrica**, v. 18, n. 4, 2011, p. 187-91.



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br



Ministério da
Saúde

