

# As relações interpessoais precoce no desenvolvimento infantil

Página 4

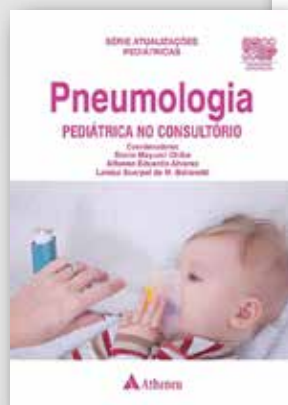


**O dia a dia do consultório pediátrico: como está o desenvolvimento?** • O desenvolvimento é eixo integrador e orientador de uma série de intervenções estratégicas para a saúde da criança • **Página 7**

**A audição no comportamento e desenvolvimento** • A classificação da deficiência auditiva pode se dar sob diferentes pontos de vista já que o diagnóstico envolve muitos aspectos • **Página 9**

# ATUALIZAÇÕES PEDIÁTRICAS

Novas publicações da série em parceria com a Editora Atheneu



CONFIRA NO PORTAL DA SPSP:

[WWW.SPSP.ORG.BR](http://WWW.SPSP.ORG.BR)

**Diretoria Executiva**

Presidente  
Sulim Abramovici  
1º Vice-presidente  
Renata Dejtiar Waksman  
2º Vice-presidente  
Claudio Barsanti  
Secretária-geral  
Maria Fernanda B. de Almeida  
1º Secretário  
Ana Cristina Ribeiro Zollner  
2º Secretário  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck  
1º Tesoureiro  
Mário Roberto Hirschheimer  
2º Tesoureiro  
Paulo Tadeu Falanghe

**Diretoria de Publicações**

Diretora  
Cléa R. Leone  
Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*  
Antonio Carlos Pastorino  
Mário Cícero Falcão

Departamentos colaboradores:  
Pediatria Ambulatorial e Cuidados  
Primários  
Otorrinolaringologia  
Saúde Mental

Informações Técnicas

Produção editorial  
Sociedade de Pediatria  
de São Paulo  
Jornalista responsável  
Paloma Ferraz (MTB 46219)  
Revisão  
Rafael Franco  
Projeto gráfico e diagramação  
Lucia Fontes

Foto de capa:  
© valuvitaly  
depositphotos.com

Periodicidade: bimestral  
Versão eletrônica: [www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)

Contato comercial  
João Batista Vita Neto:  
[joao.vita@apm.org.br](mailto:joao.vita@apm.org.br)  
Malu Ferreira:  
[malu.ferreira@apm.org.br](mailto:malu.ferreira@apm.org.br)

Contato produção  
Paloma Ferraz:  
[paloma@spsp.org.br](mailto:paloma@spsp.org.br)

# Desenvolvimento infantil

Caros colegas, este número do *Pediatra Atualize-se* traz um assunto de grande valor para os pediatras, que têm a função de observar a criança em suas aquisições iniciais. O ato de medir, pesar e colocar em gráficos não é menos importante do que observar comportamentos e atitudes da criança e seus familiares. Os textos que leremos a seguir mostram como é indispensável o olhar do pediatra nos primeiros anos de vida da criança para seu pleno desenvolvimento em todos os aspectos envolvidos.

O conhecimento sobre o adequado crescimento da criança no início da vida e vários estudos na última década demonstram que no mundo a proporção de crianças menores de cinco anos, em países de baixa e média renda, em risco de não alcançar seu potencial de desenvolvimento e baixa estatura atinge quase a metade dessa população.<sup>1</sup> Na fase inicial das crianças, é necessário o cuidado em várias áreas como saúde, nutrição, segurança e proteção, um cuidado ágil e aprendido precoce – fornecidos pelos pais e interações familiares e apoiado por um ambiente que possibilite essas interações.<sup>1</sup> O pediatra se coloca num momento único de observação e orientação para que todas essas áreas sejam incentivadas ao máximo possível.

O comitê científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento publicou diversos documentos com orientações para o pediatra avaliar o crescimento da criança, facilitando uma intervenção mais precoce e que podem completar a leitura desse texto.

O texto produzido pelo Departamento de Saúde Mental é uma primorosa explanação da importância da relação mãe-criança-pai na constituição do psiquismo da criança e sua evolução como ser individual e único.

O último texto aborda o papel da audição no adequado progresso da criança e aponta as características da deficiência auditiva em suas diferentes etiologias e graus de intensidade. Aponta para a importância do reconhecimento e intervenção precoces da deficiência auditiva para o completo desenvolvimento da criança, em conjunto com os outros canais de interação com o meio ambiente, seja visual como tátil-cinestésico. Ao final, apresenta uma lista de fatores de risco para a deficiência auditiva no recém-nascido e que deve ser lembrado para o seu rápido diagnóstico.

Aproveitem a leitura e busquem os instrumentos para a avaliação de seus pequenos pacientes. Lembrem que eles serão o “capital humano” do futuro e as intervenções precoces poderão influenciar a saúde física e mental dessas novas gerações.

**Antonio Carlos Pastorino**  
Editor da Diretoria de Publicações



1. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee. Lancet. 2017;389:77-90.

## sumário

<b>As relações interpessoais precoces no desenvolvimento infantil</b>	<b>4</b>
por Vera Ferrari Rego Barros	
<b>O dia a dia do consultório pediátrico: como está o desenvolvimento?</b>	<b>7</b>
por Adriana Monteiro B. Pires, Lygia Mendes S. Border e Rosa M. Resegue	
<b>A audição no comportamento e desenvolvimento</b>	<b>9</b>
por Manoel da Nóbrega	

# As relações interpessoais precoces no desenvolvimento infantil

por Vera Ferrari Rego Barros

Os primeiros anos na vida de uma criança são essenciais para o seu desenvolvimento. Neste sentido, a família é a principal responsável pelo modo como isso ocorrerá porque é ela que propicia os aportes e estímulos que constituem as bases desse processo, que tem por resultado a transformação desse ser, que de início é puro organismo, em um sujeito de si mesmo, singular, autônomo, responsável e competente para gerir sua vida.

Como acompanhar o desenvolvimento se não através da observação das condições para que ele se processe? Essas condições são dadas pelo cenário da relação pais-bebê, primordiais para a constituição do psiquismo da criança que, por sua vez, é cerne da organização do desenvolvimento em todas as suas vertentes, na medida em que determina um sentido, um propósito e um direcionamento a esse processo.

O desenvolvimento, portanto, não acontece por pura maturação, sendo dependente das interações que o bebê estabelece com o meio. Aí se firma uma relação entre o psiquismo e o desenvolvimento, onde um é suporte do outro. Ao nascimento, este meio com o qual o bebê interage é o meio materno, fazendo da mãe o objeto primordial desse processo. Ao longo do tempo, a intervenção paterna, que de início é de apoio à mãe, torna-se essencial para garantir a necessária separação da dupla e com isso, a autonomia, a individuação e a identidade da criança.

É importante salientar que esse vínculo começa a se constituir muito antes do nascimento do bebê, no momento em que surge o desejo do casal de ter um filho. Esse desejo faz com que os futuros pais imaginem, pensem, falem sobre a criança, já antecipando um lugar especial no romance familiar.

A gestação inspira outros elementos a essa história, em função das experiências muito singulares vivenciadas pela mãe no contato com os movimentos do bebê.

Assim, ao nascer, o bebê já tem uma longa existência nas fantasias dos pais, que dizem respeito as expectativas sobre um filho, ao desejo de serem pais, aos planos para a gravidez, as circunstâncias de sua concepção, as vivências de ambos na gestação e principalmente, ao relacionamento mútuo. Essa história, será parte integrante da existência da criança, determinando a representação que os pais terão dela e o modo como investirão em seu percurso de

vida, alimentando o prazer e a emoção em cuidar e se responsabilizar por ele.

Encontramos aí um aspecto fundamental das interações porque, totalmente dependente de cuidados, se o bebê não tiver quem o ame e se interesse por ele, ele não sobrevive.

**Esse encontro amoroso suscitará um circuito de trocas muito particulares, primordialmente entre o bebê e a mãe, sustentado pelos cuidados com a alimentação, o sono, os desconfortos que ele manifesta, cujo resultado será um ser humano singular, único, dotado de um “eu” capaz de se dirigir aos “outros”. Esse “eu” terá a função de articular todas as funções fundamentais envolvidas no processo de desenvolvimento.**<sup>1</sup>

Esse contexto é sempre singular porque as circunstâncias que motivam o desejo de ter um filho até o seu nascimento nunca se repetem, o que torna único o desenvolvimento emocional de cada criança.

Ao nascer, o bebê vive em um estado de total indiferenciação entre ele e o meio à sua volta, não sabendo aonde termina seu corpo e aonde começa o do outro, como se tudo fosse uma extensão do que ele sente.

Os cuidados com o bebê, modulados a princípio pelas ações da mãe e, mais adiante, pela função delimitadora e ordenadora do vínculo exercida pelo pai, vão possibilitar que ele avance desse estado de não discriminação para a percepção de uma separação entre ele e o outro, entre o que é ele e o fora dele, com a concomitante construção de uma imagem integrada e individualizada de si, que baliza o desenvolvimento das funções do sistema nervoso central em direção a autonomia e ao situar-se como agente nas relações com os outros.

Esse é um longo processo porque, a princípio, quando essa discriminação entre o bebê e outro ainda não se estabeleceu, as sensações e os desconfortos sentidos pelo bebê são experimentados de forma dispersa, de tal modo que seu corpo é percebido como fragmentado, aos pedaços, sem unidade.

Os cuidados maternos com a alimentação, a higiene, o sono e o acolhimento estabelecem os fluxos do funcionamento do corpo do bebê e as percepções das sensações que eles acarretam, possibilitando que ele vá diferenciando o

prazer e o desprazer de cada experiência e se manifeste em consonância com o que sente: é dessa forma que vai se clarificando a fome e a saciedade, o sono e o despertar, a busca pelo prazer do colo, a angústia quando se sente desamparado, desprazer de quando está sujo, entre outras sensações. É assim, também, que vai se constituindo um certo reconhecimento sobre o que é dele e o que não é, com uma percepção mais integrada do seu corpo.

Porém, para o bom desenvolvimento da criança, há algo a mais nesse exercício de maternagem que ultrapassa a mecânica dos cuidados e faz com que as ações da mãe se configurem como uma função que opera mudanças e deslocamentos no psiquismo do bebê.

O que torna essas ações da mãe sobre seu filho fundamentais e estruturantes é que para bem exercê-las, é preciso que haja um interesse particularizado para com ele, o que o torna capaz de mobilizar o desejo da mãe em satisfazê-lo.

**Em um primeiro tempo, amar o filho e desejar satisfazê-lo faz com que a mãe se coloque numa certa identificação com seu bebê, que permite que ela suponha já existir ali um sujeito que pede algo, atribuindo sentidos as suas manifestações quando chora ou se agita, interpretando seus gritos como um apelo dirigido a ela, e respondendo com a ação que poderá satisfazê-lo e acalmá-lo.**

Assim, a mãe antecipa uma subjetividade que ainda não existe no bebê, mas que só poderá acontecer em decorrência dessa suposição inicial.

Isto pode ser observado no diálogo imaginário que a mãe realiza quando está atendendo o bebê e no qual fala em nome do bebê: “Ô, mãezinha, estou com muita fome!” “Pronto, mamãezinha chegou, não precisa chorar mais”. Esse modo de fala materna distingue um lugar para o bebê. Não havendo esse lugar particularizado, não haverá atribuição de significado àquilo que o bebê manifesta<sup>2</sup> e a possibilidade de responder satisfatoriamente ao bebê estará comprometida.

Contudo, há necessidade de uma alternância presença-ausência nos cuidados que não é apenas física. É uma alternância simbólica, porque implica em, mesmo quando a mãe está junto ao bebê que chora, que ela não atenda imediatamente às necessidades do bebê e possa se perguntar do que se trata aquele choro, supondo que possa haver mais de uma resposta para isso e que ela não sabe todas. “Mas, o que ele quer?”

Isso é fundamental para evitar que a mãe atenda ao bebê sempre da mesma forma ou com os mesmos objetos, definidos unicamente pelo desejo que a norteia nos cuidados, o que dificultaria que ele fosse percebendo o que é que lhe acomete. Um bebê, colado aos significados dados pela mãe, não se diferencia dela e, se isto acontece, nunca vai se colocar como protagonista e sim como mero receptor da mensagem do outro, já prenunciando dificuldades para o desenvolvimento, que implica em aquisição de autonomia e de um desejo próprio.



wavebreakmedia | depositphotos.com

**A alternância presença-ausência leva o bebê a perceber a estreita relação entre a presença materna e sua satisfação, fazendo com que a ausência da mãe provoque o surgimento de um desejo endereçado a ela, justamente por sentir a sua falta.<sup>2</sup>**

O bebê percebe que o que lhe garante a satisfação, mais do que a simples presença da mãe, “é que ela o deseja o bastante para se interessar em satisfazê-lo, por isso passa a desejar o desejo da mãe e não a mãe em si”. Este é o ponto essencial para o curso do desenvolvimento porque na busca do desejo materno, a criança se empenha para agradá-la e corresponder a sua expectativa. Dessa forma se põe a falar, andar, aprender, conquistando o mundo aos poucos.

O grito de apelo vai sendo substituído por algo mais específico, que represente a mãe em sua ausência e ao mesmo tempo lhe garanta a junção amorosa com ela. Já se constitui aí uma demanda do bebê dirigida à mãe, que não visa apenas responder às necessidades e cessar o desconforto, mas sim repetir a experiência de prazer e plenitude compartilhada nesses momentos.

**Aí se instaura um circuito de demanda recíproca que pode ser traduzido desta forma: “Eu faço o que você quer e aí você faz o que eu quero”.<sup>2</sup> Podemos afirmar que toda demanda do bebê é uma demanda de amor, do amor do outro para si.**

A experiência da falta, na medida certa, instiga o bebê a inserir de forma gradual, nessa relação, as manifestações de uma demanda pessoal, particularizada. Esse princípio de individualidade conduz a descoberta das palavras como forma de se comunicar e de expressar seu desejo, levando a construção de sua capacidade de pensar e solicitar em nome próprio.

Se a função materna é exercida de modo adequado, ela apresenta flexibilidade suficiente para que a mãe acompanhe a criança em suas necessidades, mas, ao mesmo tempo, possibilitar o amadurecimento do sujeito no percurso para a autonomia, fazendo com que suporte suas próprias angústias e frustrações. Por meio de seus cuidados, a mãe deve gerar na criança a confiança para se sustentar sozinha mais tarde, criando condições para uma separação gradual, oferecendo elementos de suporte ao filho em processo de crescimento físico e emocional. Mas a mãe só consegue se colocar assim se também preservar o lugar do pai nas relações com o bebê.

Neste momento, o ambiente total em que o bebê habita já é composto pelo pai e a mãe. A presença paterna ganha novas versões. Por suas ações, ele ajuda a mãe a sair da simbiose com o bebê, chamando-a para si como esposa; propicia o primeiro vislumbre de integração corporal para o bebê, antecipando o indivíduo unitário que ele virá a ser e ainda fomenta, nos cuidados maternos, a distinção de alguns aspectos relacionados à função paterna, tais como a ordem e a firmeza.<sup>3</sup>

**Neste sentido, a função paterna no processo de constituição da subjetividade e do desenvolvimento da criança deve instaurar uma alteridade, representando o que há fora da relação mãe-bebê.**

A função paterna separa a criança da relação simbiótica com a mãe para incluí-la na cultura e no mundo das relações com o semelhante. Assim, o “não” que o bebê ouve inicialmente da mãe com o objetivo de protegê-lo é um dos primeiros sinais da função paterna na vida da criança.<sup>3</sup>

Com essa separação, a criança é instigada a lançar mão de outros recursos para representar a mãe e a satisfação que ela propicia, ao ser acalmada, tranquilizada e alegrada, o que é observado pelo uso dos fonemas e das palavras específicas que a criança repete para si mesma, mas que também emite para chamar, apontar e expressar o que quer.

Isso abre para a criança um campo ilimitado de substituições e de experiências de prazer no contato com o meio.

**A linguagem adquire então sua dimensão simbólica de representação de uma coisa na ausência desta coisa, o que funda o nosso sistema linguístico e determina o surgimento da fala como meio de comunicação.**

Essas quatro operações - supor um sujeito, alternar entre presença e ausência, estabelecer a demanda e instalar a alteridade - são as que permitem ao bebê resolver suas dificuldades e impasses, por lhe anteciparem uma estrutura de transformações e representações das coisas.<sup>2</sup> Esses diferentes eixos se enlaçam nos cuidados dirigidos à criança, bem como nas produções que a criança realiza. O desenvolvimento da criança, dessa forma, testemunha os efeitos das inscrições que esse investimento parental produziu no sujeito e que servem de matriz simbólica para seu modo de estar no mundo.

**Está assim aberta a via para o desejo de conhecer, experimentar e aprender que, torna tão intenso e rico os primeiros anos de vida da criança. As sucessivas experiências e os aprendizados resultantes se farão em ordem de complexidade crescente, estruturando no cérebro as redes de circuito que representam o que foi aprendido.**

Essas redes servirão como alicerces para o prosseguimento de um desenvolvimento integral do sujeito e, concomitantemente, a sua progressiva maturidade emocional.<sup>4</sup>

## Referências

1. Brasil - Ministério da Saúde. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. (Série Cadernos de Atenção Básica: 11 - Série A Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Ferrari AC, coordenadora [homepage on the Internet]. A mente do bebê: o fascinante processo de formação do cérebro e da personalidade, 2011. pg. 60-5 [cited 2019 Jun 05]. Available from: <http://www2.uol.com.br/vivermente/mentedobebe/>
3. Fulgêncio CD. A presença do pai no processo de amadurecimento. Um estudo sobre D.W. Winnicott. São Paulo, SP [master's thesis]. São Paulo (SP): PUC; 2007.
4. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal [homepage on the Internet]. Livro: Nota 10 Primeira Infância - 0 a 3 anos, 2013. pg. 69-100 [cited 2019 Jun 05]. Available from: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/nota-10-primeira-infancia--0-a-3-anos/>

# O dia a dia do consultório pediátrico: como está o desenvolvimento?

por Adriana Monteiro B. Pires, Lygia Mendes S. Border e Rosa M. Resegue

Segundo Alcântara, 2002<sup>1</sup> a Pediatria é a medicina da criança, isto é, do ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade”. O desenvolvimento, portanto, é um dos pilares da prática do pediatra; eixo integrador e orientador de uma série de intervenções estratégicas para a saúde da criança, como a orientação alimentar ou a prevenção de acidentes. Embora a preocupação com o desenvolvimento tenha estado presente desde os primeiros textos de puericultura publicados, as mudanças sociais recentes, sobretudo a diminuição das taxas de mortalidade infantil e de fecundidade, somadas aos novos conhecimentos derivados da neurociência destacaram a importância da vigilância e da promoção do desenvolvimento da criança na prática do pediatra.<sup>2</sup>

Estudos publicados nas últimas décadas demonstraram a intensa plasticidade cerebral, ou seja, durante toda a vida do indivíduo, mas principalmente nos primeiros anos de vida, a função é capaz de modificar a estrutura cerebral. A plasticidade neuronal nos primeiros anos de vida dá-se principalmente pela criação de sinapses que ocorrerão de acordo com as oportunidades de desenvolvimento a que as crianças são expostas nos seus primeiros anos. É como se as experiências de vida fossem deixando uma assinatura na estrutura cerebral. Sabe-se, por exemplo, que durante o primeiro ano de uma criança, são formadas cerca de 700 a 1.000 sinapses, por segundo. Outro conhecimento importante advindo da neurociência refere-se às chamadas janelas de oportunidade ou períodos sensíveis do desenvolvimento, que seriam as fases mais propícias para o aprendizado de determinadas habilidades.<sup>2</sup>

Esses conhecimentos comprovaram as hipóteses de muitos pesquisadores acerca da importância dos primeiros anos de vida para a saúde dos indivíduos e têm embasado uma série de ações estratégicas focadas para a promoção do desenvolvimento nos diversos níveis de atenção à saúde da criança. Assim, o pediatra assume um papel essencial, seja na atenção individual, orientando e promovendo oportunidades de interação para que as crianças possam se desenvolver de modo pleno, seja como divulgador e orientador para a construção de políticas públicas.

O pediatra em seu consultório tem dois papéis fundamentais em relação ao progresso de seu paciente: a promoção do desenvolvimento e a detecção e intervenção oportunas de alterações desse processo. Essas ações são realizadas por meio da vigilância do desenvolvimento, processo longitudinal composto pelo levantamento das preocupações e questões familiares; pela história das aquisições do desenvolvimento; pela observação cuidadosa da criança; identificação de fatores de risco e protetores; registro das informações e pela orientação para os familiares de oportunidades de interação, de acordo com a faixa etária da criança.<sup>3</sup>

Nessa perspectiva, a anamnese deve detalhar os antecedentes familiares, gestacionais, de nascimento, período neonatal e a presença de morbidades que podem interferir no desenvolvimento da criança. Nos antecedentes pessoais, é importante o questionamento das idades de observação dos marcos do desenvolvimento, o relato do que a criança já consegue realizar no momento da consulta, a verificação do contexto de vida da criança e, principalmente, o levantamento das queixas e preocupações familiares acerca desse processo.<sup>4</sup>



Dado que além da história objetiva, há sempre uma história subjetiva que permeia a maneira como cada criança é acolhida e criada e que essa história é fortemente influenciada pelas vivências anteriores dos principais cuidadores da criança, faz parte da anamnese o conhecimento das histórias de vida dos seus cuidadores e do papel que a criança tem na família.<sup>4</sup>

O olhar para o desenvolvimento da criança inicia-se desde a sala de espera, observando-se sua relação com familiares e estranhos, a maneira como se movimenta, pega objetos, brinca e se expressa.<sup>5</sup> Durante a consulta, é possível observar a autonomia da criança, a maneira como se movimenta, como interage com as pessoas e com os objetos, sua linguagem verbal e não verbal (por exemplo, a troca de olhares com os familiares e o pediatra; a linguagem gestual; a atenção compartilhada) e também a forma como a família fala da criança e se relaciona com ela.<sup>4</sup>

Além da vigilância do desenvolvimento, há ainda diretrizes que apontam a necessidade da realização de testes de triagem em algumas consultas, sobretudo durante os primeiros três anos de vida da criança. Assim, a Academia Americana de Pediatria (AAP), por exemplo, recomenda desde 2007, a Vigilância do Desenvolvimento em todas as consultas, do nascimento aos 3 anos de idade e triagens de rotina, nas crianças de baixo risco, aos 9, 18 e 24 - 30 meses. Recomenda também, a triagem para o Transtorno do Espectro do Autismo aos 18 e 24 meses.

A triagem do desenvolvimento é uma avaliação transversal, breve, realizada por meio de testes com reconhecidas qualidades psicométricas, padronizados e validados numa amostra representativa da população estudada. Os testes de triagem podem ter como objetivo a avaliação global ou a detecção de problemas específicos.<sup>3</sup>

Entre aqueles idealizados para avaliações globais, alguns dos mais utilizados são o *Ages and Stages Questionnaires* (ASQ-3), (Squires J, Bricker D; 2009), o PEDS – *Parents' Evaluation of Developmental Status* (Glascoe, 2003) e o Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II (TTDDII), desenvolvido por Frankenburg e Dodds. O ASQ-3 é o instrumento preconizado pela AAP e já foi traduzido e adaptado culturalmente para o português do Brasil. O PEDS tem tradução para o português de Portugal e de Cabo Verde. O TTDDII é um dos mais utilizados no mundo em decorrência da sua facilidade de aplicação, registro e interpretação e também já foi traduzido e adaptado culturalmente para o português do Brasil. Esses testes são comprados diretamente das empresas responsáveis por sua comercialização.<sup>3</sup>

Em relação aos testes idealizados para a triagem de problemas específicos, o MCHAT R/F (*Modified Checklist for Autism in Toddlers-Revised*) é um dos mais utilizados e tem como objetivo a detecção de crianças com risco para o transtorno do espectro do autismo. O teste foi idealizado para crianças entre 16 e 30 meses, para preenchimento pelos pais ou cuidadores, tem tradução e adaptação cultural para o português do Brasil e está disponibilizado gratuitamente no link: [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2018/04/M-CHAT-R\\_F\\_Brazilian\\_Portuguese.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2018/04/M-CHAT-R_F_Brazilian_Portuguese.pdf)

O IRDI – Indicadores Clínicos de Referência para o De-

envolvimento Infantil é um instrumento criado a partir de um estudo multicêntrico brasileiro, busca observar as interações da criança com seus cuidadores e foi desenvolvido para ser aplicado por faixas etárias de crianças entre zero e os 18 meses de idade.<sup>5</sup>

Em relação ao Brasil, há a preconização do Ministério da Saúde (MS) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) acerca da necessidade do acompanhamento rotineiro do desenvolvimento da criança. Em 2017, foi publicada a Lei 13438/2017 que determina “a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico”.<sup>6</sup> Tanto o MS como a SBP reconhecem a Caderneta de Saúde da Criança como o principal instrumento de vigilância do crescimento e do desenvolvimento da criança.<sup>7</sup> Ela foi implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005 para substituir o Cartão da Criança e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde infantil.<sup>8</sup> Entre outros assuntos, ela aborda de maneira prática a avaliação do desenvolvimento daquela criança.

A primeira parte da caderneta, nos itens “estimulando o desenvolvimento da criança com afeto” e “percebendo alterações no desenvolvimento”, ensina aos pais a estimularem seu filho em cada faixa etária e quando devem ficar atentos. A segunda parte da caderneta é dedicada aos profissionais de saúde que, por meio da avaliação e preenchimento dos itens “principais fatores de risco e alterações físicas associados a problemas do desenvolvimento” e “instrumento de vigilância do desenvolvimento”, podem detectar alterações no desenvolvimento e encaminhar a criança para as avaliações e os tratamentos necessários. Infelizmente esse recurso é muito pouco usado pelos profissionais em nosso meio. Frequentemente as mães trazem as carteiras em branco.<sup>9</sup>

Concluindo, o registro, a avaliação sistematizada e a orientação familiar de oportunidades de interação que promovam o desenvolvimento da criança devem fazer parte de toda consulta de rotina. Diante da suspeita de dificuldades do desenvolvimento e/ou da queixa da família a esse respeito é essencial ampliar a avaliação e indicar a intervenção o mais rapidamente possível.

## Referências

1. Marcondes E, Vaz FA, Ramos JL, Okay Y. *Pediatria básica*: Tomo I, II. São Paulo: Sarvier; 2002.
2. Black MM, Walker SP, Fernald LC, Andersen CT, Di Girolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389:77-90.
3. American Academy of Pediatrics. *Developmental surveillance and screening of infants and young children*. *Pediatrics*. 2001;108:192-6.
4. Sucupira AC, Werner J Jr, Resegue R. *Desenvolvimento*. In: Sucupira AC, Bricks LF, Kobinger ME, Saito MI, Zuccolotto SM, coordenadores. *Pediatria em consultório*. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 22-39.
5. Kupfer MC, Jerusalinsky AN, Bernardino LM, Wanderley D, Rocha PS, Molina S, et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2010;13:31-52.
6. Brasil - Presidência da República [homepage on the Internet]. Lei nº 13438, de 26 de abril de 2017 [cited 2019 Apr 12]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13438.htm).
7. SBP Departamento de Desenvolvimento e Comportamento [homepage on the Internet]. *Caderneta de Saúde da Criança: instrumento de Promoção do Desenvolvimento* [cited 2019 Apr 20]. Available from: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/20493c-GPA\\_-\\_Caderneta\\_de\\_Saude\\_da\\_Crianca.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20493c-GPA_-_Caderneta_de_Saude_da_Crianca.pdf).
8. Universidade Federal de Minas Gerais - Faculdade de Medicina [homepage on the Internet]. Site - Observatório da saúde da criança e do adolescente [cited 2019 Apr 10]. Available from: <https://site.medicina.ufmg.br/observaped/eixos/caderneta-de-saude-da-crianca/>.
9. Brasil - Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. *Saúde da criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento* [cited 2019 Apr 10]. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca> and <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/10/caderneta-2019-menino.pdf>.



# A audição no comportamento e desenvolvimento

por Manoel de Nóbrega

A incidência de deficiência auditiva (DA) em recém-nascidos (RN) saudáveis é estimada entre 1-3 em cada 1.000 nascimentos e em 2-4% nos provenientes de Unidades de Terapia Intensiva.<sup>1</sup>

Dentre as doenças passíveis de serem diagnosticadas ao nascimento por métodos de triagem, a DA apresenta alta prevalência<sup>1</sup> (30:10.000), comparando-se com outras doenças cuja triagem ao nascimento já é rotina, como a fenilcetonúria (1:10.000), o hipotireoidismo (2,5:10.000) e a anemia falciforme (2:10.000).

## Classificação

A classificação da DA pode se dar sob diferentes pontos de vista já que o diagnóstico envolve muitos aspectos:

- **Época de instalação:** pré-natal, perinatal ou pós-natal.
- **Linguagem:** pré-lingual, ocorrendo antes da aquisição do código de linguagem oral ou pós-lingual.
- **Lateralidade:** uni ou bilateral.
- **Simetria:** simétrica ou assimétrica.
- **Duração:** temporária (por exemplo: otite média secretora) ou definitiva (por exemplo: rubéola congênita).
- **Evolução:** pode evoluir de forma estável, progressiva ou flutuante.
- **Tipo de perda:** pode ser condutiva (quando acomete a orelha externa e/ou média, por exemplo: rolha de cerume, otite média secretora, microtia); sensorio-neural (quando a lesão é na orelha interna, por exemplo: rubéola congênita, citomegalovirose congênita, toxoplasmose); neuropatia auditiva (quando envolve o nervo auditivo até a sua conexão no núcleo coclear como, por exemplo: hipóxia neonatal, hiperbilirrubinemia, desordens metabólicas ou degenerativas), neural ou surdez central.
- **Sítio de lesão:** orelha externa, média, interna, nervo auditivo, vias auditivas inferiores, superiores ou córtex.
- **Grau de DA:** refere-se ao grau de intensidade da deficiência. A DA pode ser de grau mínimo (15 a 25 decibéis - dB), leve (25 a 40 dB), moderado (40 a 55 dB), moderadamente severo (55 a 70 dB), severo (70 a 90 dB); profundo (acima de 90 dB).

Pode-se concluir que cada criança portadora de DA tem seu próprio padrão de apresentação e evolução, o que é determinante na elaboração da reabilitação personalizada.

## Etiologia das deficiências auditivas

- **Etiologia genética** é a principal causa de DA no mundo. É mais comum encontrar surdez isolada, sem associação com outras anormalidades (64% dos casos) do que a DA sindrômica (36% - existem mais de 400 síndromes genéticas que cursam com DA). A herança predominante dos quadros isolados é autossômica recessiva, seguida pela herança autossômica dominante e, por fim, ligada ao sexo.
- **Infecções congênitas** somente poderá ser feito através da realização de testes sorológicos de rotina. Principais causas: TORCHES – toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, herpes, lues, Aids, zika, chikungunya.
- **Causas perinatais:** internação em Unidade de Terapia Intensiva por mais de cinco dias, hemorragia ventricular, hiperbilirrubinemia e exsanguinotransfusão, hipóxia e anóxia, baixo-peso, incubadora, drogas ototóxicas, dentre outros.
- **Infecções adquiridas:** catapora (varicela zooster), caxumba, sarampo e meningite. A meningite é a principal etiologia de DA adquirida na criança e pode ser reduzida por meio de programas de vacinação e diagnóstico precoce.

## Avaliação audiológica do recém-nascido

O Comitê Multiprofissional de Saúde Auditiva (COMUSA),<sup>1</sup> 2010, recomenda a utilização de métodos eletrofisiológicos em ambas as orelhas para a realização da triagem auditiva. A avaliação auditiva deve ser realizada preferencialmente antes da alta da maternidade (Fluxograma 1 e 2).

As emissões otoacústicas evocadas (EOA) são os registros da energia sonora gerada na orelha interna em respostas aos sons. Avalia-se a integridade das células ciliadas externas na cóclea para sons de fraca intensidade. O potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE) é o registro das ondas eletrofisiológicas geradas nas vias auditivas em resposta ao som. Avalia-se a integridade neural das vias auditivas até o tronco encefálico.

## Reabilitação auditiva no recém-nascido

O diagnóstico da DA deve conduzir à reabilitação, ou seja, encaminhamentos para conduta médica, fonoaudiológica, genética, dentre outros. Devem-se priorizar as condutas terapêuticas específicas, individualizadas. Doenças

distintas (por exemplo: meningite e rubéola congênita) podem causar o mesmo tipo de DA (por exemplo: DA profunda, bilateral); uma mesma doença (por exemplo: meningite) pode causar diferentes tipos de DA (DA unilateral, bilateral, assimétrica, estável, progressiva); ou seja, cada tipo de DA terá seu próprio padrão de evolução.

A reabilitação deve ser o mais precoce possível, de preferência antes dos seis meses de idade, para que se aproveite o máximo da plasticidade neuronal das vias auditivas e das etapas da aquisição da fala e da linguagem. A privação ou alteração da audição afeta o desenvolvimento de comunicação e aprendizagem, neuromotor e cognitivo.

Deve-se utilizar todos os canais de comunicação e aprendizagem que se utilizam na criança que não apresenta problema, como a visão, a audição e o sentido tátil-cinestésico. A reabilitação auditiva da DA é feita através de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), um para cada orelha afetada e, em casos mais específicos, de implantes cocleares.

Recomenda-se a integração da equipe de médicos e fonoaudiólogos responsáveis pelo diagnóstico médico, avaliação audiológica e intervenção com seleção de AASI e terapia de fonoaudiologia, para acompanhamento de cada criança identificada e diagnosticada positivamente para a DA.

### Indicadores de risco para a deficiência auditiva no recém-nascido<sup>1,2</sup>

- Preocupação dos pais com o desenvolvimento da criança, da audição, da fala ou linguagem;

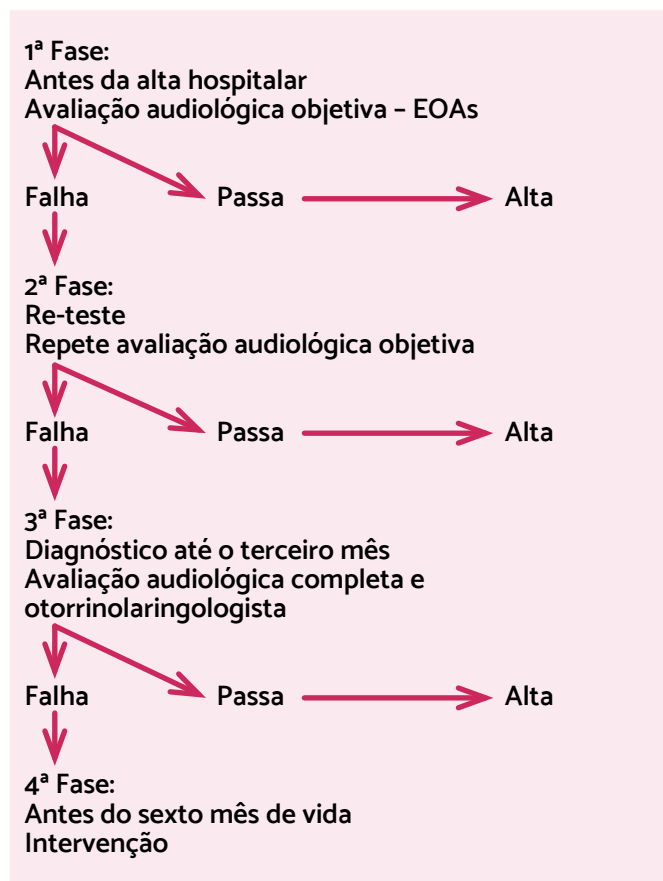
- História de casos de surdez permanente na família, com início desde a infância, sendo assim considerado como risco de hereditariedade. Os casos de consanguinidade devem ser incluídos nesse item;
- Permanência na UTI por mais de cinco dias ou qualquer uma das seguintes condições, independentemente do tempo de permanência na UTI: ventilação extracorpórea; ventilação assistida; exposição a drogas ototóxicas, como antibióticos aminoglicosídeos ou diuréticos de alça; hiperbilirrubinemia; anóxia peri-natal grave; Apgar neonatal entre 0 e 4 no primeiro minuto ou 6 no quinto minuto; peso ao nascer inferior a 1.500 gramas; pré-termo ou pequeno para idade gestacional;
- Infecções congênicas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis, HIV);
- Anomalias craniofaciais envolvendo orelha e osso temporal;
- Síndromes genéticas que usualmente expressam deficiência auditiva (Wardenburg, Alport, Pendred);
- Distúrbios neurodegenerativos (ataxia de Friedreich, síndrome de Charcot-Marie-Tooth);
- Infecções bacterianas ou virais pós-natais, como citomegalovírus, herpes, sarampo, varicela e meningite;
- Traumatismo craniano;
- Quimioterapia.

### Referências

1. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva - COMUSA. Braz J Otorrinolaringol. 2010;76:121-8.
2. Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention Programs. Pediatrics. 2007;120:898-921.

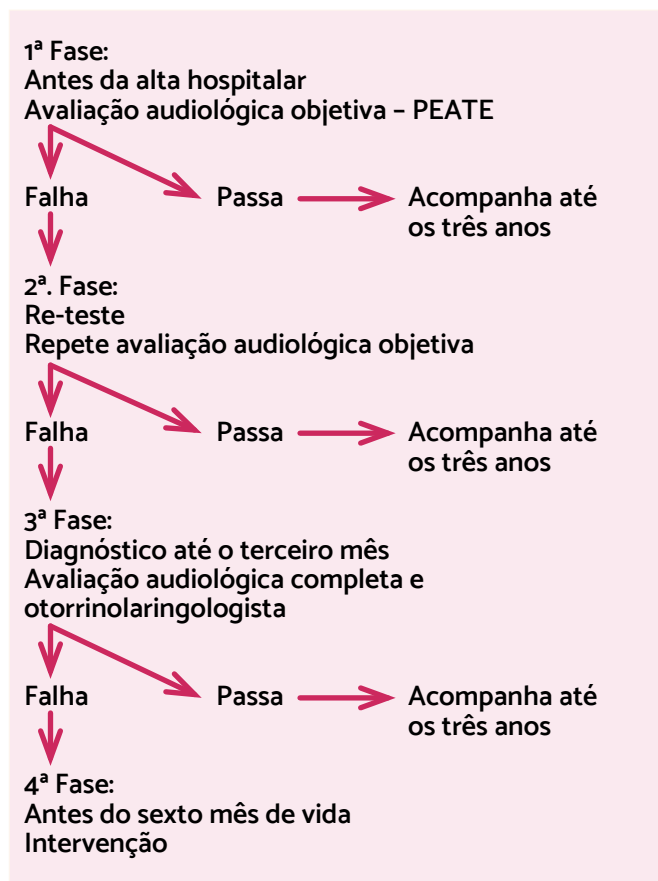
### Fluxograma 1

#### Triagem auditiva neonatal - neonatos de baixo-risco



### Fluxograma 2

#### Triagem auditiva neonatal - neonatos de alto-risco





**Juntos pela  
amamentação**

**AGOSTO DOURADO**

Sociedade de Pediatria de São Paulo



**Empoderar mães e pais. Favorecer a amamentação.**

Esse é o tema da Semana Mundial da Amamentação 2019, definido pela Aliança Mundial para Ação em Amamentação (WABA, sigla em inglês). Adotar uma abordagem inclusiva, que contemple os pais, parceiros, famílias, locais de trabalho e comunidade, é fundamental para criar um ambiente propício e favorecer o aleitamento materno.

**AGOSTO DOURADO | JUNTOS PELA AMAMENTAÇÃO**

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo  
pela promoção do aleitamento materno.



A Organização Mundial da Saúde aponta que 41 milhões de crianças menores de cinco anos estão acima do peso.

É um dado alarmante e a SPSP está empenhada para que esse número seja drasticamente reduzido.

A conscientização é imprescindível para prevenir a obesidade infantil e outros problemas decorrentes de uma alimentação inadequada.



COMBATE À  
**obesidade Infantil**  
**SETEMBRO LARANJA**

Sociedade de Pediatria de São Paulo