

# **AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SENSORIAL, COGNITIVO E PSICOSSOCIAL DE LACTENTES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE<sup>1</sup>**

**Maria do Socorro Távora de Aquino<sup>2</sup>; Flávia Paula Magalhães Monteiro<sup>3</sup>.**

## **RESUMO**

O desenvolvimento infantil é um fenômeno amplo, contínuo, dinâmico e de difícil mensuração. O objetivo desse estudo foi avaliar o desenvolvimento sensorial, cognitivo e psicossocial de lactentes no contexto da atenção primária em saúde. Utilizou-se como método a pesquisa de natureza transversal e de caráter descritivo e exploratório, com análise quantitativa, realizada em três unidades básicas de saúde de três municípios do maciço de Baturité. A amostra constituiu-se de 75 lactentes (1-24 meses). Os participantes foram submetidos ao Teste de Denver II, que avalia quatro áreas do desenvolvimento neuropsicomotor: motor-grosso, motor fino-adaptativo, linguagem e pessoal-social. Porém, só foram avaliados no estudo esses dois últimos domínios, para direcionar o cuidado, avaliando-se especificamente o desenvolvimento cognitivo e psicossocial e por último, o sensorial. Como resultados alcançados, a maioria das crianças apresentou teste compatível com desenvolvimento normal para pessoal-social (94,7%), cognitivo (86,7%) e sensorial, em que todas as capacidades sensoriais apresentaram em média mais de 90% dos testes realizados com êxito em cada cidade com exceção do paladar e olfato, pois muitos testes não foram possíveis serem testados. Conclui-se que, a maioria das crianças apresentou desenvolvimento normal, em todos os domínios avaliados e estes resultados não diferiram significativamente entre as cidades avaliadas. No entanto, algumas se encaixavam na zona de risco, o que remete à necessidade de uma maior atenção nos cuidados com o desenvolvimento.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento infantil; Enfermagem; Lactente.

---

<sup>1</sup> Trabalho submetido para obtenção de grau de bacharel em enfermagem pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB); <sup>2</sup> Graduada em Enfermagem pela UNILAB, e-mail: socorrotavora1@hotmail.com; <sup>3</sup> Doutora e Professora adjunta pela UNILAB, e-mail: flaviapmm@unilab.edu.br.

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um fenômeno amplo, contínuo, dinâmico e de difícil mensuração. Sofre influências de fatores extrínsecos (ambientais, sociais e culturais) e intrínsecos (alterações neurológicas, genéticas ou hereditariedade). Dessa forma, torna-se imperiosa uma avaliação mais direcionada sob a utilização de instrumentos padronizados e acessíveis.

Somando-se a isso, teoricamente, a avaliação completa do desenvolvimento infantil integra diferentes domínios, o que possibilita ao enfermeiro uma interpretação obscura sobre dados/informações, comprometendo a identificação de problemas e intervenções em saúde precocemente. Dessa forma, no âmbito do sistema de classificação das taxonomias em enfermagem, tem-se observado a utilização dos fenômenos crescimento e desenvolvimento separadamente (HEDMAN; KAMITSURU, 2012).

Nesse sentido, ressalta-se que o desenvolvimento infantil pode ser avaliado em vários domínios, tais como: físico, sensorial, cognitivo e psicossocial. Este último caracteriza-se pela forma como as crianças interagem com as pessoas do seu convívio e o meio no qual está inserida. Assim como, está diretamente ligado à construção da personalidade da mesma e sua capacidade de se tornar aos poucos um ser autônomo, capaz de enfrentar seus próprios problemas (CRÓ; PINHO, 2011).

Nesse contexto, o domínio cognitivo se refere à avaliação da capacidade intelectual da criança, tendo a linguagem como uma das formas de avaliá-lo. Esta é compreendida como o principal meio de socialização, aprendizado e integração a cultura do meio em que se está inserida. O desenvolvimento linguístico engloba condições biológicas, mas depende da influência de fatores ambientais e sociais presentes em contextos nos quais as pessoas são primariamente inseridas, como a família, a creche e os abrigos (LABANCA *et al*, 2015).

Com relação ao desenvolvimento sensorial, os lactentes apresentam as chamadas capacidades sensoriais iniciais em que são consideradas áreas do córtex cerebral que são responsáveis pela análise inicial de informações sensoriais (BUFFONE; EICKMAN; LIMA, 2016).

Portanto, torna-se importante realizar essa avaliação do desenvolvimento cognitivo, psicossocial e sensorial dissociada do desenvolvimento físico o qual envolve avaliação mais quantitativa por meio de dados antropométricos, avaliação das habilidades motoras grossas e finas e reflexos primitivos, por serem fenômenos amplos. Em virtude disso, os enfermeiros

apresentam dificuldade em avaliá-los e de realizar uma inferência diagnóstica, devido sua complexidade.

Dessa forma, ao surgir alterações nesses domínios, podem levar ao atraso no desenvolvimento. Porém, para que sejam detectados problemas, a criança deve passar por vigilância contínua, atrelado a testes de triagem, que muitas vezes podem detectar problemas precocemente, ou mesmo acompanhar o atraso quando este já estiver instalado, por meio de instrumentos padronizados (SILVA *et al*, 2011).

Com base nisso, o enfermeiro, no contexto da atenção primária à saúde, é responsável por realizar as consultas de puericultura, que tem como principal foco o acompanhamento do desenvolvimento infantil. Contudo, diante da complexidade desse fenômeno, muitos desses profissionais apresentam dificuldades para realizá-lo de forma plena, devido limitações relacionadas à falta de instrumentos padronizados para avaliar apenas o desenvolvimento infantil, dissociado do domínio físico.

Sendo assim, o enfermeiro ao avaliar o desenvolvimento infantil de forma geral, se depara com algumas dificuldades como: a falta de aprofundamento do fenômeno estudado, levando a dificuldade em mensurar todos os itens que compõe essa avaliação; o próprio desconhecimento profissional; além da falta de recursos materiais para realização dos itens necessários a avaliação. Portanto, ao avaliar de forma separada esses fenômenos, o enfermeiro poderá realizar uma avaliação mais completa, o que se configura necessária para realização de intervenções mais adequadas e conhecimento dos limites desta avaliação na sua prática profissional, pois o que tem se observado em estudos recentes são encaminhamentos de problemas que o próprio enfermeiro poderia intervir, porém, encaminha por desconhecer os limites de sua atuação (SILVA *et al*, 2017).

Dessa forma, a Academia Americana de Pediatria recomenda que até os três anos de idade devem ser realizados testes de triagem nas crianças, para que sejam detectados precocemente alterações. Visto que, o valor gasto com diagnóstico precoce de atraso no desenvolvimento, por meio de avaliações e intervenções é bem menos oneroso do que tratar uma um diagnóstico tardio (COELHO *et al*, 2016).

Portanto, na literatura são observados diversos tipos de instrumentos para avaliar o desenvolvimento infantil, dentre eles um dos mais utilizados é o Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (TTDD-II), devido sua aplicação em vários âmbitos, inclusive nas unidades de atenção primária à saúde por ser considerado de fácil e rápida aplicação, podendo ser utilizado pelo enfermeiro nas consultas de puericultura, atrelado ao teste de avaliação sensorial, proporcionando um direcionamento do cuidado (SILVA *et al*, 2011).

A partir disso, o objetivo do estudo foi avaliar o desenvolvimento sensorial, cognitivo e psicossocial de lactentes no contexto da atenção primária em saúde.

## **2. METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo de natureza transversal e de caráter descritivo e exploratório, com análise quantitativa.

A população do estudo foi constituída por crianças na fase de lactente (1 a 24 meses), atendidas em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), localizados em três cidades do maciço de Baturité, no estado Ceará, Brasil.

O período da coleta de dados foi compreendido entre os meses de março e abril de 2018 nos dias das consultas de puericultura. A coleta era realizada em uma sala privativa disponibilizada pela UAPS, por uma dupla de estudantes de enfermagem. Durante a coleta, um avaliador ficava responsável pelo preenchimento do instrumento e o outro realizava os testes com os lactentes. Essa operacionalização ocorria antes do atendimento de cada criança, sem comprometer o fluxo das consultas de puericultura. Nestas unidades eram atendidas em média 25 crianças, mensalmente. Dessa forma, foi obtida uma amostra de 75 lactentes.

A amostra foi recrutada por conveniência e estabelecida por meio dos seguintes critérios de inclusão: a) ser atendida em alguma das instituições, lócus do estudo; b) encontrar-se na faixa etária entre 1 mês a 2 anos de idade (lactentes). Enquanto o critério de exclusão utilizado foi a criança ter algum tipo de deficiência que impossibilitasse a testagem de algum item que deveria ser avaliado.

Com a anuência dos responsáveis, aqueles lactentes que atendiam a todos os critérios de inclusão eram avaliados por meio do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (TTDD-II) (ANEXO I) e da avaliação sensorial (APÊNDICE A), além de serem avaliados com base num instrumento com variáveis sociodemográficas, gestacionais, obstétricas e do cuidador e alimentação do lactente.

O TTDD-II foi designado para ser um método de triagem em crianças entre o nascimento e os seis anos de idade. É composto por 125 itens, que combinam observação direta e relato dos responsáveis, estão organizados em quatro domínios: a) pessoal-social; b) linguagem; c) adaptativo – motor fino e d) motor grosso. Porém, foram avaliados nas crianças apenas os dois primeiros itens para haver um maior direcionamento do cuidado.

Portanto, foram avaliados os domínios: a) Pessoal-social e b) linguagem. O primeiro tópico possui no total de 25 itens para sua avaliação. No entanto, para a faixa etária estudada há apenas 18 itens. Já no segundo, relacionado à linguagem, há um total de 39 itens, sendo apenas 28 itens correspondentes à faixa etária de lactentes. Os materiais utilizados para

realização dos testes foram: chocalho; figuras: gato, cachorro, pássaro e menino; boneca pequena de plástico, bola de futebol, copo com boca larga e colher.

O TTDD-II é analisado da seguinte forma: passou (se a criança conseguir realizar a tarefa ou o cuidador relatar que ela faz); falhou (se a criança não conseguir realizar a tarefa ou se o cuidador relatar que ela não é capaz de fazê-la); sem oportunidade (se a criança não teve oportunidade de realizar a tarefa devido a restrições dos cuidadores ou por outras razões) e recusa (se a criança recusa-se a cumprir a tarefa).

Portanto, para analisá-lo foram consideradas as seguintes classificações para cada item testado: normal (quando a criança executa a atividade prevista para a idade ou não executa uma atividade realizada por menos de 75% das crianças da mesma idade); cuidado (quando a criança não executa ou se recusa a realizar atividade que já é feita por 75 a 90% das crianças daquela idade); atraso (quando a criança não executa ou se recusa a realizar atividade que já é executada por mais de 90% das crianças que têm sua idade).

Já com relação à interpretação final de cada domínio avaliado, é realizado da seguinte forma: normal (quando a criança não apresenta nenhum “atraso” ou um cuidado no máximo); Risco (quando apresenta dois ou mais “cuidados” e/ou um ou mais “atrasos”); Não testável (quando a criança se recusa a realizar a atividade em um ou mais itens com a linha da idade) (MORAES, 2010).

Por fim, avaliação do desenvolvimento sensorial foi criada a partir de informações da literatura, reunidas de forma a constituir um material que avalie todos os sentidos (tato, olfato, paladar, audição e visão), voltados para a faixa etária de lactente, colocando-se o modo de prosseguir com cada teste e como avaliar os resultados.

Já na avaliação do desenvolvimento sensorial foram utilizados alguns objetos sonoros ou visuais, além de alimentos com odor forte e sabor cítrico para realização dos testes. Para analisa-la, foram utilizadas as seguintes classificações: realiza (quando a criança consegue realizar todos os testes propostos, com êxito), realiza parcialmente (quando a criança não realiza completamente o teste) não realiza os testes (não conseguiu realizar os testes esperados para sua faixa etária).

Os dados foram organizados em banco construído em planilhas software Excel 2013 e analisados estatisticamente no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0. Sendo calculado, de acordo com a forma que a variável for avaliada, a frequência, porcentagem, média, mínimo, máximo e desvio padrão.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética, segundo a Resolução 466/12, sob o número do parecer 2.691.714. Todos os responsáveis pelos lactentes foram

informados sobre os objetivos estabelecidos e possíveis riscos que a pesquisa poderia acarretar e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 75 crianças na fase lactente atendidas em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em três municípios do maciço de Baturité, sendo estes: Acarape, Redenção e Itapiúna.

A seguir, a tabela 1 apresenta informações acerca da caracterização social e alimentar dos lactentes de acordo com cada cidade e no geral.

**Tabela 1** – Caracterização pessoal e alimentar de lactentes atendidos em três UBS nas respectivas cidades e no geral. Acarape, Redenção, Itapiúna, Ceará, Brasil, 2018. (n=75).

Variáveis	Acarape (n=25)		Redenção (n=25)		Itapiúna (n=25)		Geral (n=75)	
	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>								
Masculino	18	72,0	13	52,0	14	56,0	45	60,0
Feminino	07	28,0	12	48,0	11	44,0	30	40,0
<b>Naturalidade</b>								
Acarape	08	32,0	00	0,0	00	0,0	08	10,7
Redenção	05	20,0	18	72,0	00	0,0	23	30,7
Fortaleza	08	32,0	02	8,0	05	20,0	15	20,0
Maracanaú	04	16,0	05	20,0	01	4,0	10	13,3
Baturité	00	0,0	00	0,0	18	72,0	18	24,0
Itapiúna	00	0,0	00	0,0	01	4,0	01	1,3
<b>Idade</b>								
≤6 meses	12	48,0	12	48,0	19	76,0	43	57,3
De 6 a 12 meses	04	16,0	8	32,0	5	20,0	17	22,7
>12 meses	09	36,0	5	20,0	1	4,0	15	20,0
<b>Calendário de vacinação</b>								
Atualizado	24	96,0	21	84,0	23	92,0	68	90,7
Desatualizado	01	4,0	04	16,0	00	0,0	05	6,7
N/ observado <sup>1</sup>	00	0,0	00	0,0	02	8,0	02	2,7
	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>
<b>Idade</b>	8,4	[6,3]	8,9	[5,7]	5,9	[4,8]	7,7	[5,7]
<b>Perfil alimentar do lactente</b>								
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Alergia alimentar</b>								
Sim	01	4,0	02	8,0	02	08	05	6,7
Não	24	96,0	23	92,0	23	92	70	93,3

<b>Em AME<sup>3</sup></b>								
Sim	06	24,0	06	24,0	12	48	24	32,0
Não	19	76,0	19	76,0	13	52	51	68,0
<b>Período de AME<sup>3</sup></b>								
Até 1 mês	06	24,0	05	20,0	05	20,0	16	21,3
>1 e ≤4 meses	08	32,0	06	24,0	04	16,0	18	24,0
>4 e ≤6 meses	05	20,0	08	32,0	02	8,0	15	20,0
>6 meses	00	0,0	00	0,0	02	8,0	02	2,7
Está em AME <sup>3</sup>	06	24,0	06	24,0	12	48,0	24	32,0
<b>Em AM<sup>4</sup></b>								
Sim	22	88	18	72,0	22	88,0	62	82,7
Não	3	12	07	28,0	03	12,0	13	17,3
	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>2</sup>]</b>
<b>Período médio de AME<sup>3</sup></b>	3,1	[2,1]	3,7	[2,3]	3,0	[2,5]	3,3	[2,6]
<b>Período AM</b>	6,2	[1,0]	5,2	[3,7]	5,7	[5,5]	4,7	[3,7]

<sup>1</sup> Não observado : não pôde ser observado, pois a responsável não portava a caderneta de saúde da criança; <sup>2</sup> DP: desvio Padrão; <sup>3</sup>AME: Aleitamento materno exclusivo; <sup>4</sup>AM: Aleitamento materno; \*Fonte: próprio autor.

Conforme observado na tabela 1, o número de lactentes do sexo masculino (60%) se sobressaiu em relação ao feminino (40%), em todas as cidades e, conseqüentemente, na avaliação geral.

Quanto à naturalidade dos lactentes, em cada cidade participante do estudo há uma naturalidade específica que se sobressai, sendo assim: Em Acarape o predomínio é na própria cidade (32%) e em Fortaleza (32%); Em Redenção, também os nascimentos acontecem na própria cidade (72%); Já em Itapiúna, a maioria das crianças nasceu em Baturité (72%).

Considerando a idade dos lactentes, constatou-se uma variação de 1 mês até 24 meses de idade, com média de 7,7 meses ( $\pm 5,7$ ).

Em relação ao perfil alimentar, apenas cinco lactentes (6,7%), na avaliação geral, possuíam alergia a algum alimento. Quando se analisa o número de lactentes que estão em AME, as cidades de Acarape e Redenção demonstraram o mesmo quantitativo (24%). Enquanto Itapiúna possui o dobro de crianças mamando exclusivamente (76%). Por outro lado, em todas as cidades, o período médio em que a criança encontra-se em AME foi de 3,3 meses ( $\pm 2,6$ ).

A seguir, está disposta a tabela 2, que apresenta variáveis voltadas para os aspectos sociais, econômicos, ambientais, gestacionais, obstétricos e de saúde dos responsáveis pelos lactentes de acordo com cada cidade e avaliação geral.

**Tabela 2** – Caracterização sociodemográfica, pessoal, gestacional, obstétrica e de saúde dos responsáveis pelos lactentes atendidos em três UBS nos respectivos municípios e no geral. Acarape, Redenção e Itapiúna, Ceará, Brasil, 2018 (n=75).

Variáveis	Acarape		Redenção		Itapiúna		Geral	
	N	%	n	%	n	%	n	%
<b>Caracterização pessoal e sociodemográfica</b>								
<b>Responsável</b>								
Mãe	21	84,0	25	100,0	25	100,0	71	94,7
Avó	03	12,0	00	0,0	00	0,0	03	4,0
Tia	01	4,0	00	0,0	00	0,0	01	1,3
<b>Ocupação</b>								
Do lar	15	60,0	08	32,0	17	68,0	23	30,7
Autônomo	03	12,0	03	12,0	04	16,0	07	9,3
Estudante	04	16,0	03	12,0	00	0,0	06	8,0
Agricultor	00	0,0	02	8,0	03	12,0	05	6,7
Outros <sup>1</sup>	03	12,0	09	36,0	01	4,0	34	45,3
<b>Condições de moradia</b>								
Própria	17	68,0	18	72,0	18	72,0	53	70,7
Alugada	07	24,0	02	16,0	06	24,0	17	22,7
Cedida	01	4,0	03	12,0	01	4,0	05	6,7
<b>Tipo de casa</b>								
Alvenaria	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0
<b>Estado civil</b>								
C/companheiro <sup>2</sup>	19	76,0	21	84,0	21	84,0	61	81,3
S/companheiro <sup>3</sup>	06	24,0	04	16,0	04	16,0	14	18,7
<b>Idade</b>								
De 18 a 30 anos	20	80,0	19	76,0	18	72,0	57	76,0
>30 anos	05	20,0	06	24,0	07	28,0	18	24,0
<b>Escolaridade</b>								
Analfabeto	01	4,0	00	0,0	02	8,0	03	4,0
EF <sup>4</sup> incompleto	02	8,0	05	20,0	03	12,0	10	13,3
EF <sup>4</sup> completo	04	16,0	02	8,0	04	16,0	10	13,3
EM <sup>5</sup> incompleto	06	24,0	04	16,0	05	20,0	15	20,0
EM <sup>5</sup> completo	09	36,0	08	32,0	10	40,0	27	36,0
ES <sup>6</sup> incompleto	03	12,0	06	24,0	00	0,0	09	12,0
ES <sup>6</sup> completo	00	0,0	00	0,0	01	4,0	01	1,3
<b>Doenças mentais</b>								
Sim	01	4,0	00	4,0	01	0,0	02	2,7
Não	24	96,0	25	96,0	24	100,0	73	97,3
<b>Doenças no geral</b>								
Sim	04	16,0	07	28,0	04	16,0	15	20,0
Não	21	84,0	18	72,0	21	84,0	60	80,0
<b>Vícios<sup>7</sup></b>								
Tabagista	05	20,0	02	8,0	01	4,0	08	10,7
Alcoolista	07	28,0	10	40,0	10	40,0	27	36,0
Drogadicta	01	4,0	00	0,0	00	0,0	01	1,3
	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>
<b>Idade</b>	27,1	[8,0]	25,9	[6,0]	26,3	[6,0]	26,4	[6,6]
<b>Renda familiar</b>	722,9	[583,3]	939,1	[681,5]	721,5	[867,9]	794,5	[718,2]

<b>Escolaridade</b>	9,4	[3,3]	10,4	[2,8]	9,1	[3,3]	9,6	[3,1]
<b>Características gestacionais e obstétricas da mãe</b>								
<b>Realizou pré-natal</b>								
Sim	25	100	25	100	25	100	75	100
<b>Nutrição na gravidez</b>								
Adequada	19	76	16	64	19	76	54	72,0
Sobrepeso	06	24	08	32	05	20	19	25,3
Desnutrida	00	00	01	04	01	04	02	02,7
<b>Gravidez</b>								
Desejada e planejada	09	36	10	40	11	44	30	40,0
Não planejada	16	64	15	60	14	56	45	60,0
<b>Intercorrências gestacionais</b>								
Sim	09	36	08	32	05	20	22	29,3
Não	16	64	17	68	20	80	53	70,7
<b>Classificação RN<sup>9</sup></b>								
Pré termo	05	20	01	04	02	08	08	10,7
A termo	18	72	21	84	20	80	59	78,7
Pós termo	00	00	02	08	02	08	04	05,3
Não lembra	02	08	01	04	01	04	04	05,3
	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>	<b>Média</b>	<b>[DP<sup>8</sup>]</b>
<b>Nº consulta pré-natal</b>	8,0	[1,7]	7,8	[2,5]	9,2	[3,3]	8,3	[2,6]
<b>Nº de filhos(partos)</b>	1,8	[1,1]	1,9	[1,2]	1,9	[1,4]	1,9	[1,2]
<b>Idade materna no parto atual</b>	25,0	[5,9]	25,3	[5,8]	25,8	[6,1]	25,4	[5,9]
<b>Idade gestacional</b>	38,9	[2,1]	40,1	[1,6]	39,7	[2,2]	39,6	[2,0]
<b>Comprimento ao nascer</b>	48,3	[2,2]	49,2	[3,0]	49,7	[3,2]	49,1	[2,9]
<b>Peso ao nascer(g)</b>	3099,2	[490,2]	3412,4	[727,8]	3142,1	[826,6]	3260,2	[592,0]

<sup>1</sup>Funcionário público, Funcionário privado, desempregado; <sup>2</sup>Vive com companheiro; <sup>3</sup>Vive sem companheiro; <sup>4</sup>EF: Ensino fundamental; <sup>5</sup>EM: Ensino médio; <sup>6</sup>ES: Ensino Superior; <sup>7</sup>Considerando se tem ou já teve o vício em algum momento da vida; <sup>8</sup>DP: Desvio Padrão; <sup>9</sup>RN: recém-nascido. \*Fonte: próprio autor.

Conforme observado na tabela 2, em todas as cidades do estudo, as mães eram predominantemente as responsáveis pelos cuidados do lactente no ambiente domiciliar. Grande parte das mães entrevistadas, no geral, tinham como ocupação os afazeres do lar (30,7%), sendo sete mães autônomas (9,3%) e seis (8%) eram estudantes.

Em relação às condições de moradia da família do lactente, houve predomínio da casa própria (70,7%) e de alvenaria (100%) em todas as cidades do estudo.

O índice de escolaridade das responsáveis foi, em média, de 9,6 anos ( $\pm 3,1$ ), variando entre pessoas que nunca haviam estudado e outras que já haviam cursado o ensino superior. No que se refere ao estado conjugal dos responsáveis, grande parte vivia com o companheiro (81,3%).

A renda familiar mensal era, em média, de 794,5,9 reais, ( $\pm 718,2$ ), variando entre 100,00 reais no mínimo e 3500,00 no máximo. Para isso, ressalta-se que o valor do salário mínimo atual é de 954,00 reais.

Em relação à saúde, a maioria das mães relatou não ter problemas de saúde: 80% e 97,3%. Entre os vícios relatados, o álcool se sobressaiu (36%) em todas as cidades, essa classificação refere-se as mães que ingerem ou já ingeriram bebidas alcoólicas.

Referente às características gestacionais e obstétricas das mães: tinham em média 1,9 (1,2) filhos, variando entre um e sete filhos. A maioria dos lactentes do estudo nasceu a termo (78,7%), sendo que 29,3% das mães apresentaram complicações durante a gestação, como infecção urinária, pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional, predominantemente. Em relação ao planejamento familiar, em todas as três cidades houve predomínio de gestação não planejada (60%).

Na sequência, a tabela 3 apresenta as informações da avaliação do desenvolvimento psicossocial dos lactentes, realizado através do teste de TTDD-II.

**Tabela 3** – Avaliação do desenvolvimento psicossocial de lactentes atendidos em 3 UBS nos respectivos municípios e no geral. Acarape, Redenção, Itapiúna, Ceará, Brasil, 2018.

Variáveis	Acarape (n=25)		Redenção (n=25)		Itapiúna (n=25)		Geral (n=75)	
	n	%	n	%	N	%	n	%
<b>Resultados (frequência)</b>								
Passou	89	81,6	90	76,3	62	71,3	242	77,1
Falhou	20	18,3	29	24,6	24	27,6	141	44,9
Sem oportunidade	04	3,7	01	0,8	01	1,1	06	1,9
Total	109	100,0	118	100,0	87	100,0	314	100,0
<b>Avaliação dos resultados<sup>1</sup></b>								
Normal	107	98,2	115	97,4	81	93,1	303	96,5
Cuidado	01	0,9	03	2,5	05	5,7	09	2,7
Atraso	01	0,9	00	0,0	01	1,1	02	0,6
<b>Avaliação geral dos resultados</b>								
Normal	23	92,0	25	100	23	92,0	71	94,7
Risco de atraso	2	8,0	0	0	2	8,0	4	5,3
<b>Testes realizados</b>								
	Média	[DP <sup>2</sup> ]	Média	[DP <sup>2</sup> ]	Média	[DP <sup>2</sup> ]	Média	[DP <sup>2</sup> ]
<b>Resultados<sup>3</sup></b>								
Passou	3,6	[2,1]	3,6	[1,9]	2,4	[1,2]	3,2	[1,8]
Falhou	0,8	[1,3]	1,1	[0,8]	2,0	[1,1]	2,0	[1,2]
Sem oportunidade	0,2	[0,4]	0,0	[0,2]	0,0	[0,2]	0,1	[0,3]
Total	4,6	[2,1]	4,7	[1,8]	3,4	[1,2]	4,2	[1,8]



Passou	5,0	[2,5]	3,5	[1,9]	2,4	[1,2]	3,2	[1,8]
Falhou	2,4	[2,0]	1,1	[0,8]	2,0	[1,0]	2,0	[1,1]
Sem oportunidade	0,0	[0,2]	0,0	[0,2]	0,0	[0,2]	0,0	[0,3]
Total	7,2	[2,3]	4,7	[1,8]	3,4	[1,2]	0,1	[0,3]

<sup>1</sup>Considerando a média por lactente; <sup>2</sup>DP: Desvio Padrão; <sup>3</sup>De acordo com cada item testado. \*Fonte: Próprio autor.

Conforme disposto na tabela 4, a avaliação da linguagem apresentou um total de 542 testes, destes, 364 (67,1%) foram realizados com êxito pelos lactentes, seguidos de 178 (32,8%) que falharam sua realização. Contudo, apesar deste quantitativo de falhas 93,9% dos testes na *avaliação do dos resultados* foram considerados normais.

Já na *avaliação geral*, 10 lactentes (13,3%) apresentaram risco de atraso, ou seja, a criança apresentou dois ou mais “cuidados” ou/e um ou mais “atrasos” em sua avaliação.

A seguir, está disposta a tabela 5 apresenta informações acerca do desenvolvimento sensorial dos lactentes.

**Tabela 5:** Avaliação do desenvolvimento sensorial de lactentes atendidos em três UBS dos respectivos municípios e no geral. Acarape, Redenção, Itapiúna, Ceará, Brasil, 2018.

Avaliação sensorial	Acarape (n=25)		Redenção (n=25)		Itapiúna (n=25)		Geral (n=75)	
	n	%	N	%	n	%	n	%
<b>Tato</b>								
Realizado	24	96,0	24	96,0	24	96,0	72	96,0
N/ realizado <sup>1</sup>	01	4,0	01	4,0	01	4,0	03	4,0
N/ testado <sup>2</sup>	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
<b>Olfato</b>								
Realizado	11	44,0	16	64,0	10	40,0	37	49,3
N/ realizado <sup>1</sup>	01	4,0	04	16,0	14	56,0	19	25,3
N/ testado <sup>2</sup>	13	52,0	05	20,0	01	4,0	19	25,3
<b>Paladar</b>								
Realizado	16	64,0	20	80,0	12	48,0	48	64,0
N/ realizado <sup>1</sup>	01	4,0	00	0,0	02	8,0	03	4,0
N/ testado <sup>2</sup>	08	32,0	05	20,0	04	44,0	24	32,0
<b>Audição</b>								
Realizado	24	96,0	25	100,0	25	100,0	74	98,7
N/ realizado <sup>1</sup>	01	4,0	00	0,0	00	0,0	01	1,3
N/ testado <sup>2</sup>	00	0,0	00	0,0	00	0,0	00	0,0
<b>Visão</b>								
Realizado	22	88,0	25	100,0	23	92,0	70	93,3
N/ realizado <sup>1</sup>	02	8,0	00	0,0	02	8,0	04	5,4
N/ testado <sup>2</sup>	01	4,0	00	0,0	00	0,0	01	1,3

<sup>1</sup>Não realizado; <sup>2</sup>Não testado. \*Fonte: próprio autor

Com base no exposto na tabela 5, as classificações utilizadas para todas as habilidades sensoriais foram categorizadas em “realizado”, “não realizado” e “não testado”. Dessa forma, a maioria dos testes foram realizados plenamente, tanto de forma geral, como em cada cidade,

sobretudo a avaliação do tato, visão e audição, no qual mais de 90% das crianças realizaram com êxito.

Por outro lado, na avaliação do sentido do paladar, 32% das crianças receberam a classificação de “não testado”, por estarem em aleitamento materno exclusivo. A avaliação do olfato também recebeu esta classificação em todas as cidades do estudo, apresentando 19% no geral, em virtude da falta do material em alguns dias das coletas.

#### **4. DISCUSSÃO**

No geral, na avaliação do desenvolvimento infantil, observa-se que o sexo masculino foi predominante (60%). Os lactentes apresentaram idade média de 7 meses, variando entre 1 mês no mínimo e 24 meses no máximo. Corroborando com os dados apresentados, uma pesquisa realizada utilizando o TTDD-II também, mostrou o sexo masculino como sendo predominante (COSTA; CAVALCANTE; DELL’AGLIO, 2015).

Em relação à naturalidade, houve a predominância das cidades de Fortaleza, Redenção e Baturité, por serem referência das cidades estudadas, respectivamente, Acarape, Redenção e Itapiúna.

Relacionado ao perfil alimentar, é importante destacar que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) está indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) até os seis meses. Sendo conceituado como a ingestão de leite materno pela criança, sem adição de água, chás, sucos e outros líquidos ou sólidos. Portanto, sua prevalência está associada a boas condições gerais de saúde e de nutrição da população infantil, sugerindo sua potencial resistência a infecções. Já o Aleitamento materno (AM), deve permanecer até os 2 anos, associado com a alimentação complementar (BRASIL, 2013).

A média de AME na amostra estudada (3,3 meses) foi maior que a média nacional, sendo 54,1 dias (1,8 meses), segundo o último estudo realizado pelo ministério da saúde sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo no Brasil em 2008. Já a duração do AM no estudo em questão foi menor que a média nacional, que foi de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009).

Relacionado ao contexto neonatal e os fatores ambientais, Zago et al (2017) afirma que estes fatores desempenham importante papel no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, tais como: pertencer a famílias menos favorecidas economicamente, pois terão menor acessibilidade a serviços de saúde, nutrição, educação e cultura; A escolaridade materna também é um fator que interfere, pois no estudo realizado por esse mesmo autor foi percebido que quanto maior o nível de escolaridade, maior o fator de proteção para o desenvolvimento infantil. Assim, sugere-se que o maior acesso a informações esteja relacionado com uma

maior disponibilização de brinquedos e, conseqüentemente, a uma melhor estimulação; A construção familiar monoparental associou-se, neste estudo, ao pior desenvolvimento da criança, especialmente quanto à linguagem. Portanto, mostrou-se a importância da presença materna e paterna como preditores do desenvolvimento infantil típico. Nesse contexto, tem-se que crianças de mães que convivem com companheiro no ambiente familiar possuem maior estimulação e apresentam melhor desenvolvimento da linguagem.

Para corroborar com o estudo, Cavalcante *et al* (2017) realizou uma pesquisa buscando encontrar fatores que interferem na relação mãe e filho, portanto, seus achados foram: baixa escolaridade; problemas mentais maternos, como ansiedade e depressão; não ter planejado a gravidez e ingerir bebidas alcoólicas. Dessa forma, esses dois últimos problemas citados pelo autor, foram dados que se mostraram alarmantes no presente estudo, principalmente, relacionado ao não planejamento da gestação, pois nas três cidades avaliadas houve este predomínio.

Com relação à ocupação do responsável, a maioria se ocupava com os afazeres do lar e grande parte das mães (94,7%) eram responsáveis pelos cuidados da criança em domicílio. Dessa forma, esses dados revelam a estreita relação entre mãe e filho, devido a figura da mãe ter se sobressaído como responsável em domicílio. Isso pode ter se configurado devido ao fato de a maioria das mães terem como ocupação as atividades do lar, proporcionando, assim, um contato mais estreito entre o binômio mãe-filho.

Portanto, essa oportunidade da criança ter a mãe próxima, principalmente no ambiente domiciliar estreitará o relacionamento afetivo entre os dois, essa relação é essencial ao longo dos primeiros anos de vida, pois a criança poderá se desenvolver de modo saudável, devido a presença da figura materna. Do contrário, poderá acarretar prejuízos ao desenvolvimento infantil, gerando alterações nos níveis cognitivo, emocional e social (CAVALCANTE *et al*, 2017).

A classificação para idade gestacional pode ser compreendida em pré-termo (<37 semanas), a termo (37-42 semanas) e pós-termo (> 42 semanas). Dessa forma, no presente estudo a grande maioria (78,7%) dos lactentes nasceram no período a termo, sendo este um fator positivo para o desenvolvimento infantil.

O TTDD-II, é um dos instrumentos mais utilizados por profissionais para avaliar o desenvolvimento das crianças, por apresentar bons índices de validade e confiabilidade (0,99 interobservador e 0,9 em teste reteste)(SILVA *et al*, 2011; SIGOLO; AIOLLO, 2011).

Segundo Moraes *et al* (2010), a aplicação cotidiana do teste de TTDD-II facilitaria o acompanhamento das possíveis falhas encontradas no desenvolvimento neuropsicomotor das

crianças, permitindo o estabelecimento de programas de intervenção que visem à prevenção de distúrbios.

Dessa forma, um estudo avaliou o desenvolvimento infantil por meio do TTDD-II, utilizando dados de prontuários, demonstrou que o desenvolvimento pessoal-social foi um dos domínios que estavam adequados nessas crianças e elencou fatores de riscos associados ao atraso no desenvolvimento como lesão cerebral, prematuridade e baixo peso ao nascer (BOM FIM *et al*, 2016).

O desenvolvimento psicossocial é entendido como reações pessoais em relação ao ambiente social que a criança vivencia, quanto à realização das tarefas cotidianas envolvendo a organização dos estímulos, o manuseio, a interação social e a compreensão do contexto (RIBEIRO *et al*, 2016).

Na amostra estudada, foram encontrados resultados positivos no domínio pessoal-social, visto que apenas 4 lactentes (5,3%) apresentaram “risco para o atraso” no desenvolvimento, enquanto os demais foram considerados normais. Destaca-se a cidade de Redenção sem casos de atraso, na amostra estudada. Seguidos de 44,9% dos testes apresentaram falha, e apenas 2,7% cuidado.

Já na avaliação da linguagem por meio do TTDD-II, a amostra estudada apresentou resultados positivos nessa avaliação, visto que apenas 10 lactentes obtiveram “risco para atraso”. Contrapondo esses dados, uma pesquisa realizada por Zago *et al* (2017), mostrou que a linguagem foi o domínio com a maior porcentagem de cuidado e/ou atraso. Em decorrência da falta de estimulação por parte dos responsáveis e de promover um ambiente de aprendizagem para a criança.

Outro estudo para corroborar com o último dado apresentado, reforça a linguagem como o único domínio dos avaliados pelo TTDD-II, que apresentou a caracterização “cuidado” entre as crianças. Também, destacando este resultado em decorrência da deficiência de estimulação dos responsáveis. Ressalta ainda que crianças cujos pais têm hábito de leitura e de dialogar com elas, começam a falar mais cedo, formam frases mais complexas e aprendem a ler mais facilmente. Portanto, a introdução de práticas de estimulação, orientações para os pais e os cuidadores ampliam as chances da criança na aquisição de ritmo normal do desenvolvimento (CARNEIRO; BRITO; SANTOS, 2011).

Na avaliação sensorial, não houve alteração significativa em nenhum dos itens avaliados. Contrapondo isso, um estudo realizado com 182 lactentes analisou as repercussões das alterações sensoriais sobre o desenvolvimento cognitivo. Portanto, esses dois domínios estão interligados, pois a criança utilizará sua capacidade cognitiva para desenvolver suas

habilidades sensoriais, como sua capacidade de tocar nos objetos utilizando o tato, de ouvir, enxergar as coisas ao seu redor, e sentir odores. Portanto, foi constatado que há realmente repercussões negativas relacionadas ao atraso cognitivo em lactentes que apresentam processamento sensorial em risco, e este último tem a prematuridade como um fator de risco (BUFFONE; EICKMAN; LIMA. 2016).

## **5. CONCLUSÃO**

Os resultados do estudo revelam que a maioria das crianças apresentou desenvolvimento normal, em todos os domínios avaliados e estes resultados não diferiram significativamente entre as cidades avaliadas. Contudo, o número de “falhas nos testes”, “cuidados” e “risco de atraso”, podem sugerir prejuízos no desenvolvimento infantil, sendo necessária uma constante vigilância a essas crianças.

Como limitações, pode-se citar o fato de O TTDD- II ser um teste de triagem e não ter função diagnóstica, mas sim de indicar a necessidade de uma investigação mais profunda. No entanto, ele tem sido muito utilizado pela agilidade e facilidade na aplicação e por proporcionar um direcionamento sobre o desenvolvimento da criança.

Outra limitação do estudo foi a falta de materiais que impossibilitaram a realização dos testes na avaliação sensorial para o olfato de algumas crianças, configurando-se como um viés para esta avaliação.

Portanto, o presente estudo visa sensibilizar o enfermeiro, principalmente no contexto da atenção primária a saúde, a praticar a vigilância e realizar triagem do desenvolvimento infantil como parte de sua rotina de trabalho, a fim de detectar precocemente atrasos no desenvolvimento infantil possibilitando intervenções mais precoces. Além de permitir uma avaliação mais completa, o que se configura necessária para realização de suas intervenções mais adequadas e conhecimento dos limites desta avaliação na sua prática profissional. Visto que se tem observado encaminhamento de problemas relacionados à deficiência no desenvolvimento infantil, que o próprio enfermeiro poderia intervir e encaminha por desconhecer os limites de sua atuação.

## **6. REFERÊNCIAS**

ANDRADE, J. L.; NEGREIROS, M. M. Suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em crianças menores de um ano atendidas em uma unidade de saúde da família de Rio Branco (Acre). **Rev APS**, v. 16, n.1, p. 60-65, 2013.

BUFFONE, F. R. R. C; EICKMAN, S.H; LIMA, M. C. **Processamento sensorial e desenvolvimento cognitivo de lactentes nascidos pré-termo e a termo.** São Carlos: Cad. Ter. Ocup. UFSCar, v. 24, n. 4, p. 695-703, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção à saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável:** Guia alimentar para crianças menores de dois anos. 2 ed. Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.** 1 ed. 1ª reimpressão Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2009.

BOMFIM, M. S. *et al.* **Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas pré-termo, segundo teste Denver II.** Fisioter Bras, v.17, p.4, p.348-55, 2016.

COELHO, R. *et al.* **Child development in primary care: a surveillance proposal.** J Pediatr, Rio Janeiro, v. 92, n. 5, p. 505-511, 2016.

COSTA, E. F.; CAVALCANTE, L. I. C.; DELL'AGLIO, D. D. Perfil do desenvolvimento da linguagem de crianças no município de Belém, segundo o teste de triagem de Denver II. **Rev. CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1090-1102, 2015.

CRÓ, M. L.; PINHO, A. M.; O desenvolvimento pessoal e social da criança em contexto de creche versus prática profissional dos educadores de infância. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v.19, n1, p.308-327, 2011

CAVALCANTE, M. C. V. *et al.* Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1683-1693, 2017.

CARNEIRO, J. M; BRITO, A. P. B; SANTOS, M. E. A. avaliação do desenvolvimento de crianças de uma creche através da escala de DENVER II. **rev. min. enferm.**, v.15, n.2, p. 174-180, 2011.

HEDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2015-2017/ [NANDA Internacional], Porto Alegre: Artmed, 2015.

LABANCA, L. *et al.* **Protocolo de avaliação da linguagem de crianças na faixa etária de 2 meses a 23 meses:** análise de sensibilidade e especificidade. **CoDAS**, v. 27, n.2, p. 119-27, 2015.

MORAES, M. W. *et al.* **Teste de Denver II:** avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na comunidade de Paraisópolis. **Einstein**, v. 8, n.2, p. 149-53, 2010.

SILVA, N. D. S. H. *et al.* Instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 21, n.1, p. 85-98, 2011.

SILVA, E. B. *et al.* **Mapeamento das atividades de Enfermagem relacionado ao diagnóstico:** atraso no crescimento e desenvolvimento. **Rev Rene**, v.18, n.2, p.234-41, 2017.

SIGOLO, A. R. L.; AIELLO, A. L. R. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil1. **Paidéia**, v. 21, n. 48, p. 51-60, 2011.

SOUZA, J. M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n.6, p. 1097-104, 2015.

ZAGO, J. T. C. *et al.* **Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância.** *Rev. CEFAC*, v. 19, n.3, p.320-329, 2017.

**EVALUATION OF SENSORY, COGNITIVE AND PSYCHOSOCIAL  
DEVELOPMENT OF INFANTS IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH  
CARE**

**ABSTRACT**

Child development is a broad, continuous, dynamic and difficult to measure phenomenon. The objective of this study was to evaluate the sensory, cognitive and psychosocial development of infants in the context of primary health care. A cross-sectional, descriptive and exploratory research was used as a method, with quantitative analysis carried out in three basic health units in three municipalities of the Baturité massif. The sample consisted of 75 infants (1-24 months). They were submitted to the Denver II Test, which evaluates four areas of neuropsychomotor development: motor-coarse, motor fine-adaptive, language and personal-social. However, only the last two domains were evaluated in the study to direct care, specifically assessing cognitive and psychosocial development and, lastly, sensory development. As results achieved, most of the children presented a test compatible with normal development for personal-social (94.7%), cognitive (86.7%) and sensorial, in which all sensory abilities presented, on average, more than 90% of the tests successfully performed in each city with the exception of taste and smell, since many tests were not possible to be tested. It was concluded that the majority of the children presented normal development in all domains evaluated and these results did not differ significantly among the evaluated cities. However, some were in the risk zone, which points to the need for greater attention in development care.

**keywords:** Child development; Nursing; Infant.

**ANEXO I – TESTE DO DESENVOLVIMENTO DE DENVER II – DOMÍNIOS  
PESSOAL-SOCIAL E LINGUAGEM(ADAPTADO PARA LACTENTES)**

**1. DESENVOLVIMENTO PESSOAL-SOCIAL**

**1.1 Sorri em resposta**

- a) 25% - 15d (X)
- b) 75% - 1m 6d
- c) 90% - 1m 15d

**1.2 Sorri espontaneamente**

- a) 25% - nascimento
- b) 75% - 1m 12d
- c) 90% - 2m 3d

**1.3 Observa sua própria mão**

- a) 25% - 24d
- b) 75% - 3m 3d
- c) 90% - 4m

**1.4 Tenta alcançar um brinquedo**

- a) 25 % - 4m 3d
- b) 75% - 5m 9d
- c) 90% - 5m 27d

**1.5 Come sozinho**

- a) 25% - 4m 24d
- b) 75% - 5m 27d
- c) 90% - 6m 15d

**1.6 Bate palmas**

- a) 25% - 7m 3d
- b) 75% - 10m 12d
- c) 90%- 11m 12d

**1.7 Mostra o que quer(não com choro)**

- a) 25% - 7m 6d
- b) 75% - 11m
- c) 90% - 12m 27d

**1.8 Dá “Tchau”**

- a) 25% - 6m 21d
- b) 75% - 9m 6d
- c) 90% - 14m

**1.9 Joga bola com examinador**

- a) 25% - 9m 15d
- b) 75% - 11m 27d
- c) 90% - 15m 21d

**1.10 Imita a ação de uma pessoa**

- a) 25% - 10m 3d
- b) 75% - 12m 15d
- c) 90% - 16m

**1.11 Bebe em uma xícara ou copo**

- a) 25% - 8m 24d
- b) 75% - 15m 6d
- c) 90% - 17m 3d

**1.12 Ajuda em casa (tarefas simples)**

- a) 25% - 12m 18d
- b) 75% -15m 24d
- c) 90% - 17m 9d

**1.13 Usa colher/garfo**

- a) 25% - 12m 24d
- b) 75% - 17m 15d
- c) 90% - 19m 27d

**1.14 Retira uma vestimenta**

- a) 25% - 13m 9d
- b) 75% - 20m 12d
- c) 90% - 23m 27d

**1.15 Alimenta uma boneca**

- a) 25% - 14m 24d
- b) 75% - 19m 6d
- c) 90% - 2a

**1.16 Veste-se com supervisão**

- a) 25% - 20m 15d
- b) 75% - 24a 2m

c) 90% - 2a 6m

### **1.17 Escova os dentes com ajuda**

a) 25% - 16m 3d

b) 75% - 2a 2m

c) 90% - 2a 8m

### **1.18 Lava e seca as mãos**

a) 25% - 19m 6d

b) 75% - 2a 3m

c) 90% - 3a 1

## **2. DESENVOLVIMENTO COGNITIVO (LINGUAGEM)**

### **2.1 Fala OOO/AAH**

a) 25% - 5d

b) 75% - 2m 20d

c) 90% - 4m

a) 25% - 4m 10d.

b) 75% - 7m 20d

c) 90% - 10m 10d

### **2.2 Risos (gargalhadas)**

a) 25% - 4d.

b) 75% - 2m 25d

c) 90% - 3m 20d

### **2.10 Jargão**

a) 25% - 5m 20d

b) 75% - 8m 20d

c) 90% - 10m 10d

### **2.3 Grita**

a) 25% - 1m 5d

b) 75% - 2m 25d

c) 90% - 4m 10d

### **2.11 Papa-mama**

a) 25% - 5m 10d.

b) 75% - 11m

c) 90% - 12m 20d.

### **2.4 Volta-se para o som**

a) 25% - 1m 25d

b) 75% - 4m 25d

c) 90% - 5m 20d

### **2.12 1 palavra**

a) 25% - 9m 21d

b) 75% - 13m 14d

c) 90% - 15m

### **2.5 Volta-se para voz**

a) 25% - 2m 20d

b) 75% - 5m 15d

c) 90% - 6m 10d

### **2.13 2 palavras**

a) 25% - 10m 21d

b) 75% - 12m 14d

c) 90% - 16m 14d

### **2.6 Sílabas isoladas**

a) 25% - 3m 25d

b) 75% - 6m 10d

c) 90% - 7m 10d

### **2.13 3 palavras**

a) 25% - 9m 24d.

b) 75% - 12m 12d.

c) 90% - 16m 14d.

### **2.7 Imita sons**

a) 25% - 3m

b) 75% - 6m

c) 90% - 8m 15d

### **2.15 6 palavras**

a) 25% - 13m 21d.

b) 75% - 19m

c) 90% - 21m

### **2.8 Duplica sílabas**

a) 25% - 4m 25d.

b) 75% - 7m 10d

c) 90% - 9m

### **2.16 Aponta 2 figuras**

a) 25% - 15m 21d

b) 75% - 21m

c) 90% - 24m

### **2.9 Combina sílabas**

### **2.17 Combina palavras**

a) 25% - 16m

- b) 75% - 23m
- c) 90% - 24m

**2.18 Nomeia uma figura**

- a) 25% - 16m 21d
- b) 75% - 23m
- c) 90% - 25m

**2.19 Aponta 6 partes do corpo**

- a) 25 % - 14m 14d
- b) 75% - 23m
- c) 90% - 25m 7d

**2.20 Aponta 4 figuras**

- a) 25% - 18m 7d
- b) 75% - 24m
- d) 90% - 26m

**2.21 50% de inteligibilidade na fala**

- a) 25% - 15m
- b) 75% - 24m 7d
- c) 90%- 3 anos

**2.21 Nomeia 4 figuras**

- a) 25% - 19m
- b) 75% - 26m
- c) 90% - 28m

**2.22 Reconhece 2 ações**

- a) 25% - 19m
- b) 75% - 28m
- c) 90% - 3 anos

**2.23 Compreende 2 adjetivos**

- a) 25% - 19m
- b) 75% - 27m
- c) 90% - 3 anos

**2.24 Define 2 objetos de uso**

- a) 25% - 21m
- b) 75% - 3a 6m
- c) 90% - 4a

**2.25 Define 3 objetos de uso**

- a) 25% - 20m
- b) 75% - 3 a 4m
- c) 90% - 4a

**2.26 Reconhece 4 ações**

- a) 25% - 23m
- b) 75% - 3a 2m
- c) 90% - 4a

**2.27 Compreende 4 preposições**

- a) 25% - 23m
- b) 75% - 3a 8m
- c) 90% - 4a

**APÊNDICE A: AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SENSORIAL  
(CAPACIDADES SENSORIAIS INICIAIS) DE LACTENTES**

<b>SENTIDO AVALIADO</b>	<b>MÉTODO DE REALIZAÇÃO DO TESTE</b>	<b>RESPOSTA ESPERADA</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>TATO</b>	<i>Baseado no Reflexo adaptativo de busca: passar o dedo levemente (fazendo cócegas) na região da bochecha próxima à boca, antes da mamada.</i>	O bebê irá sentir o movimento em sua pele, relacionar ao ato de amamentar e, instintivamente, irá movimentar os lábios como se estivesse em busca da mama. Outro resultado que pode ser apresentado é a criança sorrir por conta do estímulo de cócegas.	( ) RE ( ) RP ( ) NR
<b>OLFATO</b>	Colocar alimentos que apresentem odores marcantes (limão, abacaxi, queijo, etc.) próximos às narinas e observar as reações do lactente. Para crianças maiores, vendar os olhos.	O lactente realizará expressões (faciais e corporais ou por fala) condizentes com o odor dos alimentos. Por exemplo, virar o rosto com o cheiro do queijo.	( ) RE ( ) RP ( ) NR
<b>PALADAR</b>	Oferecer sucos com sabores marcantes (cítricos, frutas doces) e/ou verduras/legumes amassadas com gostos amargos (brócolis, chuchu, alface). <i>*OBS: Esse teste só deve ser realizado em crianças que já tenham iniciado a alimentação complementar.</i>	O lactente realizará expressões (faciais e corporais ou por fala) condizentes com o gosto dos alimentos. Por exemplo, ao tomar um suco cítrico ou um legume/verdura amargo fará “careta”.	( ) RE ( ) RP ( ) NR
<b>AUDIÇÃO</b>	<i>Teste 1 - Baseado no Reflexo do susto: fazer um barulho alto e abrupto (bater palmas forte, por exemplo) próximo ao lactente.</i>	Estende e flexiona os braços, como se estivesse assustada, fazendo expressão de medo, aumentando abertura ocular (“olho grilado”), choro.	( ) RE ( ) RP ( ) NR
	<i>Teste 2 – Movimentar um objeto que emita vibrações sonoras (chocalho, por exemplo), lateralmente, próximo a cada orelha do lactente, fora do seu campo de visão.</i>	O lactente, a depender da sua faixa etária, movimentará os olhos ou a cabeça inteira para o lado estimulado.	( ) RE ( ) RP ( ) NR
<b>VISÃO</b>	<i>Para crianças menores de 4 meses: Ficar de frente para a criança na sua linha média de visão, a cerca de 20 a 24cm de distância dos olhos do</i>	<i>Até 2 meses: O lactente manterá o olhar fixo nos objetos por, pelo menos 10 segundos, depois perderá o interesse e não fixará mais.</i>	( ) RE ( ) RP ( ) NR

	<p>bebê e segurar objetos de coloração, formas e iluminação (brilhosos, escuros) diferentes e depois movimentá-lo de vagar de um lado para o outro.</p>	<p>Retornando a olhar quando o objeto for substituído por outro com características diferentes. Acompanha o movimento dos objetos apenas com os olhos. <i>A partir dos 3 meses:</i> consegue acompanhar os movimentos com rotação do pescoço até 180°.</p>	
	<p><i>Para crianças maiores de 4 meses:</i> Mesmo procedimento do item anterior, no entanto, com distância aumentada de 30 a 37cm e, em vez de manter os objetos apenas parados ou em movimento leves, deve-se movimentá-los de forma circular e com maior velocidade.</p>	<p><i>A partir de 4 meses:</i> acompanha todos os movimentos realizados com os olhos e cabeça e tenta pegar os objetos com a mão.</p>	<p>( ) RE ( ) RP ( ) NR</p>