

# Primeiros passos da fonoaudiologia na estimulação precoce



Vitória Régia Feitosa Gonçalves Costa



## **Apresentação**

A primeira infância é um período crítico para o desenvolvimento infantil. Nos primeiros meses e anos de vida, cada experiência sensorial, cada estímulo motor e cada interação social moldam o cérebro da criança, influenciando sua cognição, linguagem, comunicação e habilidades motoras. No entanto, o que acontece quando esse desenvolvimento é comprometido? O que ocorre quando a estimulação precoce é negligenciada ou iniciada tardiamente?

Ao longo dos meus 28 anos de experiência como fonoaudióloga infantil, tive a oportunidade de acompanhar crianças que, por diferentes motivos, não receberam a estimulação necessária nos primeiros anos de vida. Algumas apresentavam dificuldades motoras, outras tinham comprometimentos linguísticos ou cognitivos. Muitas dessas crianças poderiam ter alcançado um desenvolvimento mais adequado se tivessem recebido intervenções precoces. Foi nessas experiências que compreendi a importância da estimulação precoce na trajetória de desenvolvimento e o impacto positivo que uma atuação fonoaudiológica qualificada pode trazer.

Como professora universitária, sempre busquei aproximar teoria e prática para que os alunos não apenas compreendessem os conceitos, mas soubessem aplicá-los com segurança e embasamento científico. Esse e-book nasceu dessa necessidade: oferecer um norte para os estudantes de Fonoaudiologia, um material que alia conhecimento teórico a casos clínicos reais, facilitando a compreensão dos desafios e das possibilidades da estimulação precoce.

Aqui, o leitor encontrará não apenas as principais teorias do desenvolvimento – como Piaget, Vygotsky e Erikson –, mas também protocolos de avaliação, reflexos primitivos, triagem auditiva neonatal, avaliação do frênulo lingual e estratégias práticas utilizadas na estimulação precoce. Cada capítulo trará um estudo de caso, permitindo que o conhecimento adquirido seja aplicado a situações reais.

Este material não é apenas um livro didático, mas um convite para a jornada de formação profissional, onde o conhecimento se torna uma ferramenta poderosa para mudar vidas. O fonoaudiólogo é um agente de transformação na infância, e a estimulação precoce é uma das chaves para um desenvolvimento mais pleno e saudável.

Espero que este e-book seja um guia enriquecedor e inspirador, ajudando você a tornar-se um profissional mais preparado para enfrentar os desafios da estimulação precoce e, acima de tudo, a fazer a diferença na vida de muitas crianças.

Vitória Régia Feitosa Gonçalves Costa  
Fonoaudióloga Neopediátrica, Professora Universitária, Mestre em Saúde e  
Envelhecimento

## Sumário

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introdução.....                                                                      | 4  |
| 1. Introdução a estimulação precoce.....                                             | 5  |
| 2. Teorias do Desenvolvimento Infantil Aplicadas à Estimulação Precoce.....          | 7  |
| 3. Reflexos Primitivos e Patológicos do Bebê.....                                    | 10 |
| 4. O Recém-Nascido: Parâmetros e Classificações.....                                 | 12 |
| 5. Reflexos Oraís e sua Relação com a Alimentação.....                               | 15 |
| 6. A Importância da Amamentação para o Desenvolvimento Sensorial e Motor-Oral.....   | 19 |
| 7. Protocolos de Avaliação da Amamentação e Fonoaudiologia.....                      | 21 |
| 8. Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual para Bebês.....                         | 26 |
| 9. Triagem Auditiva Neonatal.....                                                    | 28 |
| 10. Avaliação do Desenvolvimento Global.....                                         | 31 |
| 11. Recém-Nascido de Risco: Definição, Classificação e Principais Etiologias.....    | 33 |
| 12. O Método Canguru e Seu Impacto no Desenvolvimento do Bebê Prematuro.....         | 35 |
| 13. Estudos de Caso (um estudo de caso para cada grande tema abordado no livro)..... | 38 |
| 14. Considerações Final.....                                                         | 41 |



## Introdução

Se você chegou até aqui, significa que compartilha do mesmo interesse e compromisso que tenho: compreender a importância da estimulação precoce no desenvolvimento infantil e como a atuação fonoaudiológica pode fazer a diferença na vida de tantas crianças. Antes de qualquer coisa, quero agradecer por dedicar seu tempo à leitura deste material. Meu desejo é que ele seja mais do que um recurso acadêmico, mas um guia prático e reflexivo para sua formação e atuação profissional.

A primeira infância é uma fase determinante para o desenvolvimento global da criança. Nos primeiros anos de vida, o cérebro passa por um período de intensa plasticidade neural, em que cada estímulo influencia diretamente na construção de habilidades cognitivas, motoras, linguísticas e sociais. No entanto, o que acontece quando essa estimulação é insuficiente ou inadequada? Como a Fonoaudiologia pode intervir nesse processo de forma embasada e eficaz?

Este e-book foi pensado para responder a essas questões. Ao longo dos capítulos, você encontrará um conteúdo estruturado para poder compreender desde os fundamentos teóricos da estimulação precoce até sua aplicação prática na avaliação e intervenção. Além disso, cada tema é acompanhado de estudos de caso, permitindo que você visualize situações reais e desenvolva um olhar clínico mais apurado.

Aqui, você aprenderá sobre os principais marcos do desenvolvimento infantil, reflexos primitivos e patológicos, avaliação do frênulo lingual, importância da amamentação, triagem auditiva neonatal, protocolos clínicos e o impacto da estimulação precoce no desenvolvimento global da criança. Cada capítulo foi elaborado para que a leitura seja objetiva, dinâmica e, ao mesmo tempo, profunda o suficiente para proporcionar um embasamento sólido.

Ao final deste e-book, espero que você não apenas compreenda a importância da estimulação precoce, mas que se sinta motivado a aplicar esse conhecimento em sua prática profissional. O fonoaudiólogo é um agente de transformação na vida de muitas crianças e famílias. E agora, convido você a embarcar nesta jornada de aprendizado e descobertas!

Boa leitura!  
Vitória Feitosa







## Capítulo 1: Introdução à Estimulação Precoce

### 1.1 Introdução

A estimulação precoce é um campo fundamental da Fonoaudiologia e da Saúde Infantil, englobando um conjunto de práticas e abordagens que promovem o desenvolvimento global da criança desde os primeiros meses de vida. Essas ações são voltadas para o fortalecimento das habilidades motoras, sensoriais, cognitivas, linguísticas e sociais, especialmente em crianças que apresentam fatores de risco para atraso no desenvolvimento.

Estudos recentes apontam que os primeiros três anos de vida representam uma janela de oportunidades essencial para o crescimento cerebral, pois é nesse período que ocorre a maior plasticidade neural (BRASIL, 2016). Dessa forma, intervenções bem estruturadas nesse período podem reduzir significativamente déficits no desenvolvimento e favorecer uma melhor qualidade de vida.

### 1.2 Definição da Estimulação Precoce

A estimulação precoce pode ser dividida em dois conceitos fundamentais:

- Estimulação: Envolve a criação de um ambiente rico em estímulos sensoriais, motores e sociais, permitindo que a criança explore, interaja e aprenda por meio de experiências diversas.
- Intervenção precoce: Trata-se da aplicação de estratégias sistemáticas para crianças em situação de risco ou que já apresentam dificuldades no desenvolvimento, buscando minimizar atrasos ou deficiências e promover maior autonomia.

Conforme destacado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), a intervenção precoce deve envolver não apenas a criança, mas também sua família e ambiente escolar, pois o suporte ambiental é essencial para a generalização das habilidades adquiridas.

### 1.3 A Importância da Estimulação Precoce

A estimulação precoce se fundamenta em três níveis de prevenção, que refletem a forma como a intervenção é planejada:

- Prevenção primária: Atua antes que qualquer atraso no desenvolvimento se manifeste, garantindo que a criança tenha um crescimento saudável.
- Prevenção secundária: Direcionada a crianças que apresentam fatores de risco, como prematuridade, síndromes genéticas ou condições socioeconômicas desfavoráveis.



- Prevenção terciária: Voltada para crianças com deficiências já diagnosticadas, buscando minimizar impactos e promover maior independência.

A pesquisa na área mostra que a estimulação precoce não apenas melhora o desenvolvimento cognitivo e motor, mas também impacta significativamente na qualidade de vida da criança e de sua família (MENDES; ALMEIDA, 2024).

## **1.4 Evolução Histórica da Estimulação Precoce**

A compreensão da estimulação precoce evoluiu ao longo das décadas, acompanhando avanços nas neurociências e nas políticas públicas de inclusão:

- Década de 1960: Os primeiros estudos nos EUA baseavam-se na teoria de Jean Piaget, associando estimulação precoce à privação cultural e afetiva.
- Década de 1980: O foco passou a incluir a importância da família e do ambiente social no desenvolvimento infantil, levando a uma abordagem mais holística.
- 2009: No Brasil, foi criado o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SINPI), regulamentando políticas de atendimento para crianças com necessidades especiais.
- A implementação do SINPI e de outras políticas públicas foi essencial para fortalecer a inclusão educacional e terapêutica de crianças com atraso no desenvolvimento (FARIAS; SOUZA; SILVA, 2022).

## **1.5 Estimulação Precoce no Brasil**

O Brasil começou a desenvolver seus programas de estimulação precoce entre as décadas de 1970 e 1980, inicialmente dentro de instituições especializadas como as APAEs e Pestalozzi.

Na década de 1990, o país passou a ter suas primeiras leis específicas sobre intervenção precoce, influenciadas pela Declaração de Salamanca, um marco internacional na defesa da educação inclusiva. Hoje, as diretrizes do Ministério da Educação (MEC) garantem que crianças com necessidades especiais tenham acesso a programas de estimulação precoce, promovendo sua inclusão social (COSTA; ALBUQUERQUE, 2023).

## **1.6 Considerações Finais**

A estimulação precoce é um recurso essencial para garantir que todas as crianças possam alcançar seu potencial máximo de desenvolvimento. A evolução histórica da intervenção precoce mostra que sua importância vem sendo cada vez mais reconhecida e aplicada em

políticas públicas e estratégias clínicas.

Profissionais da saúde e educação desempenham um papel fundamental na identificação precoce de atrasos e na implementação de estratégias eficazes, baseadas em evidências científicas. Nos próximos capítulos, serão abordadas diretrizes práticas e protocolos utilizados na estimulação precoce, com exemplos clínicos que ajudarão a consolidar o aprendizado teórico com a aplicação na prática profissional.

## **Capítulo 2: Teorias do Desenvolvimento e suas Relações com a Estimulação Precoce**

### **2.1 Introdução**

O desenvolvimento infantil ocorre de maneira progressiva e multifacetada, envolvendo aspectos motores, cognitivos, linguísticos, emocionais e sociais. Para compreender esse processo, diversas teorias do desenvolvimento foram formuladas ao longo do tempo, oferecendo diferentes perspectivas sobre como as crianças aprendem, interagem e evoluem.

No campo da Fonoaudiologia, a aplicação dessas teorias é essencial para guiar estratégias de estimulação precoce, auxiliando no desenvolvimento global da criança. Entre as abordagens mais influentes estão a Teoria Psicossocial de Erik Erikson, a Teoria Cognitiva de Jean Piaget e a Teoria Sociocultural de Lev Vygotsky.

### **2.2 Teoria Psicossocial de Erik Erikson**

A Teoria Psicossocial de Erik Erikson propõe que o desenvolvimento humano ocorre em oito estágios, cada um marcado por um conflito central que deve ser resolvido para uma progressão saudável da personalidade. No contexto da estimulação precoce, destaca-se o primeiro estágio (0-1 ano), denominado "Confiança versus Desconfiança", no qual a criança desenvolve segurança emocional a partir da relação com seus cuidadores.

Implicações para a Fonoaudiologia

- O reflexo de sucção e a amamentação desempenham um papel importante na criação do vínculo afetivo entre o bebê e seus cuidadores.
- A comunicação inicial, por meio do contato visual e dos sons vocais, influencia a construção da confiança.



- O fonoaudiólogo pode orientar pais e cuidadores para fortalecer essas interações, promovendo um ambiente emocionalmente seguro para o desenvolvimento da linguagem (BEE; BOYD, 2017).

## 2.3 Teoria Cognitiva de Jean Piaget

Jean Piaget propôs a Teoria do Desenvolvimento Cognitivo, que descreve como as crianças constroem conhecimento ao longo da vida, passando por quatro estágios principais.

### Estágio Sensório-Motor (0-2 anos)

- Os reflexos primitivos (sucção, busca, Moro) são os primeiros esquemas motores do bebê.
- O aprendizado ocorre por meio da experimentação sensorial e das interações com o ambiente.
- A estimulação precoce pode acelerar a transição dos reflexos inatos para comportamentos motores intencionais (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2013).

### Estágio Pré-Operacional (2-7 anos)

- Nessa fase, ocorre o desenvolvimento da linguagem e da representação simbólica.
- A criança começa a compreender conceitos abstratos, como a relação entre palavras e objetos.
- A Fonoaudiologia pode atuar na estimulação da linguagem por meio de jogos e atividades que incentivam a comunicação.

### Estágio Operatório-Concreto (7-12 anos)

- A criança desenvolve o pensamento lógico, começando a compreender relações causais.
- O aprendizado da leitura e da escrita se intensifica, exigindo a integração entre linguagem e cognição.

•

### Estágio Operatório-Formal (12 anos em diante)

- O adolescente desenvolve o pensamento abstrato, conseguindo formular hipóteses e fazer análises críticas.
- A capacidade de argumentação e a compreensão de conceitos complexos se tornam mais sofisticadas.

•

Implicações para a Fonoaudiologia







- A estimulação precoce deve proporcionar experiências sensoriais variadas para estimular o aprendizado motor e linguístico.

Estratégias como uso de brinquedos interativos, estímulos sonoros e narrativas visuais auxiliam na aquisição da linguagem e da cognição.

## 2.4 Teoria Sociocultural de Lev Vygotsky

A Teoria Sociocultural de Vygotsky enfatiza que o desenvolvimento ocorre por meio das interações sociais e da influência cultural. Um conceito central dessa teoria é a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que representa a diferença entre o que a criança pode fazer sozinha e o que pode aprender com o auxílio de um adulto ou de seus pares.

Implicações para a Fonoaudiologia

- O fonoaudiólogo pode atuar como mediador, ajudando a criança a desenvolver habilidades comunicativas por meio de interações dirigidas.
- A socialização e a brincadeira são fundamentais para a aquisição da linguagem e da comunicação.
- Estratégias como modelagem da fala, diálogos guiados e brincadeiras interativas estimulam o desenvolvimento linguístico e cognitivo (BEE; BOYD, 2017).

## 2.5 Considerações Finais

As teorias do desenvolvimento oferecem um arcabouço teórico essencial para compreender a evolução infantil e guiar as práticas de estimulação precoce.

- Erikson destaca a importância dos vínculos afetivos na construção da identidade e da confiança na infância.
- Piaget propõe que a criança aprende por meio da exploração sensorial e da interação com o ambiente.
- Vygotsky enfatiza que o aprendizado ocorre nas interações sociais, sendo mediado pelo contexto cultural.

No contexto da Fonoaudiologia, a aplicação dessas teorias permite que os profissionais adotem abordagens mais eficazes para estimular a comunicação, a linguagem e o desenvolvimento global da criança.

No próximo capítulo, aprofundaremos os reflexos primitivos e sua relação com o desenvolvimento neuromotor e a estimulação precoce.



### 3 Reflexos primitivos e patológicos do bebê

A seguir, são descritos os principais reflexos primitivos, suas características e os períodos típicos de aparecimento e desaparecimento:

#### 3.1 Reflexo de Moro

- Descrição: Também conhecido como reflexo de "sobressalto", é desencadeado por uma mudança súbita na posição da cabeça do bebê ou por um som alto. O bebê responde com uma extensão abrupta dos braços e pernas, seguida de uma flexão e choro.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Por volta dos 5 a 6 meses de idade.

#### 3.2 Reflexo de Sucção

- Descrição: Estímulo nos lábios ou na região oral do bebê provoca movimentos rítmicos de sucção. Esse reflexo é essencial para a alimentação nos primeiros meses de vida.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Aproximadamente aos 2 meses de idade.

#### 3.3 Reflexo de Busca (ou Reflexo dos Pontos Cardeais)

- Descrição: Ao tocar a região perioral do bebê, ele vira a cabeça em direção ao estímulo, abrindo a boca em preparação para a sucção.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Cerca de 4 meses de idade.

#### 3.4 Reflexo de Preensão Palmar

- Descrição: Ao colocar um objeto ou dedo na palma da mão do bebê, ele responde fechando os dedos em torno do objeto.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Entre 4 a 6 meses de idade.
- 

#### 3.5 Reflexo de Preensão Plantar

- Descrição: Pressão na base dos dedos dos pés do bebê provoca a flexão dos dedos.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Por volta dos 9 meses.

<https://youtu.be/wm-ApSbCMK8>

### 3.6 Reflexo Tônico-Cervical Assimétrico (Reflexo do Esgrimista)

- Descrição: Quando a cabeça do bebê é virada para um lado, o braço e a perna do mesmo lado estendem-se, enquanto os membros do lado oposto flexionam-se, assumindo a postura semelhante à de um esgrimista.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Até os 3 meses.

### 3.7 Reflexo de Marcha Automática

- Descrição: Sustentando o bebê na posição vertical com os pés tocando uma superfície plana, ele realiza movimentos que simulam uma caminhada.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Entre 4 a 8 semanas

### 3.8 Reflexo de Galant

- Descrição: Ao estimular a pele ao longo de um dos lados da coluna do bebê, ele curva o corpo em direção ao lado estimulado.
- Aparecimento: Nascimento.
- Desaparecimento: Por volta dos 6 meses.

### 3.9 Reflexos Patológicos

A presença, ausência ou persistência anômala dos reflexos primitivos além das idades esperadas pode ser indicativa de condições neurológicas subjacentes. Por exemplo:

- Ausência do Reflexo de Moro: Pode sugerir lesões cerebrais ou disfunções do sistema nervoso central.
- Persistência do Reflexo Tônico-Cervical Assimétrico após os 6 meses: Pode estar associada a distúrbios motores, como a paralisia cerebral.
- Reaparecimento de Reflexos Primitivos em Adultos: Pode indicar lesões neurológicas adquiridas, como em casos de demência ou lesões do lobo frontal.

A avaliação clínica detalhada desses reflexos é fundamental para a detecção precoce de possíveis alterações no desenvolvimento neurológico e para a implementação de intervenções terapêuticas adequadas.



## Capítulo 4: O Recém-Nascido: Parâmetros e Classificações

### 4.1 Introdução

O período neonatal é um dos mais críticos do ciclo vital, pois é quando o recém-nascido (RN) passa por adaptações fisiológicas essenciais para sua sobrevivência fora do útero. Dessa forma, a classificação do RN e a avaliação de seus parâmetros clínicos são fundamentais para a detecção precoce de possíveis alterações que exijam intervenção imediata.

Este capítulo abordará as classificações do recém-nascido, os critérios de peso ao nascer e os parâmetros clínicos e sinais vitais, que servem como indicadores essenciais para avaliar a vitalidade e saúde neonatal.

### 4.2 Definição e Classificação do Recém-Nascido

O recém-nascido (RN) é definido como a criança no período neonatal, ou seja, do nascimento até os 28 dias de vida. Essa fase é dividida em:

- ✓ Período neonatal precoce: do nascimento até o 7º dia de vida.
- ✓ Período neonatal tardio: do 8º ao 28º dia de vida.

A classificação do recém-nascido pode ser feita segundo a idade gestacional, segundo o peso ao nascer e conforme as condições clínicas ao nascimento (BRASIL, 2020).

#### 4.2.1 Classificação por Idade Gestacional

- Prematuro: idade gestacional inferior a 37 semanas.
- A termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias.
- Pós-termo: idade gestacional igual ou superior a 42 semanas.

A idade gestacional influencia diretamente a maturação dos órgãos e o risco de complicações, sendo a prematuridade um dos principais fatores associados à morbimortalidade neonatal.

### 4.3 Classificação do Peso ao Nascer

O peso ao nascer é um dos principais indicadores da vitalidade do recém-nascido e reflete tanto a idade gestacional quanto o desenvolvimento intrauterino. A classificação é a seguinte (BRASIL, 2020):

- Muito baixo peso ao nascer (MBPN): <1.500g.
- Baixo peso ao nascer (BPN): 1.500g a 2.499g.
- Peso adequado ao nascer: 2.500g a 3.999g.
- Macrossomia: ≥4.000g.





Recém-nascidos com baixo peso estão mais propensos a complicações metabólicas, dificuldades respiratórias e distúrbios do desenvolvimento. Por outro lado, neonatos macrossômicos podem apresentar risco aumentado de traumas no parto e hipoglicemia neonatal (SILVA et al., 2019).

#### **4.4 Parâmetros Clínicos e Sinais Vitais do Recém-Nascido**

A avaliação clínica inicial do recém-nascido inclui a análise de sinais vitais, coloração da pele, reflexos neonatais e estado geral. Os principais parâmetros clínicos avaliados são:

##### **4.4.1 Frequência Cardíaca**

- ✓ Normal: 120 a 160 bpm.
- ✓ Bradicardia: <100 bpm.
- ✓ Taquicardia: >180 bpm.

##### **4.4.2 Frequência Respiratória**

- ✓ Normal: 40 a 60 respirações por minuto.
- ✓ Respiração irregular ou apneia pode indicar comprometimento neurológico ou metabólico.

##### **4.4.3 Temperatura Corporal**

- ✓ Normal: 36,5 °C a 37,5 °C.
- ✓ Hipotermia: <36,5 °C – pode indicar infecção neonatal ou imaturidade térmica.
- ✓ Hipertermia: >37,5 °C – pode indicar infecção ou febre materna intraútero.

##### **4.4.4 Índice de Apgar**

O Índice de Apgar é um dos parâmetros mais importantes para avaliar a vitalidade do recém-nascido logo após o nascimento. Ele é analisado no 1º e 5º minuto de vida, considerando cinco critérios, com pontuação de 0 a 2 para cada um (APGAR, 1953):





**Tabela 1 – Escores do Apgar do recém-nascido**

| <b>Critério</b>        | <b>0 pontos</b>     | <b>1 ponto</b>          | <b>2 pontos</b>    |
|------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------|
| Frequência Cardíaca    | Ausente             | <100 bpm                | >100 bpm           |
| Respiração             | Ausente             | Fraca e irregular       | Boa, choro forte   |
| Tônus Muscular         | Flácido             | Flexão de extremidades  | Movimentos ativos  |
| Irritabilidade Reflexa | Ausente             | Alguma resposta         | Alguma resposta    |
| Cor da Pele            | Cianótico ou pálido | Extremidades cianóticas | Rosado por inteiro |

Fonte: Própria baseado em APGAR, 1953

## Interpretação do Apgar:

7 a 10 pontos: RN em boas condições.

4 a 6 pontos: RN em sofrimento moderado, requer monitoramento.

0 a 3 pontos: RN em risco, necessita de reanimação imediata.

### **4.5 Considerações Finais**

A avaliação do recém-nascido é um procedimento essencial para identificar possíveis riscos neonatais e garantir intervenções precoces. A classificação segundo idade gestacional e peso ao nascer fornece indicadores fundamentais para prever possíveis complicações e direcionar os cuidados necessários.

Nesse ínterim, os parâmetros clínicos e sinais vitais, como frequência cardíaca, respiração e índice de Apgar, são ferramentas indispensáveis para a triagem neonatal e permitem um acompanhamento inicial adequado. O conhecimento desses fatores possibilita que profissionais da saúde atuem de forma preventiva e eficaz na promoção da saúde neonatal.

No próximo capítulo, serão abordados aspectos mais específicos os reflexos orais e sua relação com a alimentação.

### **5. Reflexos Orais e sua Relação com a Alimentação**

Os reflexos orais primitivos são movimentos automáticos presentes ao nascimento e essenciais para a alimentação do bebê. Esses reflexos desaparecem progressivamente à medida que ocorre a maturação.

neurológica. A seguir, são descritos os principais reflexos orais, sua função e o período esperado de desaparecimento ([Parida et al., 2024](#)).



Tabela 2 - Descrição dos reflexos orais e suas funções

| Reflexo Oral                         | Descrição                                                                                                  | Idade de Desaparecimento     |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Reflexo de Sucção                    | Quando os lábios ou a boca são estimulados, o bebê realiza movimentos rítmicos de sucção.                  | 4-6 meses                    |
| Reflexo de Busca (ou Rooting Reflex) | O bebê vira a cabeça em direção ao estímulo tátil próximo à boca, ajudando na localização do seio materno. | 3-4 meses                    |
| Reflexo de Mordida                   | Pressão na gengiva provoca fechamento reflexo da mandíbula.                                                | 4-7 meses                    |
| Reflexo de Deglutição                | A estimulação oral provoca contração da língua e transporte do alimento para a faringe.                    | Persiste durante toda a vida |

Fonte: Própria baseado em Parida et al, 2024.





A ausência ou persistência anormal desses reflexos pode indicar desordens neuromotoras e dificuldades alimentares no bebê, exigindo avaliação fonoaudiológica precoce (Kondraciuk et al., 2014).

### 5.3 Relação dos Reflexos com a Sucção, Deglutição e Respiração

A alimentação do recém-nascido requer a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, garantindo a ingestão segura de líquidos e sólidos. Cada um desses processos está interligado e depende diretamente da maturação dos reflexos orais (Parida et al., 2024).

- ✓ Sucção: O reflexo de sucção possibilita a extração do leite materno e está presente desde o nascimento. Estudos apontam que a estimulação oral precoce melhora a eficácia da sucção e o ganho de peso em bebês prematuros (Parida et al., 2024).
- ✓ Deglutição: O reflexo de deglutição ocorre após a sucção, transportando o leite para o trato digestivo. O desenvolvimento adequado desse reflexo permite a transição para a alimentação sólida nos primeiros anos de vida (Parida et al., 2024).
- ✓ Respiração: A coordenação entre sucção e deglutição com a respiração é essencial para evitar aspiração de líquidos. Durante os primeiros meses, bebês conseguem respirar e sugar simultaneamente devido à posição elevada da laringe, que se ajusta com o crescimento (Kondraciuk et al., 2014).

Sucção - surge na vida intrauterina, caracterizando-se pela coordenação da língua, do hióide, dos músculos da mandíbula e do lábio inferior.

Padrão Suckling – 0/6 meses – movimentação protusiva e retrusiva da língua e de onda peristáltica na sua porção medial, exercendo-se uma pressão positiva para extracção do líquido. A movimentação intrínseca da língua é coordenada com as estruturas supramencionadas, gerando-se um movimento para cima e para trás em direção ao palato e depois para a frente e para baixo coordenadas com a deglutição faríngea.

Padrão Sucking – padrão mais amadurecido, com presença de pressão negativa e positiva, dependendo do vedamento anterior e do canolamento da língua.

### 5.4 Desenvolvimento da Alimentação Infantil.

O desenvolvimento da alimentação infantil ocorre em fases progressivas, com a substituição gradual dos reflexos primitivos por padrões motores voluntários. A seguir, são descritas as principais etapas desse processo (Parida et al., 2024):



**Tabela 3 - Etapas do desenvolvimento da alimentação infantil**

| Faixa Etária | Características da Alimentação                                                                                                         |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0-3 meses    | Predomínio da sucção reflexa, coordenação sucção-deglutição-respiração, alimentação exclusivamente líquida (leite materno ou fórmula). |
| 3-6 meses    | Reflexos de sucção e busca começam a desaparecer, início da introdução de colher e transição para alimentação semissólida.             |
| 6-9 meses    | Desenvolvimento do reflexo de mastigação, surgimento dos primeiros dentes, lateralização da língua e maior independência alimentar.    |
| 9-12 meses   | Uso progressivo de copo e utensílios, movimentos refinados de língua e lábios, início da autoalimentação.                              |
| 12-24 meses  | Mastigação mais eficiente, alimentação variada, controle aprimorado da motricidade oral.                                               |

Fonte: Própria baseado em Parida et al, 2024.

A amamentação desempenha um papel essencial no desenvolvimento motor-oral, promovendo o fortalecimento dos músculos responsáveis pela fala e garantindo uma transição adequada para a alimentação sólida (A Importância da Amamentação no Desenvolvimento da Fala e da Linguagem, 2024).

## 5.5 Considerações Finais

Os reflexos orais são fundamentais para o desenvolvimento da alimentação e da fala, atuando na transição do bebê para padrões motores voluntários mais complexos. A integração adequada dos reflexos de sucção, deglutição e mastigação é essencial para a nutrição e comunicação infantil.

Dessa forma, a avaliação fonoaudiológica precoce pode identificar possíveis dificuldades no desenvolvimento alimentar e prevenir impactos na aquisição da fala. A estimulação oral tem sido amplamente estudada como estratégia eficaz para fortalecer os reflexos orais e melhorar a coordenação motora da alimentação (Parida et al., 2024).

Nos próximos capítulos, serão explorados os protocolos de avaliação da alimentação infantil e os impactos da amamentação no desenvolvimento da linguagem.

## Capítulo 6: A Importância da Amamentação para o Desenvolvimento Sensorial e Motor-Oral

### 6.1 Benefícios da Amamentação para o Desenvolvimento Infantil

A amamentação desempenha um papel essencial no desenvolvimento global da criança, contribuindo para aspectos nutricionais, imunológicos e psicossociais. Estudos apontam que o leite materno contém componentes bioativos que favorecem a maturação do sistema nervoso central, auxiliando no desenvolvimento sensorial e motor-oral da criança (Brasil, 2020).

Além de que a prática do aleitamento fortalece os músculos orofaciais envolvidos nos processos de sucção, deglutição e respiração, impactando diretamente na fala e mastigação futura do bebê (A Importância da Amamentação no Desenvolvimento da Fala e da Linguagem, 2024).

Partindo desse pressuposto, o aleitamento materno também promove o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê, criando um ambiente seguro para a aprendizagem e socialização da criança. Esse contato precoce favorece a percepção auditiva e a aquisição da linguagem ao expor o bebê aos padrões rítmicos da fala materna (A Importância da Amamentação no Desenvolvimento da Fala e da Linguagem, 2024).

### 6.2 Consequências da Ausência do Aleitamento Materno

A ausência da amamentação pode gerar prejuízos no desenvolvimento infantil, tais como maior risco de infecções, atraso na maturação do sistema nervoso e dificuldades na coordenação dos músculos envolvidos na alimentação e na fala (Brasil, 2020).

Nesse contexto, crianças que não são amamentadas podem apresentar menor estimulação sensorial e motora, o que pode influenciar na tonicidade muscular orofacial e, consequentemente, no padrão de mastigação e na articulação da fala (Diretrizes de Estimulação Precoce, 2024).





Além disso, a introdução precoce de bicos artificiais pode comprometer o desenvolvimento mandibular e provocar padrões inadequados de sucção e deglutição (Diretrizes de Estimulação Precoce, 2024).

Assim sendo, crianças alimentadas por mamadeira realizam menor esforço muscular durante a sucção, o que pode levar a alterações orofaciais e problemas na respiração nasal (Diretrizes de Estimulação Precoce, 2024).

### **6.3 Intervenção Fonoaudiológica no Suporte à Amamentação**

A atuação do fonoaudiólogo é essencial no suporte à amamentação, especialmente em casos de dificuldades na sucção, problemas de frênulo .

lingual e bebês prematuros que apresentam dificuldades alimentares (Diretrizes de Estimulação Precoce, 2024).

A avaliação precoce pode identificar padrões inadequados e favorecer a adoção de estratégias para facilitar a pega correta e garantir uma alimentação eficiente e segura (A Importância da Amamentação no Desenvolvimento da Fala e da Linguagem, 2024).

Os protocolos de intervenção incluem técnicas de estimulação orofacial, ajuste postural durante a amamentação e o uso de recursos como copinhos e sondas orogástricas quando necessário (Diretrizes de Estimulação Precoce, 2024).

Além disso, a orientação familiar é uma etapa fundamental para garantir o sucesso da amamentação e o desenvolvimento adequado da criança (A Importância da Amamentação no Desenvolvimento da Fala e da Linguagem, 2024).

### **6.4 Considerações Finais**

A amamentação é um dos pilares fundamentais para o desenvolvimento infantil, exercendo um impacto significativo no crescimento sensorial e motor-oral do bebê. Seu papel vai além da nutrição, abrangendo aspectos motores, cognitivos e afetivos que contribuem para a aquisição de habilidades essenciais, como a mastigação, deglutição e fala.

Com isso, o fonoaudiólogo desempenha um papel essencial na promoção e suporte à amamentação, auxiliando mães e bebês no estabelecimento de um padrão alimentar seguro e adequado.

Nesse sentido, a ausência do aleitamento materno pode resultar em dificuldades futuras, reforçando a importância de políticas públicas e ações educativas voltadas para a conscientização dos benefícios da amamentação.

Portanto, compreender a complexidade desse processo e seu impacto no desenvolvimento infantil é essencial para profissionais da saúde, famílias e toda a sociedade.





## **7 Protocolo de Avaliação da Amamentação e Fonoaudiologia**

Este protocolo, analisado por Oliveira et al. (2019), faz parte de uma revisão integrativa sobre instrumentos utilizados para avaliar a amamentação dentro da Fonoaudiologia. O estudo identificou quatro principais protocolos, que contemplam aspectos do estado de consciência do bebê, comportamento materno, características da mama, pega e ordenha do leite.

Aspectos avaliados no protocolo:

- ✓ Estado de consciência do bebê – Observação do nível de alerta e da prontidão para mamar.
- ✓ Comportamento da mãe – Avaliação do posicionamento materno e do vínculo mãe-bebê.
- ✓ Características da mama – Presença de ingurgitamento, fissuras ou dor.
- ✓ Pega e ordenha do leite – Eficiência da sucção e coordenação sucção-deglutição-respiração.

O estudo reforça que a avaliação da amamentação deve ser padronizada e validada, permitindo uma análise sistemática e objetiva do desempenho do bebê ao seio materno (Oliveira et al., 2019).

### **7.1 Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral**

O Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral, desenvolvido por Fujinaga et al. (2013), foi criado com o objetivo de fornecer uma ferramenta sistemática para avaliar se um recém-nascido prematuro está pronto para iniciar a alimentação oral.

A alimentação oral requer coordenação entre sucção, deglutição e respiração, além de um desenvolvimento motor-oral adequado. Em bebês prematuros, essa transição pode ser desafiadora devido à imaturidade neuromotora. O protocolo desenvolvido por Fujinaga et al. (2013) permite avaliar, de forma objetiva, a prontidão do bebê para essa transição.

#### **7.3.1 Estrutura do Protocolo**

O instrumento consiste em cinco categorias de avaliação, totalizando 18 itens, pontuados de 0 a 2 pontos, conforme descrito abaixo:



## Aspectos avaliados no protocolo

- ✓ Estado de consciência do bebê – Observação do nível de alerta e da prontidão para mamar.
- ✓ Comportamento da mãe – Avaliação do posicionamento materno e do vínculo mãe-bebê.
- ✓ Características da mama – Presença de ingurgitamento, fissuras ou dor.
- ✓ Pega e ordenha do leite – Eficiência da sucção e coordenação sucção-deglutição-respiração.

O estudo reforça que a avaliação da amamentação deve ser padronizada e validada, permitindo uma análise sistemática e objetiva do desempenho do bebê ao seio materno (Oliveira et al., 2019).

### 7.1 Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral

O Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral, desenvolvido por Fujinaga et al. (2013), foi criado com o objetivo de fornecer uma ferramenta sistemática para avaliar se um recém-nascido prematuro está pronto para iniciar a alimentação oral.

A alimentação oral requer coordenação entre sucção, deglutição e respiração, além de um desenvolvimento motor-oral adequado. Em bebês prematuros, essa transição pode ser desafiadora devido à imaturidade neuromotora. O protocolo desenvolvido por Fujinaga et al. (2013) permite avaliar, de forma objetiva, a prontidão do bebê para essa transição.

#### 7.3.1 Estrutura do Protocolo

O instrumento consiste em cinco categorias de avaliação, totalizando 18 itens, pontuados de 0 a 2 pontos, conforme descrito abaixo:

**Tabela 4 - Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral**

| Categoria       | Itens Avaliados                              | Pontuação (0 - 2 pontos)                                                |
|-----------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Idade Corrigida | Avalia a idade gestacional ajustada do bebê. | 0 - Prematuro extremo<br>1 - Prematuro moderado<br>2 - Prematuro tardio |

|                                      |                                                                    |                                                                                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Estado de Organização Comportamental | Observação do nível de alerta e do tônus postural.                 | 0 - Sono profundo / sem reações<br>1 - Sonolento / resposta fraca<br>2 - Alerta, reativo e pronto para a mamada  |
| Postura Oral                         | Avaliação da posição dos lábios, língua e mandíbula.               | 0 - Boca entreaberta, sem controle<br>1 - Lábios entreabertos, leve controle<br>2 - Boca fechada, tônus adequado |
| Reflexos Oraís                       | Teste dos reflexos de procura, sucção, mordida e vômito.           | 0 - Ausentes<br>1 - Presentes, mas fracos<br>2 - Presentes e bem desenvolvidos                                   |
| Sucção Não Nutritiva                 | Observação da força e ritmo da sucção, além de sinais de estresse. | 0 - Sucção ausente ou fraca<br>1 - Sucção irregular ou cansativa<br>2 - Sucção forte, rítmica e sustentada       |

Fonte: Própria baseado em Fujinaga et al, 2013



A soma da pontuação dos 18 itens pode variar de 0 a 36 pontos, sendo interpretada da seguinte forma:

0 a 12 pontos – Prematuro sem condições de iniciar alimentação oral.

13 a 29 pontos – Precisa de suporte e monitoramento antes da transição.

30 a 36 pontos – Pronto para iniciar a alimentação oral.

\*Idade corrigida segundo o método de avaliação Caparro ou Ballard conforme o grau de prematuridade

\*\*Parâmetros definidos tendo como base os autores Meler et al. (1987) e Lemons & Lemons (1996).

### **Instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral**

#### Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Pront: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

Idade pós natal: \_\_\_\_\_

Idade corrigida: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Alimentação: ( ) S.N.G.

( ) S.O.G. Vol: \_\_\_\_\_

Ganho ponderal diário: \_\_\_\_\_

#### Idade Corrigida

Idade corrigida\* (2) maior ou igual a 34 semanas  
(1) entre 32 a 34 semanas  
(0) menor ou igual a 32 semanas

\* Idade corrigida segundo método de avaliação Caparro ou Ballard de acordo com o grau de prematuridade.

#### Estado de Organização Comportamental

Estado de consciência (2) alerta (1) sono leve (0) sono profundo

Postura global (2) flexão (1) semiflexão (0) extensão

Tônus global (2) normotonia (0) hipertonia (0) hipotonia

#### Postura Oral

Postura de lábios (2) vedados (1) entreabertos (0) abertos

Postura de língua (2) plana (0) elevada (0) retraída (0) protruída

#### Reflexos Orais

Reflexo de procura (2) forte (1) fraco (0) ausente

Reflexo de sucção (2) forte (1) fraco (0) ausente

Reflexo de mordida (2) presente (1) presente exacerbado (0) ausente

Reflexo de vômito (2) presente (1) presente anteriorizado (0) ausente

#### Sucção Não-Nutritiva\*\*

Movimentação da língua (2) adequada (1) alterada (0) ausente

Canolamento de língua (2) presente (0) ausente

Movimentação de mandíbula (2) adequada (1) alterada (0) ausente

Força de sucção (2) forte (1) fraca (0) ausente

Sucções por pausa (s/p) (2) 5a8s/p (1) >8/p (0) <5s/p

Manutenção do ritmo s/p (2) rítmico (1) arrítmico (0) ausente

Manutenção do estado alerta (2) sim (1) parcial (0) não





| Sinais de estresse              | (2) ausência | (1) até 3   | (0) mais de 3 |
|---------------------------------|--------------|-------------|---------------|
| Variação de tons                |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Variação de postura             |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Variação de coloração da pele   |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Batimento de asa nasal          |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Tiragem                         |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Apnéia                          |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Acúmulo de saliva               |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Tremores de língua ou mandíbula |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Soluço                          |              | ( ) ausente | ( ) presente  |
| Choro                           |              | ( ) ausente | ( ) presente  |

\*\* A duração do teste deverá ser de 2 minutos

Escore: \_\_\_\_\_

Escore máximo: 36

### IDADE CORRIGIDA\*

- ✓ Menor ou igual a 32 semanas.\*\*
- ✓ Entre 32 a 34 semanas.\*\*
- ✓ Maior que 34 semanas.\*\*

\* Idade corrigida segundo método de avaliação Capurro ou Ballard de acordo com o grau de prematuridade.

\*\* Parâmetros definidos tendo por base os autores Meier et al. (1987) e Lemons & Lemons (1996).

## 7.2 Aplicação do Protocolo

- ✓ O protocolo deve ser aplicado por um profissional de saúde treinado, como fonoaudiólogos e enfermeiros neonatais, que observam o bebê antes e durante tentativas iniciais de alimentação.
- ✓ A avaliação deve ocorrer em ambiente calmo, com o bebê posicionado de forma confortável e em estado de alerta.
- ✓ Os reflexos orais são testados individualmente, e a resposta do bebê deve ser documentada.
- ✓ Se o bebê apresentar sinais de estresse ou fadiga durante a avaliação, a alimentação oral não deve ser iniciada.



### 7.3 Importância Clínica

- 📌 O protocolo permite determinar o momento ideal para a transição da alimentação enteral para a alimentação oral, reduzindo o risco de aspiração e dificuldades nutricionais.
- 📌 Evita a introdução precoce da via oral, que pode levar à fadiga, engasgos e desorganização motora-oral.
- 📌 Favorece uma abordagem individualizada, permitindo que cada prematuro seja avaliado conforme suas capacidades neuromotoras.
- 📌 Instrumento validado clinicamente, com confiabilidade estatística e aplicabilidade na prática neonatal (Fujinaga et al., 2013).

### 7.4 Considerações Finais

A avaliação da prontidão para a alimentação oral é essencial para bebês prematuros, pois permite uma transição segura e eficaz para a via oral. O protocolo de Fujinaga et al. (2013) fornece critérios objetivos e quantitativos para determinar o momento adequado para iniciar essa transição.

Ao utilizar um instrumento validado, profissionais da saúde podem reduzir riscos e garantir um desenvolvimento adequado das funções promotoras do prematuro, otimizando a nutrição e promovendo um aleitamento materno mais seguro e eficaz.

## 8 Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual para Bebês

Desenvolvido por Martinelli, Marchesan e Berretin-Felix (2013), este protocolo busca relacionar as características anatômicas do frênulo lingual com suas implicações funcionais na amamentação. A avaliação inclui três dimensões principais:

1. História clínica – Relato da mãe sobre dificuldades na amamentação.
2. Exame anatômico – Observação direta do frênulo e da língua.
3. Avaliação funcional – Testes específicos para analisar o impacto do frênulo na sucção.

### 8.1 História Clínica

Nesta etapa, a mãe responde a um questionário sobre o comportamento do bebê durante a amamentação. Algumas questões incluem:

- O bebê mama um pouco e dorme logo em seguida?
- Ele solta o mamilo com frequência?
- Apresenta sinais de cansaço ao mamar?
- "Morde" o mamilo da mãe ao sugar?
- 

Se as respostas indicam dificuldades, a avaliação clínica deve ser aprofundada (Martinelli; Marchesan; Berretin-Felix, 2013).





## 8.2 Exame Clínico do Frênulo Lingual

O exame clínico é dividido em duas etapas:

♦ **Avaliação Anatômica** – A língua é observada em repouso e em movimento. São analisados:

✓ Forma da língua durante a elevação – Redonda, com ligeira fenda ou formato de "coração".

✓ Ponto de fixação do frênulo – Se a fixação ocorre no ápice da língua, entre o ápice e o terço médio ou no terço médio.

✓ Espessura do frênulo – Se fino, médio ou espesso.

✓ Facilidade de visualização – Se o frênulo está visível espontaneamente ou apenas com manobra específica.

♦ **Avaliação Funcional** – O bebê é avaliado durante a sucção nutritiva e não nutritiva. Os principais pontos analisados são:

✓ Movimentos da língua durante a sucção – Se normais ou restritos.

✓ Ritmo da sucção – Se regular ou desorganizado.

✓ Tempo entre as mamadas – Se maior ou menor que uma hora.

A soma das pontuações desses critérios gera um escore final, que auxilia no diagnóstico e na indicação de intervenção cirúrgica, caso necessário (Martinelli; Marchesan; Berretin-Felix, 2013).

## 8.3 Diagnóstico e Condutas Recomendadas

O diagnóstico é feito com base no escore total do protocolo, seguindo os seguintes critérios:

Tabela 5 – Escore total do protocolo do Frênulo Lingual

| Pontuação Total   | Classificação           | Conduta                                                   |
|-------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 0 - 8 pontos      | Normalidade             | Acompanhamento clínico.                                   |
| 9 - 12 pontos     | Iteração leve           | Monitoramento e possível intervenção.                     |
| 13 pontos ou mais | Alteração significativa | Indicação de frenotomia e acompanhamento fonoaudiológico. |



📌 Importante! A frenotomia só deve ser indicada se houver impacto funcional significativo, como dificuldade na amamentação, baixa transferência de leite e fadiga excessiva do bebê ao mamar (Martinelli; Marchesan; Berretin-Felix, 2013).

- ♦ Se a alteração for leve, recomenda-se monitoramento fonoaudiológico para estimulação dos movimentos da língua e acompanhamento da amamentação.
- ♦ Se a alteração for grave, a frenotomia pode ser realizada para evitar impactos no ganho de peso e na alimentação do bebê.

## 8.4 Considerações Finais

A avaliação do frênulo lingual em bebês é fundamental para garantir o sucesso da amamentação e prevenir dificuldades na alimentação e no desenvolvimento motor-oral. O Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual para Bebês, de Martinelli, Marchesan e Berretin-Felix (2013), é um instrumento validado que permite uma análise completa e sistemática, auxiliando no diagnóstico e na definição das melhores condutas clínicas.

A aplicação desse protocolo por fonoaudiólogos capacitados contribui para a identificação precoce de alterações no frênulo, possibilitando intervenções oportunas e minimizando impactos negativos no desenvolvimento infantil.

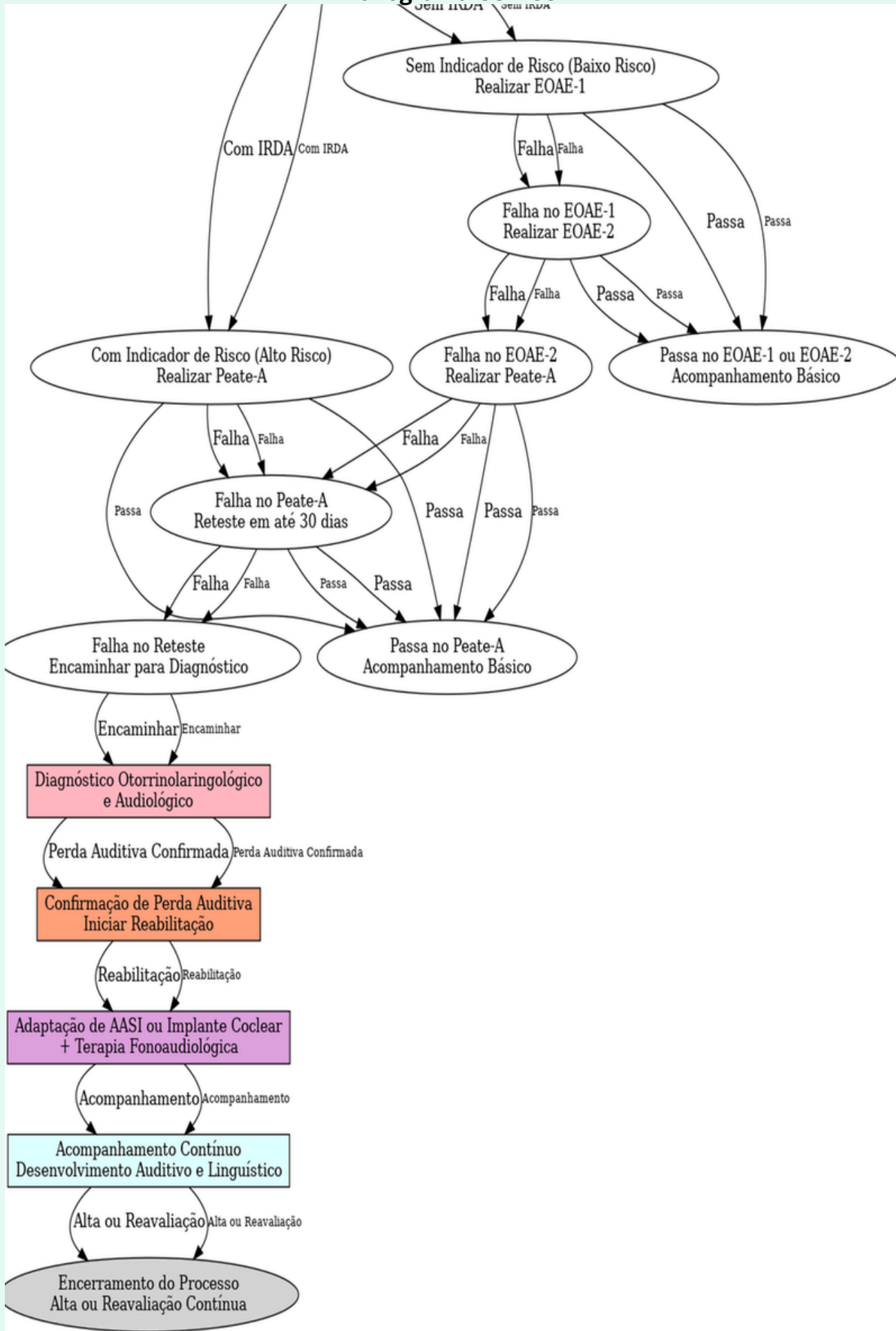
## 9 Triagem Auditiva Neonata (TAN)

### 9.1 Diretrizes do COMUSA

O Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA) propõe diretrizes para a implementação e avaliação de programas de triagem auditiva neonatal no Brasil. Os principais pontos incluem (LEWIS, 2010):

- Cobertura mínima de 95% dos recém-nascidos.
- Realização da TAN até o primeiro mês de vida.
- Diagnóstico até os três meses de idade nos casos suspeitos.
- Início da intervenção (reabilitação auditiva) até os seis meses de idade.
- Uso de EOAE para triagem inicial em neonatos sem indicadores de risco.
- Utilização do Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE) em bebês com indicadores de risco ou que falharam na EOAE.

## Fluxograma COMUSA



## 9.2 Diretrizes da ASHA

A American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) adota uma estratégia semelhante às diretrizes do COMUSA, recomendando o programa conhecido como “1-2-3”:

1. Triagem auditiva realizada até 1 mês de vida.
2. Diagnóstico completo realizado até os 3 meses.
3. Início da intervenção até os 6 meses, caso haja confirmação de perda auditiva.

A ASHA também destaca a importância de retestes rápidos em casos de falha inicial e enfatiza que mesmo crianças sem fatores de risco devem passar pela triagem, já que perdas auditivas podem ocorrer sem histórico familiar ou condições prévias (ASHA, 2007).

## 9.3 O Impacto da Detecção Precoce de Perdas Auditivas no Desenvolvimento da Linguagem

A detecção precoce de perdas auditivas tem um papel crucial no desenvolvimento global da criança, especialmente nas áreas de linguagem e cognição. Estudos demonstram que bebês diagnosticados e reabilitados antes dos seis meses de vida apresentam níveis de aquisição de linguagem similares aos de crianças ouvintes.

Consequências da detecção tardia:

Atraso no desenvolvimento da linguagem oral.

Prejuízo nas habilidades cognitivas e acadêmicas.

Comprometimento da socialização e habilidades interpessoais.

Por outro lado, diagnósticos precoces, seguidos por intervenções adequadas (uso de aparelhos auditivos ou implantes cocleares e acompanhamento fonoaudiológico), aumentam significativamente as chances de inclusão escolar e melhora no desempenho acadêmico (Ministério da Saúde, 2012).

## 9.4 Considerações Finais

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) é uma estratégia essencial para a detecção precoce de perdas auditivas em recém-nascidos. A utilização de métodos como as Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOA-T) e o Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE) permite identificar alterações auditivas nos primeiros dias de vida, favorecendo intervenções rápidas e eficazes.





O seguimento das diretrizes estabelecidas por entidades como o COMUSA e a ASHA contribui para garantir que todas as crianças tenham acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, minimizando os impactos da perda auditiva no desenvolvimento infantil.

A detecção e intervenção precoces não apenas melhoram os resultados educacionais e sociais das crianças com deficiência auditiva, mas também fortalecem políticas públicas voltadas para a saúde auditiva infantil no Brasil.

## **10. Avaliação Global do Desenvolvimento**

Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil – 3ª Edição (Bayley-III):

Descrição: Avalia crianças de 1 a 42 meses em cinco domínios: cognição, linguagem (receptiva e expressiva), motricidade (grossa e fina), socioemocional e comportamento adaptativo.

Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (Denver II):

Descrição: Instrumento de triagem para crianças de 0 a 6 anos, avaliando habilidades motoras finas e grossas, linguagem, socialização e comportamento adaptativo.

Escala de Desenvolvimento Infantil de Gesell:

Descrição: Avalia crianças até 6 anos, focando em áreas como linguagem, motricidade, socialização, comportamento adaptativo e coordenação.

### **10.1 Avaliação Cognitiva e Neuropsicológica**

Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – 4ª Edição (WISC-IV):

Descrição: Destinada a crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, explora habilidades cognitivas em domínios como raciocínio verbal, memória de trabalho, velocidade de processamento e organização perceptual.

NEPSY-II – Avaliação Neuropsicológica Infantil:

Descrição: Abrange crianças de 3 a 16 anos, avaliando seis domínios: atenção, linguagem, memória, funções executivas, processamento social e habilidades visuoespaciais.

### **10.2. Avaliação do Desenvolvimento da Linguagem**

Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática (ABFW):

Descrição: Avalia crianças de 3 a 12 anos, abrangendo quatro áreas principais da linguagem.

Teste de Desenvolvimento da Linguagem – 3ª Edição (TELD-3):

Descrição: Avalia linguagem receptiva e expressiva em crianças de 2 a 7 anos.

Peabody Picture Vocabulary Test – 4ª Edição (PPVT-IV):

Descrição: Mede o vocabulário receptivo de crianças a partir dos 2 anos.



### 10.3 Avaliação Motora e Psicomotora

Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS):

Descrição: Avalia bebês de 0 a 18 meses, focando no desenvolvimento motor grosseiro por meio da observação de posturas e movimentos.

Movement Assessment Battery for Children – 2ª Edição (MABC-2):

Descrição: Avalia crianças de 3 a 16 anos, examinando coordenação motora global e fina, além do equilíbrio.

### 10.4 Avaliação Comportamental e Socioemocional

Child Behavior Checklist (CBCL):

Descrição: Avalia crianças de 1,5 a 18 anos, investigando aspectos comportamentais, emocionais e problemas sociais.

Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland:

Descrição: Avalia crianças e adolescentes com ou sem deficiência, analisando habilidades de comunicação, vida diária, socialização e motricidade.

### 10.5 Avaliação de Transtornos Específicos

Protocolo de Observação para Diagnóstico de Autismo – 2ª Edição (ADOS-2):

Descrição: Considerado o padrão-ouro para o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista (TEA), o ADOS-2 avalia aspectos de comunicação, interação social, brincadeira e uso imaginativo de materiais. Indicado para indivíduos de diferentes idades e níveis de linguagem.

- Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F):
  - Descrição: Protocolo de triagem para risco de TEA em crianças entre 16 e 30 meses, composto por um questionário respondido pelos pais e um protocolo de acompanhamento em caso de triagem positiva.
- Escalas Conners para Pais e Professores – Revisada (Conners' Rating Scales-Revised – CRS-R):
  - Descrição: Avaliação comportamental de crianças e adolescentes para investigar sintomas de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), além de outros transtornos emocionais e de conduta.

## **Considerações Finais**

A avaliação do desenvolvimento infantil deve ser realizada por profissionais qualificados e sempre considerar o contexto familiar, escolar e social da criança. A escolha do instrumento deve estar alinhada ao objetivo da avaliação (triagem, diagnóstico ou planejamento de intervenção) e às características individuais da criança.

Além dos instrumentos citados, novas ferramentas vêm sendo desenvolvidas com o avanço da neurociência e da psicologia do desenvolvimento. A utilização de escalas padronizadas, combinadas com observações clínicas e entrevistas com pais e educadores, oferece uma visão mais ampla e precisa do perfil de desenvolvimento da criança.

## **Capítulo 11: Recém-Nascido de Risco — Definição, Classificação e Principais Etiologias**

### **11.1 O que caracteriza um recém-nascido de risco?**

Um recém-nascido de risco é aquele que apresenta fatores biológicos, ambientais ou sociais que podem comprometer sua saúde e desenvolvimento. Esses fatores podem estar relacionados a condições maternas, complicações durante a gestação, parto ou no período neonatal. O recém-nascido de risco exige acompanhamento especializado devido à sua maior vulnerabilidade a doenças, atrasos no desenvolvimento e maior taxa de morbimortalidade neonatal (Ministério da Saúde, 2017).

Entre as características que determinam um recém-nascido de risco estão:

- Prematuridade (nascimento antes de 37 semanas de gestação).
- Baixo peso ao nascer (< 2.500 g), muito baixo peso (< 1.500 g) e extremo baixo peso (< 1.000 g).
- Condições congênitas ou malformações estruturais.
- Complicações perinatais, como asfixia neonatal e infecções congênitas.
- Fatores sociais e ambientais, como a ausência de pré-natal adequado e situação de vulnerabilidade social.
- 

### **11.2 Classificação dos Fatores de Risco**

Os fatores de risco em recém-nascidos podem ser classificados em:

#### **1 . Fatores Maternos:**

- Idade materna (<16 ou >35 anos).
- Doenças pré-existentes (diabetes, hipertensão crônica, doenças cardíacas).
- Complicações gestacionais (pré-eclâmpsia, infecções, sangramentos).
- Uso de substâncias psicoativas durante a gestação.
- Histórico de abortos espontâneos ou natimortos.





## 2 . Fatores Relacionados ao Parto:

Parto prematuro (<37 semanas) ou pós-termo (>42 semanas).

Parto cesáreo de emergência ou distócia.

Ruptura prematura das membranas (>18h).

Líquido amniótico meconial ou oligohidrânio.

Prolapso de cordão umbilical ou descolamento prematuro da placenta.

## 3 . Fatores Neonatais:

Prematuridade e baixo peso ao nascer.

Asfixia perinatal (Apgar < 7 no 5º minuto).

Malformações congênitas.

Infecções neonatais (sepse, meningite, infecções respiratórias).

Doenças metabólicas ou genéticas.

Segundo o Caderno de Atenção à Saúde da Criança — Recém-Nascido de Risco, esses fatores exigem vigilância constante e protocolos específicos de cuidado para minimizar complicações e otimizar o desenvolvimento infantil (Secretaria de Estado da Saúde, 2017).

### 11.3 Principais Causas e Impactos no Desenvolvimento Infantil

Os recém-nascidos de risco enfrentam desafios que podem comprometer seu crescimento e desenvolvimento global, incluindo aspectos motores, cognitivos, sensoriais e emocionais.

#### Causas Frequentes:

- Prematuridade: Associada à imaturidade dos sistemas respiratório, neurológico e digestivo, aumentando o risco de complicações como displasia broncopulmonar e hemorragia intracraniana (Ministério da Saúde, 2017).
- Asfixia Perinatal: Pode resultar em encefalopatia hipóxico-isquêmica e paralisia cerebral.
- Infecções Neonatais: Aumentam o risco de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.
- Distúrbios Metabólicos e Genéticos: Incluem erros inatos do metabolismo e síndromes genéticas, como a Síndrome de Down.
- Fatores Ambientais e Socioeconômicos: Condições adversas podem amplificar o risco de desnutrição, infecções e atraso no desenvolvimento.





## **Impactos no Desenvolvimento:**

Déficits motores (atraso na marcha, coordenação motora prejudicada).

Atrasos cognitivos (dificuldades de aprendizagem e processamento de informações).

Problemas sensoriais (perda auditiva ou visual).

Dificuldades de linguagem e comunicação.

Alterações comportamentais e emocionais.

A literatura destaca que intervenções precoces — como a aplicação do Método Canguru — promovem vínculos afetivos, melhoram a estabilidade clínica e contribuem para um melhor prognóstico do desenvolvimento infantil (Ministério da Saúde, 2017).

## **11.4 Considerações Finais**

O cuidado integral ao recém-nascido de risco requer uma abordagem multidisciplinar que englobe aspectos médicos, psicológicos e sociais. A identificação precoce dos fatores de risco, associada a estratégias de intervenção como o Método Canguru e programas de Estimulação Precoce, desempenha papel fundamental na redução de morbimortalidade e na promoção do desenvolvimento infantil saudável.

É fundamental que equipes de saúde estejam capacitadas para reconhecer sinais de alerta, aplicar protocolos de triagem e estabelecer planos de cuidado individualizados. Além disso, o envolvimento da família no processo de cuidado fortalece o vínculo afetivo e melhora os desfechos clínicos e sociais.

## **Capítulo 12: O Método Canguru e Seu Impacto no Desenvolvimento do Bebê Prematuro**

### **12.1 O que é o Método Canguru?**

O Método Canguru é uma estratégia de atenção humanizada ao recém-nascido (RN), especialmente indicada para bebês pré-termo e/ou de baixo peso, que promove o contato pele a pele entre o bebê e seus pais. Esse método surgiu na Colômbia, na década de 1970, como alternativa ao déficit de incubadoras em unidades neonatais, e foi posteriormente aprimorado com base em evidências científicas que comprovaram seus múltiplos benefícios (Ministério da Saúde, 2017).

O método se baseia em três pilares principais:

- Contato pele a pele precoce, contínuo e prolongado entre o RN e os pais.
- Promoção do aleitamento materno exclusivo sempre que possível.
- Alta hospitalar precoce, com o devido acompanhamento ambulatorial.
- 

O Ministério da Saúde do Brasil adotou o Método Canguru como política pública desde 1999, consolidando-o em três etapas distintas que garantem o acompanhamento contínuo do bebê e sua família (Ministério da Saúde, 2017):



Primeira etapa: Ocorre ainda no pré-natal e se estende até a internação do RN na UTI Neonatal ou UCINCo (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional).

**A primeira etapa** termina quando o RN encontra-se estável e pode contar com o acompanhamento contínuo da mãe na segunda etapa, que acontece na unidade canguru. Os critérios para ingresso nessa unidade devem ser relativos ao bebê e à mãe.

Critérios para ingresso na unidade canguru:

#### **Relativos ao bebê:**

- Estabilidade clínica.
- Nutrição enteral plena – seio materno, sonda gástrica ou copo.
- Peso mínimo de 1.250 g.

Relativos à mãe:

- Desejo de participar, disponibilidade de tempo e de redes de apoio.
- Capacidade de reconhecer sinais de estresse e situações de risco do RN.
- Conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru.

- **Segunda etapa:** O RN passa para a UCINCa (Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru), onde permanece em contato pele a pele com a mãe ou o pai pelo maior tempo possível.

- **Terceira etapa:** Envolve a alta hospitalar e o acompanhamento ambulatorial do bebê até atingir o peso mínimo de 2.500 g, com visitas programadas e apoio contínuo à família.

## **12.2 Benefícios no Desenvolvimento Motor, Social e Emocional do Bebê**

Diversos estudos destacam os impactos positivos do Método Canguru no desenvolvimento global do bebê. Os benefícios se estendem não apenas ao recém-nascido, mas também aos pais, fortalecendo o vínculo afetivo e promovendo a participação ativa da família nos cuidados.

### **1 . Desenvolvimento Motor:**

- O contato pele a pele favorece o controle térmico, o que reduz o risco de hipotermia em prematuros.
- Estimula o tônus muscular e promove uma postura fisiológica adequada.
- Melhora os reflexos motores e favorece o ganho ponderal progressivo (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2014).

## . Desenvolvimento Social e Emocional:

O contato direto com os pais promove o apego seguro, essencial para o equilíbrio emocional do bebê.

Reduz os níveis de estresse e a exposição à dor, melhorando os padrões de sono.  
Aumenta a confiança dos pais no cuidado com o RN, fortalecendo a parentalidade (Ministério da Saúde, 2017).

### 3 . Benefícios Fisiológicos e Imunológicos:

- Regulação da frequência cardíaca e respiratória.
- Aumento da oxigenação sanguínea e estabilização dos níveis de glicose.
- Redução do risco de infecções hospitalares devido à menor manipulação por terceiros (Kelly Furtado, 2023).

## 12.3 Aplicação Prática e Recomendações da OMS.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o Método Canguru como uma das práticas mais eficazes para o cuidado de bebês prematuros e de baixo peso, recomendando sua implementação em unidades neonatais sempre que possível.

Etapas de Implementação:

- Primeira etapa: Envolve o acolhimento dos pais desde o pré-natal e sua inclusão nos cuidados neonatais desde o nascimento.
- Segunda etapa: Realizada na UCINCa, onde o bebê permanece em contato pele a pele com a mãe ou o pai pelo maior tempo possível.
- Terceira etapa: O RN recebe alta hospitalar sob acompanhamento ambulatorial, com ênfase no aleitamento materno e na monitorização do desenvolvimento.

### Critérios para Participação:

- RN com peso mínimo de 1.250 g e clinicamente estável.
- Mãe ou pai disponíveis e dispostos a participar do método.
- Equipe de saúde capacitada para orientar e acompanhar a família (Ministério da Saúde, 2017).

### Recomendações Específicas da OMS:

- Priorizar o aleitamento materno exclusivo durante o período de internação e após a alta.
- Minimizar o estresse ambiental na unidade neonatal, controlando ruídos e luminosidade.
- Estimular o contato pele a pele mesmo em RNs submetidos a procedimentos médicos leves.

## 12.4 Considerações Finais



O Método Canguru é uma estratégia simples, de baixo custo e altamente eficaz, promovendo a humanização do cuidado neonatal e impactando positivamente o desenvolvimento dos bebês prematuros e de baixo peso. Sua prática fortalece o vínculo entre pais e filhos, melhora os desfechos clínicos e reduz a morbimortalidade neonatal.

A consolidação do método como política pública no Brasil destaca a importância da atenção humanizada ao recém-nascido, reforçando o compromisso com o bem-estar infantil e o papel ativo da família no processo de cuidado.

A adesão ao Método Canguru, tanto por profissionais de saúde quanto por familiares, contribui para um ambiente mais acolhedor e seguro, promovendo o desenvolvimento global do bebê e fortalecendo os laços familiares desde os primeiros dias de vida.

## **Capítulo 13: Estudos de Caso**

### **Caso 1: Um Bebê Prematuro Extremo e os Desafios na Estimulação Precoce**

Contexto:

Lucas nasceu com 26 semanas de gestação, pesando 890 gramas. Devido à sua prematuridade extrema, necessitou de suporte ventilatório nas primeiras semanas de vida e apresentou episódios de instabilidade térmica e dificuldades alimentares. Após 2 meses na UTI Neonatal, foi transferido para a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, onde iniciou contato pele a pele com a mãe.

#### **Desafios:**

Instabilidade fisiológica frequente (bradicardia e apneia).

Baixo tônus muscular e reflexos neurológicos imaturos.

Dificuldades de sucção e coordenação sucção-deglutição-respiração.

Risco aumentado de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

#### **Intervenções:**

Método Canguru aplicado desde a internação, proporcionando estabilidade térmica e fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Estimulação Precoce: Sessões diárias de fisioterapia e fonoaudiologia, focando em estimulação motora global, fortalecimento muscular e desenvolvimento dos reflexos orais.

Acompanhamento Nutricional: Monitoramento do crescimento e suplementação alimentar adequada.



**Resultados:**

Ganho ponderal progressivo e melhora do tônus muscular.

Desenvolvimento de habilidades motoras dentro dos padrões esperados para idade corrigida.

Evolução positiva da interação social e cognitiva.

**Discussão:**

O caso evidencia os desafios da estimulação precoce em prematuros extremos e destaca a importância de um acompanhamento multiprofissional contínuo. O Método Canguru e a intervenção precoce estruturada foram fundamentais para o desenvolvimento saudável do bebê (Ministério da Saúde, 2017).

**Caso 2: Recém-Nascido com Dificuldades na Amamentação e Impacto no Desenvolvimento Oral-Motor****Contexto:**

Beatriz nasceu a termo, com 39 semanas de gestação, pesando 3.250 g. Desde os primeiros dias de vida, apresentou dificuldades na amamentação, com sucção fraca, engasgos frequentes e baixa transferência de leite. A mãe relatou dor intensa durante as mamadas e fissuras mamilares.

**Avaliação:**

Aplicação do Protocolo de Avaliação da Mamada de Fujinaga, que identificou:

Pega inadequada e vedamento labial ineficaz.

Ritmo de sucção irregular e pausas frequentes para respiração.

Presença de tensão nos músculos orofaciais.

**Intervenções:**

Fonoaudiologia Neonatal: Técnicas para reeducação da pega e fortalecimento dos músculos orofaciais.

**Orientação Materna:** Treinamento para posicionamento adequado durante a amamentação e estratégias para aliviar a dor mamilar.

Suporte Nutricional: Uso temporário de copinho para alimentação complementar, evitando a introdução precoce da mamadeira.

**Resultados:**

Melhora significativa na eficiência da sucção e no ganho de peso do bebê.



A mãe relatou redução da dor durante as mamadas e maior conforto no processo.

O bebê passou a manter ritmo adequado de sucção-deglutição-respiração.

Discussão:

A intervenção precoce em dificuldades de amamentação é essencial para prevenir atrasos no desenvolvimento oral-motor. O suporte fonoaudiológico e o empoderamento materno foram cruciais para o sucesso da amamentação (Fujinaga et al., 2013).

**Caso 3:** Criança que Falhou na Triagem Auditiva Neonatal – Processo de Diagnóstico e Intervenção

### **Contexto:**

João nasceu a termo, sem intercorrências no parto. No entanto, falhou na Triagem Auditiva Neonatal por meio das Emissões Otoacústicas Evocadas Transientes (EOA-T). O reteste confirmou a falha bilateral.

### **Diagnóstico:**

Encaminhado para avaliação audiológica completa, incluindo o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), que confirmou uma perda auditiva neurossensorial moderada bilateral.

Avaliação genética e exames complementares não identificaram etiologia específica.

### **Intervenções:**

Adaptação precoce de aparelhos auditivos aos 4 meses de idade.

Intervenção Fonoaudiológica Intensiva: Estímulos auditivos e treino de habilidades de comunicação.

Inclusão dos pais em sessões de terapia para orientação sobre estratégias de estímulo à linguagem.

### **Resultados:**

Evolução positiva nas habilidades auditivas e aquisição da linguagem compatível com a idade cronológica.

Inclusão na educação infantil com suporte especializado.

### **Discussão:**

A detecção precoce de perdas auditivas é crucial para minimizar os impactos no desenvolvimento da linguagem. O caso evidencia a importância da triagem auditiva neonatal universal e do início imediato das intervenções após o diagnóstico (COMUSA, 2010).



## **Caso 4:** A Importância da Avaliação do Frênulo Lingual no Estabelecimento da Alimentação e Fala

### **Contexto:**

Sofia, de 1 mês de vida, foi encaminhada ao fonoaudiólogo devido a dificuldades na amamentação: mamadas curtas, baixo ganho de peso e engasgos frequentes. A mãe relatou dor ao amamentar e fissuras mamilares recorrentes.

### **Avaliação:**

Aplicação do Protocolo de Avaliação do Frênulo Lingual de Martinelli, que identificou:  
Fixação do frênulo na ponta da língua.  
Limitação dos movimentos da língua durante a sucção.  
Sinal de “coração” na elevação lingual.

### **Intervenções:**

Indicação de frenotomia após confirmação da restrição funcional.  
Pós-cirurgia: terapia fonoaudiológica para fortalecimento dos músculos orofaciais e reeducação da sucção.  
Orientação aos pais sobre exercícios orais para prevenir retrações cicatriciais.

### **Resultados:**

Melhora significativa na amamentação e no ganho de peso.  
Padrão normal de sucção e deglutição estabelecido após o procedimento.  
Reavaliação posterior indicou desenvolvimento adequado das funções orais e início adequado da vocalização.

### **Discussão:**

A avaliação precoce do frênulo lingual é essencial para garantir o sucesso da amamentação e o desenvolvimento adequado das funções orais. Casos como o de Sofia ilustram a importância de um diagnóstico preciso e intervenção oportuna (Martinelli et al., 2013).

## **14. Considerações Finais**

A primeira infância é um período crítico para o desenvolvimento global da criança, e a estimulação precoce se apresenta como um recurso essencial para promover o potencial máximo de cada indivíduo, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade. Este e-book foi elaborado com o



compromisso de unir teoria e prática, oferecendo aos estudantes e profissionais da Fonoaudiologia um material completo, atual e aplicável às demandas clínicas e educacionais. Ao longo dos capítulos, foi possível explorar desde os fundamentos teóricos do desenvolvimento infantil — através das lentes de Piaget, Vygotsky e Erikson — até a aplicação de protocolos específicos que guiam a prática fonoaudiológica em diferentes contextos, como amamentação, triagem auditiva neonatal e avaliação do frênulo lingual. O aprofundamento em estratégias de intervenção precoce e o uso de estudos de caso reais permitem ao leitor transitar entre o conhecimento acadêmico e os desafios práticos do cotidiano clínico.

Portanto, este material reforça o papel fundamental do fonoaudiólogo na promoção do desenvolvimento global da criança e destaca a importância do trabalho interdisciplinar para alcançar resultados mais efetivos. A estimulação precoce não se limita à identificação de atrasos ou dificuldades, mas se apresenta como uma ferramenta poderosa para potencializar habilidades, prevenir déficits e garantir qualidade de vida desde os primeiros meses de vida.

Que este e-book inspire futuros profissionais a enxergarem a criança em sua totalidade, considerando suas necessidades, potencialidades e o contexto em que está inserida. Que cada intervenção seja pautada em empatia, ética e embasamento científico, pois o impacto de um atendimento qualificado se estende para além do indivíduo, alcançando suas famílias e a sociedade como um todo.

Todavia saiba que a jornada pela estimulação precoce é, acima de tudo, um compromisso com o futuro.

Vitória Feitosa

Fonoaudióloga, Professora Universitária, Mestre em Saúde e Envelhecimento, Doutoranda em Ciências da Educação.





## Referências

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2000.

ANDRADE, C. R. F. et al. ABFW: Teste de Linguagem Infantil nas Áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. Barueri, SP: Pró-Fono, 2004.

APGAR, V. A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Anesthesia & Analgesia*, v. 32, n. 5, p. 260-267, 1953. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13083014/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

BAYLEY, N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development. 3. ed. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, 2006.

BEE, H.; BOYD, D. Psicologia do desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed, 2017. Disponível em: Acesse aqui. Acesso em: 18 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru — manual técnico. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/bvs>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde, Volume IV – Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção à Saúde da Criança — Recém-Nascido de Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/bvs>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção à Saúde da Criança – Recém-Nascido de Risco. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/files/documento/2020-04/neurodesenvolvimentoaulasesa.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de estimulação precoce — crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/bvs>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Neurodesenvolvimento de 0 a 2 anos. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/neurodesenvolvimentoaulasesa.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/neurodesenvolvimentoaulasesa.pdf). Acesso em: 18 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Avaliação de Reflexos. Brasília, 2022. Disponível em: Acesse aqui. Acesso em: 18 fev. 2025.



COMUSA. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva. Diretrizes para a triagem auditiva neonatal. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 76, n. 1, p. 121-128, 2010.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Kangaroo mother care too reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 4, p. CD002772, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD002772.pub4.

CONNERS, C. K. Conners' Rating Scales-Revised: Técnicas Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2001.

COSTA, V. F.; ALBUQUERQUE, M. L. Benefícios da estimulação precoce no desenvolvimento motor de crianças pré-termo. InterFISIO, 2023. Disponível em: Acesse aqui. Acesso em: 18 fev. 2025.

DIAS, Tânia. Intervenção do terapeuta da fala em bebês prematuros e de risco. Aulas - EPAP - Neonatologia e Pediatria, 2014.

DIRETRIZES DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE. Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Brasília, 2024. Disponível em: Acesse aqui.

DUNN, L. M.; DUNN, D. M. Peabody Picture Vocabulary Test. 4. ed. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, 2007.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP. Reflexos Primitivos. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>. Acesso em: 18 fev. 2025.

FARIAS, R. M.; SOUZA, L. P.; SILVA, T. R. A estimulação precoce no atendimento da criança público-alvo da educação especial. Cadernos de Pesquisa, v. 49, n. 2, p. 258-275, 2022. Disponível em: Acesse aqui. Acesso em: 18 fev. 2025.

FRANKENBURG, W. K. et al. Denver II Technical Manual. Denver, CO: Denver Developmental Materials, 1992.

FUJINAGA, C. I.; MORAES, S. A.; et al. Protocolo de Avaliação da Mamada. Revista CEFAC, v. 21, n. 5, p. 567-576, 2013.

FUJINAGA, C. I.; MORAES, S. A.; ZAMBERLAN-AMORIM, N. E.; CASTRAL, T. C.; SILVA, A. A.; SCOCHI, C. G. S. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, jan.-fev., 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281425764018>.

FURTADO, K. A. A. Método Canguru: benefícios e práticas na neonatologia. Aula 8 — Estimulação Precoce, 2023.

GESELL, A.; AMATRUDA, C. S. Developmental Diagnosis: The Evaluation and Management of Normal and Abnormal Development in Infancy and Early Childhood. New York: Harper & Brothers, 1947.

HENDERSON, S. E.; SUGDEN, D. A.; BARNETT, A. L. Movement Assessment Battery for Children. 2. ed. London: Harcourt Assessment, 2007.

HRESKO, W. P.; REID, D. K.; HAMMILL, D. D. Test of Early Language Development. 3. ed. Austin, TX: Pro-Ed, 1999.

KONDRACIUK, A. et al. Impact of the orofacial area reflexes on infant's speech development. Progress in Health Sciences, v. 4, n. 1, p. 188-194, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/321876107\\_Psicologia\\_do\\_Desenvolvimento](https://www.researchgate.net/publication/321876107_Psicologia_do_Desenvolvimento). Acesso em: 18 fev. 2025.

KORKMAN, M.; KIRK, U.; KEMP, S. NEPSY-II: Clinical and Interpretive Manual. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, 2007.

LORD, C.; RUTTER, M.; DILAVORE, P. C.; RISI, S.; GOTHAM, K.; BISHOP, S. L. Autism Diagnostic Observation Schedule (2ª ed.). Torrance, CA: Western Psychological Services, 2012.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês. Revista CEFAC, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013.

MARTINELLI, R. L. C.; MARCHESAN, I. Q.; BERRETIN-FELIX, G. Protocolo de avaliação do frênulo lingual para bebês: relação entre aspectos anatômicos e funcionais. Revista CEFAC, v. 15, n. 3, p. 599-610, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013005000032>.

MENDES, C. R.; ALMEIDA, J. P. Estimulação precoce para minimizar sequelas de paralisia cerebral em crianças. Revista UNIPACTO, v. 12, n. 3, p. 47-60, 2024. Disponível em: Acesse aqui. Acesso em: 18 fev. 2025.

OLIVEIRA, F. B. N.; FERNANDES, C. P.; GURGEL, L. G.; FUJINAGA, C. I.; ALMEIDA, S. T. Protocolos de avaliação da amamentação e Fonoaudiologia: uma revisão integrativa da literatura. Revista CEFAC, v. 21, n. 5, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921514018>.

PARIDA, H. et al. The Influence of Oral Stimulation on the Improvement of Sucking Reflex and Weight Gain in Low Birth Weight Infants. Indonesian Health Journal, v. 3, n. 1, 2024. Disponível em: <https://ihj.rivierapublishing.id/index.php/rp>. Acesso em: 18 fev. 2025.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: Acesse aqui. Acesso em: 18 fev. 2025.



PIPER, M. C.; DARRAH, J. Motor Assessment of the Developing Infant. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company, 1994.

ROBINS, D. L.; FEIN, D.; BARTON, M. L. Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up (M-CHAT-R/F). Self-published, 2009.

SANAR. Reflexos primitivos do recém-nascido. Disponível em: <https://sanarmed.com/reflexos-primitivos-do-recem-nascido-colunistas/>. Acesso em: 18 fev. 2025.

SILVA, J. et al. Avaliação da saúde neonatal e indicadores de risco perinatal. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 27, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/37zgmVWz6vbm9YbBGTb5mbB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 fev. 2025.

SPARROW, S. S.; CICCHETTI, D. V.; BALLA, D. A. Vineland Adaptive Behavior Scales. 2. ed. Minneapolis, MN: Pearson Assessments, 2005.

WECHSLER, D. Wechsler Intelligence Scale for Children. 4. ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <https://www.who.int>.





