

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

³ Departamento de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Contribuição dos autores: BCA coleta, tabulação, delineamento do estudo e redação do manuscrito. LRG análise dos dados, correção da escrita e submissão do artigo, CSA análise dos dados coletados e gerenciar estudo.

Contato para correspondência:
Carla Skilhan de Almeida

E-mail:
carlaskilhan@gmail.com

Conflito de interesses: Não

Financiamento: Não há

Recebido: 27/09/2018
Aprovado: 03/06/2020



Aspectos avaliativos do desenvolvimento infantil na atenção básica: uma revisão integrativa

Evaluative aspects of child development in primary care: an integrative review

Bruna Cândido Araújo¹, Laís Rodrigues Gerzson², Carla Skilhan de Almeida³

RESUMO

Introdução: O acompanhamento ofertado aos bebês potencializa o seu desenvolvimento. **Objetivos:** revisar na literatura atual como acontece a vigilância da saúde do bebê na atenção básica (AB) no Brasil, os métodos avaliativos utilizados pelos profissionais que trabalham com o público infantil e como é realizado o encaminhamento dos bebês com atraso no desenvolvimento infantil para o atendimento especializado. **Métodos:** revisão integrativa com busca nas bases de dados MEDLINE/PubMed, Cochrane CENTRAL, LILACS, PEDro, Scielo, Google Acadêmico, do início das bases até setembro/2018. A busca utilizou os descritores “vigilância da saúde da criança”, “puericultura”, “desenvolvimento infantil”, “atenção básica” e “atendimento especializado”, associados a seus termos sinônimos e seus equivalentes em inglês. **Resultados:** foram encontrados 130 estudos, dos quais 32 foram selecionados para análise detalhada, e, desses, oito foram incluídos na revisão. Verificou-se que as práticas mais comuns são a avaliação do crescimento e orientações aos pais. A utilização de testes específicos para o desenvolvimento não é uma prática comum na AB. Acerca do encaminhamento para o serviço especializado, os artigos que abordam o tema não deixam claro como é feito tal processo. **Conclusões:** No Brasil, não há uma avaliação precoce criteriosa do desenvolvimento neuropsicomotor infantil, nos serviços de AB, bem como os bebês somente são encaminhados quando lesão neurológica ou atraso são evidentes.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Infantil; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança.

ABSTRACT

Introduction: The follow up offered to babies enhances their development. **Objective:** To review in the current literature how the baby health surveillance in primary care/ AB in Brazil happens, as well as the evaluative methods used by professionals working with the child audience and how happens the referral of infants with delayed child development to the child specialized service. **Methods:** Integrative review with search was performed in the databases MEDLINE / PubMed, Cochrane CENTRAL, Lilacs, PEDro, Scielo, Google Scholar; from the beginning of the databases until September / 2018. The search included the descriptors “child health surveillance”, “childcare”, “child development”, “basic attention” and “specialized service”, associated with their synonym terms and their English equivalents. **Results:** 130 studies were found, of which 32 were selected for detailed analysis, and of these, eight were included in the review. The most common practices have been found to be growth assessment and parenting guidance. The use of development-specific tests is not a common practice in AB. Regarding the referral to the specialized service, the articles that address the subject do not make clear how this process is done. **Conclusions:** In Brazil, there is no judicious early assessment of development in AB services and babies are referred only when neurological injury or delay are evident.

Keywords: Child Development; Primary Health Care; Child Health.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é um processo vinculado à maturação cerebral, tendo seu início na vida intrauterina e seguindo até a vida adulta¹⁻⁴. Ele pode sofrer influência de diversos fatores como peso ao nascer, idade gestacional, condições de saúde e de nutrição e condições socioeconômicas⁵⁻⁸.

Os primeiros mil dias da criança, ou seja, da concepção até completar dois anos, são cruciais para o desenvolvimento⁹. Intervenções nesse período são mais eficientes pois aproveitam as janelas de oportunidade, facilitando a aquisição de aptidões e competências¹⁰⁻¹². Ademais, uma combinação de experiências positivas nessa fase,

como alimentação adequada, relação parental positiva e estimulação precoce, apresenta um papel importante para o desenvolvimento global do bebê pois essas experiências refletirão não somente na infância, mas na vida escolar e adulta^{9,13-14}.

Com o avanço técnico-científico nos serviços de neonatologia, as taxas de mortalidade têm sido cada vez mais baixas¹⁵⁻¹⁶; por consequência, ocorre o aumento nas taxas de morbidade em recém-nascidos, resultando em atrasos no desenvolvimento e alterações neuromusculoesqueléticas¹⁷. Com isso, necessita-se de um olhar atento de todos os profissionais de saúde, assim como de uma avaliação e um

diagnóstico precoce¹⁸. Visando as particularidades de cada um, a avaliação deve ser um processo individualizado, dinâmico e compartilhado com cada criança. Identificar precocemente atrasos no DNPM (ADNPM) pode trazer diversos benefícios, indo desde minimizar os agentes causadores, até proporcionar experiências positivas^{11,19}.

Os profissionais da saúde que se dedicam ao desenvolvimento sabem da importância de um olhar atento e da aplicação de testes de triagem para facilitar o manejo com o bebê e sua família. Deste modo, os profissionais que estão na atenção básica (AB) têm o papel de realizar a vigilância do DNPM, identificar as crianças com possíveis atrasos e encaminhá-las para atendimento especializado o mais cedo possível²⁰.

O Brasil apresenta uma realidade onde há uma desvalorização da avaliação do desenvolvimento como parte da consulta em pediatria, levando a um despreparo profissional e, por conseguinte, a uma falta de detecção precoce de atraso²¹⁻²². A avaliação clínica informal, como é muito utilizada por pediatras, é insuficiente para detecção de atrasos, mostrando menos de 30% das crianças com alterações no desenvolvimento²².

Assim, bebês com ADNPM são tardiamente diagnosticados e, logo, chegam tarde aos serviços especializados, o que dificulta o processo de aquisição neuropsicomotora. A avaliação dos *General Movements* (GMs), por exemplo, é um teste de observação extremamente específico que prediz se o bebê tem alguma alteração antes mesmo de completar cinco meses de vida²³⁻²⁵ e que deve ser utilizado por todos os profissionais de saúde que avaliam bebês. Com a falta deste tipo de avaliação, o bebê que apresenta ADNPM e/ou problemas neurológicos é encaminhado para o serviço especializado tardiamente, quase próximo a completar um ano de idade, perdendo assim muitas janelas de oportunidades que podem estar se fechando²³.

Deste modo, surgem as seguintes questões: 1. Os bebês que chegam de forma tardia no serviço especializado são diagnosticados primeiramente como bebês típicos e, com o "Crescer no Déficit" (conforme crescem e amadurecem, aparecem os problemas neurológicos) aparecem os problemas²⁶? 2. São bebês "borderlines", ou seja, há um diagnóstico de suspeita de atraso e os pediatras encaminham somente quando há atraso? 3. Não existe uma avaliação precoce criteriosa acerca do desenvolvimento infantil nos serviços básicos de atenção básica? Esse olhar acerca do desenvolvimento neuropsicomotor seria um papel da vigilância da saúde do bebê na AB no Brasil.

Assim, o objetivo do estudo foi revisar na literatura atual como acontece a vigilância da saúde do bebê na AB no Brasil, bem como verificar quais os métodos avaliativos utilizados pelos profissionais que trabalham com o público infantil e como acontece o encaminhamento desses bebês com ADNPM para o atendimento especializado.

MÉTODOS

Foram incluídos estudos referentes às práticas dos profissionais de saúde que realizam a vigilância da saúde do bebê na AB, os quais utilizaram instrumentos avaliativos ou de triagem. Foi considerado como desfecho o encaminhamento dos bebês diagnosticados com ADNPM ao atendimento especializado.

Na seleção dos estudos foram avaliados os títulos e resumos de todos os artigos identificados pela estratégia de busca. Todos os resumos que não forneciam informações suficientes sobre os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados para avaliação do texto completo. Nessa segunda fase, foram avaliados os textos completos dos artigos que continham os instrumentos avaliativos utilizados e o encaminhamento dos bebês diagnosticados com ADNPM ao atendimento especializado.

Como estratégia, foi realizada busca nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), Cochrane Central, LILACS, PEDro, Scielo e Google

acadêmico, publicados desde o início das bases até setembro de 2018, além de busca manual em referências de estudos já publicados sobre o assunto. A seleção das bases de dados e a estratégia de pesquisa, assim como a lista de termos, foram feitas de modo independente por dois avaliadores (BCA e LRG).

A partir da pré-seleção, os avaliadores analisaram os resumos dos artigos selecionados e identificaram quais se encaixavam nos critérios de inclusão. Os artigos foram selecionados utilizando os seguintes termos: "child health surveillance", "childcare", "child development", "basic attention" e "specialized service" e seus equivalentes em português "vigilância da saúde da criança", "puericultura", "desenvolvimento infantil", "atenção básica" e "atendimento especializado", associados a seus termos sinônimos.

Foram critérios de inclusão do estudo: (1) artigos apresentados com texto na íntegra; (2) escritos em português ou inglês; (3) publicados do início das bases até setembro de 2018. Não houve restrições quanto à amostra para maximizar os resultados da pesquisa. Foram excluídos do estudo: (1) monografias; (2) artigos de revisão; (3) anais de eventos; (4) dissertações e teses; (5) estudos fora do período do estudo; (6) estudo com animais; (7) preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC); (8) avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros acerca da vigilância da saúde da criança; (9) tipos de intervenções realizadas na ABS; e (10) percepção dos cuidadores sobre as práticas dos profissionais de saúde da ABS.

A extração dos dados foi realizada utilizando um formulário padronizado. Foram extraídas informações com relação às características metodológicas dos estudos, amostra, local da coleta, práticas dos profissionais da saúde e métodos avaliativos utilizados (Tabela 1 – Arquivo suplementar).

UMS: Unidades Municipais de Saúde; PFS: Programa da Família Saudável; CSC: caderneta de saúde da criança; UBS: Unidade Básica de Saúde; CSSM: Casa de Saúde Santa Marcelina; PC: perímetro cefálico; USF: Unidade de Saúde da Família; CDI: crescimento e desenvolvimento infantil; CONISCA: Consórcio Intermunicipal do Circuito das Águas; MS: Ministério da Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; SP: São Paulo; VD: visitas domiciliares; DNPM: Desenvolvimento neuropsicomotor; AB: atenção básica; CE: Ceará; MT: Mato Grosso.

RESULTADOS

Descrição dos estudos

A estratégia de busca identificou 130 artigos (Google acadêmico: 102 estudos; Scielo: 17 estudos; PUBMED: seis estudos; MEDLINE: zero estudo; LILACS: cinco estudos; PEDro: zero estudos; Cochrane Central: zero estudos), dos quais 32 foram considerados relevantes e retomados para análise detalhada; destes, 24 foram excluídos, 14 por ser apenas citada a CSC, por se tratar apenas do preenchimento da CSC sobre dados antropométricos, três por avaliarem os conhecimentos dos enfermeiros acerca da vigilância da saúde da criança, dois por serem sobre tipos de intervenções realizadas na ABS e cinco por serem sobre a percepção dos cuidadores sobre as práticas dos profissionais. Oito estudos (um do LILACS, dois do Scielo e cinco do Google acadêmico) preencheram os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão, totalizando 197 profissionais participantes.

Pode-se observar que, com relação às práticas dos profissionais de saúde, as mais citadas são orientações gerais aos pais, avaliação do desenvolvimento infantil, avaliação do crescimento infantil, acompanhamento das vacinas, realização das VD e orientações sobre a importância de a família estimular o desenvolvimento infantil.

Com relação aos métodos avaliativos utilizados pelos profissionais, percebe-se que em três artigos não é citado de que forma é realizada a

avaliação^{30,32-33}, em três os profissionais dizem utilizar a CSC e também escalas ou testes específicos^{27,32,34}, em outros três os profissionais utilizam apenas a CSC^{28,29,31}, e em apenas um artigo é usado o método observacional²⁷. Dentre aqueles que utilizam escalas ou testes específicos, os citados foram: a CSC (n=3)^{27,29,34}, o teste de Denver II (n=2)^{27,34} e a Ficha de Acompanhamento do desenvolvimento (n=1)²⁸.

Sobre o encaminhamento para o atendimento especializado quando se faz necessário, três estudos afirmam realizar o encaminhamento^{27,28,33}, enquanto cinco não trazem esse tema. Os principais achados que motivaram os profissionais a realizar o encaminhamento foram: atraso no desenvolvimento e crescimento, vulnerabilidade por questões financeiras, questões clínicas e atraso na fala. Apenas três estudos^{30,32-33} informavam acerca de como é feito o encaminhamento. Os demais não relatam esse processo (Tabela 1).

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi realizada uma revisão da literatura atual acerca da maneira como é feita a vigilância da saúde do bebê na ABS no Brasil em relação ao desenvolvimento infantil. Este tema foi de interesse porque trabalhamos em um serviço especializado dedicado ao tratamento de bebês com atraso no desenvolvimento infantil. Assim que detectado na atenção primária, os bebês são prontamente encaminhados para realizar a intervenção motora (IM). No entanto, demoram a chegar ao nosso serviço aqueles cujas alterações não são visíveis. Se fossem utilizadas avaliações específicas³⁵ e sensíveis já na triagem da AB, esses bebês seriam encaminhados precocemente (antes de quatro meses) para um serviço especializado.

O olhar atento e a aplicação de testes de triagem para uma melhor avaliação do DNPM não é comum para os profissionais que realizam o acompanhamento dos bebês^{18,22}. O que se percebe, na realidade atual, é um despreparo dos profissionais frente a anormalidades que possam surgir³³. No início deste estudo, acreditava-se que os médicos pediatras utilizariam escalas específicas para a verificação do desenvolvimento infantil, mas são as enfermeiras que estão à frente deste processo²⁷. Ambos são profissionais extremamente competentes e que devem utilizar escalas específicas.

É possível observar neste estudo que grande parte dos profissionais da saúde ainda utiliza a CSC como única ou principal forma de realizar a triagem do desenvolvimento. No entanto, a mesma não é considerada uma escala de avaliação, apenas apresenta marcos do desenvolvimento que devem ser assinalados quando a criança os atingir^{27,29,34}. Também foi possível averiguar que o uso da CSC está diretamente ligado à vigilância do crescimento infantil, quando, com efeito, deveria ser utilizada não apenas para anotar dados antropométricos, mas como forma de acompanhar se esses dados estão dentro dos padrões ditos típicos. Além disso, ela é uma forma de mostrar aos responsáveis como está a saúde do seu bebê, estimulando-os a realizar esse acompanhamento mensal^{29-30,34}.

Um fator que se destaca em alguns estudos presentes nessa revisão é a importância que muitos profissionais atribuem à corresponsabilidade dos responsáveis pela vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, fazendo com que os mesmos sejam sujeitos ativos nas consultas^{29-30,32,34}. Isso vai ao encontro do que a literatura evidencia: quanto mais o profissional permite que os responsáveis participem das consultas de forma ativa, maior é a adesão ao acompanhamento e às orientações e, assim, maior é a melhora dos resultados clínicos³⁶.

Outra maneira de aumentar a adesão às consultas e de realizar a vigilância da saúde da criança de um modo geral é por meio da VD. A VD é vista como uma intervenção de grande importância visto que, por meio dela, é possível a realização de uma vigilância ambiental e sanitária,³² além de favorecer o vínculo com a família. Ademais, a VD possibilita que o profissional veja a criança no seu ambiente natural, facilitando o entendimento sobre o contexto em que a mesma está inserida, como é sua relação familiar e a percepção dos fatores relacionados ao DNPM^{28,32}.

Diversos profissionais atribuem uma grande importância à realização do acompanhamento do DNPM²⁸⁻²⁹. No entanto, muitos afirmam que essa avaliação é realizada apenas de forma observacional^{27,29,32} e outros citam testes de triagem que utilizam, sendo o mais citado o teste de Denver II^{17,35}. Porém, verificou-se que os profissionais questionavam os responsáveis sobre os itens do mesmo, assim como perguntavam a eles sobre os marcos motores que os filhos haviam atingido, não os verificando diretamente^{32,34}. Esta atitude vai contra a recomendação, pois o profissional deve observar a movimentação, interação, linguagem da criança desde a entrada até a sua saída do consultório, além de testar diretamente a presença dos marcos motores³⁷.

Dentre os motivos atribuídos pelos profissionais para não realização de exame físico e testes de triagem específicos estão: tempo de consulta insuficiente, falta de experiência para realizar esse tipo de avaliação, falta de material, falta de espaço avaliação apenas do estado geral e não valorização do desenvolvimento, por sobrecarga de tarefas no cotidiano^{27,32}. Alguns profissionais dizem avaliar apenas quando a mãe traz alguma demanda, realizando então a avaliação da queixa específica²⁷.

A respeito de como é realizado o encaminhamento dos bebês de risco ou daqueles observados com ADNPM, é possível perceber que há uma escassez do tema na literatura. O estudo de Silva et al.³³ apresenta discussão a respeito de diversos diagnósticos clínicos feitos a nove enfermeiras atuantes na ABS no município de Redenção-CE, junto a questionamentos a respeito de quais condutas seriam tomadas frente a esses casos. A conduta mais observada é o "encaminhar para o profissional especialista"; no entanto, esse resultado é atribuído a um despreparo das mesmas em lidar com tais diagnósticos de atraso no desenvolvimento.

Apenas um artigo³⁰ explicita que o encaminhamento é realizado logo que percebido o ADNPM na criança. Andrade et al.³⁰ coloca

Tabela 1. Estudos referentes às práticas dos profissionais que, na atenção básica da saúde do bebê no Brasil, realizaram encaminhamento para o atendimento especializado.

	Encaminhamento para o serviço especializado
Andrade et al. ³⁰	Enfermeiros reconhecem que faz parte das consultas o encaminhamento para outros profissionais. Citam o encaminhamento para o pediatra e nutricionista, assim que detectado baixo peso ou que a criança está na linha de risco; para o CRAS ou NASF quando a questão é financeira; para o médico ou pediatra se for questão clínica; ou para o fonoaudiólogo, quando apresenta atraso na fala. O enfermeiro é visto como um "mediador entre cliente, equipe multiprofissional, família e comunidade". No entanto, os profissionais relatam que uma dificuldade nesse quesito é a resistência familiar para procurarem outro profissional.
Yakuwa ³²	O enfermeiro cita a importância de encaminhar os pacientes se necessário e a importância de discutir os casos com a equipe multiprofissional. É falado sobre a importância de verificar o que tem na rede para apoiar o bebê biologicamente, como por exemplo, estimulação precoce. É realizado o encaminhamento para o PAM para estimulação precoce. Além disso, o encaminhamento é feito para um programa no qual há ações voltadas para a saúde materno-infantil.
Silva, Monteiro ³³	Dentre as atividades prescritas por enfermeiro para crianças com atraso no crescimento e desenvolvimento, "encaminhar para o profissional especialista" é a que aparece com mais frequência.

CRAS: Centro de Referência da Assistência Social; NASF: Núcleo Ampliado de Saúde da Família; PAM: Posto de Atendimento Médico.

o enfermeiro no papel de mediador entre os pacientes, a equipe multiprofissional, a família e a comunidade, sendo também este o profissional de referência para essa criança e sua família, com o papel não apenas de realizar o encaminhamento, mas também de averiguar os resultados do tratamento³².

A falta de capacitação dos profissionais de saúde que atendem crianças na ABS é um fator de grande influência para esse déficit na avaliação do DNPM mostrado. De acordo com os estudos, além de grande parte dos médicos que atuam na vigilância de saúde da criança serem clínicos gerais e dos enfermeiros não terem especializações em saúde da criança,^{17,32-34} há também o impasse de que na ABS não há o costume de realizar cursos de capacitação para o atendimento em pediatria, o que dificulta um olhar atento e impede que os profissionais tenham conhecimento sobre escalas de desenvolvimento.^{27,29,31,22,34}

O estudo de Reichert³⁸ mostrou que, após a implementação de um programa de capacitação sobre vigilância do desenvolvimento infantil, houve um aumento na avaliação rotineira sobre o desenvolvimento feita pelos profissionais e no uso de instrumento sistematizado para avaliação; além disso, todos os profissionais passaram a orientar os responsáveis a estimularem o desenvolvimento. De certa forma, essa é uma alternativa que impacta positivamente o acompanhamento do desenvolvimento.

Algumas limitações presentes no nosso estudo merecem ser destacadas. Primeiramente, não foram encontrados artigos que falassem das estratégias de encaminhamento dos bebês quando se analisava o risco de atraso/atraso na AB. Somente foram encontrados estudos que citavam o encaminhamento sempre que se evidenciou lesão ou atraso, mas não houve detalhamento minucioso. O número de repetições e o tempo de tratamento variaram bastante, bem como houve uma variação no tipo de marcador analisado por estudo.

A amostra dos estudos foi relativamente pequena. Destaca-se que todos os estudos enfatizaram a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil para o crescimento do bebê. Além disso, a pesquisa analisou os artigos do início das bases até setembro de 2018 e mesmo assim foram poucos os artigos achados tratando o tema abordado neste aqui. É importante que haja ensaios clínicos randomizados para ampliar o conhecimento científico no que se refere à importância da avaliação do desenvolvimento infantil na AB por parte dos profissionais envolvidos.

Uma revisão curricular no curso de enfermagem e medicina se faz necessária para que sejam incorporados testes específicos de detecção precoce para encaminhamento a serviços especializados, visto que estes profissionais estão à frente desta vigilância. Como exemplo de curso que já tem testes específicos de detecção precoce incorporados em seu currículo, cita-se o de fisioterapia. No entanto, esse tipo de profissional não está inserido na equipe que realiza a vigilância da saúde do bebê.

Sugere-se uma capacitação em massa na rede pública e privada de profissionais que atuam com bebês/família, no intuito de dominar instrumentos que diagnostiquem precocemente atraso no DNPM e para que os mesmos possam fazer o encaminhamento para o serviço especializado.

CONCLUSÃO

A vigilância da saúde do bebê na AB no Brasil está mais voltada a orientações gerais aos pais, avaliação do desenvolvimento infantil, avaliação do crescimento infantil, acompanhamento das vacinas, realização das VD e orientações sobre a importância da família estimular o desenvolvimento infantil.

Em relação aos métodos avaliativos, alguns estudos não trazem com detalhes a forma de realização da avaliação, apenas citando que

utilizam unicamente a CSC ou a mesma associada a alguma outra escala e método observacional. Verificou-se que, dos testes específicos, a CSC, o teste de Denver II e a Ficha de acompanhamento do desenvolvimento foram os mais utilizados nos estudos pesquisados. Quanto ao encaminhamento de bebês com atrasado no desenvolvimento infantil para o serviço especializado, os artigos que abordam esse tema não relatam a forma como esse processo é realizado, sugerindo assim que não há uma avaliação precoce criteriosa do DNPM nos serviços de AB, bem como que os bebês somente são encaminhados quando há lesão neurológica ou a ADNPM é evidente.

REFERÊNCIAS

- Neto FR, Almeida GMF, Caon G, Ribeiro J, Caram JA, Puccio EC. Desenvolvimento motor de crianças com indicadores de dificuldades na aprendizagem escolar. *Rev Bras Cienc Mov.* 2007;15(1):45-51. Doi: 10.18511/rbcm.v15i1.729
- Fernandes PV, Gerzson LR, Almeida CS, Spessato BC. Desenvolvimento da manipulação do bebê em diferentes idades motoras. *Rev Bras Cienc Mov.* 2017;25(1):99-108. Doi: 10.18511/rbcm.v25i1.6509
- Danielli CR, Farias BL, Santos DAPB, Neves FE, Tonetta MC, Gerzson LR, et al. Efeitos de um programa de intervenção motora precoce no desenvolvimento de bebês em um abrigo residencial. *ConScientiae Saúde.* 2016;15(3):370-7. Doi: 10.5585/conssaude.v15n3.6257
- Gerzson LR, Catarino BM, Azevedo KA, Demarco PR, Palma MS, Almeida CS. Weekly frequency of a motor intervention program for day care babies. *Fisioter Pesqui.* 2016;23(2):178-84. Doi: 10.1590/1809-2950/14923223022016
- Pilz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(1):181-90. Doi: 10.1590/S1413-81232007000100021.
- Ishii N, Kono Y, Yonemoto N, Kusuda S, Fujimura M. Outcomes of infants born at 22 and 23 weeks' gestation. *Pediatrics.* 2013;132(1):62-71. Doi:10.1542/peds.2012-2857
- Zago JTC, Pinto PAF, Leite HR, Santos JN, Morais RLS. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Rev CEFAC.* 2017;19(3):320-9. Doi: 10.1590/1982-0216201719314416
- Araújo LB, Mélo TR, Israel VL. Low birth weight, family income and paternal absence as risk factors in neuropsychomotor development. *J Hum Growth Dev.* 2017;27(3):272-80. Doi: 10.7322/jhgd.124072
- Cunha AJLA, Leite ÂJM, Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J).* 2015;91(6Supl1):S44-S51. Doi: 10.1016/j.jpmed.2015.07.002
- Ilari B. A música e o cérebro: algumas implicações do neurodesenvolvimento para a educação musical. *Rev ABEM [periódico na Internet].* 2003 [acesso em 2018 Out 13];11(9):7-16. Disponível em: <http://www.abemeducacaomusical.com.br/revistas/revistaabem/index.php/revistaabem/article/view/395/322>.
- Neurociências em Benefício da Educação. Diferentes olhares que se complementam... [homepage na Internet]. 2015 [acesso em 2018 Dez 20]. Hennemann AL. Janelas de oportunidades; [aproximadamente 8 telas]. Disponível em: <http://neuropsicopedagogiasaladaeaula.blogspot.com.br/2015/11/janelas-de-opportunidades.html>
- Formiga CKMR, Cezar MEN, Linhares MBM. Avaliação longitudinal do desenvolvimento motor e da habilidade de sentar em crianças nascidas prematuras. *Fisioter Pesqui.* 2010;17(2):102-7. Doi: 10.1590/S1809-29502010000200002.
- Almeida TGA, Caçola PM, Gabbard C, Correr MT, Vilela Junior GB, Santos DCC. Comparisons between motor performance and opportunities for motor stimulation in the home environment of infants from the North and Southwest regions in Brazil. *Fisioter Pesqui.* 2015;22(2):142-7. Doi: 10.590/1809-2950/13306322022015
- Bartoszeck AB, Bartoszeck FK. Percepção do professor sobre neurociência aplicada à educação. *EDUCERE Rev Educ [periódico na Internet].* 2009 [acesso em 2018 Ago 15];9(1):7-32. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/educere/article/download/2830/2098>.
- Victoria CG, Aquino EMMLL, Leal MC, Monteiro C, Colugnati FAB, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet.* 2011;377(9780):1863-76. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4
- Sá Neto JÁ, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. *Texto Contexto - Enferm.* 2010;19(2):372-7. Doi: 10.1590/S0104-07072010000200020
- Fuentefria RN, Silveira RC, Procianny RS. Motor development of preterm infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: systematic review article. *J Pediatr.* 2017;93(4):328-42. Doi: 10.1016/j.jpmed.2017.03.003
- Saccani R, Valentini NC. Análise do desenvolvimento motor de crianças de zero a 18 meses de idade: representatividade dos itens da Alberta Infant Motor Scale por faixa etária e postura. *Rev Bras Crescimento Hum [periódico na Internet].* 2010 [acesso em 2018 Ago 15];20(3):711-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000300006&lng=pt&nrm=iso
- Dornelas LF, Duarte NMC, Magalhães LC. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Rev Paul Pediatr.* 2015;33(1):88-103. Doi: 10.1016/j.rpped.2014.04.009
- Sigolo ARL, Aiello ALR. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. *Paidéia (Ribeirão Preto).* 2011;21(48):51-60. Doi: 10.1590/S0103-863X2011000100007
- Ribeiro AM, Silva RRF, Puccini RF. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. *Rev Paul Pediatr.* 2010;28(2):208-14. Doi: 10.1590/S0103-05822010000200013

22. Zeppone SC, Volpon LC, Del Ciampo LA. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev Paul Pediatr*. 2012;30(4):594-9. Doi: 10.1590/S0103-05822012000400019
23. Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(3Supl1):71-83. Doi: 10.1016/j.jped.2016.01.007
24. De Bock F, Will H, Behrenbeck U, Jarczok MN, Hadders-Algra M, Philippi H. Predictive value of General Movement Assessment for preterm infants' development at 2 years—implementation in clinical routine in a non-academic setting. *Res Dev Disabil*. 2017;62:69-80. Doi: 10.1016/j.ridd.2017.01.012
25. Bosanquet M, Copeland L, Ware R, Boyd R. A systematic review of tests to predict cerebral palsy in young children. *Dev Med Child Neurol*. 2013;55(5):418-26. Doi: 10.1111/dmcn.12140
26. Snell RS. *Neuroanatomia clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
27. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1691-9. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000600013
28. Saporoli ECL, Adami NP. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):55-61. Doi: 10.1590/S0103-21002007000100010
29. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. *Rev Rene [periódico na Internet]*. 2012 [acesso em 2018 Ago 15];13(1):114-26. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3780>
30. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Silva MAI, Mello DF. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. *Cienc Cuid Saude*. 2013;12(4):719-27. Doi: 10.4025/ciencucidsaude.v12i4.21037
31. Gasparino RF, Simonetti JP, Tonete VLP. Consultas de Enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene [periódico na Internet]*. 2013 [acesso em 2018 Ago 15];14(6):1112-22. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3722>
32. Yakuwa MS, Neill S, Mello DF. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança. *Rev Latinoam Enferm*. 2018;26:e3007. Doi:10.1590/1518-8345.2434.3007
33. Silva EB, Monteiro FPM, Santos SS, Joventino ES, Rouberte ESC. Mapeamento das atividades de Enfermagem relacionado ao diagnóstico: atraso no crescimento e desenvolvimento. *Rev Rene [periódico na Internet]*. 2017 [acesso em 2018 Ago 15];18(2):234-41. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/19256>
34. Gaiva MAM, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Child growth and development assessment in nursing consultation. *Av Enferm*. 2018;36(1):9-21. Doi: 10.15446/av.enferm.v36n1.62150
35. Hadders-Algra M. General movements: a window for early identification of children at high risk for developmental disorders. *J Pediatr*. 2004;145(2 Supl):S12-8. Doi: 10.1016/j.jpeds.2004.05.017
36. Malaquias TSM, Gaiva MAM, Higarashi IH. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):62-8. Doi: 10.1590/1983-1447.2015.01.46907
37. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica [homepage na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2018 Nov 28]. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. *Cadernos de Atenção Básica n.º 33*; [aproximadamente 274 p.]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
38. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(5):954-62. Doi: 10.1590/0104-1169.0272.2636