

# recomendações

**Atualização de Condutas em Pediatria**

nº **43**

Departamentos Científicos da SPSP,  
gestão 2007-2009.



Departamento de  
Gastroenterologia

**Avaliação  
clínica da dor  
abdominal  
aguda**

Departamento de Pediatria  
Ambulatorial e Cuidados Primários

**Desenvolvimento  
da criança**



**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Alameda Santos, 211, 5º andar  
01419-000 São Paulo, SP  
(11) 3284-9809

# Desenvolvimento da criança

**D**e acordo com Alcântara (2002), a Pediatria pode ser definida como a “medicina da criança, isto é, do ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade”. O desenvolvimento é, portanto, um atributo da criança, sendo sua vigilância eixo integrador das ações de saúde direcionadas para essa população.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, nos países em desenvolvimento, cerca de 200 milhões de crianças menores de cinco anos não estão se desenvolvendo na plenitude do seu potencial. Estima-se que aproximadamente uma em cada oito crianças apresenta alterações do desenvolvimento que podem interferir de forma significativa em sua qualidade de vida e inclusão na sociedade.

## Definição

A concepção de desenvolvimento encontra-se vinculada à concepção de identidade humana presente nas diversas

teorias. Há sempre um eixo norteador que pode ser reconhecido nas diversas teorias e práticas, qualquer que seja o aspecto do desenvolvimento estudado.

Historicamente, o desenvolvimento foi concebido ora como um processo imutável, determinado pela maturação e hereditariedade do indivíduo (concepção inatista), ora como resultado das influências externas do seu meio (concepção ambientalista). Esse confronto de modelos nunca conseguiu explicar a riqueza do processo do desenvolvimento humano. Atualmente, o desenvolvimento é compreendido como o resultado da interação dinâmica e ativa entre o indivíduo e o seu contexto histórico (individual e coletivo), cultural e social. Desde os primeiros momentos de vida, a criança é um agente ativo capaz de influenciar as relações das quais participa. A predominância do aspecto biológico-maturation está presente apenas nos primeiros anos de vida da criança, principalmente

### Autora:

Rosa Resegue Ferreira da Silva

### DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA AMBULATORIAL E CUIDADOS PRIMÁRIOS

Gestão 2007-2009

### Presidente:

José Gabel

### Vice-Presidente:

Ana Cristina R. Zollner

### Secretário:

Elisete Miguel José Junqueira

### Membros:

Angélica M. Bicudo Zeferino,  
Antonio de Azevedo Barros Filho,  
Lucia Ferro Bricks,  
Marco Antonio Barbieri,  
Paulo Tadeu Falanghe,  
Renato Minoru Yamamoto,  
Rosa Resegue Ferreira da Silva,  
Rudolf Wechsler,  
Tadeu Fernando Fernandes.

nas aquisições motoras, mas mesmo estas dependem das interações vividas pela criança e os outros indivíduos de seu grupo social.

Assim sendo, o desenvolvimento pode ser definido como o processo de construção da identidade humana que resulta da interação entre as influências biológicas (próprias da espécie e do indivíduo), a história de vida e o contexto cultural e social de cada indivíduo.

## **O pediatra e o desenvolvimento da criança**

A atenção ao desenvolvimento baseia-se nas ações voltadas à promoção do desenvolvimento normal, à detecção e intervenção precoces de possíveis alterações e à inclusão na sociedade das crianças com alterações definitivas no seu desenvolvimento. Essas ações, na maior parte das vezes, remetem à necessidade do envolvimento de outros profissionais e de outros setores da comunidade.

## **Promoção do desenvolvimento**

O conhecimento a respeito do processo de desenvolvimento é uma das espe-

cificidades do pediatra, que deve estar familiarizado com a dimensão filogenética, relacionada às características de desenvolvimento próprias da nossa espécie; à dimensão ontogenética, que define a trajetória dos indivíduos da nossa espécie; com a sociogênese, que contextualiza o processo de desenvolvimento no seu momento histórico e dentro de relações sociais; e com a microgênese, que seria o percurso até a construção de determinado comportamento e a sequência singular do processo em cada indivíduo. Esses conhecimentos particularizam a atuação do pediatra em vários aspectos estratégicos da atenção à criança, como a sistematização da consulta (incluindo a anamnese e o exame físico) de acordo com a faixa etária, a orientação alimentar, a prevenção de acidentes, as orientações quanto à disciplina, rotina de vida e hábitos.

Promover o desenvolvimento da criança significa compartilhar esses conhecimentos com a família e, sempre que possível, com a criança, antecipando períodos de maior dificuldade e de regressão no desenvolvimento humano

não acontece de forma linear, há períodos importantes de crise e de regressão.

Compartilhar requer compreensão e respeito quanto às diferenças culturais, ao modo de vida das famílias e à diversidade de temperamento dos pais. Uma mesma criança despertará reações e sentimentos diversos de acordo com o temperamento dos pais, suas histórias (incluindo as suas próprias relações parentais) e o momento de vida de cada um dos membros da família. Da mesma maneira, uma mesma família despertará reações e sentimentos diferentes de acordo com a história do pediatra, com seu local de atuação e com o período de sua vida. Nesse sentido, mais do que orientações é preciso haver o diálogo entre o pediatra e as famílias para que as decisões de cuidado sejam particularizadas para cada criança e façam, de fato, sentido para as famílias. Para dialogar é necessário haver escuta e, principalmente, a suposição da singularidade de todos os participantes da consulta, incluindo a do próprio médico.

Uma das especificidades da Pediatria é a relação médico-paciente estabelecida

que, quase sempre, ocorre de forma triangular: médico, família e paciente. Família e demais cuidadores são essenciais para a qualidade dos cuidados prestados, mas o paciente do pediatra é a criança. Assim sendo, para promover seu desenvolvimento, o pediatra necessita perceber a criança como um sujeito desde os primeiros meses de vida, favorecendo a vivência de suas particularidades, compreendendo seus aspectos singulares de interagir, de reagir às situações de estresse (inclusive às doenças) e, principalmente, possibilitando à criança a expressão de suas demandas.

### **Detecção e intervenção precoces**

O desenvolvimento inicial da criança tem sido alvo de preocupação crescente, particularmente em decorrência dos estudos realizados a partir da década de 1990 acerca da plasticidade cerebral. A neuroplasticidade pode ser definida como a propriedade do Sistema Nervoso Central de modificar seu funcionamento e reorganizar-se de acordo com modificações ambientais ou lesões.

Enfoque especial tem sido dado à criança até os seis anos de idade, devido às características do desenvolvimento cerebral que, nessa época, encontra-se em franco processo de maturação (o que lhe confere grande vulnerabilidade), mas também de intensa plasticidade, o que favorece a recuperação e a reorganização orgânica e funcional, fatores que decrescem de forma acentuada nos anos posteriores.

A intensa neuroplasticidade nos primeiros anos é responsável pela plasticidade fisiológica ou adaptativa, que facilita a recuperação e a aquisição de funções afetadas e, também, em algumas situações, pela plasticidade patológica ou mal adaptativa, que surge em consequência à reorganização a favor de algumas funções, dificultando o desenvolvimento de outras. Em idades precoces, a capacidade do cérebro é maior nos dois sentidos, o que reitera a importância do diagnóstico precoce. A evolução das crianças com alterações de desenvolvimento depende, portanto, em grande parte, do momento da detecção e do início da intervenção. Quanto menor o tempo de privação

dos estímulos, maior será o aproveitamento da plasticidade cerebral e potencialmente menores serão as consequências das alterações apresentadas. Nessa perspectiva, o pediatra pode exercer um papel determinante no prognóstico de desenvolvimento da criança ao encaminhá-la precocemente para uma equipe multiprofissional de intervenção, mesmo que ainda não haja um diagnóstico definitivo.

As várias partes do cérebro desenvolvem-se com intensidades diferentes e em épocas diferentes, o que acarreta períodos em que a resposta é mais acentuada para tipos específicos de aprendizado. Embora o período crítico seja o dos primeiros anos de vida, dentro dessa fase há períodos mais sensíveis para cada um dos sistemas cerebrais, como a instalação de ambliopia, em defeitos oculares não corrigidos até os 5 anos de idade ou a aquisição de uma segunda língua com a mesma fluidez dos nativos de um local até a puberdade.

Finalmente, é preciso destacar que o cérebro humano, concebido como uma estrutura dinâmica, desenvolve-se de maneiras diferentes em resposta às experiências vi-

vidas, havendo evidências do grande impacto dos cuidados recebidos nos primeiros anos de vida. As primeiras experiências da criança – vivenciadas na sua maior parte na relação com sua mãe ou substituta, responsável por sua sobrevivência e bem-estar – são fundamentais para o seu desenvolvimento.

### **Inclusão das crianças com alterações definitivas do desenvolvimento (crianças com deficiência)**

O pediatra pode exercer um papel decisivo na inclusão da criança com deficiência. Essa atuação inicia-se desde o momento da suspeita da presença de alterações, estendendo-se à comunicação do diagnóstico para a família, ao acolhimento das angústias familiares e à inclusão da criança no sistema de saúde, educacional e nos outros setores da comunidade.

Desde a concepção, o bebê já está inscrito na vida mental de seus pais. Ao nascimento, a criança é portadora da promessa de realização das ambições não alcançadas por eles. O nascimento de

uma criança com algum tipo de deficiência ou a confirmação diagnóstica no decorrer da infância gera o luto da perda da criança saudável e com ele uma série de sentimentos ambíguos, como: negação, culpa, revolta ou depressão. Todo nascimento representa a perda de uma criança imaginária. Situações desse tipo atuam no simbólico, agora com uma criança que não se concretiza ou o faz por meio da angústia de sua fragilidade e da incerteza de seu futuro. Em muitas situações, as famílias relacionam-se às deficiências apresentadas pela criança e não conseguem perceber sua singularidade. É papel do pediatra favorecer a percepção da criança com deficiência por sua família e pela comunidade como um sujeito, inclusive como um sujeito de direitos.

Historicamente, a atenção dispensada às crianças com deficiência foi realizada por entidades filantrópicas, sem a ocorrência de um modelo que propusesse a inclusão desses cuidados nos sistemas de saúde regionais. As crianças com deficiência necessitam de cuidados específicos, de acordo com seu diagnóstico, mas também es-

tão sujeitas aos problemas de saúde próprios de sua idade. É preciso, portanto, que o pediatra esteja instrumentalizado para incluir a criança com deficiência na sua rotina de cuidados.

Finalmente, o pediatra apresenta papel estratégico como interlocutor com outros profissionais responsáveis pelos cuidados da criança, com a escola – esclarecendo suas potencialidades e peculiaridades e com outros setores da comunidade, promovendo a construção coletiva das providências necessárias para que todos os indivíduos, com ou sem deficiência, tenham acesso à convivência no espaço comum.

## **A avaliação do desenvolvimento**

A avaliação do desenvolvimento é parte integrante da consulta pediátrica; inicia-se no momento em que a família entra no consultório e deve prolongar-se durante a anamnese e o exame físico da criança, sendo algumas vezes necessária sua continuidade em outras consultas, assim como o parecer de outros profissionais. Em um estudo realizado com amostra representativa da

população de crianças norte-americanas entre quatro e 35 meses, observou-se que apenas 57% das famílias entrevistadas referiam que seus filhos haviam sido submetidos a algum tipo de avaliação do desenvolvimento durante as visitas ao pediatra. As famílias que referiam que o pediatra havia realizado a avaliação do desenvolvimento dos seus filhos relatavam maior satisfação com os cuidados recebidos, maior tempo de consulta e mais orientações antecipatórias quanto ao desenvolvimento da criança, quando comparadas com aquelas que não referiam a ocorrência da avaliação.

No Quadro 1, observam-se alguns dados importantes a serem questionados na anamnese da criança. As questões propostas são apenas guias que devem ser individualizados para cada família. É importante evitar a realização de interrogatório exaustivo, procurando sempre haver um período de escuta livre, sem interrupções, para maior percepção das questões familiares. Durante a anamnese, é possível observar a maneira como os familiares fazem alusão à criança, como ela é carregada ou como se porta

## Quadro 1. Dados importantes da anamnese

- Contexto familiar e social – história de vida dos pais e dados atuais, incluindo a relação do casal e as atribuições de cada um, nos cuidados com a criança.
- Momento da família em que a criança foi gerada.
- Fantasias da mãe e de outros familiares sobre a criança, durante a gestação.
- Intercorrências durante a gravidez.
- Uso de drogas durante a gestação.
- Peso de nascimento.
- Idade gestacional.
- Intercorrências perinatais.
- Mudanças ocorridas nas relações familiares após o nascimento da criança.
- Intercorrências nos primeiros meses de vida – cólicas, transtornos alimentares, distúrbios de sono.
- Interrogatório alimentar – dificuldades na amamentação, introdução de alimentos complementares, aceitação alimentar atual.
- Hábitos da criança: chupeta, sucção do dedo, “paninho” e outros.
- Características do sono da criança: onde dorme, com quem, presença de despertar noturno, terror noturno ou outras alterações.
- Brincadeiras preferidas.
- Relacionamento com irmãos e outras crianças.
- Responsável pelos cuidados da criança.
- Rotina de vida – importante pedir para que a família (ou a própria criança) relate um dia típico na vida da criança.
- Dados relacionados à disciplina – ideias de disciplina da família, reação da criança, história dos pais com sua família em relação aos limites impostos, sustentação do pai ou da mãe às ordens emitidas pelo outro.
- Antecedentes mórbidos.
- Dados relacionados às aquisições das habilidades.
- Opinião da mãe e de outros familiares a respeito do desenvolvimento da criança.

no consultório e sua interação com os cuidadores presentes na consulta.

A opinião dos familiares em relação ao desenvolvimento da criança é fundamental. Há consenso na literatura de que os pais, na maioria das vezes, são bons observadores e detectores acurados de possíveis alterações no processo evolutivo de seus filhos.

No exame físico, no caso de lactentes, é importante observar como a mãe segura a criança, como a despe, seu posicionamento durante todo o exame e o que faz para apaziguar a criança nos momentos de choro. Nas crianças maiores, pode-se também observar seu grau de autonomia, pedindo, por exemplo, que tire alguma parte de sua roupa. Nas crianças com alterações de desenvolvimento, algumas características observadas no exame físico podem auxiliar no processo diagnóstico, sendo importante observar os parâmetros antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico), a ocorrência de malformações, alterações dermatológicas e a palpação abdominal à procura de visceromegalias.

A avaliação sensorial e a avaliação sistematizada das

habilidades apresentadas pela criança finalizam o processo de avaliação durante a consulta. O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, complexo e de difícil mensuração, em que há grande interdependência entre os vários domínios de funções que o compõem. Nesse sentido, a utilização de testes de triagem pode servir como elemento complementar, desde que realizados no contexto da consulta (e não como método isolado) e analisados com base no modo de vida de cada criança.

Na literatura, são inúmeras as publicações existentes, sendo a maioria baseada na Escala de Gesell. O Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver (ITDD), um dos mais utilizados, foi reformulado em 1990, sendo conhecido como Denver II. Trata-se de um método de triagem para crianças entre o nascimento e os seis anos de idade, para confirmação de suspeitas na avaliação subjetiva do desenvolvimento e para monitorização do desenvolvimento de crianças com risco de apresentar alterações. Compõe-se por 125 itens distribuídos em quatro domínios de funções: pes-

soal-social, motor-adaptativo, linguagem e motor grosseiro. O TTDD não foi validado para as crianças brasileiras, o que dificulta sua utilização. Por ser um teste de triagem, não deve ser usado como teste de inteligência, como preditivo do desenvolvimento posterior da criança ou como teste diagnóstico. No Quadro 2, estão registrados alguns itens a serem observados no desenvolvimento da criança até os dois anos de idade.

Finalizando, é preciso destacar que a avaliação do desenvolvimento é um processo dinâmico, que pressupõe a participação ativa do exami-

nador. É importante observar a ocorrência das habilidades e também sua qualidade e funcionalidade, atentando-se para o que a criança consegue fazer sozinha e com a ajuda de outras pessoas. A contextualização da avaliação é importante, na medida em que existem caminhos diferentes para o processo de desenvolvimento, sendo algumas habilidades mais favorecidas em determinados grupos sociais. Em tempos de pós-modernidade, são muitos os papéis das crianças, sendo importante conceber a experiência humana em toda a sua diversidade.

### Quadro 2. Alguns marcos do desenvolvimento

#### 2 meses

- Observa um rosto.
- Segue objetos ultrapassando a linha média.
- Reage ao som.
- Vocaliza (emite sons que não o choro).
- Eleva a cabeça e a mantém a 45°.
- Sorri.

#### 4 meses

- Observa sua própria mão.
- Segue com o olhar até 180°.
- Emite sons em resposta.
- É capaz de manter um diálogo vocal com a mãe ou cuidadora.
- Grita.
- Sentada com apoio, sustenta a cabeça.
- Agarra um brinquedo quando colocado na sua mão.

## **6 meses**

- Tenta alcançar um brinquedo.
- Procura objetos fora do alcance (segure um objeto que chame a atenção da criança, deixe-o cair. Observe se a criança procura pelo objeto na direção de sua queda).
- Volta-se para o som.
- Rola no leito.
- Inicia uma interação (Tenta chamar a atenção da mãe através do sorriso, vocalização, gestos, pedido de colo).

## **9 meses**

- Transfere objetos de uma mão para outra.
- Pinça polegar-dedo.
- Balbucia.
- Senta sem apoio.
- Estranhamento (tem preferência por pessoas de seu convívio).
- Brinca de esconde-achou.

## **12 meses**

- Bate palmas, dá adeus.
- Combina sílabas.
- Fica em pé.
- Pinça completa (polpa-polpa).
- Segura o copo ou a mamadeira.

## **15 meses**

- Primeiras palavras.
- Primeiros passos.
- É ativo e curioso.

## **18 meses**

- Anda.
- Rabisca.
- Obedece a ordens.
- Nomeia objetos.

## **24 meses**

- Sobe escadas.
- Corre.
- Frases simples (dá água, quer papar).
- Retira uma vestimenta.
- Tenta impor sua vontade.