

Guia essencial para o desenvolvimento infantil

Conselhos da Neurologia Infantil

para Pais de Primeira Viagem



Dra. Gladys Arnez



COLEÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA

DO NEURÔNIO AO ABRAÇO

O que a Neurologia Infantil tem a dizer aos pais de primeira viagem?

Dra. Gladys Arnez

Neurologista Infantil

Dados de Publicação

Conselhos da neurologia infantil para pais de primeira viagem

O que a Neurologia Infantil tem a dizer aos pais de primeira viagem?

Autora: Dra. Gladys Arnez

Coleção Saúde da Criança

Copyright © 2026 Dra. Gladys Arnez

Todos os direitos reservados.

Aviso Médico: *Este livro tem fins educativos e informativos. Não substitui a consulta, o diagnóstico ou o tratamento por profissionais de saúde qualificados. Sempre consulte seu pediatra ou neuropediatra para questões específicas sobre a saúde do seu filho.*

Ficha Catalográfica

Arnez, Gladys

Conselhos da neurologia infantil para pais de primeira viagem/ Gladys Arnez. — 1. ed. — 2026.

144 p.; 23 cm. — (Coleção Saúde da Criança)

ISBN: 978-65-84734-22-7

1. Neurologia infantil. 2. Desenvolvimento infantil. 3. Parentalidade. 4. Neurociência. I. Título. II. Série.

CDD: 618.92

Para todas as mães e todos os pais que já acordaram às três da manhã perguntando se estavam fazendo certo.

Estavam.

Queridos pais,

Há uma pergunta que acompanha toda família que espera um filho e que se intensifica nos primeiros meses de vida da criança: estou fazendo o suficiente? É uma pergunta honesta, formulada por pessoas que amam profundamente e que, justamente por isso, sentem o peso da responsabilidade como nunca sentiram antes.

Vivemos numa época de informação abundante e de orientações contraditórias. Nunca pais e mães tiveram acesso a tantos conteúdos sobre desenvolvimento infantil, neurologia, estimulação e saúde da criança. E, ao mesmo tempo, nunca se sentiram tão inseguros. A contradição é aparente: o excesso de informação não organizada produz ansiedade, não segurança.

Este livro nasce de um compromisso: oferecer ao pai e à mãe de primeira viagem uma base sólida, fundamentada na neurociência e na neuropediatria clínica, escrita com a linguagem de quem quer ser compreendido, não de quem quer impressionar.

Você não precisa ser médico para entender como o cérebro do seu filho funciona. Você precisa, isso sim, de informação confiável, apresentada com clareza e com respeito pela sua inteligência.

Ao longo destas páginas, você vai aprender o que é esperado do desenvolvimento neurológico de bebês e crianças pequenas, como reconhecer sinais de alerta, de que modo estimular de maneira saudável e o que fazer quando surgem dúvidas. Vai entender o sono infantil sem misticismo, a linguagem sem pressa excessiva, o choro sem desespero.

A resposta, quase sempre, é sim.

A Conversa Que Este Livro Quer Ter com Você

"O desenvolvimento do cérebro humano é a história mais extraordinária que a biologia já produziu."

— Jack P. Shonkoff e Deborah A. Phillips (2000)

São três da manhã. A criança no colo pesa menos de quatro quilos, mas sua presença ocupa todo o quarto, toda a casa, todo o seu sistema nervoso. Você a olha e sente algo que não tem nome preciso: é amor, sim, mas também é medo, responsabilidade, maravilhamento e uma espécie de vertigem suave diante de tanta vida concentrada em tão pouco espaço. Você se pergunta se está fazendo tudo certo.

Este livro nasceu precisamente desta cena. Não de um laboratório, embora a neurociência seja sua fundação. Não de um consultório, embora a experiência clínica o atravesse. Nasceu daquela madrugada que todo pai e toda mãe de primeira viagem conhecem bem: a madrugada das perguntas sem resposta imediata, das buscas ansiosas no celular, das dúvidas que ninguém ensinou a ter.

Por Que a Neurologia Assusta e Por Que Não Deveria?

Quando uma família escuta a palavra *neurologia*, é comum surgir um susto. Muitas pessoas pensam imediatamente em doença grave, exame complexo, diagnóstico difícil ou algo que não terá solução. A palavra parece distante, técnica e, às vezes, até ameaçadora. Mas a neurologia infantil não deveria ser vista apenas como um lugar de medo. Ela deve ser compreendida como uma área do cuidado que ajuda a entender como a criança se desenvolve, aprende, se movimenta, dorme, sente, comunica-se e se relaciona com o mundo.

Para os pais, uma forma simples de pensar é esta: a neurologia infantil olha para o cérebro em desenvolvimento. E o cérebro da criança pequena não é frágil da maneira como muitas pessoas imaginam. Ele é vulnerável, sim, porque está em formação e pode ser afetado por prematuridade, sofrimento ao nascer, infecções, convulsões, alterações sensoriais, privação de cuidados, estresse intenso ou falta de estímulos adequados. Mas ele também é altamente resiliente, porque possui grande capacidade de aprender, reorganizar conexões e responder ao cuidado, ao vínculo e à intervenção precoce.

A neurociência contemporânea mostra que o cérebro se constrói ao longo do tempo, desde antes do nascimento até a vida adulta. Nos primeiros anos, esse processo acontece de forma especialmente intensa. *O Center on the Developing Child*, da Universidade Harvard, explica que a arquitetura cerebral é construída progressivamente, começando por conexões mais simples e avançando para circuitos mais complexos. Também destaca que, depois de uma fase de crescimento rápido, o cérebro refina suas conexões, tornando seus circuitos mais eficientes.

Isso significa que os primeiros anos importam muito, mas não devem ser vividos como sentença. Quando um bebê nasce prematuro, quando uma criança demora a falar, quando há suspeita de autismo, quando surgem alterações motoras ou crises, a consulta com o neurologista infantil não deve ser entendida como fim de caminho. Ela é uma oportunidade de compreender melhor o que está acontecendo e de agir mais cedo.

A neurologia assusta porque, muitas vezes, as famílias chegam ao consultório carregando perguntas difíceis: *meu filho vai andar? vai falar? tem autismo? isso é convulsão? há algo errado com o cérebro? eu poderia ter feito algo diferente?* Essas perguntas são legítimas. O medo dos pais não deve ser diminuído. Ele precisa ser acolhido e transformado em informação clara.

O que a neurologia pode oferecer é justamente um modo mais cuidadoso de observar a criança. O neurologista infantil avalia tônus muscular, reflexos, movimentos, postura, sono, linguagem, comportamento, interação social, resposta aos estímulos, crescimento do perímetro cefálico e marcos do desenvolvimento. Ele não olha apenas para uma queixa isolada. Ele tenta compreender a criança em sua história: gestação, parto, nascimento, alimentação, ambiente familiar, escola, terapias e rotina.

Outro ponto importante é que nem todo sinal é diagnóstico. Uma criança que demora a falar não tem, necessariamente, autismo. Um bebê que chora muito não tem, necessariamente, uma doença neurológica. Um movimento repetitivo não significa, automaticamente, epilepsia. Uma criança agitada não tem, obrigatoriamente, TDAH. A função da neurologia é diferenciar o que pode fazer parte do desenvolvimento, o que precisa ser acompanhado e o que exige intervenção.

Por isso, a avaliação precoce não deve ser confundida com rotulação precoce. Procurar ajuda cedo não significa colocar uma etiqueta na criança. Significa não esperar que uma dificuldade se agrave para agir. O CDC destaca que o

monitoramento e o rastreio do desenvolvimento ajudam a identificar preocupações mais cedo, para que crianças e famílias recebam serviços e apoios necessários o quanto antes.

A ideia de intervenção precoce também precisa ser explicada com cuidado. Intervir cedo não significa forçar a criança, acelerar etapas ou transformar a infância em tratamento. Significa oferecer apoio adequado no momento em que o cérebro está mais disponível para aprender. Pode envolver fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, orientação familiar, acompanhamento escolar, ajustes ambientais ou outras formas de cuidado, conforme a necessidade de cada criança.

A neurologia também nos ensina que o cérebro infantil é profundamente influenciado pelas relações. O bebê e a criança pequena se desenvolvem no colo, na voz, no olhar, no brincar, na rotina, na alimentação, no sono e na resposta sensível dos cuidadores. Harvard descreve as interações responsivas entre criança e adulto, chamadas de *serve and return*, como trocas fundamentais para a formação da arquitetura cerebral, para a linguagem, para as habilidades sociais e para capacidades cognitivas mais complexas.

Esse dado é importante porque devolve à família um lugar de potência. Os pais não são apenas pessoas que levam a criança à consulta. Eles são parte do ambiente neurológico da criança. Cada conversa, cada brincadeira, cada gesto de acolhimento, cada rotina possível e cada resposta ao sofrimento ajudam o cérebro infantil a se organizar. Isso não significa que a família seja culpada por qualquer dificuldade. Significa que ela pode ser parceira ativa no cuidado.

Ao mesmo tempo, a neurologia lembra que algumas experiências podem prejudicar o desenvolvimento quando são intensas, prolongadas e sem apoio. O estresse tóxico, por exemplo, ocorre quando há ativação excessiva ou prolongada dos sistemas de resposta ao estresse no cérebro e no corpo. Harvard explica que esse tipo de estresse pode afetar a arquitetura cerebral e outros sistemas corporais, mas também destaca que relações de apoio com adultos cuidadosos podem proteger a criança e favorecer resiliência.

Por isso, o cérebro da criança pequena é vulnerável e resiliente ao mesmo tempo. Vulnerável porque está em formação. Resiliente porque responde ao cuidado. Essa é uma das mensagens mais importantes para os pais. Um diagnóstico, um risco ou um atraso não devem ser vistos como definição absoluta do futuro. Eles devem ser entendidos como sinais de que aquela criança precisa de uma rede mais atenta, mais informada e mais organizada.

A neurologia não deveria assustar porque seu objetivo principal não é condenar, mas compreender. Ela ajuda a responder perguntas, identificar sinais, orientar terapias, acompanhar o desenvolvimento e apoiar a família nas decisões. Muitas vezes, a consulta traz alívio porque transforma medo em direção. A família sai sabendo o que observar, o que estimular, o que evitar, quando retornar e quais profissionais podem ajudar.

Também é importante dizer que a criança não é apenas seu exame, seu laudo ou seu diagnóstico. Ela é uma pessoa em desenvolvimento, com história, vínculos, desejos, ritmos e possibilidades. O diagnóstico pode abrir portas para cuidado, direitos e intervenções, mas não deve reduzir a criança a uma palavra. O papel da neurologia ética é ampliar possibilidades, não diminuir horizontes.

Assim, quando falamos de neurologia infantil, precisamos trocar o medo pela compreensão. O cérebro da criança pequena merece atenção, mas também merece confiança. Ele precisa de proteção, mas também de experiências. Precisa de acompanhamento, mas também de brincadeira. Precisa de intervenção quando necessário, mas também de afeto, presença e tempo.

A mensagem principal para os pais é esta: procurar um neurologista infantil não significa esperar o pior. Significa cuidar cedo, observar com responsabilidade e oferecer à criança as melhores condições possíveis para se desenvolver. A neurologia assusta quando parece distante. Mas, quando é explicada com clareza, ela se torna uma aliada da família, da infância e do futuro da criança.

PARA PENSAR ANTES DE CONTINUAR

Quando você busca informação sobre desenvolvimento infantil, o que costuma encontrar? Listas de marcos com datas precisas, comparações com outras crianças da mesma idade, descrições de condições que o seu filho pode ou não ter.

Raramente encontra o que seria mais útil: uma explicação sobre a lógica do desenvolvimento. Este livro quer oferecer exatamente isso: não um checklist de ansiedade, mas uma bússola de compreensão.



CAPÍTULO 1

O Cérebro que Nasce: Como Funciona o Sistema Nervoso do Seu Bebê

"Ao nascer, a criança traz consigo um cérebro inacabado. Isso não é um defeito do design: é a estratégia mais inteligente que a evolução já produziu."
— Eric Kandel et al. (2014)

Quando você segurou seu filho pela primeira vez, segurou também, sem saber, um dos objetos mais complexos que existem no universo conhecido. O cérebro de um recém-nascido a termo contém aproximadamente cem bilhões de neurônios, o mesmo número que um adulto. Mas essa semelhança quantitativa esconde uma diferença qualitativa enorme: enquanto o cérebro adulto é um sistema altamente especializado, o cérebro do recém-nascido é um canteiro de obras em plena atividade.

O Que Está Pronto ao Nascer?

Quando um bebê nasce, é comum que os pais olhem para ele e pensem que tudo está apenas começando. De certo modo, está mesmo. Mas, do ponto de vista da neurologia, muita coisa começou bem antes do parto. O sistema nervoso humano inicia sua formação nas primeiras semanas da gestação, quando uma estrutura chamada placa neural começa a se dobrar e formar o tubo neural. Esse tubo dará origem ao cérebro e à medula espinhal. A formação do tubo neural

ocorre no início do desenvolvimento embrionário, especialmente entre a terceira e a quarta semana de gestação.

Isso significa que o bebê chega ao mundo com uma longa história neurológica já em andamento. Seu cérebro ainda é imaturo, mas não está vazio. Ele já traz circuitos básicos de sobrevivência, respostas automáticas, sensibilidade ao toque, à voz, ao cheiro, à luz e ao movimento. Ao nascer, o bebê ainda não controla o corpo como uma criança maior, mas possui reflexos primitivos que mostram o sistema nervoso funcionando desde os primeiros momentos de vida.

Os reflexos primitivos são respostas automáticas do bebê. Eles não dependem de vontade ou aprendizado consciente. Quando o bebê procura o peito, suga, fecha a mão ao toque, se assusta com um barulho ou movimenta braços e pernas diante de uma mudança brusca, seu corpo está mostrando uma espécie de linguagem neurológica inicial. Esses reflexos ajudam na sobrevivência e também orientam os profissionais de saúde sobre a maturidade do sistema nervoso.

Um exemplo importante é o reflexo de busca. Quando tocamos suavemente a região próxima à boca do bebê, ele tende a virar o rosto na direção do estímulo e abrir a boca. Esse reflexo ajuda o recém-nascido a encontrar o peito ou a mamadeira. Em seguida, aparece o reflexo de sucção, fundamental para a alimentação. Esses dois reflexos mostram como o corpo do bebê já nasce preparado para buscar alimento, embora ainda precise de ajuda, posição adequada e cuidado do adulto.

Outro reflexo conhecido é o reflexo de Moro. Ele acontece quando o bebê se assusta com um som forte, uma mudança brusca de posição ou sensação de queda. Nessa situação, o bebê pode abrir os braços, estender as pernas e depois trazer os braços de volta para o corpo. Para os pais, isso pode parecer assustador, mas geralmente é uma resposta esperada nos primeiros meses. O médico observa esse reflexo porque ele ajuda a avaliar a integridade do sistema nervoso.

Também existe o reflexo de preensão palmar. Quando algo toca a palma da mão do bebê, ele fecha os dedos automaticamente. Muitos pais se emocionam com esse gesto, pois parece que o bebê está segurando a mão de propósito. Na verdade, no início, trata-se de uma resposta reflexa. Com o amadurecimento cerebral, aos poucos esses movimentos automáticos vão sendo substituídos por ações mais voluntárias.

É importante compreender que esses reflexos não devem permanecer para sempre. Eles são esperados no começo da vida, mas, com o amadurecimento do

cérebro, tendem a diminuir e dar lugar a movimentos mais controlados. A literatura clínica descreve os reflexos primitivos como respostas motoras involuntárias presentes após o nascimento, geralmente relacionadas ao tronco encefálico, que vão sendo inibidas nos primeiros meses conforme o cérebro amadurece.

Portanto, quando o pediatra ou o neurologista infantil avalia os reflexos do bebê, ele não está apenas fazendo movimentos simples. Ele está observando a neurologia em ação. A presença, a ausência, a intensidade, a simetria e o tempo de desaparecimento desses reflexos ajudam a compreender como o sistema nervoso está se organizando. Um reflexo muito fraco, ausente, muito assimétrico ou persistente além do esperado pode indicar necessidade de acompanhamento.

Além dos reflexos, o bebê também nasce com capacidades sensoriais importantes. Ele reconhece vozes familiares, especialmente aquelas ouvidas durante a gestação. Reage ao toque, ao cheiro, à luminosidade e aos sons. Enxerga melhor a curta distância, justamente a distância aproximada entre seu rosto e o rosto de quem o alimenta e cuida. Isso mostra que o bebê nasce preparado para a relação. Ele ainda não fala, mas já responde ao mundo.

Ao mesmo tempo, muita coisa ainda não está pronta. O controle da cabeça, a coordenação dos movimentos, a regulação do sono, a maturidade visual, a linguagem, a atenção e a capacidade de se acalmar sozinho ainda vão se desenvolver ao longo dos meses e anos. Por isso, o bebê depende tanto dos cuidadores. O adulto funciona como proteção, alimento, calor, linguagem, segurança e regulação emocional.

A neurologia nos ajuda a compreender que nascer não significa estar acabado. O bebê nasce com bases importantes para sobreviver e se relacionar, mas seu cérebro continuará amadurecendo intensamente. Harvard explica que a arquitetura cerebral é construída ao longo do tempo, começando antes do nascimento e seguindo pela infância e vida adulta. Primeiro se formam conexões mais simples; depois, circuitos mais complexos vão sendo organizados e refinados pelas experiências.

Para os pais, a mensagem principal é esta: o bebê nasce com reflexos, sensações e capacidades iniciais, mas precisa do ambiente para transformar essas bases em desenvolvimento. O colo, a alimentação, o toque, a voz, o olhar, o sono seguro, a rotina e a brincadeira são experiências que ajudam o cérebro a amadurecer. Assim, o que está pronto ao nascer é o ponto de partida. O restante será construído na relação entre biologia, cuidado e tempo.

DICA DA NEUROLOGISTA

Os reflexos primitivos do recém-nascido são indicadores importantes da integridade do sistema nervoso. A ausência de um reflexo esperado, ou sua persistência além do período normal, pode ser um sinal que merece avaliação. Na próxima consulta de puericultura, peça ao pediatra que demonstre os reflexos do seu bebê.

Neuroplasticidade: o Superpoder do Cérebro do bebê

Quando falamos em neuroplasticidade, estamos falando de uma das capacidades mais importantes do cérebro humano: a capacidade de mudar, aprender e se reorganizar a partir das experiências. Em outras palavras, o cérebro não nasce pronto e fechado. Ele nasce em construção. E, no bebê, essa construção acontece de maneira muito intensa.

No recém-nascido, a neuroplasticidade está em um momento muito especial. Isso significa que cada experiência vivida pelo bebê pode ajudar o cérebro a formar, fortalecer ou reorganizar conexões. O toque da pele, o som da voz dos pais, o cheiro familiar, a visão do rosto humano, o sabor do leite, o colo, o banho, o sono, a música suave e a brincadeira simples são experiências que ativam redes neurais e participam do desenvolvimento.

Para os pais, isso pode ser entendido assim: o bebê aprende com o corpo inteiro. Ele ainda não aprende como uma criança maior, que escuta uma explicação e responde com palavras. Ele aprende sentindo. Aprende quando é tocado com cuidado, quando escuta uma voz conhecida, quando recebe alimento, quando observa um rosto próximo, quando é acolhido no choro e quando percebe que o mundo ao seu redor pode ser seguro.

A neurociência mostra que a arquitetura cerebral é construída ao longo do tempo. Primeiro, formam-se conexões mais simples; depois, circuitos mais complexos vão sendo organizados. O Center on the Developing Child, da Universidade Harvard, explica que as interações responsivas entre a criança pequena e o adulto, chamadas de *serve and return*, têm papel essencial na formação da arquitetura cerebral e no desenvolvimento da linguagem, das habilidades sociais e de capacidades cognitivas futuras.

Isso significa que o bebê não precisa de estímulos caros ou sofisticados para desenvolver seu cérebro. Ele precisa, principalmente, de relações. Quando o bebê olha para o adulto e o adulto olha de volta, quando ele balbucia e alguém responde,

quando chora e alguém tenta compreender o que está acontecendo, o cérebro está aprendendo que comunicação produz resposta. Essas pequenas trocas repetidas todos os dias ajudam a organizar atenção, vínculo, linguagem e regulação emocional.

A UNICEF resume essa ideia de forma muito clara ao destacar que, nos primeiros 1.000 dias, alimentação adequada, estimulação e cuidado são essenciais para o desenvolvimento cerebral do bebê. Essa combinação pode ser entendida como cuidar, brincar e amar. Não se trata apenas de oferecer comida ou proteção física, mas de construir um ambiente no qual o bebê possa crescer com segurança, afeto e oportunidades de interação.

Por isso, o superpoder do cérebro do bebê não está em fazer tudo sozinho. Está em responder ao cuidado. A neuroplasticidade permite que o cérebro aproveite as experiências para se organizar. Quando a criança recebe contato afetivo, linguagem, proteção, rotina possível e oportunidades de exploração segura, suas conexões cerebrais vão se fortalecendo. Quando há atraso, prematuridade, risco neurológico ou transtorno do neurodesenvolvimento, essa plasticidade também explica por que a intervenção precoce é tão importante.

Intervir cedo não significa pressionar o bebê ou acelerar etapas. Significa oferecer apoio quando o cérebro está mais disponível para aprender. Fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, estimulação visual, orientação familiar e outras intervenções podem ajudar a criança a desenvolver melhor suas habilidades, sempre respeitando seu ritmo e suas necessidades.

Ao mesmo tempo, é importante evitar um equívoco comum: pensar que mais estímulos sempre produzem melhor desenvolvimento. O cérebro do bebê não precisa de excesso. Sons altos, luzes fortes, telas, muitos brinquedos ao mesmo tempo e atividades longas podem cansar e desorganizar o sistema nervoso. A Academia Americana de Pediatria orienta que as primeiras relações precisam ser seguras, estáveis e cuidadosas, pois são essas relações que sustentam o desenvolvimento saudável da criança.

Portanto, estimular bem é diferente de estimular muito. Estimular bem é observar o bebê, perceber seus sinais e oferecer experiências adequadas ao seu momento. Se ele está alerta, pode ser hora de conversar, cantar, brincar, mostrar um objeto simples ou colocá-lo em uma posição segura para explorar o corpo. Se ele desvia o olhar, boceja, chora, fica irritado ou muito rígido, pode ser hora de reduzir estímulos e oferecer calma.

A neuroplasticidade também nos ensina que a família tem um papel central. Os pais e cuidadores não são apenas acompanhantes do desenvolvimento. Eles fazem parte dele. O cérebro do bebê se organiza dentro das relações cotidianas: no colo que acalma, na voz que responde, no olhar que reconhece, no alimento que nutre, na brincadeira que convida e na rotina que dá previsibilidade.

Isso não significa que os pais precisam ser perfeitos. O bebê não precisa de perfeição. Ele precisa de presença suficientemente estável, sensível e protetora. A neuroplasticidade acontece na repetição dos cuidados comuns, não em grandes eventos. A troca de fralda, o banho, a mamada, a conversa, a música, a leitura de imagens e o tempo de chão supervisionado podem ser experiências neurológicas importantes quando acontecem com atenção e afeto.

Assim, podemos dizer que a neuroplasticidade é o superpoder do cérebro do bebê porque permite que ele transforme experiências em desenvolvimento. Cada gesto de cuidado pode participar da formação das conexões cerebrais. Cada interação responsiva ajuda a criança a organizar seu corpo, sua atenção, sua linguagem e suas emoções. O cérebro do bebê é muito sensível ao ambiente, mas também é profundamente capaz de responder ao cuidado.

A mensagem principal para os pais é esta: vocês não precisam transformar a infância em treinamento. O que mais desenvolve o bebê é uma vida cotidiana rica em presença, segurança, afeto, linguagem, movimento e brincadeira. A neuroplasticidade mostra que o cérebro aprende com o mundo. E, para o bebê, o primeiro mundo é o cuidado de quem está perto.

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O que o recém-nascido já consegue:

- Reconhecer a voz da mãe (ouvida durante a gestação)
- Preferir faces humanas a outros estímulos visuais
- Distinguir o cheiro materno do de outras pessoas
- Imitar expressões faciais simples (língua para fora, boca aberta)
- Responder diferentemente a sons familiares e desconhecidos



CAPÍTULO 2

Os Primeiros Meses: O Grande Despertar Neurológico

No primeiro mês de vida, o cérebro do bebê encontra-se em uma fase muito especial de desenvolvimento. Ele já nasce com estruturas fundamentais em funcionamento, mas ainda passa por um intenso processo de organização e maturação. Podemos dizer que o bebê chega ao mundo com um cérebro preparado para aprender, embora esse aprendizado aconteça, principalmente, por meio do corpo, do cuidado e das experiências sensoriais.

Nesse período, o bebê ainda não controla seus movimentos de maneira voluntária, como ocorre com uma criança maior. Muitas de suas respostas são reflexos, ou seja, reações automáticas comandadas pelo sistema nervoso. Quando ele suga o peito ou a mamadeira, vira o rosto em direção ao toque próximo à boca, fecha a mão quando algo encosta em sua palma ou se assusta com um som forte, está demonstrando reflexos importantes para sua sobrevivência e para a avaliação do desenvolvimento neurológico. Por esse motivo, o pediatra observa esses sinais nas consultas, pois eles ajudam a compreender como o sistema nervoso está funcionando.

A visão do bebê ainda é limitada no primeiro mês. Ele enxerga melhor objetos e rostos que estão próximos, especialmente o rosto de quem cuida dele. A audição, por sua vez, costuma ser bastante sensível. O bebê pode reconhecer vozes familiares, reagir a sons fortes e se acalmar ao ouvir uma voz conhecida. Isso

mostra que, desde muito cedo, a relação com o outro participa diretamente da organização cerebral.

O sono também ocupa um lugar central nesse processo. O bebê dorme muitas horas ao longo do dia, porém em ciclos curtos. Esse sono não representa apenas descanso, pois também participa da maturação do cérebro, da organização das experiências e da regulação do corpo. Como o sistema nervoso ainda é imaturo, o bebê depende muito do adulto para se acalmar, alimentar-se, aquecer-se e sentir segurança. Quando é acolhido no colo, escuta uma voz tranquila, recebe contato pele a pele ou é alimentado com cuidado, seu cérebro recebe sinais de proteção, vínculo e estabilidade.

Por isso, do ponto de vista da neurologia, o afeto também participa do desenvolvimento cerebral. O toque, o olhar, a voz, o cheiro, o colo e a previsibilidade da rotina ajudam o bebê a organizar suas primeiras experiências no mundo. Ele ainda não compreende as palavras como uma criança maior, mas percebe tons de voz, ritmos, expressões, cheiros e sensações. Assim, no início da vida, o cérebro do bebê aprende pela presença cuidadosa do adulto.

É importante lembrar que cada bebê possui seu próprio ritmo de desenvolvimento. No entanto, alguns sinais exigem atenção. Quando o bebê apresenta muita dificuldade para sugar, parece excessivamente molinho, não reage a sons fortes, movimenta-se de forma muito assimétrica, tem choro muito fraco, sonolência intensa ou episódios de movimentos repetitivos e incomuns, é necessário procurar avaliação pediátrica. Esses sinais não indicam, obrigatoriamente, uma doença neurológica, mas precisam ser observados com cuidado.

Desse modo, podemos compreender que o cérebro do bebê no primeiro mês é um cérebro em construção, muito dependente do cuidado e profundamente sensível ao ambiente. Cada gesto cotidiano, como alimentar, embalar, conversar, tocar e acolher, participa da formação das primeiras conexões cerebrais. Cuidar de um bebê, portanto, é também cuidar de seu desenvolvimento neurológico.

Os primeiros seis meses de vida representam o período de maior velocidade de mudança no desenvolvimento neurológico humano. Em semanas, o bebê passa de um ser quase inteiramente reflexivo para um ser social, curioso, comunicativo, capaz de sorrir, de rir, de reconhecer rostos e vozes, de alcançar objetos e de expressar preferências.

O Sorriso Social: Marco de Ouro

Entre as primeiras semanas de vida, muitos pais começam a esperar um momento muito especial: o primeiro sorriso social do bebê. Esse sorriso costuma aparecer por volta da sexta à oitava semana, embora alguns bebês possam demonstrar sinais um pouco antes e outros um pouco depois. Ele é diferente daqueles sorrisos reflexos que podem surgir nos primeiros dias, muitas vezes durante o sono. O sorriso social aparece como uma resposta ao outro, especialmente ao rosto, à voz e à presença dos cuidadores.

Para entender melhor, pense assim: o sorriso reflexo acontece sem intenção comunicativa clara. Ele pode aparecer enquanto o bebê dorme ou em momentos de organização corporal. Já o sorriso social tem outro significado. Ele surge quando o bebê olha para um rosto, escuta uma voz conhecida, percebe uma expressão afetiva e responde com um sorriso. É como se o bebê dissesse, ainda sem palavras: *eu percebo você*.

Por isso, esse marco é tão importante. O sorriso social mostra que o bebê está começando a integrar visão, audição, emoção, atenção e vínculo. Ele olha para o rosto humano, reconhece sinais afetivos, responde à voz e participa de uma troca. O CDC descreve que, por volta dos dois meses, muitos bebês olham para o rosto, parecem felizes ao ver o cuidador se aproximar e sorriem quando alguém fala ou sorri para eles.

Para os pais, esse sorriso costuma ser emocionante porque inaugura uma nova fase da relação. Até então, muitos cuidados pareciam acontecer em uma via única: alimentar, trocar, ninar, acalmar, proteger. Com o sorriso social, o bebê começa a responder de modo mais visível. Ele mostra que a presença do adulto tem efeito sobre ele. Isso fortalece o vínculo e também aumenta o desejo dos cuidadores de conversar, brincar e interagir.

Do ponto de vista neurológico, o sorriso social revela amadurecimento. O bebê precisa enxergar melhor o rosto próximo, reconhecer padrões da face, ouvir a voz, regular seu estado de alerta e coordenar uma resposta motora facial. Parece um gesto simples, mas envolve muitas áreas do desenvolvimento. É por isso que um sorriso pode dizer muito sobre como o cérebro do bebê está se organizando.

Esse marco também mostra que a comunicação começa antes das palavras. Antes de falar, o bebê comunica presença, prazer e interesse pelo outro. Ele participa da relação com o olhar, com o corpo, com sons, com expressões faciais e, agora, com o sorriso. Quando os pais respondem ao sorriso do bebê com fala, afeto

e atenção, criam uma troca que ajuda a fortalecer as conexões cerebrais ligadas à linguagem, à emoção e à interação social.

É importante lembrar que o bebê não precisa ser estimulado de forma exagerada para sorrir. O mais importante é oferecer presença. Falar com voz suave, olhar para o bebê a uma distância próxima, sorrir, cantar, fazer pequenas pausas para esperar a resposta dele e respeitar seus sinais de cansaço são atitudes suficientes. O bebê pequeno pode se cansar com excesso de barulho, luz, visitas, brincadeiras intensas ou muitas tentativas de interação. Estimular bem é observar o tempo do bebê.

Também é importante considerar a idade corrigida nos bebês prematuros. Um bebê que nasceu antes do tempo pode apresentar alguns marcos um pouco mais tarde quando olhamos apenas a idade cronológica. Por isso, a avaliação do desenvolvimento deve considerar quanto tempo faltava para ele completar a gestação. Comparações apressadas podem gerar ansiedade desnecessária.

Alguns sinais, porém, merecem atenção. Procure orientação com o pediatra ou neuropediatra se, por volta dos três meses, o bebê não olha para rostos, não reage à voz dos cuidadores, não demonstra prazer social, não sorri em resposta à interação ou parece muito pouco responsivo ao ambiente. Esses sinais não fecham diagnóstico, mas indicam que o desenvolvimento social, sensorial e comunicativo precisa ser acompanhado. A Academia Americana de Pediatria orienta que diferenças importantes entre a idade da criança e os marcos esperados devem ser conversadas com o médico.

O sorriso social não é apenas uma foto bonita ou um momento de alegria familiar. Ele é um sinal de que o bebê está entrando de forma mais ativa no mundo das relações humanas. Quando sorri para o rosto de quem cuida, o bebê mostra que seu cérebro está aprendendo algo essencial: o outro existe, responde, acolhe e participa de sua vida.

Conversem com o bebê, sorriam para ele, aproximem o rosto, cantem, respeitem suas pausas e observem suas respostas. O sorriso social nasce do encontro. Ele é pequeno no rosto, mas enorme no desenvolvimento.

♥ ORIENTAÇÃO PARA PAIS

O sorriso social do seu bebê não é apenas adorável — é neurologia em ação. Quando você sorri de volta, quando responde com entusiasmo e vocalização, está alimentando os circuitos de reciprocidade social que são a base de toda a vida emocional e relacional futura. Não economize sorrisos.

O Controle da Cabeça

Quando observamos um bebê nos primeiros meses de vida, uma das mudanças mais importantes é o controle da cabeça. No começo, o bebê ainda precisa de muito apoio para sustentar o pescoço. Isso acontece porque os músculos, o sistema nervoso e o controle postural ainda estão amadurecendo. Aos poucos, porém, ele começa a ganhar força, estabilidade e coordenação.

Por volta do terceiro mês, muitos bebês já começam a apresentar um controle melhor da cabeça. Quando estão de barriga para cima, conseguem manter a cabeça mais alinhada ao corpo e à linha média. Quando estão de bruços, podem levantar a cabeça e sustentá-la por alguns instantes, geralmente entre 45 e 90 graus, dependendo de seu ritmo de desenvolvimento. Esse movimento parece simples, mas exige bastante trabalho do cérebro, dos músculos do pescoço, dos ombros, do tronco e do equilíbrio.

Para os pais, é importante entender que o controle da cabeça não aparece de um dia para o outro. Ele é construído nas pequenas experiências do cotidiano. Quando o bebê é colocado de bruços enquanto está acordado e supervisionado, quando é segurado no colo com apoio adequado, quando acompanha o rosto dos cuidadores, quando escuta vozes e tenta virar a cabeça para procurá-las, seu corpo está praticando movimentos importantes para o desenvolvimento motor.

O tempo de barriga para baixo, conhecido como *tummy time*, deve acontecer sempre com o bebê acordado e sob supervisão. Ele ajuda a fortalecer pescoço, ombros, braços e tronco. Não precisa começar com longos períodos. No início, poucos minutos já podem ser suficientes, respeitando os sinais do bebê. Se ele chora muito, fica muito irritado ou parece cansado, a família pode fazer pausas e tentar novamente em outro momento.

Esse marco é importante porque o controle da cabeça prepara o caminho para outras habilidades. Antes de rolar, sentar-se, engatinhar e explorar o ambiente, o bebê precisa aprender a organizar a cabeça e o tronco. A cabeça

funciona como uma espécie de referência para o corpo. Quando ela ganha mais estabilidade, os olhos acompanham melhor o ambiente, os braços começam a participar mais das brincadeiras e o bebê se sente mais seguro para movimentar-se.

É importante, porém, lembrar que cada bebê tem seu ritmo. Bebês prematuros, por exemplo, devem ser avaliados considerando a idade corrigida. Um bebê que nasceu antes do tempo pode precisar de mais algumas semanas para alcançar determinados marcos motores. Ainda assim, a progressão precisa existir. O mais importante não é comparar o bebê com outras crianças, mas observar se ele está avançando dentro de sua própria história.

Alguns sinais merecem atenção. Procure avaliação com o pediatra ou neuropediatra se, por volta dos três meses, o bebê ainda não apresenta nenhum controle da cabeça quando está de bruços, se parece muito molinho ou muito rígido, se movimenta muito mais um lado do corpo do que o outro, se não reage às vozes dos cuidadores, se não apresenta sorriso social ou se não faz nenhuma vocalização responsiva. Esses sinais não significam, obrigatoriamente, uma doença neurológica, mas indicam que o desenvolvimento precisa ser observado com cuidado.

A resposta às vozes, o sorriso social e as vocalizações também entram nessa observação porque o desenvolvimento motor não acontece sozinho. O bebê se organiza pelo corpo, mas também pela relação. Quando escuta a voz dos pais, olha para rostos, sorri, emite sons e tenta responder ao ambiente, ele mostra que seu sistema nervoso está integrando movimento, atenção, audição, visão, vínculo e comunicação.

Portanto, o controle da cabeça é muito mais do que uma habilidade física. Ele é um sinal de amadurecimento neurológico e de organização corporal. Ao apoiar o bebê com segurança, oferecer momentos breves de barriga para baixo, conversar, brincar, observar seus sinais e comparecer às consultas de rotina, a família participa diretamente desse processo.

Não é preciso forçar o bebê, mas é preciso observar. O desenvolvimento acontece com tempo, repetição, cuidado e oportunidades adequadas. Quando há dúvida, buscar avaliação não é motivo de medo. É uma forma de proteger o desenvolvimento da criança no momento certo.

SINAL DE ATENÇÃO

Procure avaliação se, com 3 meses, seu bebê:

- Ainda não apresenta nenhum controle da cabeça na posição de bruços
- Não responde às vozes dos cuidadores
- Não apresenta sorriso social
- Não faz nenhuma vocalização responsiva

Quando falamos dos primeiros 1.000 dias de vida da criança, estamos falando de um período muito especial do desenvolvimento humano. Esse tempo começa ainda na gestação e vai até aproximadamente os dois anos de idade. Ele inclui cerca de 270 dias de gestação, mais o primeiro e o segundo ano de vida. Por isso, não se trata apenas do tempo depois do nascimento. A história do desenvolvimento infantil começa antes, no corpo da mãe, nas condições da gestação, na nutrição, no cuidado pré-natal, na saúde emocional da família e no ambiente em que esse bebê está sendo esperado.

Esse período é chamado de janela de oportunidades porque o cérebro da criança está crescendo e se organizando em uma velocidade muito intensa. As experiências vividas nesse momento podem influenciar a saúde, a aprendizagem, a linguagem, o comportamento, a regulação emocional e o desenvolvimento motor ao longo da vida. Isso não significa que tudo esteja decidido nos primeiros anos, nem que a criança não possa se desenvolver depois. Significa que, nessa fase, o cérebro está especialmente sensível às experiências de cuidado, proteção, alimentação, vínculo e estimulação.

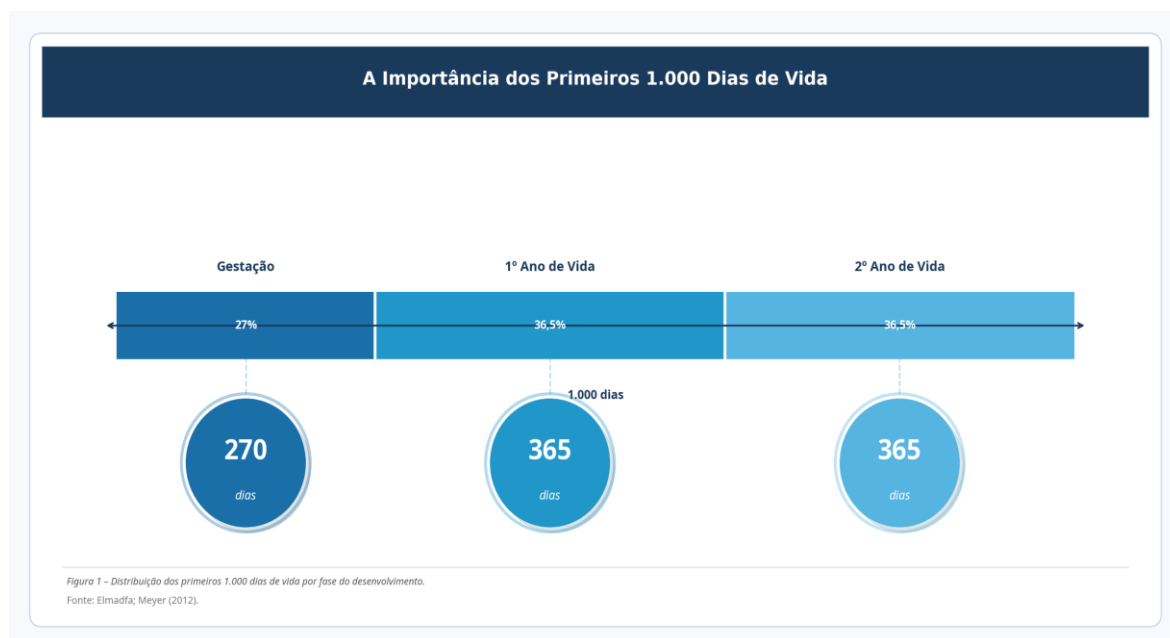
Para os pais, podemos explicar assim: o bebê não precisa apenas crescer em peso e tamanho. Ele também precisa crescer em segurança, afeto, linguagem, movimento e relação. Cada vez que o adulto conversa com o bebê, responde ao seu choro, oferece colo, alimenta com cuidado, protege do estresse excessivo, brinca, canta, lê, mantém uma rotina possível e observa seus sinais, está ajudando o cérebro a construir conexões importantes.

A ciência do desenvolvimento infantil mostra que as relações responsivas entre a criança pequena e o adulto cuidador participam diretamente da formação da arquitetura cerebral. O *Center on the Developing Child*, da Universidade Harvard, descreve essas trocas como interações de ida e volta entre criança e adulto, fundamentais para linguagem, habilidades sociais e capacidades cognitivas futuras.

Isso quer dizer que o bebê aprende desde muito cedo, mesmo antes de falar. Ele aprende quando escuta a voz de quem cuida, quando reconhece o cheiro familiar, quando é acalmado no colo, quando recebe alimento, quando olha para um rosto que responde ao seu olhar e quando percebe que suas necessidades são atendidas. Essas experiências repetidas ajudam o sistema nervoso a organizar confiança, atenção, memória, linguagem e regulação emocional.

Também é importante entender que os primeiros 1.000 dias não dependem apenas de estímulos. Não basta oferecer brinquedos, sons, vídeos ou atividades. O que mais favorece o desenvolvimento é o chamado cuidado integral: boa nutrição, acompanhamento de saúde, vacinação, sono adequado, proteção contra violência, ambiente seguro, oportunidades de brincar e presença afetiva dos cuidadores. A Organização Mundial da Saúde descreve o cuidado responsivo, a saúde, a nutrição, a segurança, a proteção e a aprendizagem inicial como componentes centrais do cuidado que ajuda a criança a sobreviver e prosperar.

Por outro lado, quando a criança vive situações de estresse intenso e prolongado, sem a proteção de adultos disponíveis, seu desenvolvimento pode ser prejudicado. Isso não quer dizer que qualquer choro, frustração ou dificuldade vá causar dano. Algum nível de desconforto faz parte da vida. O problema é o estresse persistente, como negligência, violência, insegurança alimentar, ausência de cuidado estável ou ambiente muito desorganizado. Harvard explica que o estresse tóxico ocorre quando há ativação excessiva ou prolongada dos sistemas de resposta ao estresse, podendo afetar o desenvolvimento do cérebro e de outros sistemas do corpo. Relações cuidadosas com adultos ajudam a proteger a criança desses efeitos.



Quando a criança apresenta atraso no desenvolvimento ou algum transtorno do neurodesenvolvimento, esse cuidado se torna ainda mais importante. Um bebê prematuro, uma criança com atraso motor, dificuldade de linguagem, sinais de autismo, deficiência sensorial, alteração neurológica ou risco social precisa de acompanhamento precoce. Não se deve esperar a dificuldade se agravar para buscar ajuda. Quanto antes a família e os profissionais identificam as necessidades da criança, maiores são as chances de apoiar seu desenvolvimento.

A intervenção precoce aproveita justamente essa fase de maior plasticidade cerebral. Plasticidade cerebral é a capacidade que o cérebro tem de formar novas conexões, fortalecer caminhos já existentes e reorganizar funções a partir das experiências. Por isso, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, estimulação visual, acompanhamento nutricional, orientação familiar e outras intervenções podem ser indicadas quando há risco ou atraso. O objetivo não é apressar a criança, mas oferecer condições para que ela avance com mais segurança.

Para os pais, a mensagem principal é que os primeiros 1.000 dias não devem ser vividos com culpa ou medo. Eles devem ser compreendidos como um tempo de cuidado atento. Nenhuma família precisa ser perfeita. O bebê não precisa de adultos perfeitos, mas precisa de adultos disponíveis, sensíveis e apoiados. Também é importante lembrar que o desenvolvimento infantil depende de condições sociais, acesso à saúde, moradia, alimentação, rede de apoio, educação e políticas públicas. Cuidar de uma criança pequena é uma responsabilidade da família, mas também da sociedade.

Portanto, os primeiros 1.000 dias são uma janela de oportunidades porque representam um período em que o cérebro e o corpo da criança estão

especialmente abertos ao cuidado. Alimentar, proteger, conversar, brincar, acolher, observar e buscar ajuda quando necessário são atitudes que deixam marcas positivas no desenvolvimento. Cada gesto cotidiano pode parecer simples, mas, para o bebê, esses gestos constroem as bases da saúde, da aprendizagem, da linguagem, da autonomia e da vida emocional.



♥ Esperando o bebê

A preparação para a maternidade começa antes da chegada do bebê. Durante a gestação, o corpo da mulher passa por muitas mudanças, e essas transformações envolvem não apenas aspectos físicos, mas também emocionais, familiares e sociais. Por isso, cuidar da gravidez é também cuidar do desenvolvimento inicial da criança.

Preparar o ambiente para o nascimento também vai além de decorar o quarto. O mais importante é pensar em segurança, conforto e funcionalidade. O bebê precisa de um espaço tranquilo, limpo, arejado, com temperatura adequada e iluminação suave. A organização do local de troca de fraldas, dos itens de higiene, das roupas e do espaço para alimentação ajuda a tornar a rotina dos primeiros dias mais simples e menos estressante.

O berço merece atenção especial. A escolha deve seguir critérios de segurança. A Academia Americana de Pediatria recomenda que o bebê durma de barriga para cima, em uma superfície firme, plana e sem inclinação, sem travesseiros, cobertores soltos, protetores acolchoados ou objetos macios no espaço de dormir. Essas medidas reduzem riscos relacionados ao sono infantil.

Também é importante lembrar que um ambiente estimulante não significa um ambiente cheio de objetos, luzes, sons e brinquedos. Nos primeiros meses, o bebê precisa principalmente de calma, presença e previsibilidade. A voz dos pais, o colo, o toque, o olhar, a amamentação ou alimentação responsiva, o banho cuidadoso e uma rotina possível são experiências muito importantes para seu desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde destaca que o desenvolvimento infantil saudável depende de cuidado responsivo, boa saúde, nutrição adequada, segurança, proteção e oportunidades de aprendizagem inicial. Isso mostra que o bebê se desenvolve melhor quando está em um ambiente que cuida de seu corpo, de suas emoções e de suas primeiras relações.

Por isso, preparar-se para a maternidade não significa ter tudo perfeito. Significa construir, pouco a pouco, condições para receber o bebê com segurança, afeto e apoio. A chegada de uma criança transforma a rotina da casa, o sono, o tempo, o corpo e as relações familiares. Quando a família se organiza antes do nascimento, consegue atravessar melhor os primeiros dias, que costumam ser intensos e cheios de aprendizagem.

Assim, a preparação para a maternidade envolve cuidado pré-natal, saúde física, saúde mental, apoio emocional, ambiente seguro e uma rede de pessoas disponíveis para ajudar. O bebê não precisa de luxo. Ele precisa de proteção, presença, alimento, sono seguro, vínculo e adultos capazes de responder às suas necessidades. Cuidar da gestante e preparar o ambiente para o bebê é, desde o início, cuidar dos primeiros passos do desenvolvimento infantil.



CAPÍTULO 3

Marcos do Desenvolvimento: O Que Esperar e Por Que Não Comparar Filhos?

Os marcos do desenvolvimento são referências, não prazos. Compreender esta distinção é um dos objetivos centrais deste capítulo — e talvez um dos mais libertadores para pais que vivem sob a pressão de comparar o desenvolvimento do seu filho com o de outras crianças.

O Que São Marcos e Para Que Servem?

Quando falamos em marcos do desenvolvimento, estamos falando de habilidades que a maioria das crianças costuma adquirir em determinada faixa etária. São exemplos de marcos: sorrir socialmente, sustentar a cabeça, sentar, engatinhar, andar, apontar, falar as primeiras palavras, brincar de faz de conta e interagir com outras crianças.

Esses marcos ajudam pais, pediatras, neurologistas infantis, terapeutas e professores a observarem como a criança está se desenvolvendo. Eles funcionam como uma espécie de mapa. Não são uma sentença, nem uma prova que a criança precisa cumprir exatamente no mesmo dia ou no mesmo mês que outra criança. São referências para acompanhar o desenvolvimento com mais segurança.

É importante dizer aos pais: existe uma grande variação normal. Uma criança pode andar com nove meses e outra com quinze meses, e ambas podem estar dentro do esperado. Algumas crianças falam as primeiras palavras mais cedo, outras precisam de mais tempo. Algumas engatinham, outras quase não

engatinham e passam direto para ficar em pé. O desenvolvimento infantil não acontece em linha reta, nem no mesmo ritmo para todas as crianças.

O CDC explica que marcos do desenvolvimento são habilidades que a maioria das crianças consegue realizar em determinada idade, como dar o primeiro passo, sorrir pela primeira vez ou acenar. Essas habilidades aparecem em áreas diferentes: brincar, aprender, falar, agir e mover-se. Por isso, observar marcos não significa olhar apenas para a fala ou apenas para a marcha. É preciso olhar para a criança como um todo.

Os marcos servem, principalmente, para orientar a observação. Eles ajudam a família a perceber se a criança está avançando, se está adquirindo novas habilidades e se responde ao ambiente de maneira esperada para sua idade. Também ajudam a identificar sinais de alerta quando algo parece muito diferente do esperado, quando uma habilidade não aparece, quando há muita assimetria ou quando a criança perde algo que já havia aprendido.

Por exemplo, se um bebê demora um pouco mais para andar, mas interage bem, brinca, compreende comandos simples, usa o corpo com equilíbrio e continua evoluindo, talvez esteja apenas dentro de sua variação individual. Mas, se além de não andar, ele parece muito rígido ou muito molinho, usa pouco um lado do corpo, não interage, não responde ao nome ou perdeu habilidades, a avaliação precisa ser mais cuidadosa.

Por isso, os marcos não devem ser usados para comparar crianças de forma ansiosa. Comparações como *o filho da vizinha já fala, o primo já anda, a irmã fez isso antes* costumam gerar angústia e nem sempre ajudam. O mais importante é observar a trajetória da própria criança: ela está avançando? Está tentando novas habilidades? Está se comunicando melhor? Está mais interessada no ambiente? Está usando o corpo com mais controle?

Também é importante lembrar que bebês prematuros devem ser avaliados considerando a idade corrigida. Se um bebê nasceu antes do tempo, não é justo compará-lo diretamente com outro bebê nascido com 40 semanas. A idade corrigida ajuda a considerar o tempo de maturação que faltou dentro do útero e permite uma avaliação mais adequada do desenvolvimento.

Outro ponto essencial é diferenciar monitoramento de triagem. Monitorar o desenvolvimento significa acompanhar a criança ao longo do tempo, observando como ela brinca, fala, aprende, se movimenta e se relaciona. Já a triagem do desenvolvimento é uma avaliação mais estruturada, feita com instrumentos ou

questionários específicos, quando há uma idade recomendada ou alguma preocupação. O CDC destaca que a triagem usa ferramentas formais para examinar linguagem, movimento, pensamento, comportamento e emoções.

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

A OMS publicou, em 2006, o estudo *Multicentre Growth Reference Study*, que acompanhou crianças de seis países criadas em condições ideais de saúde e nutrição. O estudo estabeleceu janelas de normalidade para seis marcos motores grossos, mostrando que a variação normal é muito maior do que os pais costumam imaginar.

Marcos Motores Grossos: Do Nascimento aos 3 Anos

Idade	Marco Motor	Janela Normal
3–4 meses	Controle da cabeça	2–4 meses
6 meses	Sentar com apoio	4–8 meses
9 meses	Sentar sem apoio	6–11 meses
10–12 meses	Engatinhar	Variável (alguns pulam)
12 meses	Andar com apoio	9–14 meses
12–15 meses	Andar sem apoio	9–17 meses
18–24 meses	Subir escadas com apoio	15–24 meses
2–3 anos	Correr, pular, chutar bola	18–36 meses

Quando uma criança não alcança um marco no tempo esperado, isso não significa automaticamente que há um transtorno. Pode haver variação normal, prematuridade, pouca oportunidade de experiência, dificuldade auditiva, alteração visual, atraso motor, dificuldade de linguagem ou outras condições. Por isso, o marco não fecha diagnóstico. Ele acende uma pergunta: será que precisamos observar melhor?

Essa é a função mais importante dos marcos: ajudar a agir cedo quando necessário. Se a família, o pediatra ou a escola percebem sinais persistentes, é

melhor avaliar do que esperar indefinidamente. O programa *Learn the Signs. Act Early.*, do CDC, reforça justamente essa ideia: acompanhar os marcos, celebrar o progresso e agir cedo quando houver preocupação.

Os marcos também ajudam a orientar estímulos adequados. Se o bebê está começando a sustentar a cabeça, a família pode oferecer tempo de barriga para baixo, sempre acordado e supervisionado. Se começa a balbuciar, os cuidadores podem responder aos sons, conversar e cantar. Se começa a apontar, podem nomear objetos e ampliar a comunicação. Assim, os marcos não servem apenas para detectar atrasos, mas também para guiar oportunidades de desenvolvimento.

A família deve procurar orientação quando percebe que a criança não progride, quando há perda de habilidades, ausência de resposta a sons, pouco contato visual, ausência de sorriso social, atraso importante de fala, dificuldade motora significativa, movimentos muito assimétricos, rigidez, hipotonia intensa ou comportamento muito diferente do esperado para a idade. Esses sinais não devem gerar pânico, mas merecem avaliação.

Portanto, os marcos do desenvolvimento são referências, não rótulos. Eles não existem para pressionar a criança, nem para transformar a infância em uma corrida. Servem para acompanhar, orientar, proteger e, quando necessário, intervir cedo. Cada criança tem seu tempo, mas toda criança tem direito a ser observada com atenção.

Desenvolvimento saudável envolve ritmo próprio, mas também envolve progressão. Quando há dúvida, perguntar ao pediatra, ao neurologista infantil ou à equipe de desenvolvimento é sempre uma forma de cuidado.



CAPÍTULO 4

O Sono Infantil: Ciência, Mitos e a Noite que Parece Não Acabar

O sono infantil é um dos temas que mais geram angústia nos pais de primeira viagem. Por que os bebês não dormem como adultos? O que é normal e o que é preocupante? Este capítulo apresenta respostas baseadas em evidência.

Quando falamos sobre o sono infantil a partir da neurologia, precisamos compreender que dormir não é apenas descansar. Para a criança, especialmente nos primeiros meses de vida, o sono é uma atividade fundamental do cérebro em desenvolvimento. Enquanto o bebê dorme, seu sistema nervoso continua trabalhando intensamente. O cérebro organiza experiências, amadurece conexões, regula emoções, fortalece aprendizagens e ajuda o corpo a encontrar seus próprios ritmos.

Por isso, aquela noite que parece não acabar, marcada por despertares, choros, mamadas, colo e cansaço dos adultos, não deve ser compreendida apenas como um problema de rotina. Muitas vezes, ela expressa a imaturidade natural do cérebro infantil. O bebê pequeno ainda não nasce sabendo diferenciar plenamente o dia da noite. Seu ritmo circadiano, que é o relógio biológico responsável por organizar os períodos de sono e vigília, vai se formando aos poucos, com a maturação neurológica e com os sinais oferecidos pelo ambiente.

A luz do dia, a redução da luminosidade à noite, o tom de voz mais calmo, a repetição dos cuidados, o banho, a alimentação e o colo ajudam o cérebro do bebê a perceber que existem momentos de maior atividade e momentos de desaceleração. Nesse sentido, a rotina não deve ser entendida como rigidez, mas

como previsibilidade. Para o cérebro infantil, a repetição cuidadosa de alguns gestos transmite segurança e favorece a organização do sono.

Um dos mitos mais comuns é imaginar que o bebê acorda muitas vezes durante a noite porque está manipulando os adultos ou porque foi mal-acostumado. A neurologia nos ensina o contrário. O bebê acorda porque seus ciclos de sono são curtos, seu estômago é pequeno, sua necessidade de alimentação é frequente e sua capacidade de autorregulação ainda está em desenvolvimento. Ele ainda precisa do adulto para se acalmar, reorganizar o corpo e voltar ao sono.

Também é importante lembrar que o sono do bebê não é igual ao sono do adulto. Nos primeiros meses, há uma presença significativa do chamado sono ativo, semelhante ao sono REM, fase em que o cérebro apresenta intensa atividade. Isso significa que, mesmo dormindo, o bebê está processando sensações, sons, cheiros, movimentos e experiências vividas ao longo do dia. O sono, portanto, participa diretamente da construção do desenvolvimento cognitivo, motor e emocional.

Outro ponto essencial é compreender que a criança aprende a dormir dentro de uma relação. O sono não depende apenas do cérebro isolado, mas de um conjunto de condições corporais, afetivas e ambientais. Um bebê com fome, frio, calor, dor, cólica, refluxo, excesso de estímulos ou insegurança tende a ter mais dificuldade para adormecer e permanecer dormindo. Por isso, o cuidado antes de dormir precisa favorecer a calma do corpo e do ambiente.

Nesse processo, o afeto também tem valor neurológico. O colo, a voz tranquila, o toque cuidadoso, o cheiro familiar e a presença estável do adulto ajudam o sistema nervoso do bebê a se regular. Isso não significa que todos os despertares serão evitados, nem que exista uma fórmula perfeita para fazer a criança dormir a noite inteira. Significa apenas que o cérebro infantil precisa de segurança para amadurecer.

Outro mito frequente é acreditar que toda criança deve dormir a noite inteira muito cedo. Cada bebê tem seu ritmo, e os despertares noturnos podem ser esperados, especialmente nos primeiros meses. O problema não está, necessariamente, em acordar à noite, mas em observar se há sinais persistentes de sofrimento, dificuldade respiratória, roncos frequentes, pausas na respiração, sonolência excessiva durante o dia, irritabilidade intensa, baixo ganho de peso ou mudanças importantes no comportamento.

A neurologia e a pediatria também chamam atenção para a segurança do sono. O bebê deve dormir em ambiente seguro, com superfície firme, de barriga para cima e sem objetos soltos, como travesseiros, cobertores pesados, almofadas ou brinquedos macios no espaço de dormir. Essas orientações não anulam a importância do acolhimento, mas indicam que o cuidado afetivo precisa caminhar junto com a proteção física.

Portanto, o sono infantil nos ensina que desenvolvimento não acontece apenas quando a criança está acordada. Dormir também é crescer, amadurecer e aprender. A noite que parece não acabar pode ser cansativa para a família, mas também revela um cérebro em construção, que ainda depende profundamente do adulto para encontrar ritmo, segurança e estabilidade. Assim, cuidar do sono da criança é cuidar de seu desenvolvimento neurológico, emocional e relacional.

O Ritmo Circadiano e Sua Maturação

♥ ORIENTAÇÃO PARA PAIS

Estratégias para apoiar o desenvolvimento do ritmo circadiano:

- Expor o bebê à luz natural durante o dia
- Manter o ambiente escuro e silencioso à noite
- Criar rituais de sono consistentes (banho, amamentação, canção)
- Responder às necessidades noturnas com menor estimulação possível



CAPÍTULO 5

Como Estimular o Cérebro do Seu Bebê Sem Exagerar?

Para o bebê e a criança pequena, brincar não é uma atividade de lazer que acontece depois das 'atividades importantes'. Brincar é a atividade mais importante que existe nesta fase da vida.

Quando falamos em estimular o cérebro do bebê, é comum que muitas famílias pensem em brinquedos caros, aplicativos, vídeos educativos ou atividades muito planejadas. No entanto, a neurologia do desenvolvimento nos ensina algo mais simples e, ao mesmo tempo, mais profundo: o cérebro do bebê se desenvolve melhor quando ele encontra presença, vínculo, segurança, movimento, linguagem e brincadeira adequada ao seu tempo.

Para o bebê e a criança pequena, brincar não é uma atividade secundária, que acontece apenas depois das atividades consideradas importantes. Brincar é uma das atividades mais importantes da infância. É brincando que a criança experimenta o mundo, percebe o próprio corpo, reconhece sons, observa rostos, acompanha movimentos, testa possibilidades, constrói vínculos e começa a organizar suas primeiras aprendizagens. A Academia Americana de Pediatria destaca que o brincar contribui para o desenvolvimento cognitivo, físico, social e emocional da criança, além de fortalecer relações estáveis e protetoras com os adultos.

Estimular o cérebro do bebê, portanto, não significa antecipar etapas, exigir respostas ou transformar a infância em treinamento. Significa oferecer experiências simples, afetivas e repetidas, respeitando o ritmo da criança. Um bebê não precisa de excesso de estímulos. Ele precisa de bons estímulos. Precisa de colo, olhar, conversa, música, toque, tempo no chão com segurança, objetos simples para explorar e adultos disponíveis para responder aos seus sinais.

Um dos princípios mais importantes para compreender esse processo é a interação responsiva. Quando o bebê olha, balbucia, sorri, chora, aponta ou movimenta o corpo, ele está se comunicando. Quando o adulto responde com voz, olhar, gesto, acolhimento ou imitação, cria-se uma troca que fortalece o desenvolvimento cerebral. O Center on the Developing Child, da Universidade Harvard, chama esse processo de *serve and return*, uma troca de ida e volta entre a criança e o cuidador que participa da construção da arquitetura cerebral nos primeiros anos de vida.

Isso mostra que estimular não é bombardear o bebê com informações. Pelo contrário, o excesso pode cansar, irritar e desorganizar. Luzes muito fortes, sons altos, telas, muitos brinquedos ao mesmo tempo e atividades longas podem ultrapassar a capacidade de processamento do bebê. O cérebro infantil ainda está amadurecendo e precisa de pausas. Por isso, tão importante quanto brincar é saber observar quando o bebê demonstra cansaço, desvia o olhar, chora, fica rígido, boceja ou se mostra irritado. Esses sinais indicam que talvez seja hora de reduzir os estímulos.

Na prática, estimular bem é conversar com o bebê durante os cuidados diários, nomear o que está acontecendo, cantar suavemente, fazer contato visual, oferecer objetos seguros com diferentes texturas, colocá-lo de barriga para baixo por alguns minutos quando estiver acordado e supervisionado, permitir que acompanhe rostos e sons, ler livros de pano ou de imagens simples e respeitar seus momentos de descanso. Para crianças pequenas, atividades como empilhar, encaixar, esconder e encontrar objetos, brincar de faz de conta, ouvir histórias, dançar e explorar o ambiente com segurança também são formas potentes de aprendizagem.

O CDC recomenda que os adultos conversem, leiam, cantem e brinquem com bebês e crianças pequenas, além de incentivarem a exploração segura do ambiente. Para crianças de um a dois anos, por exemplo, sugere brincadeiras de nomear partes do corpo, encontrar objetos, encaixar formas e resolver pequenos desafios adequados à idade.

Também é importante compreender que brinquedo bom não é necessariamente brinquedo complexo. Muitas vezes, os melhores materiais são os mais simples: panos, potes, blocos, caixas, livros de imagem, bolas macias e objetos seguros do cotidiano. Esses materiais permitem que a criança invente usos, explore movimentos e construa sentidos. Quando o brinquedo faz tudo sozinho, a criança participa menos. Quando o brinquedo é simples, a criança precisa imaginar, testar, repetir e criar.

Outro cuidado necessário é evitar a ideia de que quanto mais estímulo, melhor será o desenvolvimento. O cérebro do bebê não funciona por acúmulo de atividades, mas por experiências significativas, repetidas e afetivamente seguras. Um bebê super estimulado pode ficar irritado, chorar mais, dormir pior e ter dificuldade para se regular. Por isso, o equilíbrio é fundamental. Estimular é oferecer possibilidades, não pressionar desempenho.

A presença do adulto continua sendo o principal recurso de estimulação. O bebê aprende quando alguém o olha com atenção, responde ao seu choro, sorri de volta, conversa com ele, espera sua reação e transforma os cuidados diários em momentos de vínculo. Trocar uma fralda, dar banho, alimentar, ninar e passear podem ser experiências ricas para o cérebro quando acontecem com calma, linguagem e afeto.

Assim, estimular o cérebro do bebê sem exagerar é compreender que desenvolvimento não precisa de pressa. A criança pequena aprende no ritmo da relação, da brincadeira e da repetição. Ela precisa de um ambiente seguro, de adultos responsivos e de tempo para explorar. Brincar, nesse sentido, não é perda de tempo. É o modo mais sério e profundo pelo qual o bebê começa a conhecer o mundo, os outros e a si mesmo.

Telas e o Desenvolvimento Infantil

SINAL DE ATENÇÃO

O problema não é a tela em si: é o que a tela substitui. O tempo que a criança passa diante de uma tela é tempo que ela não passa interagindo com cuidadores, brincando de forma ativa ou desenvolvendo habilidades de atenção sustentada.



CAPÍTULO 6

Sinais de Alerta: Quando Procurar Ajuda Especializada

O diagnóstico precoce do TEA (Transtorno do Espectro Autista) é um dos objetivos mais importantes da neuropediatria contemporânea, porque as intervenções iniciadas antes dos 3 anos têm impacto significativamente maior.

Quando falamos em sinais de alerta no desenvolvimento infantil, é importante começar com uma ideia simples: observar não é rotular. Uma criança pode apresentar atraso em alguma habilidade e não ter Transtorno do Espectro Autista, assim como uma criança autista pode manifestar sinais de maneira sutil nos primeiros meses ou anos de vida. Por isso, o objetivo da observação não é fechar diagnóstico em casa, mas perceber quando é necessário procurar avaliação especializada.

O diagnóstico precoce do TEA, Transtorno do Espectro Autista, é um dos objetivos mais importantes da neuropediatria contemporânea, porque permite que a criança e a família recebam apoio mais cedo. As intervenções iniciadas nos primeiros anos de vida tendem a favorecer a comunicação, a interação social, a autonomia, a regulação sensorial e a participação da criança em suas rotinas. O NICHD, instituto ligado aos National Institutes of Health dos Estados Unidos, informa que o diagnóstico e as intervenções precoces no autismo estão associados a efeitos positivos mais importantes nos sintomas e nas habilidades futuras da criança.

A neurologia do desenvolvimento nos ensina que os primeiros anos são um período de grande plasticidade cerebral. Isso significa que o cérebro infantil está especialmente disponível para aprender, reorganizar conexões e responder às experiências oferecidas pelo ambiente. Por essa razão, quando uma criança apresenta sinais persistentes de atraso na comunicação, na interação social, no brincar ou no comportamento, não é adequado esperar indefinidamente para ver se passa. Esperar pode significar perder uma janela importante de intervenção.

Alguns sinais merecem atenção especial. Entre eles estão: pouco contato visual, ausência ou redução do sorriso social, pouca resposta ao nome, dificuldade em compartilhar interesses, ausência de gestos como apontar, dar tchau ou mostrar objetos, atraso na fala, perda de palavras que a criança já usava, pouco interesse por outras crianças, brincadeiras muito repetitivas, movimentos repetitivos do corpo, incômodo intenso com sons, texturas ou luzes, seletividade alimentar importante e dificuldade persistente para lidar com mudanças de rotina. O CDC descreve que algumas crianças apresentam sinais de TEA nos primeiros 12 meses de vida, enquanto outras manifestam sinais por volta dos 24 meses ou mais tarde, inclusive com perda de habilidades anteriormente adquiridas.

É importante compreender que um sinal isolado nem sempre indica autismo. Uma criança pode demorar um pouco mais para falar, pode ser tímida, pode ter alterações auditivas, dificuldades motoras, atrasos globais do desenvolvimento ou outras condições que precisam ser avaliadas. No entanto, quando os sinais se repetem, persistem ou aparecem em conjunto, a família deve procurar ajuda. O acompanhamento com pediatra, neuropediatra, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo ou equipe interdisciplinar pode ajudar a compreender o que está acontecendo e quais apoios são necessários.

Um ponto muito importante é a resposta ao nome. Quando o bebê ou a criança pequena raramente responde quando é chamada, não olha para quem fala, parece não escutar ou não se orienta pela voz do cuidador, isso precisa ser investigado. Às vezes, a causa pode estar relacionada à audição. Em outras situações, pode fazer parte de um quadro de desenvolvimento que exige avaliação mais ampla. Por isso, diante desse sinal, não se deve concluir imediatamente que é TEA, mas também não se deve ignorar.

A comunicação também precisa ser observada para além da fala. Antes de falar palavras, a criança costuma se comunicar com o olhar, o sorriso, os gestos, os sons, as expressões faciais e a intenção de compartilhar algo com o adulto. Quando a criança não aponta para mostrar algo interessante, não busca dividir descobertas, não imita gestos simples ou parece muito isolada em suas

explorações, é importante observar com cuidado. O NIMH destaca como sinais possíveis do TEA o pouco contato visual, a baixa resposta ao nome, a dificuldade de compartilhar interesses e a comunicação social reduzida.

Outro sinal de alerta relevante é a regressão. A regressão acontece quando a criança perde habilidades que já havia conquistado, como palavras, gestos, interação social, brincadeiras ou formas de comunicação. Esse sinal deve ser levado a sério e exige avaliação especializada. Não se trata de assustar a família, mas de reconhecer que a perda de habilidades no desenvolvimento infantil sempre merece investigação clínica.

Também é necessário falar dos comportamentos repetitivos e das diferenças sensoriais. Algumas crianças balançam o corpo, agitam as mãos, giram objetos, alinham brinquedos, repetem sons ou ficam muito fixadas em determinados interesses. Outras apresentam reações intensas a barulhos, etiquetas de roupas, textura dos alimentos, luzes fortes ou ambientes cheios. Essas manifestações podem indicar que o cérebro da criança processa estímulos de uma forma diferente e que ela precisa de apoio para se regular.

A família deve procurar ajuda especializada quando percebe que algo no desenvolvimento não acompanha o esperado para a idade, especialmente nas áreas de comunicação, interação social, brincadeira, comportamento, sono, alimentação, sensibilidade sensorial ou autonomia. A Academia Americana de Pediatria recomenda vigilância do desenvolvimento em todas as consultas e rastreio específico para autismo aos 18 e 24 meses. Mesmo assim, se a família percebe sinais antes dessa idade, não precisa esperar a consulta de rotina para buscar orientação.

Procurar ajuda não significa desejar um diagnóstico. Significa cuidar da criança com responsabilidade. Muitas vezes, a avaliação mostra que a criança precisa de estimulação de linguagem, acompanhamento auditivo, apoio motor, orientação familiar ou intervenção precoce. Em outros casos, a avaliação confirma o TEA e permite que a família compreenda melhor o modo como aquela criança se comunica, aprende, brinca e se regula.

Por isso, a principal mensagem é: não transformar cada diferença em motivo de pânico, mas também não silenciar os sinais persistentes. Quando há dúvida, a melhor conduta é avaliar. O diagnóstico precoce não deve servir para limitar a criança, mas para ampliar suas possibilidades de desenvolvimento. Quanto mais cedo a criança recebe apoio adequado, maiores são as chances de favorecer sua comunicação, sua autonomia, sua participação social e sua qualidade de vida.

Sinais de Alerta por Faixa Etária

SINAIS DE ALERTA NO PRIMEIRO ANO

Com 6 meses:

- Ausência de lalação
- Incapacidade de sustentar peso sobre as pernas quando apoiado
- **Com 12 meses:**
- Sem gestos comunicativos (apontar, dar tchau, bater palmas)
- Sem nenhuma palavra ou resposta ao próprio nome



CAPÍTULO 7

Choro, Temperamento e o Mundo Emocional do Bebê

Do ponto de vista neurobiológico, o choro do bebê tem características acústicas que ativam, no cérebro do adulto que cuida, os sistemas de alerta e de motivação para a ação. Não é coincidência: é coevolução.

Quando falamos sobre o choro do bebê, precisamos começar por um ponto importante: o choro não é manha, provocação ou tentativa de manipular o adulto. No início da vida, o choro é uma das formas mais importantes de comunicação. É por meio dele que o bebê informa que algo precisa ser percebido: fome, sono, frio, calor, dor, desconforto, necessidade de colo, excesso de estímulos ou dificuldade para se acalmar.

Do ponto de vista neurobiológico, o choro do bebê possui características acústicas capazes de ativar, no cérebro do adulto que cuida, sistemas de alerta, atenção e motivação para a ação. Isso não acontece por acaso. Trata-se de um mecanismo profundamente ligado à sobrevivência da espécie. O bebê humano nasce muito dependente, com pouca autonomia motora e grande necessidade de cuidado. Por isso, seu choro funciona como um sinal potente, capaz de mobilizar o adulto para proteger, alimentar, acolher e regular. Estudos sobre o cérebro parental mostram que o choro infantil ativa circuitos relacionados à resposta de cuidado, à emoção, à atenção e à preparação para agir.

Esse ponto é importante porque muda a forma como interpretamos o choro. Quando um bebê chora, ele não está fazendo algo contra o adulto. Ele está expressando uma necessidade com os recursos neurológicos que possui. Seu

cérebro ainda é imaturo, seus mecanismos de autorregulação estão em formação e sua capacidade de esperar é muito pequena. Por isso, o adulto funciona como uma espécie de regulador externo. A voz calma, o colo, o toque, o balanço suave, a alimentação e a presença estável ajudam o sistema nervoso do bebê a reorganizar-se.

Também é necessário compreender que nem todo bebê chora da mesma maneira. Alguns bebês são mais tranquilos, outros são mais intensos. Alguns se acalmam rapidamente, outros precisam de mais tempo, mais colo e mais previsibilidade. Essa diferença está relacionada ao temperamento, isto é, ao modo próprio como cada bebê reage ao mundo. O temperamento envolve sensibilidade aos estímulos, intensidade das reações, facilidade ou dificuldade para se acalmar, padrão de sono, resposta a novidades e necessidade de contato. Revisões recentes sobre temperamento infantil mostram que essas diferenças aparecem cedo e participam da forma como o bebê se regula e interage com os cuidadores.

Isso significa que o choro também precisa ser lido dentro da singularidade de cada criança. Um bebê mais sensível pode chorar diante de barulhos, luzes fortes, muitas visitas, trocas de ambiente ou excesso de manuseio. Outro pode chorar mais por desconfortos corporais, como gases, refluxo, fome ou sono acumulado. Há bebês que precisam de mais tempo para transitar entre estados, por exemplo, de acordado para dormindo, de calmo para alerta ou de colo para berço. Nenhuma dessas situações deve ser automaticamente interpretada como problema de comportamento. Em geral, trata-se de um cérebro em desenvolvimento tentando organizar sensações internas e externas.

O mundo emocional do bebê começa justamente nessa relação entre necessidade, expressão e resposta. No início, o bebê ainda não sabe nomear o que sente. Ele sente no corpo. O desconforto aparece como tensão, choro, agitação, rigidez, caretas ou dificuldade para dormir. Quando o adulto responde de modo sensível, o bebê vai aprendendo, pouco a pouco, que suas sensações podem ser acolhidas e que o mundo pode ser previsível. Essa experiência repetida participa da construção da segurança emocional.

Por isso, acolher o choro não significa estragar o bebê. Significa ajudá-lo a construir as bases da regulação emocional. Um bebê que recebe resposta cuidadosa não aprende que pode mandar no adulto. Ele aprende que não está sozinho diante do desconforto. Com o tempo, essa presença estável contribui para que a criança desenvolva recursos próprios de autorregulação. Pesquisas sobre correção cuidador-bebê indicam que o desenvolvimento emocional infantil depende da

interação entre os estados do bebê, as respostas do adulto e o contexto em que o cuidado acontece.

Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer que o choro prolongado pode ser extremamente desgastante para quem cuida. A ciência não deve romantizar a exaustão familiar. Um bebê que chora muito pode gerar angústia, insegurança, irritação e sentimento de incapacidade nos adultos. Nesses momentos, a primeira atitude é verificar necessidades básicas: fome, fralda, sono, temperatura, dor, gases, refluxo, febre ou algum sinal de doença. Depois, é importante reduzir estímulos, manter a voz baixa, acolher com segurança e, quando possível, dividir o cuidado com outra pessoa.

Há situações em que o choro exige avaliação profissional. É necessário procurar atendimento quando o choro é inconsolável e diferente do habitual, quando vem acompanhado de febre, vômitos persistentes, dificuldade para respirar, recusa alimentar, sonolência excessiva, rigidez corporal, convulsões, alteração da cor da pele, perda de peso ou sinais de dor intensa. Também é importante buscar ajuda quando os cuidadores se sentem no limite, pois proteger o bebê inclui proteger a saúde emocional de quem cuida.

Assim, a neurologia nos ensina que o choro é comunicação, sinal de sobrevivência e expressão inicial do mundo emocional do bebê. O temperamento mostra que cada criança chega ao mundo com modos próprios de reagir e se acalmar. Já o cuidado responsivo mostra que a presença do adulto ajuda o cérebro infantil a encontrar segurança. Quando acolhemos o choro com atenção, sem culpa e sem pânico, ajudamos o bebê a construir uma das aprendizagens mais importantes da vida: sentir que suas necessidades podem ser reconhecidas, cuidadas e organizadas em uma relação de proteção.

A Teoria do Apego e Sua Base Neurológica

♥ ORIENTAÇÃO PARA PAIS

Responder ao choro do bebê não cria dependência. Décadas de pesquisa mostram o contrário: bebês cujos cuidadores respondem de forma consistente e sensível ao choro desenvolvem maior segurança e melhor regulação emocional.





CAPÍTULO 8

A Linguagem Nasce Antes das Palavras

A linguagem humana começa muito antes das primeiras palavras. Começa no útero, com a exposição aos sons da fala materna. Continua nos primeiros meses, com o balbucio e as trocas vocais.

Bem, quando dizemos que a linguagem nasce antes das palavras, estamos afirmando algo muito importante sobre o desenvolvimento humano: o bebê não começa a se comunicar apenas quando fala *mamãe*, *papai* ou suas primeiras palavrinhas. A linguagem começa muito antes disso. Ela se inicia nas experiências sonoras, corporais, afetivas e relacionais que envolvem o bebê desde a gestação.

Ainda no útero, o bebê já é exposto aos sons do corpo materno, aos ritmos da voz, à entonação da fala e às melodias da língua. Ele não compreende palavras como uma criança maior, mas seu sistema nervoso começa a perceber padrões sonoros. Estudos recentes indicam que a exposição pré-natal a sons, inclusive à fala, pode formar traços de memória no período fetal e influenciar respostas do sistema nervoso neonatal. Isso mostra que o bebê chega ao mundo já marcado por experiências auditivas anteriores ao nascimento.

Depois do nascimento, essa história continua. O recém-nascido reconhece vozes familiares, reage a mudanças de entonação, acalma-se diante de uma fala conhecida e começa a participar de pequenas trocas com o adulto. Antes de falar, ele escuta. Antes de nomear, ele percebe. Antes de responder com palavras, responde com o corpo, com o olhar, com movimentos, com expressões faciais, com sons e com choro.

É por isso que conversar com o bebê é tão importante, mesmo quando ele ainda não fala. Quando o adulto olha para o bebê, fala com ele durante o banho, a troca de fraldas, a alimentação ou o colo, está oferecendo mais do que palavras. Está oferecendo ritmo, vínculo, atenção compartilhada e organização emocional. O bebê aprende que a fala vem de alguém, que os sons têm intenção e que a comunicação acontece dentro de uma relação.

Nos primeiros meses, aparecem as vocalizações iniciais. O bebê emite sons, experimenta a própria voz, movimenta lábios, língua e mandíbula, escuta o som que produz e observa a reação do adulto. Quando o adulto responde, imita, conversa, sorri ou espera a vez do bebê, cria-se uma troca fundamental para o desenvolvimento da linguagem. O Center on the Developing Child, da Universidade Harvard, descreve essas trocas responsivas entre criança e cuidador como experiências que ajudam a construir a arquitetura cerebral e apoiam o desenvolvimento inicial da linguagem e das habilidades sociais.

Com o passar dos meses, essas vocalizações vão se tornando mais organizadas. O balbucio aparece como uma etapa importante, pois permite que o bebê experimente sons parecidos com os da fala. Ele repete sílabas, varia a entonação, brinca com a voz e começa a perceber que seus sons provocam respostas no ambiente. Segundo os marcos de desenvolvimento do CDC, por volta dos seis meses muitos bebês já fazem sons como *ah*, *eh* e *oh*, além de produzir vocalizações em turnos com o adulto.

Nesse processo, a linguagem não deve ser entendida apenas como fala. Linguagem é também olhar, gesto, escuta, atenção, imitação, intenção comunicativa e vínculo. Um bebê que olha para o rosto do adulto, sorri, vocaliza, acompanha sons, busca interação ou reage à voz está participando de uma experiência linguística inicial. Ele ainda não fala palavras, mas já está entrando no mundo da comunicação humana.

Também é importante desfazer um mito: não é preciso ensinar linguagem ao bebê como se estivessemos em uma aula formal. O que ele mais precisa é de interação viva. Falar com o bebê, cantar, narrar pequenas ações, responder aos seus sons, ler livros de imagens, brincar de esconder e aparecer, nomear pessoas e objetos do cotidiano são práticas simples e muito potentes. A linguagem cresce quando há presença, repetição, afeto e resposta.

Por outro lado, o excesso de telas não substitui a interação humana. A criança pequena aprende linguagem principalmente em relações de troca, nas quais alguém olha, escuta, espera, responde e ajusta a fala ao seu ritmo. A palavra

dirigida ao bebê tem corpo, rosto, tom, pausa, expressão e intenção. É essa dimensão relacional que dá sentido à linguagem.

Alguns sinais merecem atenção ao longo do desenvolvimento. É importante procurar orientação profissional quando o bebê não reage a sons fortes, não se acalma ou não reconhece vozes familiares com o passar dos meses, não vocaliza, não busca interação, não responde ao nome na idade esperada, não aponta, não compartilha interesses ou perde habilidades comunicativas que já havia adquirido. Esses sinais não indicam, obrigatoriamente, um transtorno, mas precisam ser avaliados com cuidado.

Assim, a neurologia e os estudos do desenvolvimento nos ensinam que a linguagem começa antes das palavras porque o cérebro do bebê já está sendo preparado para a comunicação desde muito cedo. A voz que acolhe, o olhar que responde, o canto que acalma, o colo que organiza e a conversa cotidiana são experiências que abrem caminho para a fala. Antes de dizer suas primeiras palavras, o bebê já escutou, sentiu, respondeu, imitou e participou de muitas pequenas conversas com o mundo.

O Ambiente Linguístico e Seu Impacto

DICA DA NEUROLOGISTA

Fale com seu bebê sobre tudo que você está fazendo. 'Agora vou trocar a fralda', 'Olha, este é o seu pé', 'Vamos tomar banho'. Esta narração cotidiana é um dos investimentos mais poderosos que você pode fazer.



CAPÍTULO 9

A Família Como Ambiente Neurológico

A família é o ambiente primário de desenvolvimento do cérebro humano nos primeiros anos de vida. Cada interação entre a criança e seus cuidadores primários, cada rotina estabelecida, deixa marcas na arquitetura neural. Reafirmo, o cérebro do bebê não se desenvolve isolado do mundo. Ele se desenvolve dentro das relações, nos primeiros anos de vida, a criança depende profundamente dos adultos que cuidam dela, não apenas para receber alimento, banho, proteção e descanso, mas também para organizar suas emoções, sua linguagem, sua atenção e sua forma de perceber o ambiente.

A família é o primeiro espaço em que o cérebro humano aprende sobre segurança, vínculo, ritmo e previsibilidade. Cada interação entre a criança e seus cuidadores, cada rotina construída, cada resposta ao choro, cada olhar, cada palavra e cada gesto de acolhimento participa da formação das conexões cerebrais. Isso não significa que os adultos precisam ser perfeitos. Significa que a repetição de cuidados sensíveis e estáveis cria condições favoráveis para o desenvolvimento.

A neurologia do desenvolvimento mostra que as experiências iniciais influenciam a arquitetura cerebral. O *Center on the Developing Child*, da Universidade Harvard, explica que as interações responsivas entre a criança pequena e o adulto cuidador, conhecidas como *serve and return*, têm papel essencial na organização da arquitetura cerebral, especialmente para linguagem, habilidades sociais e funções cognitivas futuras.

Na prática, isso acontece em situações muito simples. O bebê olha para o adulto, e o adulto olha de volta. O bebê balbucia, e alguém responde com palavras, sorriso ou imitação. A criança aponta para um objeto, e o cuidador nomeia aquilo que ela está vendo. O bebê chora, e alguém se aproxima para investigar o que está acontecendo. Essas trocas

de ida e volta ensinam ao cérebro infantil que suas manifestações produzem resposta, que o mundo pode ser compreendido e que as relações podem ser fonte de proteção.

Por isso, a rotina familiar tem grande importância. O horário do sono, o banho, a alimentação, os momentos de brincadeira, a leitura, as músicas, os passeios e os rituais de cuidado ajudam o bebê a organizar o tempo e o corpo. Para uma criança pequena, previsibilidade não é rigidez. É segurança. Quando certas experiências se repetem de forma cuidadosa, o sistema nervoso aprende a antecipar o que vem depois e se regula com mais facilidade.

A família também ajuda a criança a lidar com o estresse. Todo bebê sente desconforto, medo, frustração, fome, sono e irritação. O problema não é a existência do estresse, pois algum nível de desconforto faz parte da vida. A questão está na intensidade, na duração e na ausência de apoio. Harvard descreve o estresse tóxico como uma ativação excessiva ou prolongada dos sistemas de resposta ao estresse, capaz de prejudicar o desenvolvimento saudável da arquitetura cerebral e de outros sistemas do corpo. Relações cuidadosas e estáveis com adultos podem funcionar como proteção diante desse estresse.

Isso mostra que o acolhimento familiar não é apenas um gesto afetivo. Ele tem efeito biológico. Quando o adulto consola, protege, nomeia emoções, reduz estímulos excessivos e oferece presença, ajuda o cérebro da criança a sair de estados de desorganização. Com o tempo, essas experiências contribuem para que a criança desenvolva recursos próprios de autorregulação.

Também é importante lembrar que a linguagem nasce nas relações familiares cotidianas. Falar com o bebê, cantar, ler, narrar pequenas ações e responder aos seus sons são formas simples de favorecer o desenvolvimento cerebral e comunicativo. O CDC recomenda que os cuidadores conversem com o bebê, respondam aos seus sons, leiam, cantem e ofereçam atenção afetuosa, pois essas práticas apoiam o desenvolvimento da linguagem e do cérebro.

A brincadeira também faz parte desse ambiente neurológico. Quando a família brinca com a criança, oferece oportunidades para que ela explore o corpo, os objetos, os sons, os gestos, a imaginação e a relação com o outro. Brincar com o bebê não exige materiais sofisticados. Muitas vezes, o rosto do adulto, a voz, uma música, um pano, uma bola macia, um livro de imagens ou um objeto seguro do cotidiano já permitem experiências ricas para o cérebro em desenvolvimento.

Ao mesmo tempo, é necessário evitar uma compreensão culpabilizante da família. Dizer que a família influencia o desenvolvimento neurológico da criança não significa responsabilizar mães, pais ou cuidadores por tudo. O cuidado infantil também depende de condições sociais, tempo, renda, moradia, rede de apoio, acesso à saúde, licença parental, alimentação, segurança e políticas públicas. Uma família sobrecarregada precisa de apoio, não de julgamento.

A Academia Americana de Pediatria destaca a importância de relações seguras, estáveis e cuidadosas para ajudar crianças pequenas a regular o estresse e promover o desenvolvimento saudável. Também defende que a atenção à primeira infância considere as condições familiares e sociais que sustentam o cuidado.

Portanto, a família é ambiente neurológico porque é nela que o bebê vive suas primeiras experiências de corpo, afeto, linguagem, proteção e regulação. O cérebro infantil vai se formando nas pequenas cenas do cotidiano: no colo que acalma, na voz que responde, no olhar que reconhece, na rotina que organiza, na brincadeira que convida e na presença que protege. Cuidar da família, nesse sentido, é também cuidar do cérebro em desenvolvimento da criança.

O Vínculo Afetivo: Neurobiologia do Amor

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O amor entre pais e filhos não é apenas um sentimento: tem uma neurobiologia. A ocitocina, frequentemente chamada de 'hormônio do amor', é liberada durante o contato físico e ativa sistemas de recompensa no cérebro.

O autocuidado também precisa ser compreendido como parte do cuidado com o bebê. Descansar quando possível, alimentar-se bem, tomar água, dividir responsabilidades, manter acompanhamento de saúde e buscar apoio emocional não são atitudes egoístas. São condições importantes para sustentar o cuidado cotidiano. Um adulto esgotado, sem apoio e sem descanso terá mais dificuldade para lidar com o choro, a privação de sono e as demandas repetidas da criança.

A comunicação entre os pais ou cuidadores é outro ponto essencial. Conversar sobre o que cada um está sentindo, dividir tarefas, combinar horários, reconhecer limites e pedir apoio antes de chegar ao extremo pode reduzir conflitos e fortalecer o vínculo familiar. A chegada do bebê não deve transformar todo o peso do cuidado em responsabilidade de uma única pessoa. Sempre que possível, o cuidado precisa ser compartilhado.

Também é importante ficar atento à saúde mental no pós-parto. Tristeza intensa, choro frequente, irritabilidade persistente, medo constante, sensação de incapacidade, falta de vínculo com o bebê, pensamentos assustadores, desesperança ou vontade de desaparecer são sinais que precisam de atenção. A depressão pós-parto e outros sofrimentos emocionais são condições tratáveis, e buscar ajuda profissional o quanto antes é fundamental. O CDC orienta que

mulheres com suspeita de depressão ou depressão pós-parto procurem atendimento de saúde o mais rapidamente possível.

Os pais também precisam lembrar que os desafios dos primeiros meses são intensos, mas não permanecem iguais para sempre. Com o tempo, a família passa a conhecer melhor o bebê, identifica seus ritmos, compreende seus sinais e ganha mais confiança. O que no início parecia impossível vai se tornando mais compreensível. A parentalidade é uma aprendizagem diária, feita de tentativa, erro, ajuste, apoio e afeto.

Assim, o papel dos pais nos primeiros 1.000 dias é oferecer presença, proteção, cuidado e vínculo, mas também reconhecer seus próprios limites. O bebê precisa de adultos disponíveis, não de adultos perfeitos. Quando a família constrói um ambiente acolhedor, divide responsabilidades, busca ajuda quando necessário e responde ao bebê com sensibilidade, cria bases importantes para um desenvolvimento mais saudável, seguro e afetivo.

O cuidar para além do educar

♥ ORIENTAÇÃO PARA PAIS

Quando um bebê nasce prematuro, com baixo peso, com alguma deficiência ou com risco para o desenvolvimento, a família inteira é impactada. Muitas vezes, os pais esperavam uma chegada tranquila, um bebê que iria para o colo, para casa e para uma rotina mais previsível. Porém, quando surgem internação, exames, consultas, terapias ou incertezas sobre o futuro, essa família precisa reorganizar seus sonhos, seus medos e sua forma de cuidar.

É importante dizer aos pais: sentir medo, culpa, tristeza, angústia ou insegurança não significa falta de amor. Pelo contrário, esses sentimentos aparecem porque existe amor, preocupação e desejo de proteger o bebê. A família pode estar feliz pelo nascimento e, ao mesmo tempo, assustada com tudo o que está acontecendo. Esses sentimentos podem conviver.

Por isso, o cuidado centrado na família começa com uma mudança de olhar. O bebê não deve ser visto separado de sua família. Ele cresce no colo de alguém, escuta vozes familiares, reconhece cheiros, sente o toque dos cuidadores, participa

da rotina da casa e se desenvolve nas pequenas interações do dia a dia. Assim, cuidar bem do bebê também significa cuidar de quem cuida dele.

Na prática, isso quer dizer que os pais não devem ser tratados apenas como acompanhantes ou espectadores. Eles precisam ser escutados, orientados e incluídos nas decisões. A equipe de saúde tem conhecimento técnico, mas a família conhece o bebê de um modo muito particular. Os pais sabem como ele chora, como se acalma, como mama, como dorme, como reage ao banho, ao toque, ao barulho e às mudanças de ambiente. Esse conhecimento é parte importante do tratamento.

O cuidado centrado na família reconhece que cada família é única. Algumas famílias têm uma rede de apoio grande. Outras estão mais sozinhas. Algumas têm mais tempo, outras enfrentam trabalho, deslocamento, dificuldades financeiras e sobrecarga emocional. Por isso, as orientações precisam fazer sentido para a vida real daquela família. Não adianta propor um plano perfeito no papel se ele não cabe na rotina da casa.

Nesse modelo de cuidado, as decisões são construídas em parceria. Profissionais e familiares conversam sobre as necessidades da criança, os objetivos do tratamento, as terapias indicadas, os cuidados em casa e as prioridades naquele momento. A família pode perguntar, discordar, pedir explicação e dizer o que consegue ou não consegue realizar. Isso não enfraquece o cuidado. Ao contrário, torna o cuidado mais honesto e mais possível.

Pensem em situações simples. Se o bebê precisa melhorar o controle da cabeça, a família pode aprender como posicioná-lo com segurança durante o colo, a troca e a brincadeira. Se a criança tem dificuldade para se alimentar, os pais podem receber orientação sobre postura, ritmo, sinais de cansaço e segurança. Se há atraso na comunicação, a rotina da casa pode se transformar em oportunidade de linguagem, com conversa, espera, nomeação de objetos e resposta aos sons da criança.

Isso mostra que a estimulação não acontece apenas na clínica ou no consultório. Ela acontece no banho, na troca de fralda, na alimentação, no chão da sala, no colo, na música, na leitura, no brincar e na hora de dormir. Como o bebê passa a maior parte do tempo com a família, os pais e cuidadores são parte essencial do desenvolvimento. Eles não substituem os profissionais, mas ampliam o alcance do cuidado.

Também é importante que a família receba informações claras. Quando os pais entendem o que está acontecendo, por que uma terapia foi indicada, qual é o

objetivo de determinado exercício ou quais sinais precisam ser observados, sentem-se mais seguros. A informação reduz a sensação de impotência e ajuda a família a participar de forma ativa, sem depender apenas de ordens técnicas.

O cuidado centrado na família também protege o vínculo. Quando os pais se sentem acolhidos e respeitados, conseguem se aproximar mais da criança sem tanto medo de errar. E quando a criança é acolhida com sensibilidade, afeto e constância, ela começa a construir segurança emocional. Essa segurança ajuda no desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da confiança e da capacidade de lidar com desafios.

É importante lembrar: a família não precisa ser perfeita. Nenhum pai e nenhuma mãe sabem tudo desde o início. O cuidado se aprende no caminho, com orientação, tentativa, escuta e apoio. O que o bebê mais precisa é de adultos presentes, disponíveis e amparados. Uma família sobrecarregada precisa de suporte, não de julgamento.

Por isso, os profissionais devem olhar para a criança e também para a família. Devem perguntar como os pais estão, quais são suas dúvidas, quais dificuldades enfrentam, quem ajuda em casa, como está o sono, como está a alimentação e como a rotina está sendo organizada. O desenvolvimento da criança depende também das condições concretas de cuidado.

No fim, o cuidado centrado na família existe porque o desenvolvimento infantil acontece na vida cotidiana. A equipe de saúde avalia, orienta e acompanha. A família observa, acolhe, brinca, alimenta, protege e permanece. Quando esses dois saberes caminham juntos, o cuidado se torna mais humano, mais realista e mais efetivo.

A mensagem principal para os pais é esta: vocês não são culpados pela condição do bebê e não precisam saber tudo sozinhos. Mas vocês são fundamentais no processo. Participar, perguntar, aprender e dividir decisões com a equipe são formas de cuidar. Quando a família é acolhida, a criança também é melhor cuidada.



CAPÍTULO 10

Criar Filhos Não É Resolver um Problema

"Não se trata de criar a criança perfeita. Trata-se de criar a criança que está aqui."
— Donald W. Winnicott (1982)

O papel do neurologista e o diagnóstico

O neurologista (ou neuropediatra) é um especialista em neurodesenvolvimento. Ele avalia marcos motores, linguagem, interação social e comportamentos para identificar o TEA e outras condições associadas. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado em:

- I. **Entrevista detalhada:** o médico pergunta sobre o histórico familiar, gravidez, parto, marcos de desenvolvimento e comportamentos observados na família e na escola.
- II. **Observação:** durante a consulta, avalia como a criança se comunica, olha nos olhos, brinca e reage a estímulos.
- III. **Escalas e protocolos:** quando necessário, aplica questionários ou escalas de rastreio para entender o nível de suporte necessário.

- IV. **Exames complementares:** testes genéticos ou de imagem são pedidos apenas para descartar outras condições; não existem exames que confirmem o autismo.

Por que iniciar cedo?

Mesmo antes de uma confirmação definitiva, começar a intervenção logo que surgem sinais de atraso é crucial. O cérebro em desenvolvimento é altamente plástico, e terapias iniciadas na primeira infância potencializam habilidades de comunicação e socialização. A legislação brasileira garante o direito a uma avaliação diagnóstica até os 18 meses de idade. Portanto, não hesite em buscar acompanhamento se houver suspeitas.

Reconhecendo os sinais: quando desconfiar?

Cada criança é única, mas alguns comportamentos podem chamar atenção. O *guia As entrelinhas do autismo* lista sinais que merecem observação, lembrando que apenas uma equipe multidisciplinar pode confirmar o diagnóstico:

- I. Não responde ao ser chamado pelo nome ou evita contato visual.
- II. Demonstra pouca ou nenhuma intenção de compartilhar experiências (não mostra brinquedos ou não olha para onde você aponta).
- III. Tem atraso na linguagem, usa poucos gestos ou recorre a escrita para se comunicar.
- IV. Repete palavras ou frases (ecolalia) ou usa a mão de alguém para pegar objetos.
- V. Apresenta movimentos repetitivos, como balançar as mãos ou girar.
- VI. Mostra muita sensibilidade ou pouca reação a sons, toques, cheiros ou luzes.
- VII. Prefere rotinas rígidas, resiste a mudanças ou fixa interesse em objetos específicos.

Em bebês, sinais discretos incluem não sustentar o olhar durante a amamentação, ausência de balbúcio, falta de jogos de imitação e alinhamento de brinquedos. O guia da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil acrescenta que irritabilidade, problemas de sono e dificuldades alimentares também podem ser indicadores.

Preparando-se para a consulta

Para que o neurologista compreenda melhor o seu filho, é útil reunir alguns materiais:

- I. **Relatórios escolares e de outros profissionais:** se a criança já frequenta creche ou faz terapias, leve relatórios e cadernetas.
- II. **Vídeos curtos:** filmagens em casa mostrando interações, brincadeiras ou comportamentos que gerem dúvidas ajudam o médico a ver situações fora do consultório.
- III. **Lista de perguntas:** anote suas preocupações sobre sono, alimentação, crises ou aprendizados. Isso evita que algo importante seja esquecido.
- IV. **Histórico familiar:** compartilhe informações sobre gestações, partos e desenvolvimento de irmãos ou parentes.

Chegar preparado facilita o diagnóstico e possibilita que o médico oriente sobre próximas etapas, encaminhamentos para terapias e acompanhamento.

Comorbidades e medicamentos

O TEA não é uma doença, portanto não existe cura ou medicação específica. No entanto, comorbidades como distúrbios do sono, epilepsia, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) ou questões gastrointestinais são comuns e requerem atenção. O neurologista pode prescrever medicamentos para sintomas específicos, como ansiedade severa ou agressividade, quando interferem no aprendizado e na qualidade de vida. Lembre-se de que cada pessoa reage de forma diferente; medicamentos não substituem terapias, mas complementam o tratamento.

Terapias: construindo habilidades

Intervenções multidisciplinares são fundamentais para estimular comunicação, interação social e autonomia. Entre as terapias mais comuns estão:

- I. **Fonoaudiologia:** trabalha fala, linguagem e comunicação alternativa.
- II. **Terapia Ocupacional:** desenvolve habilidades motoras, coordenação e autonomia nas atividades diárias.

- III. **Análise do Comportamento Aplicada (ABA):** foca no aprendizado por reforço positivo e na redução de comportamentos que dificultam a socialização.
- IV. **Psicopedagogia e psicologia:** auxiliam no desenvolvimento emocional e na adaptação escolar.

Os profissionais devem adaptar as abordagens às necessidades individuais. O guia lembra que diversão e lazer também são essenciais; crianças autistas têm direito a brincar, descansar e participar de atividades sociais como qualquer criança.

O dia a dia em família: diferenças e comunicação

Muitos pais relatam que a principal diferença é a forma como o filho interage e percebe o mundo. Pessoas com autismo podem:

- I. **Ter dificuldade em compreender gestos e expressões faciais.** Explique com palavras diretas e use frases curtas.
- II. **Fazer contato visual de maneira breve ou preferir não olhar,** por sentir sobrecarga sensorial; isso não significa desinteresse.
- III. **Interpretar literalmente.** Evite sarcasmo ou metáforas, pois podem gerar confusão.
- IV. **Ser seletivas com alimentos ou sensíveis a texturas;** a terapia ocupacional pode ajudar a ampliar o repertório alimentar.

Uma mãe relatou que crianças típicas costumam compreender emoções e acompanhar instruções com facilidade, enquanto as autistas precisam de explicações passo a passo e estímulos visuais para brincadeiras de faz-de-conta. Portanto, usar imagens, cronogramas visuais e histórias sociais facilita a compreensão do que acontecerá ao longo do dia.

Desenvolvendo habilidades e autonomia

A construção das habilidades do seu filho passa pelo reconhecimento de como ele aprende e se socializa. O guia ressalta que, embora especialistas orientem, a família conhece melhor os interesses e a forma como a criança responde aos estímulos. Algumas sugestões:

1. **Observe e registre:** note que momentos o seu filho está mais disposto a interagir e quais atividades lhe agradam.
2. **Estabeleça rotinas:** a previsibilidade oferece segurança. Use quadros com fotos ou desenhos para mostrar as sequências do dia.
3. **Explore brincadeiras:** músicas, livros ilustrados, jogos de encaixe e culinária simples podem estimular comunicação e motricidade.
4. **Incentive a autonomia:** pequenas tarefas, como guardar brinquedos ou servir-se à mesa, ajudam a desenvolver independência.
5. **Celebre pequenas conquistas:** cada avanço merece reconhecimento; isso reforça a autoestima e a motivação da criança.

Lidando com crises

Crises ocorrem quando a criança fica sobrecarregada sensorialmente ou emocionalmente. Barulhos fortes, cheiros intensos, desorganização do espaço ou mudanças inesperadas podem desencadear comportamentos como choros, gritos ou movimentos repetitivos. Para ajudar:

- I. **Conheça os gatilhos:** observar o que antecede as crises permite evitá-los ou preparar a criança para lidar com eles.
- II. **Avise com antecedência:** explique com calma as mudanças na rotina. Use contagem regressiva ou histórias sociais para transições.
- III. **Mantenha a calma:** durante uma crise, fique próximo, ofereça um ambiente seguro e evite comandos. Às vezes um abraço firme ou pressionar as mãos pode acalmar; outras vezes é preciso dar espaço.
- IV. **Busque apoio profissional:** terapeutas podem ensinar estratégias específicas para reduzir a frequência e a intensidade das crises.

É normal que as crises aconteçam; não se culpe. Com o tempo, vocês aprenderão juntos a manejá-las.

Direitos e rede de apoio

No Brasil, pessoas com TEA têm direitos garantidos por lei: atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo diagnóstico e terapias, educação inclusiva e acesso a benefícios sociais. Procure organizações locais, grupos de apoio e

associações de pais; compartilhar experiências fortalece. O manual do Ministério da Saúde sobre diretrizes de atenção ao autista pode ser um recurso valioso. Em São Paulo, existem centros de reabilitação, escolas e instituições que oferecem suporte às famílias. Informe-se no município sobre serviços próximos.

Para refletir sobre a maternidade e a paternidade

PARCERIA COMO PALAVRA-CHAVE

Ser pai ou mãe de uma criança com autismo é embarcar em uma jornada de descobertas. O neurologista é um aliado nessa caminhada, mas vocês são os especialistas em seu filho. Ouçam seu coração, busquem informação e, principalmente, acolham cada singularidade. O amor, aliado ao conhecimento, é a melhor ferramenta para construir uma vida plena e feliz.





CAPÍTULO 11

Prematuridade e seus riscos

“A UTI Neonatal foi onde eu aprendi que pequeno não significa fraco, e que chegar antes do tempo não quer dizer que não se está pronto para lutar.”

— ONG Prematuridade.com

O papel do neurologista nesse momento

Quando uma família recebe a notícia de que o bebê nasceu antes do tempo esperado, muitas emoções aparecem ao mesmo tempo. Pode haver alegria pelo nascimento, mas também medo, insegurança, dúvidas e uma sensação de que tudo aconteceu rápido demais. A prematuridade, de fato, costuma surgir em meio a condições adversas e, muitas vezes, inesperadas. Ela pode acontecer em diferentes famílias, classes sociais e lugares do mundo. Por isso, antes de qualquer explicação técnica, é importante dizer aos pais: vocês não estão sozinhos, e o bebê prematuro precisa de cuidado, acompanhamento e tempo para amadurecer.

Do ponto de vista médico, consideramos prematuro o bebê que nasce antes de completar 37 semanas de gestação. A Organização Mundial da Saúde define o nascimento pré-termo como aquele que ocorre antes de 37 semanas completas de gravidez. Já o baixo peso ao nascer é geralmente definido quando o bebê nasce com menos de 2.500 gramas. Esses dois aspectos, prematuridade e baixo peso, podem aparecer juntos, mas não são exatamente a mesma coisa. Um bebê pode nascer prematuro e ter peso adequado para sua idade gestacional, assim como outro pode nascer no tempo esperado, mas com baixo peso.

No Brasil, a prematuridade é uma questão importante de saúde pública. Dados divulgados pelo Ministério da Saúde indicam que cerca de 1 em cada 10 nascimentos ocorre antes de 37 semanas de gestação, colocando o país entre aqueles com maior número de partos prematuros no mundo. Outras publicações oficiais brasileiras mencionam cerca de 340 mil bebês prematuros por ano no país. Portanto, quando falamos de prematuridade, não estamos falando de uma situação rara, mas de uma realidade vivida por muitas famílias brasileiras.

Mas o que significa nascer antes do tempo para o bebê? Significa que alguns órgãos e sistemas ainda estavam em processo de amadurecimento dentro do útero e precisarão continuar esse desenvolvimento fora dele. O sistema nervoso é um dos mais importantes nesse processo. O cérebro do bebê prematuro ainda está amadurecendo, e isso pode influenciar o sono, a alimentação, o tônus muscular, os movimentos, a sensibilidade aos estímulos, a coordenação e o desenvolvimento motor.

Por isso, muitos bebês prematuros podem apresentar maior vulnerabilidade nos primeiros meses. Alguns têm mais dificuldade para sugar, cansam-se com facilidade, dormem de forma irregular, estranham luzes e sons, movimentam-se menos ou demonstram menor força muscular. Isso não significa que todos terão problemas no desenvolvimento. Significa que precisam ser acompanhados com mais atenção, porque nasceram em uma fase em que o corpo e o cérebro ainda estavam se organizando.

Os pais costumam perguntar: meu bebê vai se desenvolver como os outros? A resposta precisa ser cuidadosa. Muitos bebês prematuros se desenvolvem muito bem, especialmente quando recebem acompanhamento adequado. No entanto, quando comparamos bebês prematuros com bebês nascidos a termo, é comum observar que algumas aquisições podem ocorrer mais tarde. Sentar, rolar, engatinhar, ficar em pé e andar são habilidades que exigem força muscular, controle postural, equilíbrio e maturação neurológica. Como o prematuro nasceu antes de completar parte desse processo, ele pode precisar de mais tempo para conquistar essas etapas.

É aqui que entra uma informação fundamental para os pais: a idade corrigida. A idade cronológica é a idade contada a partir do dia em que o bebê nasceu. Por exemplo, se ele nasceu há dois meses, sua idade cronológica é de dois meses. Já a idade corrigida leva em conta quanto tempo faltava para ele completar 40 semanas de gestação. Essa correção ajuda a avaliar o desenvolvimento de forma mais justa.

Vamos imaginar um bebê que nasceu com 35 semanas de gestação. Como a gestação de referência é de aproximadamente 40 semanas, faltavam cinco semanas para ele completar esse período. Se hoje esse bebê tem dois meses de vida, não devemos comparar seu desenvolvimento diretamente com o de um bebê nascido a termo há dois meses. Precisamos descontar as cinco semanas que faltaram. Assim, sua idade corrigida será de aproximadamente três semanas. Portanto, espera-se que seu desenvolvimento esteja mais próximo de um bebê de três semanas do que de um bebê de dois meses.

Essa explicação é muito importante porque evita comparações injustas e angustiantes. O bebê prematuro não está simplesmente atrasado. Muitas vezes, ele está se desenvolvendo de acordo com o tempo que seu corpo teria se ainda estivesse no útero. Por isso, a idade corrigida é uma referência essencial para acompanhar crescimento, desenvolvimento motor, alimentação, sono e alguns marcos neurológicos nos primeiros anos de vida. Revisões pediátricas indicam que, nos primeiros dois a três anos, a avaliação do crescimento e do desenvolvimento de crianças prematuras deve considerar a correção da idade, especialmente nos casos de maior prematuridade.

Ao mesmo tempo, a idade corrigida não deve ser usada para ignorar sinais de alerta. Se o bebê apresenta muita dificuldade para mamar, não ganha peso, parece muito molinho, não reage a sons, movimenta muito mais um lado do corpo do que o outro, tem crises, dificuldade respiratória, rigidez intensa ou não progride em suas aquisições, é necessário buscar avaliação. O acompanhamento com pediatra, neuropediatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e outros profissionais pode ser necessário, conforme a história de cada bebê.

O mais importante é que os pais compreendam que acompanhar não significa viver em estado de medo. Acompanhar significa oferecer ao bebê as melhores condições possíveis para crescer. Isso inclui consultas regulares, vacinação, cuidado com a alimentação, atenção ao sono, estímulos adequados, contato pele a pele quando indicado, vínculo afetivo e observação dos marcos do desenvolvimento. O bebê prematuro não precisa de pressa. Ele precisa de tempo, proteção e cuidado especializado quando necessário.

Portanto, a prematuridade nos ensina que o desenvolvimento infantil deve ser visto com delicadeza. O bebê que nasceu antes do tempo traz consigo uma história de amadurecimento interrompida no útero e continuada no mundo. Cabe à família e à equipe de saúde caminharem juntas, respeitando a idade corrigida, observando os sinais do bebê e oferecendo experiências seguras para que seu corpo, seu cérebro e suas habilidades possam se organizar progressivamente.

Sobre o atendimento do neurologista infantil ao bebê prematuro

Quando um bebê nasce prematuro, é comum que a família se pergunte: *será que ele vai se desenvolver bem? Será que precisa passar com neurologista infantil? O que esse médico vai avaliar?* Essas dúvidas são esperadas, porque o nascimento antes do tempo costuma trazer medo, insegurança e muitas informações novas para os pais.

O neurologista infantil, também chamado de neuropediatra, é o médico que acompanha o desenvolvimento do cérebro, dos movimentos, dos reflexos, da sensibilidade, da comunicação e do comportamento da criança. No caso do bebê prematuro, esse acompanhamento é ainda mais importante, porque ele nasceu antes de completar uma parte do amadurecimento que aconteceria dentro do útero. A Organização Mundial da Saúde define como prematuro o bebê que nasce antes de 37 semanas completas de gestação.

É importante que os pais entendam que levar o bebê prematuro ao neurologista não significa que ele tenha uma doença. Muitas vezes, essa consulta tem uma função preventiva. O objetivo é observar como o sistema nervoso está amadurecendo, identificar cedo possíveis dificuldades e orientar a família sobre os cuidados mais adequados. Quanto mais cedo uma necessidade é percebida, maiores são as possibilidades de intervenção e acompanhamento adequado.

Na primeira consulta, o neurologista conversa bastante com a família. Ele pergunta com quantas semanas o bebê nasceu, qual foi o peso ao nascer, se precisou ficar na UTI neonatal, se usou oxigênio, se teve infecção, convulsão, dificuldade para mamar, sangramento cerebral, alteração respiratória ou alguma outra intercorrência. Essas informações ajudam o médico a compreender a história do bebê e o nível de atenção necessário no acompanhamento.

Depois dessa conversa, o neurologista examina o bebê. Ele observa se o corpo está muito molinho, muito rígido ou com tônus adequado para a idade. Também avalia os reflexos, os movimentos espontâneos, a postura, a simetria entre os braços e as pernas, a sucção, a resposta aos sons, o contato visual, o sono, a irritabilidade e a forma como o bebê reage ao ambiente. Tudo isso ajuda a entender como o cérebro e o corpo estão se organizando.

Um ponto muito importante nesse atendimento é a idade corrigida. Os pais costumam contar a idade do bebê a partir do dia em que ele nasceu. Essa é a idade cronológica. Mas, no caso do prematuro, o neurologista também considera a idade corrigida, que desconta o tempo que faltava para o bebê completar 40 semanas de

gestação. A Academia Americana de Pediatria orienta que, para bebês prematuros, a idade ajustada ou corrigida deve ser usada para acompanhar o desenvolvimento até cerca de 2 anos de idade.

Vamos pensar em um exemplo simples. Se um bebê nasceu com 32 semanas, ele nasceu aproximadamente 8 semanas antes do tempo esperado. Quando esse bebê tiver 4 meses de vida, sua idade cronológica será de 4 meses, mas sua idade corrigida será de aproximadamente 2 meses. Isso significa que o desenvolvimento dele deve ser comparado, em muitos aspectos, ao de um bebê de 2 meses, e não ao de um bebê de 4 meses. Essa correção evita comparações injustas e diminui a ansiedade da família.

Durante o acompanhamento, o neurologista observa os marcos do desenvolvimento. Ele acompanha se o bebê começa a sustentar a cabeça, olhar para rostos, reagir a sons, movimentar braços e pernas, rolar, sentar-se, engatinhar, ficar em pé, brincar e interagir. Também observa os primeiros sinais de comunicação, como vocalizações, sorrisos, balbucios e respostas ao adulto. O CDC destaca que o monitoramento e o rastreio do desenvolvimento ajudam a identificar possíveis atrasos e a encaminhar a criança para serviços necessários o mais cedo possível.

Nem sempre o neurologista pedirá exames. Em muitos casos, a avaliação clínica e o acompanhamento regular já oferecem informações importantes. Porém, quando há alguma indicação, ele pode solicitar exames como ultrassom transfontanela, eletroencefalograma, ressonância magnética, avaliação auditiva ou avaliação oftalmológica. Esses exames não são pedidos para assustar a família, mas para responder a perguntas específicas sobre o desenvolvimento e a saúde do bebê.

Outra função importante do neurologista infantil é orientar a família sobre estimulação e cuidado. O bebê prematuro pode precisar de mais tempo, mais proteção e estímulos mais cuidadosos. Nem sempre estimular significa fazer muitas atividades. Às vezes, o mais importante é oferecer colo, contato visual, voz calma, posição adequada, tempo supervisionado de barriga para baixo quando indicado, rotina previsível e acompanhamento com profissionais quando necessário.

Quando o neurologista percebe alguma dificuldade, pode encaminhar o bebê para intervenção precoce. Isso pode envolver fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, acompanhamento nutricional, estimulação visual ou outros atendimentos. A Academia Americana de Pediatria indica que o seguimento

neurodesenvolvimental de bebês prematuros pode ocorrer em idades corrigidas específicas, como 6, 12 e 18 a 24 meses, conforme o risco e a necessidade clínica.

Os pais também precisam saber quando procurar ajuda com mais urgência. É importante buscar avaliação se o bebê apresenta convulsões, muita dificuldade para mamar, engasgos frequentes, sonolência excessiva, corpo muito molinho, rigidez intensa, movimentos muito diferentes entre um lado e outro do corpo, ausência de reação a sons fortes, pouco contato visual ao longo do tempo, perda de habilidades ou atraso importante mesmo considerando a idade corrigida.

Portanto, o atendimento do neurologista infantil ao bebê prematuro é um cuidado de acompanhamento, prevenção e orientação. O médico escuta a história do nascimento, calcula a idade corrigida, examina o bebê, acompanha os marcos do desenvolvimento, solicita exames quando necessário e orienta os pais sobre os melhores caminhos. O objetivo não é rotular a criança, mas ajudá-la a se desenvolver com mais segurança, respeitando seu tempo e oferecendo apoio no momento certo.

Para os pais



O bebê prematuro não deve ser comparado de forma apressada com outros bebês. Ele precisa ser acompanhado com atenção, mas também com confiança. Seu desenvolvimento deve ser observado à luz de sua história, de sua idade corrigida e de suas necessidades reais. Com cuidado, vínculo, acompanhamento especializado e intervenções precoces quando necessárias, muitos bebês prematuros avançam de forma significativa em seu desenvolvimento.

Fatores de risco

Risco não significa certeza de problema. Significa que aquele bebê precisa ser acompanhado com mais atenção, porque nasceu em um momento em que o cérebro, os músculos, os órgãos dos sentidos e outros sistemas do corpo ainda estavam amadurecendo. A Organização Mundial da Saúde define nascimento prematuro como aquele que acontece antes de 37 semanas completas de gestação.

Quanto menor a idade gestacional e quanto menor o peso ao nascer, maior tende a ser a necessidade de vigilância clínica.

Para os pais, isso pode ser traduzido assim: o bebê prematuro não deve ser visto como uma criança condenada a ter dificuldades, mas como uma criança que precisa de acompanhamento cuidadoso desde cedo. Alguns sinais de alerta podem aparecer ainda nos primeiros meses de vida. Por isso, as consultas regulares são tão importantes. O acompanhamento mês a mês permite observar se o bebê está mamando bem, ganhando peso, movimentando braços e pernas de forma parecida dos dois lados, reagindo aos sons, olhando para rostos, sustentando melhor a cabeça e avançando, pouco a pouco, nos marcos do desenvolvimento.

O primeiro ano de vida é um período decisivo porque o cérebro apresenta grande plasticidade. Isso significa que ele tem alta capacidade de aprender, reorganizar conexões e responder às experiências de cuidado, estimulação e intervenção. Por essa razão, quando uma dificuldade é percebida cedo, a equipe de saúde pode agir mais rapidamente. Em muitos casos, a intervenção precoce ajuda a reduzir impactos, favorecer o desenvolvimento motor, melhorar a alimentação, apoiar a comunicação, organizar respostas sensoriais e prevenir agravamentos. As diretrizes brasileiras de estimulação precoce orientam o acompanhamento e o monitoramento do desenvolvimento infantil, especialmente em crianças de zero a três anos com atraso ou risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Entre os bebês prematuros, aqueles que nasceram com peso muito baixo, especialmente abaixo de 1.000 gramas, exigem atenção ainda maior. Esse peso indica que o bebê passou por uma condição de grande vulnerabilidade no início da vida. Nesses casos, pode haver maior risco de alterações no neurodesenvolvimento, como dificuldades motoras, alterações cognitivas, problemas visuais, alterações auditivas, dificuldades de atenção, hiperatividade ou características do Transtorno do Espectro Autista. Revisões científicas mostram que bebês muito prematuros ou com muito baixo peso ao nascer apresentam risco aumentado para transtornos do neurodesenvolvimento, incluindo TEA e TDAH.

É importante explicar cada uma dessas possibilidades sem assustar a família. A paralisia cerebral, por exemplo, pode envolver alterações de movimento, postura e tônus muscular. O bebê pode parecer muito rígido, muito molinho, movimentar mais um lado do corpo do que o outro ou demorar mais para conquistar posturas como rolar, sentar-se e ficar em pé. Já o déficit cognitivo pode aparecer mais tarde, como dificuldade para aprender, resolver pequenos problemas, brincar de forma esperada para a idade ou acompanhar demandas escolares. Essas manifestações

não aparecem todas de uma vez, por isso o seguimento ao longo do tempo é essencial.

A deficiência visual e a deficiência auditiva também precisam ser monitoradas. O bebê pode ter dificuldade para fixar o olhar, acompanhar objetos, reagir à luz, responder a vozes ou se assustar com sons fortes. Como visão e audição são portas importantes para a aprendizagem, qualquer suspeita deve ser avaliada rapidamente. Em bebês prematuros, avaliações oftalmológicas e auditivas podem fazer parte do acompanhamento, especialmente quando houve internação prolongada, uso de oxigênio, infecções ou outros fatores associados.

Outras questões podem aparecer conforme a criança cresce. Algumas crianças nascidas prematuras podem apresentar maior risco para dificuldades de atenção, impulsividade, inquietação e organização do comportamento, características associadas ao TDAH. Outras podem apresentar diferenças na comunicação social, na interação, no brincar, na sensibilidade sensorial e na flexibilidade diante de mudanças, o que exige avaliação para TEA. Isso não significa que todo prematuro terá TDAH ou autismo. Significa que os profissionais e a família devem acompanhar o desenvolvimento com atenção, sem pânico e sem negligência.

Um ponto essencial para os pais é compreender que o acompanhamento não deve esperar a criança apresentar um atraso grave. A lógica do cuidado com o prematuro é preventiva. Se o bebê tem maior risco, ele precisa ser observado de perto. Se surgir um sinal, a avaliação deve acontecer cedo. E, se houver necessidade, a intervenção deve começar no primeiro ano de vida, período em que o cérebro está especialmente disponível para responder aos estímulos adequados.

Na prática, os pais devem observar alguns sinais: dificuldade persistente para sugar ou se alimentar, engasgos frequentes, ganho de peso insuficiente, bebê muito molinho ou muito rígido, pouca movimentação espontânea, movimentos muito diferentes entre os lados do corpo, ausência de reação a sons, dificuldade para fixar o olhar, irritabilidade intensa, sonolência excessiva, crises convulsivas, atraso importante nos marcos motores mesmo considerando a idade corrigida, pouca interação com rostos e vozes ou perda de habilidades já adquiridas. Esses sinais não fecham diagnóstico, mas indicam que é hora de procurar orientação.

Também é necessário lembrar da idade corrigida. O bebê prematuro deve ser avaliado considerando o tempo que faltava para completar aproximadamente 40 semanas de gestação. Isso evita comparações injustas com bebês nascidos a termo. Um bebê que nasceu oito semanas antes pode parecer atrasado se olharmos

apenas sua idade cronológica, mas pode estar adequado quando usamos a idade corrigida.

Essa correção ajuda a família e os profissionais a compreenderem melhor o ritmo real do desenvolvimento e falar de fatores de risco na prematuridade não é falar de destino, mas de cuidado.

Necessidades



O bebê prematuro precisa de uma rede atenta, formada pela família, pelo pediatra, pelo neuropediatra e, quando necessário, por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, oftalmologista, otorrinolaringologista e outros profissionais. Quanto mais cedo os sinais são percebidos, maiores são as possibilidades de apoiar o desenvolvimento. A mensagem principal para os pais é: acompanhem, observem, perguntem e não esperem demais diante de sinais persistentes. Cuidar cedo é uma forma de proteger o futuro da criança.

Por que o cuidado precisa ser centrado na família?

Quando um bebê nasce prematuro, com baixo peso, com alguma deficiência ou com risco para o desenvolvimento, a família inteira é impactada. Muitas vezes, os pais esperavam uma chegada tranquila, um bebê que iria para o colo, para casa e para uma rotina mais previsível. Porém, quando surgem internação, exames, consultas, terapias ou incertezas sobre o futuro, essa família precisa reorganizar seus sonhos, seus medos e sua forma de cuidar.

É importante dizer aos pais: sentir medo, culpa, tristeza, angústia ou insegurança não significa falta de amor. Pelo contrário, esses sentimentos aparecem porque existe amor, preocupação e desejo de proteger o bebê. A família pode estar feliz pelo nascimento e, ao mesmo tempo, assustada com tudo o que está acontecendo. Esses sentimentos podem conviver.

Por isso, o cuidado centrado na família começa com uma mudança de olhar. O bebê não deve ser visto separado de sua família. Ele cresce no colo de alguém, escuta vozes familiares, reconhece cheiros, sente o toque dos cuidadores, participa

da rotina da casa e se desenvolve nas pequenas interações do dia a dia. Assim, cuidar bem do bebê também significa cuidar de quem cuida dele.

Na prática, isso quer dizer que os pais não devem ser tratados apenas como acompanhantes ou espectadores. Eles precisam ser escutados, orientados e incluídos nas decisões. A equipe de saúde tem conhecimento técnico, mas a família conhece o bebê de um modo muito particular. Os pais sabem como ele chora, como se acalma, como mama, como dorme, como reage ao banho, ao toque, ao barulho e às mudanças de ambiente. Esse conhecimento é parte importante do tratamento.

O cuidado centrado na família reconhece que cada família é única. Algumas famílias têm uma rede de apoio grande. Outras estão mais sozinhas. Algumas têm mais tempo, outras enfrentam trabalho, deslocamento, dificuldades financeiras e sobrecarga emocional. Por isso, as orientações precisam fazer sentido para a vida real daquela família. Não adianta propor um plano perfeito no papel se ele não cabe na rotina da casa.

Nesse modelo de cuidado, as decisões são construídas em parceria. Profissionais e familiares conversam sobre as necessidades da criança, os objetivos do tratamento, as terapias indicadas, os cuidados em casa e as prioridades naquele momento. A família pode perguntar, discordar, pedir explicação e dizer o que consegue ou não consegue realizar. Isso não enfraquece o cuidado. Ao contrário, torna o cuidado mais honesto e mais possível.

Pensemos em situações simples. Se o bebê precisa melhorar o controle da cabeça, a família pode aprender como posicioná-lo com segurança durante o colo, a troca e a brincadeira. Se a criança tem dificuldade para se alimentar, os pais podem receber orientação sobre postura, ritmo, sinais de cansaço e segurança. Se há atraso na comunicação, a rotina da casa pode se transformar em oportunidade de linguagem, com conversa, espera, nomeação de objetos e resposta aos sons da criança.

Isso mostra que a estimulação não acontece apenas na clínica ou no consultório. Ela acontece no banho, na troca de fralda, na alimentação, no chão da sala, no colo, na música, na leitura, no brincar e na hora de dormir. Como o bebê passa a maior parte do tempo com a família, os pais e cuidadores são parte essencial do desenvolvimento. Eles não substituem os profissionais, mas ampliam o alcance do cuidado.

Também é importante que a família receba informações claras. Quando os pais entendem o que está acontecendo, por que uma terapia foi indicada, qual é o

objetivo de determinado exercício ou quais sinais precisam ser observados, sentem-se mais seguros. A informação reduz a sensação de impotência e ajuda a família a participar de forma ativa, sem depender apenas de ordens técnicas.

O cuidado centrado na família também protege o vínculo. Quando os pais se sentem acolhidos e respeitados, conseguem se aproximar mais da criança sem tanto medo de errar. E quando a criança é acolhida com sensibilidade, afeto e constância, ela começa a construir segurança emocional. Essa segurança ajuda no desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da confiança e da capacidade de lidar com desafios.

É importante lembrar: a família não precisa ser perfeita. Nenhum pai e nenhuma mãe sabem tudo desde o início. O cuidado se aprende no caminho, com orientação, tentativa, escuta e apoio. O que o bebê mais precisa é de adultos presentes, disponíveis e amparados. Uma família sobrecarregada precisa de suporte, não de julgamento.

Por isso, os profissionais devem olhar para a criança e também para a família. Devem perguntar como os pais estão, quais são suas dúvidas, quais dificuldades enfrentam, quem ajuda em casa, como está o sono, como está a alimentação e como a rotina está sendo organizada. O desenvolvimento da criança depende também das condições concretas de cuidado.

No fim, o cuidado centrado na família existe porque o desenvolvimento infantil acontece na vida cotidiana. A equipe de saúde avalia, orienta e acompanha. A família observa, acolhe, brinca, alimenta, protege e permanece. Quando esses dois saberes caminham juntos, o cuidado se torna mais humano, mais realista e mais efetivo.

Vocês não são culpados pela condição do bebê e não precisam saber tudo sozinhos. Mas vocês são fundamentais no processo. Participar, perguntar, aprender e dividir decisões com a equipe são formas de cuidar. Quando a família é acolhida, a criança também é mais bem cuidada.



O CÉREBRO EM OBRAS

Transtornos do neurodesenvolvimento, a neurologia infantil e os primeiros passos da família depois do diagnóstico

A palavra que ainda não existia no seu vocabulário

Há uma cena que se repete, com pequenas variações, em consultórios pediátricos e neurológicos de todo o Brasil. Uma sala de espera, cadeiras de plástico, um brinquedo gasto de tanto uso, e um pai ou uma mãe que olha o relógio sem realmente ver as horas. Quando a porta se abre e o profissional pronuncia, com cuidado ou sem ele, uma expressão como transtorno do espectro autista ou transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, algo se desloca no tempo daquela família. Não é só uma informação que entra. É um vocabulário inteiro que precisa ser aprendido às pressas, no meio de uma emoção que ainda não tem nome certo.

Talvez você já tenha vivido essa cena. Talvez esteja se preparando para vivê-la em breve, com uma suspeita que a escola levantou ou que você mesmo percebeu observando seu filho brincar, comer, dormir, se atrasar para falar ou se adiantar demais na agitação. Seja qual for o seu ponto de partida, este livro parte de uma convicção simples: pais e mães informados tomam decisões melhores, não porque se tornam especialistas, mas porque deixam de navegar no escuro.

Vale perguntar, desde já, por que um livro de neurologia precisaria ser escrito assim, em conversa direta com quem lê. Alguém poderia dizer que ciência se comunica com precisão técnica, não com intimidade. Eu discordo, e discordo com base em anos observando o que acontece quando o conhecimento chega às famílias apenas em linguagem de manual. Ele assusta mais do que esclarece. Informação despejada sem cuidado vira mais um peso sobre quem já está exausto. Por isso, cada capítulo deste livro tenta fazer duas coisas ao mesmo tempo: manter o rigor do que a neurologia e a neuropediatria efetivamente sabem, e tratar você, que lê, como alguém que está vivendo isso, não apenas estudando isso.

PARA PENSAR

Uma mãe, depois de uma avaliação neuropsicológica do filho de quatro anos, disse a uma pesquisadora: ouvi a palavra autismo e, ao mesmo tempo, deixei de ouvir tudo o que vinha depois dela.

Se algo parecido já aconteceu com você, este livro foi escrito também para esse instante. Para o que vem depois da palavra que paralisa.

Antes de seguirmos, uma palavra sobre limites. Nenhum texto, por mais cuidadoso que seja, substitui a avaliação clínica de quem examina diretamente uma criança. O que este livro oferece é a possibilidade de chegar a essa avaliação, e de sair dela, menos perdido. É um mapa, não um diagnóstico. E mapas, mesmo os mais bem desenhados, só servem a quem decide caminhar. Vamos caminhar juntos, então, a partir do que a neurologia infantil já consegue explicar com razoável segurança sobre o cérebro que ainda está, em todos os sentidos, em obras.

O que é, afinal, o neurodesenvolvimento?

Mapeando um território antes de entrar nele

Um cérebro que se constrói, não que apenas cresce

Convido você a abandonar, já nas primeiras linhas, uma imagem muito comum e bastante imprecisa: a de que o cérebro de uma criança é uma versão menor do cérebro adulto, que vai simplesmente aumentando de tamanho até chegar à forma final. Não é isso que a neurociência do desenvolvimento descreve. O cérebro infantil produz, nos primeiros anos de vida, um excesso de conexões entre neurônios, as sinapses, muito maior do que aquele que vai permanecer na vida adulta. Em seguida, um processo de poda sináptica elimina as conexões pouco usadas e fortalece as que a experiência repete. Paralelamente, a mielinização, o revestimento dos axônios por uma substância que acelera a transmissão elétrica entre neurônios, avança em ritmos diferentes para diferentes regiões cerebrais, e algumas dessas regiões, sobretudo as ligadas ao planejamento e ao autocontrole, continuam se ajustando até bem depois da adolescência.

Essa arquitetura em construção é o que torna possível, e ao mesmo tempo complexo, falar de neurodesenvolvimento. Diamond (2013) descreve como as funções executivas, isto é, a capacidade de inibir um impulso, manter uma informação ativa na mente enquanto se faz outra coisa e alternar com flexibilidade entre tarefas, dependem de redes cerebrais que se desenvolvem de forma gradual e desigual ao longo da infância e da adolescência. Miyake *et al.* (2000) mostraram, em um estudo que se tornou referência na área, que essas três capacidades, inibição, memória de trabalho e flexibilidade cognitiva, embora relacionadas, são parcialmente independentes entre si, o que ajuda a explicar por que uma criança pode ter dificuldade em uma delas sem que isso comprometa as outras duas.

Essa arquitetura desigual também explica por que diferentes regiões do cérebro respondem por funções tão distintas entre si. Luria (1981), em obra que se tornou referência na neuropsicologia, descreveu o cérebro humano como organizado em três unidades funcionais que cooperam entre si: uma responsável por regular o tônus e a vigília, outra por receber, processar e armazenar informação sensorial, e uma terceira, de maturação mais lenta e mais prolongada

na infância, responsável por programar, regular e verificar a atividade voluntária e intencional. É justamente essa terceira unidade, ligada às funções executivas que acabamos de descrever, que mais tempo leva para se consolidar, o que ajuda a entender por que dificuldades de autorregulação são tão frequentes e tão variadas entre crianças pequenas, mesmo na ausência de qualquer transtorno. Damásio (1996), por sua vez, contribuiu com um deslocamento importante para este livro: mostrou que emoção e razão não operam como sistemas separados e hierarquizados, como a tradição filosófica ocidental por vezes sugeriu, mas como processos profundamente integrados, de modo que dificuldades de regulação emocional, comuns em diversos transtornos do neurodesenvolvimento, não podem ser tratadas como um problema puramente comportamental, alheio aos processos cognitivos que examinaremos ao longo deste livro.

Essa informação não é um detalhe técnico que você pode pular. Ela é a base para entender, mais adiante neste livro, por que crianças com TDAH costumam ter dificuldade específica de inibição e autorregulação sem que isso afete necessariamente sua inteligência geral, e porque crianças com transtorno do espectro autista podem demonstrar memória de trabalho impecável em uma área de interesse e, ao mesmo tempo, grande dificuldade em alternar entre tarefas que exigem flexibilidade social. Um cérebro em construção não falha de modo uniforme. Ele constrói, com mais ou menos dificuldade, peça por peça.

O que a psiquiatria e a neurologia entendem por transtorno do neurodesenvolvimento?

A American Psychiatric Association (2023), no DSM-5-TR, organiza sob a categoria transtornos do neurodesenvolvimento um conjunto de condições que compartilham três características centrais. Primeiro, manifestam-se precocemente, em geral antes da entrada na escola, ainda que alguns sinais só se tornem claramente perceptíveis quando as demandas sociais e acadêmicas aumentam. Segundo, envolvem algum grau de prejuízo do funcionamento pessoal, social, acadêmico ou ocupacional, o que distingue um transtorno de uma simples variação de temperamento ou de ritmo individual. Terceiro, e talvez o ponto mais importante para uma família que está apenas começando a se informar, decorrem de diferenças no próprio processo de desenvolvimento do sistema nervoso central,

e não de uma lesão adquirida depois que esse desenvolvimento já havia, em essência, se completado.

Entram nessa categoria diagnóstica a deficiência intelectual, os transtornos da comunicação, o transtorno do espectro autista, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, os transtornos específicos de aprendizagem e os transtornos motores, entre os quais o transtorno do desenvolvimento da coordenação. Cada um desses transtornos será apresentado nos capítulos seguintes com mais detalhe. Por ora, o que importa fixar é o que eles têm em comum: todos descrevem caminhos diferentes pelos quais um cérebro em obras pode se organizar, e nenhum deles é, em si, o retrato completo da criança que o recebe.

PARA PENSAR

A metáfora do cérebro em obras, que dá título a este livro, não é apenas uma imagem bonita. Um canteiro de obras tem andaimes temporários, etapas que parecem inacabadas, materiais que chegam fora da ordem esperada, e ainda assim, ao final, sustenta uma construção sólida.

Quando você olhar para os comportamentos do seu filho que mais lhe preocupam, vale perguntar: isso é uma etapa da obra que ainda vai se ajustar, ou é um traço da planta que vai acompanhar essa criança de outra forma, exigindo apoio específico? Os capítulos seguintes ajudam você a diferenciar uma coisa da outra com mais segurança.

Espectro, comorbidade e a tentação das categorias fechadas

Um segundo ponto merece atenção antes de avançarmos. Os transtornos do neurodesenvolvimento raramente aparecem isolados, em caixas bem fechadas. É comum, e a literatura especializada documenta isso com insistência, que uma criança apresente, ao mesmo tempo, sinais de mais de um transtorno, em diferentes graus de intensidade. Uma criança com transtorno do espectro autista pode também apresentar TDAH. Uma criança com transtorno específico de aprendizagem pode ter, paralelamente, dificuldades de coordenação motora. Essa sobreposição, chamada comorbidade, não é exceção, é antes regra do que excepcionalidade, e isso explica por que a avaliação diagnóstica precisa ser feita por profissionais especializados, capazes de investigar múltiplas hipóteses ao

mesmo tempo, em vez de se limitar à primeira suspeita levantada pela escola ou pela família.

Essa mesma lógica de sobreposição explica por que a noção de espectro se tornou central na psiquiatria infantil contemporânea, sobretudo na descrição do autismo, como o próximo capítulo vai detalhar. Pensar em espectro significa reconhecer que a intensidade, a combinação de sinais e o impacto funcional de um mesmo transtorno variam enormemente de uma criança para outra. Duas crianças com o mesmo diagnóstico podem ter necessidades de apoio completamente diferentes. Isso não torna o diagnóstico menos útil, mas exige que ele seja sempre interpretado em conjunto com uma avaliação funcional detalhada daquela criança específica, e não como um rótulo que substitui o olhar individualizado.

Vale uma última observação antes de avançarmos capítulo a capítulo por cada transtorno específico. Por mais que este livro precise, por razões didáticas, apresentar TEA, TDAH, deficiência intelectual, transtornos da comunicação, transtornos motores e transtornos específicos de aprendizagem como capítulos separados, a experiência real de muitas famílias não respeita essa separação tão limpa. É perfeitamente possível, e até comum, que a criança que você está criando apresente traços de mais de um desses capítulos ao mesmo tempo, em proporções que só uma avaliação completa consegue esclarecer. Se isso for o seu caso, não interprete essa sobreposição como um agravamento do problema, interprete como exatamente aquilo que a literatura especializada já descreve como esperado, e não como excepcional.

Diagnóstico como mapa, não como sentença

Antes de fecharmos este primeiro capítulo, é preciso nomear um risco que esta conversa carrega. Falar tanto em categorias diagnósticas pode dar a impressão de que a criança se reduz a elas. Não é assim que a neurologia infantil mais responsável compreende o diagnóstico, e não é assim que este livro pretende tratá-lo. Um diagnóstico de transtorno do neurodesenvolvimento é uma ferramenta com uma função muito específica: abrir o acesso a apoios, terapias, adaptações escolares e direitos legais que, sem ele, costumam ser negados ou postergados. Ele não é, e não deveria ser tomado como, uma descrição definitiva de quem aquela criança é ou de tudo o que ela poderá realizar.

É com esse equilíbrio em mente, entre o rigor de nomear corretamente o que está em jogo e o cuidado de não reduzir uma criança ao seu diagnóstico, que os próximos capítulos vão apresentar, um a um, os principais transtornos do neurodesenvolvimento e o que a neurologia infantil tem a dizer sobre cada um deles. Começemos pelo transtorno do espectro autista, talvez o mais comentado e, ao mesmo tempo, o mais frequentemente mal compreendido entre todos.

TEA: quando o mundo chega em outra frequência

Uma cena, antes da teoria

Uma professora de educação infantil, em uma escola pública da periferia de São Paulo, descreveu uma cena que ajuda a entrar no tema deste capítulo. Um menino de três anos cobria os ouvidos sempre que o sinal da escola tocava, e se recusava a entrar na sala quando havia mais de dez crianças cantando ao mesmo tempo. Não era frescura, e não era simplesmente timidez. Era um sistema sensorial processando o mundo em uma intensidade diferente daquela que a maioria das outras crianças da turma experimentava. Casos como esse, multiplicados aos milhares pelo país, ajudam a entender por que a definição clínica do transtorno do espectro autista insiste em algo que vale repetir desde já: não se trata de uma forma de relação com o mundo pior do que a típica, mas de uma frequência diferente, em que sons, luzes, texturas, expectativas sociais e mudanças de rotina chegam e são processados de outro modo.

O que caracteriza o transtorno do espectro autista

O DSM-5-TR define o transtorno do espectro autista a partir de dois eixos centrais (American Psychiatric Association, 2023). O primeiro envolve déficits persistentes na comunicação e na interação social em múltiplos contextos, o que pode incluir dificuldade em iniciar ou manter uma conversa, em compartilhar interesses e emoções de forma recíproca, ou em interpretar e usar gestos, expressões faciais e contato visual da forma esperada socialmente. O segundo eixo envolve padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, que podem aparecer como movimentos repetitivos do corpo, insistência em rotinas, interesses muito intensos e específicos, ou reações pouco usuais a estímulos sensoriais, seja por hipersensibilidade, seja por busca ativa de sensações.

A base neurobiológica desses sinais vem sendo investigada há décadas. Baron-Cohen, Leslie e Frith(1985), em um estudo que se tornou um marco da área, propuseram que crianças autistas apresentam dificuldade específica naquilo que os pesquisadores chamam de teoria da mente, a capacidade de atribuir a outra pessoa crenças, desejos e intenções diferentes dos próprios. Frith (2003) desenvolveu essa hipótese ao lado de uma segunda explicação, a da coerência central fraca, segundo

a qual pessoas autistas tendem a processar informação com forte atenção ao detalhe e menor tendência espontânea a integrar esses detalhes em um quadro geral, o que explica tanto dificuldades em certas tarefas sociais quanto habilidades notáveis em tarefas que recompensam justamente a atenção minuciosa ao particular.

Essas teorias, é importante dizer, vêm sendo continuamente revisadas, e a pesquisa atual reconhece que nenhuma delas explica isoladamente toda a diversidade de perfis dentro do espectro. É exatamente por isso que se fala em espectro, e não em um quadro único: há crianças autistas com linguagem verbal fluente e crianças que não desenvolvem fala funcional, há crianças com altíssimo desempenho em tarefas lógicas específicas e crianças que apresentam também deficiência intelectual associada, há crianças hipersensíveis a som e luz e crianças que buscam ativamente intensidade sensorial. Tratar o autismo como uma categoria única empobrece exatamente aquilo que a própria ciência tenta descrever com precisão.

Quantas crianças, no Brasil, recebem esse diagnóstico

Por muito tempo, faltaram dados brasileiros sobre a prevalência do autismo, e os números usados em campanhas e materiais de divulgação vinham quase sempre de pesquisas norte-americanas ou europeias. Paula et al.(2011) conduziram o primeiro estudo piloto de prevalência de transtornos invasivos do desenvolvimento realizado no Brasil, em Atibaia, no interior de São Paulo, e encontraram uma prevalência de 27,2 casos a cada 10.000 crianças, um número que, mesmo sendo um estudo piloto com amostra limitada, ajudou a estabelecer que o autismo não é uma condição rara no país, ainda que historicamente subdiagnosticada. Fombonne(1999, 2009), em revisões internacionais amplamente citadas, já vinha documentando o aumento progressivo das taxas de prevalência relatadas ao redor do mundo, um aumento que pesquisadores atribuem sobretudo à ampliação dos critérios diagnósticos e à melhoria dos instrumentos de triagem, não a uma epidemia repentina.

Mercadante, van der Gaag e Schwartzman(2006) chamam a atenção para um ponto que costuma escapar das conversas mais informais sobre o tema: o transtorno do espectro autista, como é descrito hoje, engloba quadros que antes

eram tratados como categorias separadas, incluindo apresentações mais raras como a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância, cada uma com sua própria trajetória neurológica. Para os fins deste livro, o que importa reter é que, sob o mesmo nome diagnóstico, abrigam-se perfis muito diferentes entre si, e a frase eu conheço uma criança autista, então sei como é o autismo é, quase sempre, uma generalização que a própria definição clínica desautoriza.

Para quem quiser se aprofundar na produção brasileira sobre o tema, a obra organizada por Schwartzman e Araújo(2011) reúne contribuições de diferentes especialistas nacionais sobre conceito, genética, neurobiologia, avaliação clínica e estratégias de intervenção no transtorno do espectro autista, e funciona como uma porta de entrada sólida para famílias que já se sentem prontas para uma leitura mais técnica.

PARA PENSAR

Se você está investigando um diagnóstico de TEA para seu filho, é provável que já tenha ouvido frases como ele olha nos olhos, então não pode ser autista, ou ela fala muito bem, autista não fala assim.

Essas frases revelam um equívoco comum: a ideia de que existe um único jeito de ser autista, geralmente baseado em representações simplificadas da mídia. A definição clínica que acabamos de apresentar mostra exatamente o contrário. Vale a pena revisitar essa pergunta sempre que alguém, com boa ou má intenção, tentar validar ou invalidar uma suspeita diagnóstica com base apenas na aparência externa da criança em um único momento observado.

Sinais que costumam chamar a atenção, por faixa etária

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2019, 2024a) recomenda que pediatras realizem vigilância ativa do desenvolvimento em todas as consultas de rotina, com atenção redobrada a alguns sinais. Por volta dos doze meses, chamam atenção a ausência de balbúcio social, a falta de resposta ao nome chamado repetidamente e a ausência do gesto de apontar para compartilhar interesse. Por volta dos dezoito a vinte e quatro meses, ganham relevância a ausência de palavras isoladas com função comunicativa, a falta de jogo simbólico simples, como fingir alimentar um bichinho de pelúcia, e o isolamento persistente diante de outras crianças. A partir dos vinte e quatro meses, a SBP recomenda, especificamente, a aplicação do M-

CHAT-R/F, um instrumento de triagem padronizado que pode ser conduzido pelo próprio pediatra, e que ajuda a decidir quando um encaminhamento especializado é necessário.

Nenhum desses sinais, isolado, fecha um diagnóstico. Crianças sem nenhum traço autista podem demorar a apontar ou atrasar levemente a fala por razões que nada têm a ver com autismo. O papel desses sinais é justamente o de justificar uma investigação mais aprofundada, não o de antecipar uma conclusão. Se você reconheceu um ou mais desses sinais em seu filho, o passo seguinte adequado não é o desespero, nem a negação apressada, mas a busca por avaliação especializada, tema que o capítulo cinco deste livro detalha com cuidado.

Onde, no Brasil, essas crianças são atendidas

Portolese *et al.* (2017) mapearam os serviços brasileiros voltados ao atendimento de pessoas com TEA e identificaram seiscentas e cinquenta instituições distribuídas pelo país, entre serviços públicos e privados, uma rede relevante, mas distribuída de forma muito desigual entre regiões e entre capitais e cidades do interior. Essa desigualdade geográfica é um dado que toda família deveria conhecer desde o início da investigação diagnóstica, porque ela explica, em boa parte, por que o tempo de espera por uma avaliação ou por vagas em terapia varia tanto de uma cidade para outra, e por que vale a pena, sempre que possível, buscar informação sobre os serviços de referência da própria região, incluindo centros universitários, quando existirem.

Essa desigualdade não é apenas geográfica. Famílias de baixa renda, frequentemente também famílias negras e periféricas, costumam levar mais tempo entre o primeiro sinal observado e o diagnóstico fechado do que famílias com maior acesso a planos de saúde e a profissionais privados, um padrão que pesquisas sobre acesso a serviços de saúde no Brasil documentam de forma recorrente em diferentes condições crônicas e do neurodesenvolvimento, não apenas no TEA. Reconhecer essa desigualdade não é, aqui, um desvio do tema deste livro, é parte dele: entender que o atraso diagnóstico de muitas crianças tem menos a ver com a gravidade do quadro clínico e mais a ver com barreiras de acesso ajuda a localizar a responsabilidade onde ela de fato está, nas condições

desiguais de oferta de serviços, e não em alguma falha pessoal das famílias que demoraram a buscar ajuda especializada.

O que costuma ajudar: princípios gerais de intervenção

Famílias que recebem um diagnóstico de TEA costumam perguntar, quase imediatamente, qual é o tratamento certo, na expectativa de uma resposta única e definitiva. A resposta honesta é mais complexa: não existe um protocolo universal que sirva igualmente a todas as crianças autistas, exatamente porque, como vimos, o espectro abrange perfis muito diferentes entre si. Existem, isso sim, princípios gerais bem estabelecidos pela literatura especializada. Schwartzman e Araújo (2011) reúnem, entre as contribuições de sua obra, um conjunto de orientações que atravessam praticamente todas as abordagens de intervenção reconhecidas, e vale a pena registrá-las aqui. A intervenção tende a ser mais eficaz quanto mais precoce, aproveitando a maior plasticidade do cérebro em desenvolvimento já discutida no capítulo um. Tende a funcionar melhor quando é individualizada, construída a partir do perfil específico daquela criança, e não aplicada como um pacote padronizado e idêntico para todos os diagnósticos. E tende a produzir resultados mais consistentes quando envolve ativamente a família, em vez de se restringir a sessões clínicas isoladas, sem qualquer continuidade na rotina doméstica.

Na prática brasileira, essa intervenção costuma combinar abordagens comportamentais, voltadas ao ensino estruturado de habilidades específicas, abordagens do desenvolvimento, que priorizam a interação social espontânea como motor de aprendizagem, e o suporte direto da fonoaudiologia e da terapia ocupacional para comunicação e integração sensorial, frequentemente em algum grau de combinação, definida pela equipe responsável a partir da avaliação de cada criança. Vale repetir, porque vale sempre repetir, que a função deste livro não é indicar qual abordagem específica adotar, decisão que cabe à equipe clínica em diálogo direto com a família, mas ajudar você a entender por que diferentes profissionais podem propor caminhos distintos sem que isso signifique, necessariamente, divergência ou erro: são, com frequência, ênfases diferentes dentro de um mesmo conjunto de princípios bem estabelecidos.

Para quem tem plano de saúde, vale saber desde já, e o capítulo seis vai detalhar, que a cobertura dessas terapias deixou de depender da boa vontade da operadora: a regulamentação brasileira atual obriga a cobertura, sem limite de sessões, das terapias multidisciplinares prescritas por médico assistente para o tratamento do TEA.

Ajustando o ambiente de casa ao perfil sensorial da criança

Ao lado da intervenção profissional, existe um campo de ação que pertence inteiramente à família, e que costuma trazer alívio mais rápido do que qualquer terapia: ajustar o ambiente doméstico ao perfil sensorial específico daquela criança. Isso não exige reformas caras nem equipamentos especiais, exige observação atenta e disposição para experimentar pequenas mudanças. Se a criança reage mal a determinados sons, reduzir o volume de televisores e eletrodomésticos durante momentos de maior agitação, ou oferecer protetores auriculares em ambientes previsivelmente ruidosos, como festas ou supermercados, pode prevenir crises que, vistas de fora, parecem birra, mas que na verdade são sobrecarga sensorial genuína.

Rotinas visuais, com a sequência do dia representada por imagens ou palavras em sequência fixa, tendem a reduzir a ansiedade que muitas crianças autistas sentem diante do imprevisível, sobretudo em transições entre atividades, um dos momentos mais comumente associados a crises em crianças pequenas com TEA. Avisar com antecedência sobre mudanças na rotina, mesmo mudanças pequenas, e preparar a criança com tempo suficiente para se ajustar à expectativa de algo diferente, tende a funcionar melhor do que surpresas, ainda que bem intencionadas. Espaços de desaceleração dentro da própria casa, um canto com iluminação mais suave, objetos de toque agradável, ou simplesmente um lugar silencioso onde a criança possa se recolher quando sentir necessidade, sem que isso seja tratado como punição ou isolamento, também costumam ajudar bastante.

Nenhuma dessas adaptações substitui a avaliação e o acompanhamento profissional discutidos ao longo deste capítulo, mas funcionam como um complemento poderoso, porque atuam exatamente no espaço onde a criança passa a maior parte do tempo: dentro de casa, com você.

TDAH: o motor que não combina com o freio

Um motor potente, um freio que ainda está sendo instalado

Há uma imagem que costuma ajudar pais e professores a entender o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade sem recorrer a explicações morais, do tipo essa criança não se esforça ou esses pais não educam. Pense em um carro com um motor muito potente e um sistema de freios que ainda está em fase final de instalação. O motor acelera com facilidade, responde a qualquer estímulo novo, produz energia em abundância. O freio, por outro lado, demora a reagir, e quando reage, nem sempre tem força suficiente para conter o impulso já em movimento. Essa não é uma metáfora poética solta no ar: ela traduz, com razoável fidelidade, o que Barkley (1997, 2012) descreve como o núcleo neuropsicológico do TDAH, um déficit primário de inibição comportamental que compromete, secundariamente, o conjunto mais amplo de funções executivas necessárias para planejar, organizar e sustentar atenção em tarefas pouco estimulantes.

Essa formulação tem uma consequência prática importante para quem convive diariamente com uma criança com TDAH: o problema não é, na maioria dos casos, falta de conhecimento sobre o que fazer. A criança com TDAH frequentemente sabe exatamente o que deveria fazer, consegue até descrever em detalhes as regras da tarefa, e ainda assim tem dificuldade real em executar esse saber no momento em que o impulso concorrente aparece. Tratar essa dificuldade como desobediência deliberada costuma aumentar a frustração de todos os envolvidos, sem resolver a dificuldade neuropsicológica que está, de fato, em jogo.

O que o DSM-5-TR exige para o diagnóstico

A American Psychiatric Association(2023) organiza os critérios diagnósticos do TDAH em dois grupos de sintomas, desatenção e hiperatividade/impulsividade, exigindo que um número mínimo de sintomas de pelo menos um desses grupos esteja presente, de forma persistente, por ao menos seis meses, em mais de um ambiente da vida da criança, geralmente em casa e na escola, e que esses sintomas produzam prejuízo funcional claro. Essa exigência de presença em múltiplos ambientes é central, e com frequência ignorada por avaliações apressadas: uma criança que se agita apenas em um contexto muito específico, ou apenas diante de

uma pessoa específica, dificilmente preenche o critério diagnóstico completo, porque o transtorno, por definição, atravessa contextos.

O manual reconhece também subtipos de apresentação: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo-impulsivo, e combinado. Essa distinção explica por que muitas crianças, sobretudo meninas, demoram a ser identificadas: o subtipo predominantemente desatento, sem a hiperatividade física mais visível, tende a passar despercebido em salas de aula cheias, sendo descrito apenas como uma criança sonhadora ou desligada, quando na verdade está enfrentando uma dificuldade neuropsicológica tão real quanto a de uma criança visivelmente agitada.

PARA PENSAR

Mattos, Rohde e Polanczyk(2012) chamam atenção, em texto publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, para o fato de que o TDAH é subtratado no Brasil, isto é, um número significativo de crianças com critérios diagnósticos completos nunca chega a receber diagnóstico nem tratamento adequado.

Isso significa que, se você suspeita de TDAH no seu filho e encontra resistência ou descrença ao seu redor, talvez de familiares que dizem isso é coisa de criança, isso passa, você não está sozinho enfrentando um ceticismo cultural. A literatura científica brasileira já documentou esse padrão de subdiagnóstico como um problema de saúde pública, não como uma percepção isolada de pais preocupados demais.

Por que tantas meninas demoram a ser diagnosticadas

Vale destacar um padrão que a literatura clínica brasileira já documentou e que costuma escapar de conversas mais gerais sobre o tema: meninas com TDAH são, em média, diagnosticadas mais tarde do que meninos, e em menor proporção em relação à prevalência real estimada do transtorno. Parte dessa diferença decorre exatamente do subtipo predominantemente desatento, mais comum entre meninas, e historicamente menos associado, no imaginário escolar, à imagem de hiperatividade física que costuma motivar um encaminhamento. Mattos, Rohde e Polanczyk(2012) situam esse padrão dentro de um quadro mais amplo de subdiagnóstico do TDAH no Brasil, e a consequência prática é concreta: meninas que apresentam dificuldade real de atenção, organização e regulação emocional frequentemente recebem, em vez de avaliação especializada, rótulos como

desatenta, sonhadora ou desorganizada, que descrevem o sintoma sem nomear sua causa e sem abrir caminho para o apoio adequado.

Se você é mãe, pai ou responsável por uma menina que apresenta esse padrão, esse é um motivo concreto para insistir na investigação, mesmo que ouça, de professores ou familiares, que ela não parece ter TDAH porque não é agitada. A ausência de hiperatividade física visível não descarta o transtorno, e a literatura especializada já deixou isso claro há tempo suficiente para que esse mito específico não continue produzindo diagnósticos tardios.

Mitos que ainda circulam, e o que a evidência diz sobre eles

Três mitos sobre o TDAH continuam circulando com força em conversas informais, em grupos de redes sociais e, infelizmente, às vezes até em ambientes escolares. O primeiro mito é que o TDAH seria fruto exclusivo de criação permissiva ou de excesso de tecnologia. Rohde e Mattos (2003), em obra de referência sobre o tema no Brasil, descrevem o TDAH como uma condição neurobiológica com forte componente genético e neuroquímico, relacionada sobretudo a circuitos cerebrais que envolvem a dopamina e a noradrenalina, neurotransmissores centrais para a regulação da atenção e da motivação. Isso não significa que o ambiente seja irrelevante, ele claramente modula a intensidade dos sintomas e o grau de prejuízo funcional, mas significa que apontar o dedo para o estilo de criação como causa única do transtorno não encontra respaldo na pesquisa especializada.

O segundo mito é que o TDAH desapareceria na adolescência ou na vida adulta. A pesquisa contemporânea mostra, ao contrário, que uma parcela relevante das pessoas diagnosticadas na infância continua apresentando sintomas e prejuízo funcional na vida adulta, ainda que a hiperatividade física visível tenda a diminuir e seja substituída por inquietação interna, dificuldade de organização e impulsividade em decisões financeiras ou relacionais. O terceiro mito, talvez o mais nocivo, é que o diagnóstico seria apenas uma desculpa contemporânea para crianças mal-educadas. Como vimos, o conjunto de evidências neuropsicológicas, genéticas e de neuroimagem acumulado nas últimas décadas torna essa hipótese insustentável diante dos dados disponíveis. Barkley(2008), em manual técnico traduzido para uso de profissionais brasileiros, reúne essa evidência em detalhe e

detalha também os protocolos mais usados de avaliação e de tratamento multimodal do TDAH, para quem quiser se aprofundar além do que este capítulo pode oferecer.

O que costuma ajudar, na prática diária

Barkley (2020), em guia dirigido especificamente a pais, sustenta que estratégias comportamentais estruturadas, rotinas visuais previsíveis, sistemas de consequências imediatas e específicas, e fragmentação de tarefas longas em etapas curtas, tendem a produzir resultados mais consistentes do que apelos repetidos ao bom senso ou à força de vontade da criança. Isso não substitui, quando indicado pela avaliação clínica, o uso de medicação, cuja decisão cabe sempre ao médico responsável em conjunto com a família, mas reforça algo que vale carregar deste capítulo: o ambiente em torno da criança com TDAH pode ser desenhado para compensar, em parte, a fragilidade momentânea do freio neuropsicológico, em vez de depender exclusivamente do esforço individual dela para conter um impulso que seu próprio cérebro, ainda em obras, tem dificuldade real de conter.

Na prática, essas orientações costumam se traduzir em providências simples, ainda que nem sempre fáceis de manter no cansaço do dia a dia. Quadros visuais de rotina, com horários e tarefas representados por imagens ou palavras-chave, substituem com vantagem instruções verbais repetidas várias vezes. Consequências combinadas com antecedência, e aplicadas de forma consistente e imediata, funcionam melhor do que punições aplicadas depois que a oportunidade de aprendizagem já passou. Dividir o dever de casa em blocos curtos, com pausas previstas entre eles, tende a produzir mais produtividade real do que exigir uma sessão única e prolongada de concentração que o próprio cérebro da criança ainda não sustenta. E elogiar especificamente o comportamento desejado no momento em que ele ocorre, em vez de reservar o elogio para resultados finais distantes no tempo, fortalece exatamente a conexão entre esforço e reconhecimento que esse cérebro em construção mais precisa treinar.

Outros caminhos do desenvolvimento: inteligência, linguagem, corpo e aprendizagem em outro ritmo

TEA e TDAH concentram a maior parte da atenção pública quando se fala em transtornos do neurodesenvolvimento, e por isso os dois últimos capítulos dedicaram espaço amplo a eles. Mas a categoria diagnóstica é mais larga do que esses dois nomes, e seria uma falha deste livro deixar de apresentar, com o mesmo cuidado, outros caminhos pelos quais o desenvolvimento infantil pode seguir um ritmo diferente do esperado. Este capítulo reúne três grupos: a deficiência intelectual e os transtornos da comunicação, os transtornos motores, e os transtornos específicos de aprendizagem.

Deficiência intelectual: quando o raciocínio segue em outro compasso

A *American Psychiatric Association* (2023) define a deficiência intelectual a partir de três critérios combinados, e não de um único número de quociente de inteligência, como ainda se imagina com frequência fora dos consultórios. O primeiro critério envolve déficits em funções intelectuais gerais, como raciocínio, resolução de problemas, planejamento e aprendizagem acadêmica, confirmados tanto por avaliação clínica quanto por testes padronizados. O segundo envolve déficits no funcionamento adaptativo, ou seja, na capacidade de atender a padrões de independência pessoal e de responsabilidade social esperados para a idade e o contexto cultural da criança, incluindo comunicação, participação social e autonomia em atividades cotidianas. O terceiro critério exige que esses déficits tenham se manifestado durante o período de desenvolvimento, distinguindo a deficiência intelectual de perdas cognitivas adquiridas mais tardiamente.

Essa definição tripla tem uma implicação prática relevante: duas crianças com resultado semelhante em um teste de inteligência podem ter necessidades de apoio muito diferentes, dependendo do quanto conseguem mobilizar esse raciocínio no dia a dia, com ou sem apoio estruturado. É por isso que a avaliação de funcionamento adaptativo, muitas vezes feita em conjunto pela psicologia e pela

terapia ocupacional, é parte indispensável do processo diagnóstico, e não um complemento opcional ao teste cognitivo isolado.

Funcionamento adaptativo, em termos concretos, observa coisas como a capacidade de se vestir, se alimentar e cuidar da própria higiene de forma compatível com a idade, de seguir instruções de várias etapas, de lidar com dinheiro e tempo de forma funcional conforme a faixa etária avança, e de construir e manter relações sociais apropriadas ao contexto. O diagnóstico de deficiência intelectual também é classificado por grau de gravidade, de leve a profundo, classificação que orienta diretamente o tipo e a intensidade de apoio necessário, e que pode, e costuma, mudar ao longo do desenvolvimento da criança, à medida que novas habilidades são construídas com apoio adequado.

Transtornos da comunicação: quando a palavra demora a chegar, ou chega de outro jeito

Os transtornos da comunicação reúnem dificuldades específicas na aquisição e no uso da linguagem, que podem afetar o vocabulário, a estrutura gramatical das frases, a articulação dos sons da fala, a fluência, ou o uso social da linguagem em situações de conversação, sem que isso decorra de deficiência intelectual, de perda auditiva ou de transtorno do espectro autista, ainda que, como vimos no capítulo um, comorbidades sejam frequentes e exijam investigação cuidadosa. Pais de primeira viagem costumam ouvir, de familiares bem-intencionados, frases como menino demora mesmo a falar, ou cada criança tem seu tempo, e essas frases não são necessariamente falsas, mas também não substituem uma avaliação fonoaudiológica quando o atraso é significativo para a idade.

Como referência aproximada, costuma-se considerar motivo de avaliação especializada a ausência de palavras isoladas com função comunicativa depois dos dezoito meses, a ausência de frases simples de duas palavras depois dos vinte e quatro meses, ou qualquer regressão de habilidades de linguagem já adquiridas, em qualquer idade. A intervenção fonoaudiológica precoce, quando indicada, tende a produzir resultados tanto melhores quanto mais cedo se inicia, o que reforça por que vale buscar avaliação diante da dúvida, em vez de esperar a criança crescer mais um pouco para ver se resolve por conta própria.

PARA PENSAR

Vygotsky (2007) descreveu a linguagem não apenas como instrumento de comunicação, mas como ferramenta que organiza e transforma o próprio pensamento da criança ao longo do desenvolvimento.

Pensar assim ajuda a entender por que um atraso significativo de linguagem raramente fica restrito à fala: ele costuma repercutir também na regulação do comportamento e na construção do raciocínio, o que é mais um motivo, e não um motivo a menos, para buscar avaliação especializada com a brevidade possível.

Transtornos motores: quando o corpo tropeça no que a mente já entendeu

O transtorno do desenvolvimento da coordenação descreve uma dificuldade significativa e persistente na aquisição de habilidades motoras coordenadas, que fica abaixo do esperado para a idade cronológica e para as oportunidades de aprendizagem que a criança teve, e que interfere de modo concreto em atividades da vida diária, como amarrar o próprio sapato, usar talheres, recortar com tesoura ou participar de brincadeiras que exigem equilíbrio e coordenação. É importante distinguir esse transtorno de uma simples preferência por atividades menos físicas: a criança com dificuldade de coordenação geralmente quer participar, tenta repetidamente, e ainda assim apresenta desempenho motor visivelmente abaixo do esperado, o que costuma gerar frustração e, com o tempo, evitação de atividades físicas e até isolamento social em contextos de recreio e educação física.

A avaliação desse transtorno costuma envolver, além do neuropediatra, a terapia ocupacional e a fisioterapia, profissionais capacitados a mapear com precisão em quais componentes motores, equilíbrio, coordenação fina, planejamento motor, a dificuldade se concentra, e a propor intervenções específicas, geralmente em formato lúdico, para essas áreas. Vale lembrar, como o capítulo um já havia anunciado, que esse transtorno raramente caminha isolado: não é incomum encontrá-lo associado ao TDAH, já que ambos envolvem, em graus diferentes, dificuldades de planejamento e de regulação motora, nem ao transtorno do espectro autista, em crianças cuja sensibilidade sensorial atípica também afeta o controle motor fino e grosso.

Transtornos específicos de aprendizagem: quando a letra dança no papel

Os transtornos específicos de aprendizagem afetam a aquisição de habilidades acadêmicas fundamentais, como leitura, escrita ou matemática, em um nível significativamente abaixo do esperado para a idade e a escolaridade da criança, apesar de inteligência preservada e de oportunidades educacionais adequadas, o que distingue esse diagnóstico de uma simples defasagem escolar por falta de ensino de qualidade. Dehaene (2012) demonstrou, em pesquisas sobre os circuitos cerebrais da leitura, que aprender a ler exige a reorganização de áreas visuais do cérebro originalmente especializadas no reconhecimento de objetos e rostos, para que passem a reconhecer também sequências de letras, um processo que, em algumas crianças, dislexia, ocorre com dificuldade significativamente maior do que na maioria dos colegas, sem qualquer relação com esforço ou inteligência.

De modo equivalente, Dehaene (2011) descreve, em seu trabalho sobre o que chama de senso numérico, como o cérebro humano parece dispor de uma capacidade inata e aproximada de estimar quantidades, sobre a qual se constrói, com a escolarização, a capacidade mais precisa e simbólica de calcular. Quando esse processo de construção encontra dificuldades específicas, fala-se em discalculia, um transtorno tão real e tão pouco compreendido socialmente quanto a dislexia. Em ambos os casos, dislexia e discalculia, a identificação precoce e a intervenção pedagógica especializada, em diálogo com a avaliação neuropsicológica, fazem diferença mensurável na trajetória escolar da criança, e o primeiro passo costuma ser, mais uma vez, deixar de tratar a dificuldade como simples falta de esforço ou de atenção da criança aos estudos.

Por que a intervenção precoce muda trajetórias

Vale fechar este capítulo retomando, de forma direta, algo que ficou implícito em cada um dos transtornos apresentados até aqui: o momento em que uma dificuldade é identificada e passa a receber intervenção especializada importa, e importa de forma mensurável. Isso decorre diretamente da arquitetura cerebral discutida no capítulo um. Diamond (2013) mostra que as redes neurais responsáveis pelas funções executivas, fundamentais para compensar boa parte das dificuldades descritas neste capítulo, permanecem especialmente sensíveis à

experiência e ao treino justamente nos primeiros anos de vida, quando a poda sináptica e a mielinização ainda estão em curso. Isso não significa que depois de determinada idade nada mais possa ser feito, o cérebro humano preserva capacidade de reorganização ao longo de toda a vida, mas significa que o mesmo esforço terapêutico tende a produzir ganhos proporcionalmente maiores quanto mais cedo é oferecido.

Essa é, talvez, a informação mais prática que este capítulo pode deixar com você. Diante de uma dificuldade de linguagem, de coordenação motora, de raciocínio ou de aprendizagem escolar que pareça persistente e desproporcional à idade da criança, a postura mais alinhada ao que a neurociência do desenvolvimento já demonstra não é esperar para ver se passa, mas buscar avaliação especializada com a brevidade possível. O próximo capítulo explica exatamente como organizar essa busca dentro do sistema de atendimento brasileiro.

Do consultório do pediatra ao laudo: como funciona, de fato, o atendimento

Muitas famílias chegam à investigação de um transtorno do neurodesenvolvimento sem entender por quais portas precisam passar, em que ordem, e o que esperar de cada uma delas. Esse desconhecimento, somado à ansiedade natural do momento, costuma gerar peregrinações cansativas, atrasos evitáveis e, em alguns casos, gastos desnecessários com avaliações repetidas. Este capítulo organiza, passo a passo, a trajetória mais comum de atendimento no Brasil, tanto na rede pública quanto na rede privada e suplementar.

A porta de entrada: o pediatra e a vigilância do desenvolvimento

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2019, 2024a) recomenda que a vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor seja parte de toda consulta pediátrica de rotina, não apenas das consultas em que a família já chega com uma queixa específica. Isso significa que o pediatra que acompanha seu filho deveria, idealmente, observar marcos de linguagem, interação social e comportamento em cada retorno, e não apenas peso e altura. Quando esse pediatra identifica um sinal de alerta, seja por observação direta, seja por relato da família ou da escola, o passo seguinte costuma ser a aplicação de instrumentos de triagem padronizados, como o M-CHAT-R/F para sinais de autismo a partir dos dezoito meses, e, quando o resultado indica risco, o encaminhamento para avaliação especializada.

Vale repetir algo que o capítulo dois já havia adiantado: o pediatra, na maior parte dos casos, não fecha o diagnóstico. Sua função nessa etapa é de triagem e encaminhamento qualificado, o que já é, por si só, uma função decisiva, porque um encaminhamento bem fundamentado reduz significativamente o tempo até a avaliação especializada efetiva.

O encaminhamento especializado: para quem, e por quê

Dependendo da suspeita diagnóstica, o encaminhamento pode seguir para diferentes especialistas, frequentemente em paralelo. Para suspeita de TEA ou de TDAH, o encaminhamento típico envolve neuropediatra ou psiquiatra da infância e adolescência, muitas vezes em conjunto com avaliação neuropsicológica

conduzida por psicólogo especializado. Para suspeita de atraso de linguagem, o encaminhamento prioritário é para fonoaudiologia, ainda que a investigação neurológica de base também costuma ser solicitada para descartar outras causas. Para suspeita de dificuldade de coordenação motora, terapia ocupacional e fisioterapia assumem papel central na avaliação. Para suspeita de transtorno específico de aprendizagem, a avaliação neuropsicológica, em diálogo com a escola, é o eixo mais comum.

Essa distribuição de papéis explica por que, com frequência, mais de um profissional precisa avaliar a mesma criança antes que um quadro diagnóstico completo se forme. Isso não é, na maioria dos casos, sinal de descoordenação do sistema de saúde, mas reflexo de uma exigência real: nenhum transtorno do neurodesenvolvimento se deixa capturar inteiramente por uma única lente profissional.

A equipe multidisciplinar: quem faz o quê?

1. Neuropediatra ou psiquiatra da infância e adolescência: investiga a hipótese diagnóstica central, solicita exames complementares quando indicado e, quando apropriado, conduz o tratamento medicamentoso.
2. Psicólogo, com avaliação neuropsicológica: mapeia funcionamento cognitivo, funções executivas e perfil comportamental e emocional, contribuindo diretamente para a confirmação ou exclusão diagnóstica.
3. Fonoaudiólogo: avalia e trata a comunicação, a linguagem oral e escrita, e, quando necessário, aspectos relacionados à alimentação e à motricidade orofacial.
4. Terapeuta ocupacional: avalia a integração sensorial, a coordenação motora fina e a autonomia em atividades cotidianas, propondo estratégias e adaptações.
5. Fisioterapeuta: atua especificamente sobre coordenação motora grossa, equilíbrio e, em alguns quadros, tônus muscular.
6. Pedagogo ou psicopedagogo: faz a ponte entre o diagnóstico e a prática escolar, sugerindo adaptações curriculares e estratégias pedagógicas específicas.

Nem toda criança precisa de todos esses profissionais simultaneamente. A composição da equipe deve ser definida a partir das necessidades específicas identificadas na avaliação inicial, e revisada periodicamente conforme a criança se desenvolve e novas necessidades, ou novas conquistas, aparecem.

Como escolher um especialista, e quando buscar uma segunda opinião?

Diante da escassez de profissionais especializados em muitas regiões do Brasil, famílias frequentemente sentem que não podem escolher, apenas aceitar quem estiver disponível. Ainda que essa limitação seja real em muitos contextos, alguns critérios ajudam a avaliar se um profissional, quando há alguma margem de escolha, está conduzindo a avaliação de forma adequada. Um bom processo diagnóstico costuma envolver mais de uma sessão de observação, entrevista estruturada com os pais sobre o histórico de desenvolvimento da criança, e, sempre que pertinente, contato com a escola para coletar informações sobre o comportamento da criança em outro ambiente. Diagnósticos fechados em uma única consulta de poucos minutos, sem qualquer entrevista estruturada ou solicitação de informações complementares, merecem cautela, tanto quando confirmam quanto quando descartam uma suspeita.

Buscar uma segunda opinião não é desrespeito ao primeiro profissional consultado, e nenhum médico ou psicólogo sério deveria tratar esse pedido como ofensa. É prática reconhecida e recomendada em qualquer área da medicina, sobretudo diante de diagnósticos que vão orientar anos de intervenção terapêutica e decisões familiares importantes. Vale buscar segunda opinião especialmente quando o resultado da avaliação contradiz fortemente sua observação cotidiana da criança, quando a explicação recebida pareceu superficial ou apressada, ou quando simplesmente restarem dúvidas que a primeira consulta não conseguiu resolver. Universidades com hospitais de ensino costumam oferecer avaliações de boa qualidade técnica, muitas vezes pelo SUS, e podem ser uma alternativa relevante quando uma segunda opinião pesa no orçamento familiar.

Telessaúde: uma alternativa que ganhou respaldo legal permanente

Para famílias que vivem em municípios distantes de centros especializados, vale conhecer uma mudança legal relativamente recente. A Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022, alterou a Lei Orgânica da Saúde para autorizar e disciplinar, em caráter permanente e em todo o território nacional, a prática da telessaúde, modalidade de atendimento à distância por meio de tecnologias de informação e comunicação, que havia sido autorizada apenas em caráter excepcional durante a pandemia. A lei garante ao profissional de saúde a liberdade de optar pela telessaúde, e assegura ao paciente, ou ao seu responsável legal, o direito de recusar essa modalidade e exigir atendimento presencial sempre que preferir.

Na prática, essa regulamentação abre uma alternativa real para primeiras orientações, acompanhamento de casos já diagnosticados, e até treinamento parental conduzido a distância por psicólogos e outros profissionais, especialmente útil quando a alternativa seria meses de espera por um deslocamento presencial até a cidade onde o especialista atende. A telessaúde não substitui, e a própria lei reconhece isso, etapas de avaliação que dependem de exame presencial direto, mas pode reduzir significativamente o tempo entre o primeiro sinal de alerta e alguma forma de orientação profissional qualificada, sobretudo em regiões mais distantes dos grandes centros.

Tempo de espera e o gerenciamento realista de expectativas

Uma pergunta que praticamente toda família faz, e que poucos materiais respondem com honestidade, é quanto tempo essa trajetória costuma levar. Não existe um número único válido para todo o Brasil, porque o tempo de espera depende diretamente da rede disponível na região, conforme o capítulo dois já adiantou ao mencionar a distribuição desigual de serviços especializados. Em grandes centros urbanos com hospitais universitários e maior concentração de profissionais privados, uma avaliação inicial pode ocorrer em semanas. Em municípios menores ou em regiões com escassez de especialistas, a espera por uma primeira consulta com neuropediatra ou psiquiatra da infância pelo SUS pode se estender por muitos meses.

Diante dessa variação, três providências costumam reduzir o tempo efetivo de espera. A primeira é buscar, simultaneamente, mais de uma porta de entrada possível, por exemplo, agendando avaliação pelo SUS e, quando financeiramente viável, também consulta particular ou pelo plano de saúde, em vez de esperar o resultado de uma fila para só então buscar a outra. A segunda é perguntar diretamente, no momento do agendamento, se existe possibilidade de entrada antecipada em caso de desistência de outra família na fila, prática comum em muitos serviços, mas raramente oferecida de forma espontânea. A terceira é, enquanto a avaliação formal não ocorre, buscar orientações gerais com o pediatra que já acompanha a criança, que pode iniciar parte da investigação inicial e, em alguns casos, encaminhar diretamente para terapias de estimulação que não dependem de um diagnóstico fechado para começar.

Exames complementares: quando são, e quando não são, necessários

Uma dúvida frequente entre pais de primeira viagem é se exames de imagem, como ressonância magnética, ou exames genéticos serão necessários. A resposta depende inteiramente do quadro clínico apresentado. Para a maioria dos diagnósticos de TEA e TDAH, o diagnóstico é essencialmente clínico e comportamental, baseado em observação direta, entrevistas estruturadas com a família e instrumentos padronizados, e exames de imagem não são rotineiramente necessários, exceto quando há sinais neurológicos associados que justifiquem essa investigação, como crises convulsivas, perda de habilidades já adquiridas, ou características físicas atípicas que sugiram síndromes genéticas específicas. É legítimo, e recomendável, perguntar diretamente ao médico responsável por que um exame específico está sendo solicitado, e o que se espera aprender com ele.

O laudo: o que ele precisa conter e para que ele serve

Ao final do processo de avaliação, o profissional responsável produz um laudo, documento escrito que formaliza o diagnóstico, descreve os critérios observados e, idealmente, traz recomendações de conduta e de apoio. Esse documento tem função clínica, mas também função legal e administrativa: é com base nele que a família pode solicitar adaptações escolares, acesso a terapias pela rede pública ou pelo convênio de saúde, e, quando aplicável, benefícios previstos em lei, tema do próximo capítulo. Vale a pena guardar cópias físicas e digitais de

todos os laudos recebidos, organizados por data, porque será comum precisar apresentá-los repetidamente a diferentes instituições ao longo da trajetória escolar e clínica da criança.

PARA PENSAR

Uma mãe relatou ter sido perguntada, na escola do filho, se ela tinha o laudo em mãos, sem que ninguém lhe explicasse, antes daquele momento, que aquele papel seria exigido para algo tão concreto quanto a presença de um profissional de apoio em sala de aula.

Guardar o laudo organizado, e entender exatamente para que ele serve, é um dos cuidados práticos mais simples e mais úteis que uma família de primeira viagem pode adotar logo no início dessa trajetória.

O caminho pelo Sistema Único de Saúde: CAPSi e a rede de atenção psicossocial

A Sociedade Brasileira de Pediatria(2024b) descreve em detalhe como esse fluxo de diagnóstico e atendimento se organiza dentro do Sistema Único de Saúde, da triagem na atenção básica ao acompanhamento especializado. Para famílias que dependem do SUS, a porta de entrada permanece a unidade básica de saúde e o pediatra de referência, mas a continuidade do cuidado em saúde mental infantil costuma se dar nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil, os CAPSi, criados pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, como parte da política de saúde mental instituída pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa lei redirecionou o modelo de assistência em saúde mental no Brasil para uma lógica de cuidado territorial e comunitário, em substituição ao modelo anterior, centrado em internações prolongadas, e os CAPSi são hoje um dos principais equipamentos públicos voltados ao acompanhamento de crianças e adolescentes com transtornos do neurodesenvolvimento que demandam cuidado em saúde mental.

A disponibilidade e a qualidade desses serviços, é preciso reconhecer com honestidade, variam de forma significativa entre municípios, refletindo desigualdades históricas de investimento em saúde mental no país. Quando o CAPSi do município de residência não comporta a demanda, vale buscar informação sobre consórcios intermunicipais de saúde, ambulatorios de

neuropediatria em hospitais universitários, que costumam atender pelo SUS com filas próprias, e organizações da sociedade civil especializadas, que em muitas cidades complementam, e às vezes preenchem lacunas importantes, da rede pública direta.

O que a lei diz sobre o seu filho, e sobre você?

Conhecer a lei não é, para a maioria das famílias, um exercício de curiosidade jurídica. É uma ferramenta prática de negociação com escolas, planos de saúde e serviços públicos que, com frequência, oferecem menos do que deveriam simplesmente porque a família não sabe exatamente o que pode exigir. Antes de entrar nas leis específicas sobre transtornos do neurodesenvolvimento, vale lembrar que toda criança brasileira, com ou sem diagnóstico, já está protegida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que garante prioridade absoluta na proteção de seus direitos fundamentais e impõe à família, à sociedade e ao poder público o dever de assegurá-los. As leis apresentadas a seguir não substituem essa proteção geral, apenas a detalham para a situação específica das crianças com transtornos do neurodesenvolvimento.

A Lei Berenice Piana: o TEA reconhecido como deficiência para todos os efeitos legais

A Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Popularmente conhecida como Lei Berenice Piana, em homenagem à mãe que liderou o movimento por sua aprovação, essa lei estabeleceu, em seu artigo primeiro, que a pessoa com TEA é considerada pessoa com deficiência para todos os efeitos legais. Essa frase, embora curta, tem consequências amplas: ela é a base jurídica que garante a uma criança com TEA acesso a direitos previstos para pessoas com deficiência em geral, incluindo prioridade de atendimento, matrícula obrigatória em escolas regulares com vedação expressa à recusa de matrícula sob qualquer pretexto relacionado ao diagnóstico, e acesso, quando necessário, a acompanhante especializado em sala de aula, custeado pela rede de ensino.

A própria lei prevê, em seu texto, responsabilização administrativa, civil e até criminal para gestores escolares que neguem matrícula ou cobrem valores adicionais em razão do diagnóstico, uma proteção pouco conhecida por muitas famílias e, por isso, pouco exigida na prática. Conhecer esse dispositivo específico transforma, em muitos casos, uma negociação informal e desigual com a direção de uma escola em uma conversa fundamentada em obrigação legal expressa.

O que mudou recentemente: CIPTEA, nutrição e diagnóstico em qualquer idade?

A legislação sobre TEA no Brasil não é estática, e vale a pena conhecer suas atualizações mais recentes. A Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020, instituiu a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, a CIPTEA, documento que facilita o reconhecimento da condição em atendimentos prioritários e em situações cotidianas, sem exigir a apresentação repetida do laudo completo. A Lei nº 15.131, de 29 de abril de 2025, acrescentou à Lei 12.764 a previsão expressa de nutrição adequada e terapia nutricional para a pessoa com TEA, reconhecendo legalmente algo que famílias já enfrentavam na prática: a seletividade alimentar é, para muitas crianças autistas, um desafio concreto que demanda acompanhamento especializado, não apenas paciência. Mais recentemente, a Lei nº 15.256, de 12 de novembro de 2025, incluiu na política nacional o incentivo expresso à investigação diagnóstica do TEA também em pessoas adultas e idosas, reconhecendo que muitas pessoas adultas hoje carregam, sem nunca terem sido avaliadas, sinais que poderiam ter sido identificados na infância.

Para uma família que está apenas começando essa trajetória, o ponto prático mais relevante dessas atualizações é simples: a lei tende a se expandir, não a se retrair, no reconhecimento de necessidades historicamente invisibilizadas. Vale acompanhar essas mudanças, inclusive porque novos direitos costumam vir acompanhados de novos procedimentos administrativos que a família precisa aprender a acionar.

A Lei Brasileira de Inclusão: o que ela garante na escola e na vida cotidiana?

A Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, instituiu o Estatuto da Pessoa com Deficiência, também chamado de Lei Brasileira de Inclusão, com base na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Essa lei é mais ampla do que a anterior, porque não trata apenas do TEA, mas de qualquer condição que se enquadre no conceito de deficiência, incluindo, conforme o caso e a avaliação biopsicossocial prevista na própria lei, deficiência intelectual e outras condições do

neurodesenvolvimento que produzam impedimentos de longo prazo combinados com barreiras do ambiente.

Entre as garantias mais relevantes para famílias de crianças em idade escolar, a lei estabelece o direito à educação inclusiva em todos os níveis de ensino, com vedação à cobrança de valores adicionais por matrícula, mensalidade ou anuidade em razão da deficiência, em escolas privadas, e a obrigação de adaptações razoáveis, currículo flexível, recursos de tecnologia assistiva e capacitação docente, por parte das instituições de ensino. A lei também prevê o conceito de avaliação biopsicossocial da deficiência, que considera não apenas o diagnóstico clínico isolado, mas o conjunto de barreiras ambientais e sociais que, combinadas a esse diagnóstico, produzem a desvantagem funcional concreta enfrentada pela pessoa.

Na rede pública de ensino, esse direito se concretiza, sobretudo, por meio do Atendimento Educacional Especializado, o AEE, oferecido em salas de recursos multifuncionais dentro da própria escola regular ou em centros especializados de referência, conforme a política nacional de educação especial na perspectiva inclusiva. O AEE não substitui a sala de aula comum, ele complementa o ensino regular, identificando e eliminando barreiras que impedem a plena participação do estudante, e deve ser solicitado formalmente à direção da escola, com base no laudo recebido. Vale exigir, sempre que possível, que as adaptações combinadas com a escola fiquem registradas por escrito, em um plano educacional individualizado, e não apenas em promessas verbais que se diluem ao longo do ano letivo.

PARA PENSAR

É comum que escolas privadas aleguem despreparo da equipe, ou ausência de vaga, para evitar a matrícula de uma criança com diagnóstico recente. A combinação entre a Lei 12.764/2012 e a Lei 13.146/2015 torna essa recusa, na grande maioria das situações, juridicamente indevida.

Conhecer esses dois números de lei, de memória, é um dos instrumentos mais simples e mais eficazes que uma família pode levar consigo a uma reunião escolar difícil.

O Benefício de Prestação Continuada: um direito assistencial, não um favor

Para famílias de baixa renda, existe ainda um direito concreto que muitas desconhecem até bem depois do diagnóstico: o Benefício de Prestação Continuada, o BPC, instituído pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social, com base no artigo 203 da Constituição Federal de 1988. O BPC garante o pagamento de um salário-mínimo mensal a pessoas com deficiência, de qualquer idade, cuja família comprove não dispor de meios suficientes para o próprio sustento, segundo critério de renda familiar per capita definido em lei e administrado pelo Instituto Nacional do Seguro Social. Diferente de um benefício previdenciário, o BPC não exige nenhuma contribuição prévia à previdência social, e a avaliação da deficiência, desde 2011, segue o conceito biopsicossocial também presente na Lei Brasileira de Inclusão, conduzida por médicos peritos e assistentes sociais do próprio INSS.

Para uma criança com transtorno do neurodesenvolvimento que produza impedimentos de longo prazo, esse benefício pode representar uma diferença concreta na capacidade da família de sustentar terapias, transporte até os serviços especializados e necessidades básicas do dia a dia, sobretudo quando um dos cuidadores precisa reduzir sua jornada de trabalho para acompanhar consultas e terapias frequentes. O requerimento é feito diretamente junto ao INSS, e o Centro de Referência de Assistência Social, o CRAS, do bairro de residência da família costuma ser a porta de entrada mais acessível para iniciar esse processo e tirar dúvidas sobre os documentos necessários.

Quem tem plano de saúde: o que a regulamentação garante

Famílias que contam com plano de saúde privado também têm proteção legal específica, e vale conhecê-la antes de qualquer negativa de cobertura. A Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conhecida como Lei dos Planos de Saúde, estabelece as regras gerais de funcionamento da saúde suplementar no Brasil, e normas posteriores da Agência Nacional de Saúde Suplementar, entre as quais a Resolução Normativa nº 469, de 12 de julho de 2021, tornaram obrigatória a cobertura, sem limite de número de sessões, das consultas e terapias com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos prescritas para o tratamento de transtornos globais do desenvolvimento, categoria que inclui o transtorno do espectro autista. Isso

significa, na prática, que uma operadora de plano de saúde não pode interromper unilateralmente um tratamento em curso apenas por ele ter atingido um número predefinido de sessões em determinado período.

Decisões recentes dos tribunais superiores brasileiros têm reforçado esse entendimento, considerando abusiva a negativa de cobertura de terapias multidisciplinares regularmente prescritas por médico assistente, ainda quando a técnica específica solicitada não apareça nominalmente listada nos procedimentos obrigatórios da ANS. Se você enfrentar uma negativa desse tipo, vale registrar reclamação formal junto à própria operadora, à ANS, e, se necessário, buscar orientação jurídica, inclusive em núcleos de prática jurídica universitários ou na Defensoria Pública, que costumam atender gratuitamente famílias que não têm condições de contratar advogado particular.

Saúde mental como direito: o que a Lei da Reforma Psiquiátrica garante?

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, embora tenha sido escrita com foco na reforma do modelo de assistência psiquiátrica para a população em geral, estabelece princípios que sustentam, até hoje, o atendimento de crianças com transtornos do neurodesenvolvimento que requerem acompanhamento em saúde mental: o direito a tratamento no ambiente comunitário e familiar sempre que possível, a vedação a qualquer forma de tratamento desumano ou degradante, e o direito a receber informação clara sobre a própria condição e o próprio tratamento, direito que, no caso de crianças, se estende diretamente aos pais e responsáveis legais. É essa lei, somada à Portaria GM/MS nº 336/2002 mencionada no capítulo anterior, que sustenta juridicamente a existência e o funcionamento dos CAPSi como direito, e não como favor administrativo do município.

Prioridade de atendimento: um direito simples, e nem sempre lembrado

Vale fechar este capítulo com um direito pequeno em extensão de texto, mas grande em utilidade cotidiana. A Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, garante atendimento prioritário, em repartições públicas, instituições financeiras e empresas concessionárias de serviços públicos, a pessoas com deficiência, e a Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023, alterou expressamente essa norma para incluir,

de forma nominal, as pessoas com transtorno do espectro autista entre os beneficiários dessa prioridade, ao lado de idosos, gestantes e pessoas com mobilidade reduzida. Na prática, isso significa que uma criança com TEA, e quem a acompanha, tem direito a atendimento prioritário em bancos, repartições públicas e diversos estabelecimentos privados, o que pode reduzir significativamente o tempo de espera, e o desconforto sensorial associado a filas longas e ambientes agitados, em tarefas simples do cotidiano familiar.

Vale mencionar ainda a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que concede passe livre, no sistema de transporte coletivo interestadual, a pessoas com deficiência comprovadamente carentes. Para famílias de baixa renda que precisam viajar entre cidades ou estados, em busca de avaliação especializada ou de tratamento não disponível na própria região, esse benefício pode reduzir um custo que, de outra forma, se tornaria recorrente e pesado para o orçamento familiar.

Reunidas, as leis apresentadas neste capítulo formam um conjunto de proteções mais amplo do que a maioria das famílias imagina ao receber um diagnóstico. Conhecer-las de memória, ainda que em linhas gerais, é uma forma concreta de reequilibrar, ainda que parcialmente, a relação de forças entre uma família que está apenas começando a se informar e instituições que, com ou sem intenção, costumam se beneficiar do desconhecimento dessas mesmas famílias sobre seus próprios direitos. O capítulo final deste livro volta o olhar para dentro de casa, e organiza, em linguagem direta, os primeiros passos práticos e emocionais que esse conjunto de conhecimento técnico e jurídico ajuda a sustentar.

Depois do diagnóstico: os primeiros passos que você pode dar hoje

Chegamos ao capítulo que talvez você tenha procurado primeiro, antes mesmo de ler o restante deste livro, e que faz sentido ler de novo agora, com o vocabulário dos capítulos anteriores já mais familiar. O que fazer, de fato, depois que um diagnóstico chega? Este capítulo organiza essa resposta em cinco frentes: o trabalho emocional que ninguém costuma avisar que vai acontecer, o conceito de cuidado centrado na família, a construção de uma rotina sustentável, a parceria com a escola, e a rede de apoio que cerca, ou deveria cercar, todo esse processo.

O luto que ninguém avisa que vai acontecer

Olshansky (1962), em um texto que se tornou referência fundadora sobre o tema, descreveu a reação de pais de crianças com deficiência como uma forma de pesar contínuo, que ele chamou de *chronic sorrow*, distinta do luto convencional porque não se resolve em um período definido, voltando a se manifestar em momentos específicos da vida da criança, um aniversário, uma formatura que não ocorre da forma esperada, uma comparação espontânea com o desenvolvimento de outras crianças da mesma idade. Trazer esse conceito para você não é uma forma de antecipar sofrimento, mas de validar algo que muitas famílias vivem em silêncio, por vergonha de sentir tristeza diante de um filho que amam profundamente: é possível, e é absolutamente compreensível, amar essa criança com inteireza e, ao mesmo tempo, atravessar momentos de luto pela trajetória que você havia imaginado antes do diagnóstico chegar.

Esse luto não é incompatível com esperança fundamentada. Howlin *et al.* (2004), em estudo longitudinal sobre desfechos na vida adulta de pessoas diagnosticadas com autismo na infância, documentaram trajetórias de desenvolvimento muito diversas, incluindo casos de progresso significativo ao longo da vida, o que reforça algo que vale repetir sempre que o desânimo aparecer: um diagnóstico na infância descreve um ponto de partida, não o ponto final de uma trajetória já decidida.

PARA PENSAR

Se você sentiu, em algum momento desde o diagnóstico, uma tristeza que parecia incoerente com o amor que sente pelo seu filho, talvez valha reler o parágrafo anterior mais de uma vez.

Esses dois sentimentos não competem entre si. Eles coexistem em praticamente toda família que atravessa esse processo, e nomear essa coexistência, em vez de escondê-la por vergonha, costuma ser o primeiro passo emocional mais honesto que se pode dar.

Novamente sobre o cuidado centrado na família: o que isso significa na prática?

Rosenbaum *et al.* (1998) descreveram, em um modelo que se tornou referência internacional, o que chamam de cuidado centrado na família, uma abordagem que reconhece os pais como parceiros ativos no cuidado, não como receptores passivos de instruções técnicas. Isso significa, na prática diária, algumas coisas concretas: você tem o direito de pedir que um termo técnico seja explicado em linguagem acessível, quantas vezes forem necessárias. Você tem o direito de participar ativamente da definição de prioridades terapêuticas para o seu filho, em vez de simplesmente executar uma lista de tarefas definida sem o seu envolvimento. Você tem o direito de buscar uma segunda opinião profissional quando sentir que algo na avaliação recebida não corresponde ao que observa no dia a dia da criança.

Esse modelo não diminui a autoridade técnica dos profissionais envolvidos, ao contrário, costuma produzir planos terapêuticos mais eficazes, justamente porque incorporam o conhecimento prático que você, e mais ninguém, tem sobre a rotina real daquela criança específica.

Construindo uma rotina que sustenta, em vez de sufocar

7. Priorize previsibilidade sobre rigidez: horários visuais, com imagens ou palavras, ajudam mais do que ordens repetidas verbalmente, sobretudo para crianças com TEA ou TDAH.
8. Distribua as terapias ao longo da semana de forma sustentável para toda a família, evitando agendas tão cheias que não resem momentos de descanso e de brincadeira livre, que também têm função no desenvolvimento.

9. Negocie, com a equipe terapêutica, metas pequenas e visíveis no curto prazo, em vez de apenas objetivos amplos de longo prazo, para que toda a família consiga reconhecer avanços reais ao longo do caminho.
10. Reserve, conscientemente, momentos do dia sem agenda terapêutica nenhuma, dedicados apenas à relação afetiva entre você e seu filho, sem pauta de trabalho clínico embutida.

Essas quatro orientações não substituem o plano terapêutico definido pela equipe que acompanha seu filho, mas costumam ajudar famílias a evitar um padrão comum e desgastante: transformar a casa inteira em uma extensão ininterrupta do consultório.

A parceria com a escola: o que comunicar, e como?

A escola costuma ser, depois da própria família, o ambiente onde a criança passa mais horas do dia, e a qualidade dessa parceria impacta diretamente seu bem-estar e seu desenvolvimento. Vale levar à escola, com a brevidade possível depois do diagnóstico, uma cópia do laudo e, sempre que existir, um relatório com orientações práticas elaborado pela equipe terapêutica, voltado especificamente ao contexto escolar. Vale solicitar uma reunião com coordenação pedagógica e, quando houver, com a equipe de apoio à inclusão, para alinhar expectativas, adaptações necessárias e formas de comunicação contínua entre casa e escola.

Como o capítulo seis já detalhou, a legislação brasileira garante direitos concretos nessa relação, incluindo, quando indicado pela avaliação, acompanhante especializado em sala de aula. Conhecer esses direitos antes da reunião escolar, e levá-los por escrito se necessário, tende a produzir conversas mais produtivas do que reuniões baseadas apenas em boa vontade mútua, que nem sempre é suficiente diante de equipes escolares ainda pouco capacitadas no tema.

Os irmãos, a família ampliada e o trabalho: cuidando de quem também cuida?

Um diagnóstico de transtorno do neurodesenvolvimento raramente afeta apenas a criança diagnosticada e seus pais diretos. Irmãos costumam absorver, de formas que nem sempre verbalizam, uma redistribuição de atenção e de tempo dentro de casa, e merecem espaço para nomear o que sentem, incluindo eventuais

ciúmes, vergonha em ambientes sociais ou preocupação precoce demais para a idade deles. Reservar momentos individuais com cada irmão, e explicar, em linguagem adequada à idade, o que está acontecendo com o irmão ou a irmã que recebeu o diagnóstico, tende a prevenir parte do ressentimento silencioso que, sem esse cuidado, pode se acumular ao longo dos anos.

A família ampliada, avós, tios, padrinhos, também precisa ser incluída nessa conversa, com a dose certa de informação. Muitas vezes, a resistência ou o ceticismo de um avô ou de uma avó diante do diagnóstico não vem de falta de amor, vem de falta de informação atualizada, construída em décadas em que esses transtornos eram menos conhecidos e mais estigmatizados. Compartilhar, com paciência, trechos deste livro ou de outros materiais confiáveis, costuma ser mais produtivo do que discussões repetidas sobre quem está certo.

Assim sendo, vale nomear algo que raramente aparece em materiais sobre o tema: o impacto da trajetória diagnóstica sobre o trabalho remunerado dos pais, sobretudo de quem assume a maior parte dos acompanhamentos clínicos. Faltas frequentes para consultas e terapias, a necessidade eventual de reduzir carga horária, e o desgaste emocional acumulado, podem se tornar fonte adicional de tensão financeira e profissional, justamente quando a família mais precisa de estabilidade. Conversar com antecedência com a chefia direta, sempre que o ambiente de trabalho permitir esse tipo de diálogo, e conhecer direitos trabalhistas relacionados ao acompanhamento de filhos com deficiência, costuma evitar que esse desgaste se torne ainda maior por puro desconhecimento de alternativas possíveis dentro da própria empresa ou instituição.

Contar para a própria criança, conforme ela cresce

Uma dúvida que costuma surgir, ainda que poucos a verbalizem nos primeiros meses, é se, quando e como falar com a própria criança sobre o diagnóstico que ela recebeu. Não existe uma idade fixa que sirva para todos os casos, mas existe um princípio orientador que vale adotar desde já: a criança, na medida em que cresce e percebe que é tratada de forma diferente, que frequenta terapias que os colegas não frequentam, ou que ouve adultos conversando sobre ela em tom preocupado, já está construindo, sozinha, alguma explicação para essas diferenças. Se essa explicação não vem de você, em linguagem honesta e

acolhedora, ela tende a vir de outro lugar, às vezes de colegas, às vezes da própria interpretação infantil, com mais chance de gerar vergonha ou confusão do que uma conversa franca conduzida por quem a ama.

Falar sobre o diagnóstico não exige despejar terminologia clínica completa de uma só vez. Para uma criança pequena, costuma bastar nomear, em linguagem concreta, que o cérebro dela funciona de um jeito específico, que isso explica algumas dificuldades reais que ela sente, e que, por isso, ela conta com adultos e profissionais que a ajudam de formas que outras crianças não precisam. Conforme a criança cresce e amplia sua compreensão de si mesma, essa conversa pode, e deve, ser retomada com mais detalhe, sempre na medida da curiosidade e da maturidade que ela própria demonstrar, e sempre evitando que o diagnóstico apareça revestido de vergonha ou de segredo familiar.

Um roteiro simples para os primeiros sessenta dias

Para encerrar este capítulo, reúno em forma de lista, deliberadamente direta, as providências que mais costumam ajudar nas primeiras semanas depois de um diagnóstico recente. Nenhuma delas precisa ser feita com perfeição, e nenhuma é mais importante do que cuidar de você mesmo ao longo do processo.

11. Organize, em uma pasta física ou digital, todos os laudos, exames e relatórios recebidos até agora, e continue alimentando essa pasta a cada nova avaliação.
12. Agende, se ainda não agendou, a composição inicial da equipe multidisciplinar indicada na avaliação, priorizando os profissionais cuja ausência mais compromete o dia a dia da criança.
13. Leve o laudo à escola e solicite, por escrito, uma reunião com a coordenação pedagógica para alinhar adaptações necessárias.
14. Verifique se você tem plano de saúde ou depende do SUS, e já identifique, respectivamente, a regulamentação de cobertura ou o CAPSi e os serviços de referência da sua região.
15. Pesquise se a família já preenche os critérios para o Benefício de Prestação Continuada, caso a renda familiar esteja dentro do limite legal, e procure o CRAS do seu bairro para tirar dúvidas.

16. Busque, ainda que com cautela quanto à qualidade da informação compartilhada, um grupo de pais com experiência semelhante, presencial ou online.
17. Reserve, conscientemente, um momento da semana só para você, sem pauta clínica nenhuma, mesmo que pareça impossível encontrar esse tempo agora.

Esse roteiro não esgota tudo o que este livro discutiu, mas reúne o que tende a fazer mais diferença prática logo no início. O restante, você vai aprender, como a maioria das famílias aprende, caminhando.

A rede de apoio: você não precisa, e não deve, fazer isso sozinho

Grupos de pais organizados em torno de um mesmo diagnóstico, presenciais ou online, costumam oferecer algo que nenhum profissional de saúde, por mais qualificado que seja, consegue oferecer da mesma forma: a experiência vivida de quem já passou, ou está passando, por desafios semelhantes. Essas redes ajudam a localizar serviços de referência na região, a trocar informações práticas sobre direitos e procedimentos administrativos, e, talvez o mais importante, a reduzir a sensação de isolamento que costuma acompanhar os primeiros meses depois de um diagnóstico.

Vale uma ressalva sobre esses grupos, especialmente os que existem em redes sociais abertas. Nem toda informação compartilhada por outros pais, por mais bem intencionada que seja, corresponde ao conhecimento técnico mais atual disponível, e relatos de experiência pessoal, por mais valiosos que sejam como apoio emocional, não substituem orientação clínica individualizada para o seu filho específico. Tratamentos sem respaldo científico, promessas de cura rápida, ou recomendações de suspender acompanhamento médico em favor de alternativas não comprovadas circulam, infelizmente, com alguma frequência nesses espaços. Vale buscar grupos moderados por profissionais ou por organizações estabelecidas, e levar sempre qualquer informação relevante encontrada nesses espaços para validação com a equipe que efetivamente acompanha seu filho.

Vale, por fim, lembrar de cuidar de você. Pais e mães exaustos, sem qualquer rede de apoio emocional própria, tendem a sustentar com mais dificuldade, ao longo do tempo, todas as orientações práticas reunidas neste capítulo. Buscar apoio psicológico para você mesmo, quando sentir necessidade, não é desvio de prioridade em relação ao cuidado do seu filho. É, goste-se ou não dessa palavra, parte integrante desse mesmo cuidado.

O que fica, quando a pressa já passou?

Comecei este livro com a cena de uma sala de espera, e talvez seja justo terminar reconhecendo que a maior parte das famílias que chegam a esse capítulo já não está mais ali, paralisada pela palavra nova. Você provavelmente já tem uma rotina em formação, já conhece, ao menos parcialmente, os profissionais que acompanham seu filho, e já começou a perceber, ainda que com oscilações, que a vida continua, agora reorganizada em torno de um vocabulário que era estranho há poucas semanas ou poucos meses e que, pouco a pouco, deixa de assustar tanto.

Se este livro cumpriu o que se propôs, você termina a leitura sabendo nomear com mais precisão o que a neurologia infantil entende por transtorno do neurodesenvolvimento, reconhecendo as diferenças entre TEA, TDAH, deficiência intelectual, transtornos da comunicação, transtornos motores e transtornos específicos de aprendizagem, entendendo melhor por quais portas o atendimento clínico brasileiro costuma passar, e sabendo nomear, de memória, ao menos duas leis que protegem seu filho e a sua família. Isso é informação, e informação importa. Mas talvez o ganho mais duradouro deste percurso não esteja exatamente nos conteúdos técnicos, e sim em algo mais difícil de medir: a passagem de uma postura de espectador passivo da própria angústia para uma postura de interlocutor ativo diante de médicos, terapeutas, escolas e leis.

Vale, ainda, lembrar da escala real do que discutimos. Os números que reunimos ao longo deste livro, ainda que parciais e nem sempre atualizados na velocidade que a realidade exige, são suficientes para deixar claro que transtornos do neurodesenvolvimento não são exceção estatística na vida escolar brasileira. Somados, apenas o TEA e o TDAH, dois entre os diversos transtornos discutidos nestas páginas, já alcançam uma fração relevante das salas de aula do país, e essa constatação tem uma consequência direta para você: a sensação de isolamento que costuma acompanhar os primeiros meses depois de um diagnóstico não corresponde à realidade estatística da situação. Há, ao seu redor, mais famílias do que você imagina vivendo desafios semelhantes, mesmo que poucas falem sobre isso abertamente.

Vale nomear, com honestidade, o que este livro não resolve. Ele não reduz as desigualdades regionais de acesso a serviços especializados que mencionamos no capítulo cinco. Não acelera, por si só, filas de espera no Sistema Único de Saúde. Não garante que toda escola vá cumprir, de bom grado, o que a lei já determina. Essas são lutas coletivas, que ultrapassam o que qualquer família, isoladamente, consegue resolver sozinha, e que dizem respeito a políticas públicas de saúde e educação que ainda precisam de muito investimento e de muita pressão social organizada para se tornarem, de fato, universais e de qualidade equivalente em todo o território brasileiro.

O que cabe a cada família, individualmente, é a parte que este livro tentou de fato apoiar: chegar menos perdida a cada consulta, fazer perguntas mais precisas, reconhecer seus direitos quando alguém tentar negá-los por desconhecimento ou por comodidade institucional, e, sobretudo, lembrar que um diagnóstico nomeia um caminho de desenvolvimento, não o valor ou o destino de uma criança. O cérebro que ainda está em obras, como dissemos desde o título, continua em obras por muito tempo, e obras, mesmo as mais complexas, avançam. Que esse avanço encontre, na sua casa, informação, paciência e companhia suficientes. É, no fim, tudo o que este livro quis oferecer.



Para pensar

Quando meu filho erra, o que ele precisa aprender comigo?

"Onde tiramos a absurda ideia de que, para fazer as crianças se comportarem melhor, primeiro temos que fazê-las se sentir piores?" (Livro: Disciplina Positiva)

Quando meu filho erra, o que ele precisa aprender comigo?

Pai, mãe, cuidador: quando uma criança erra, a primeira pergunta não deveria ser apenas: *por que você fez isso?* A pergunta mais importante talvez seja: *o que meu filho está sentindo sobre si mesmo neste momento?*

Quando uma criança derruba algo, esquece uma tarefa, responde de forma impulsiva ou não consegue fazer algo como esperava, ela pode reagir chorando, gritando, escondendo o erro ou tentando consertar tudo rapidamente. À primeira vista, parece exagero. Mas, para ela, aquele erro pode ter um peso muito maior do que para o adulto.

Muitas vezes, a criança não está sofrendo apenas pelo que aconteceu. Ela está sofrendo pelo significado que atribuiu ao erro. Pode estar pensando: *eu decepcionei, vão brigar comigo, não sou boa o suficiente, não vão gostar mais de*

mim. Por isso, a forma como os adultos respondem ao erro ajuda a criança a construir uma ideia sobre si mesma.

Se o adulto humilha, compara, ameaça ou diz que a criança é desatenta, preguiçosa ou incapaz, o erro deixa de ser uma situação de aprendizagem e passa a ser uma experiência de vergonha. A criança pode começar a evitar desafios, esconder dificuldades ou se cobrar de maneira excessiva.

Mas, quando o adulto acolhe, orienta e ajuda a reparar, o erro se transforma em oportunidade de crescimento. A criança aprende que errar não destrói o vínculo, não diminui seu valor e não impede uma nova tentativa.

Isso não significa deixar tudo passar. Educar não é ignorar o erro. Educar é ensinar a criança a olhar para o que aconteceu, reconhecer sua responsabilidade e pensar em caminhos de reparação sem precisar se sentir rejeitada ou diminuída.

Diante do erro, os pais podem dizer: *eu vi que você ficou muito frustrado. Vamos respirar primeiro. Depois, juntos, vamos entender o que aconteceu e pensar no que pode ser feito*. Essa frase comunica três coisas fundamentais: eu vejo sua dor, eu continuo aqui e você pode aprender com isso.

A criança precisa compreender que ela não é o erro que cometeu. O erro é uma parte do caminho. Ele mostra algo que ainda está em construção. Quando os pais ensinam isso com firmeza e afeto, ajudam a criança a desenvolver autonomia, responsabilidade, tolerância à frustração e confiança para tentar novamente.

Por isso, quando seu filho errar, antes de corrigir, aproxime-se. Antes de acusar, escute. Antes de resolver por ele, ajude-o a pensar. O objetivo não é formar uma criança perfeita. O objetivo é formar uma criança que saiba reconhecer, reparar, aprender e continuar sem se abandonar.



Para pensar

Como criar uma criança segura, líder de si mesma e preparada para a vida?

"Declare a seus filhos que eles não estão no rodapé de sua vida, mas nas páginas centrais da sua história." Augusto Cury

Pai, mãe, cuidador: quando você pensa em criar um filho de sucesso, o que vem primeiro à sua mente?

Notas altas? Obediência? Ser o melhor em tudo? Nunca errar?

Talvez seja preciso começar por outro lugar. Uma criança de sucesso não é aquela que nunca falha. É aquela que aprende a lidar com as próprias emoções, reconhece seus erros, pede ajuda quando precisa, respeita o outro, confia em si e consegue tentar novamente depois de uma frustração.

A segurança emocional de uma criança começa muito cedo. Desde bebê, ela observa o rosto, o tom de voz, o toque, a presença e as reações dos adultos. Antes mesmo de entender as palavras, a criança já sente se o mundo ao seu redor é seguro ou ameaçador.

Quando um adulto acolhe, responde, conversa, brinca, orienta e protege, ele não está apenas sendo carinhoso. Ele está participando da construção do cérebro

da criança. As experiências repetidas de cuidado ajudam a organizar circuitos ligados à linguagem, à memória, à atenção, à regulação emocional e ao comportamento social.

Por outro lado, quando a criança cresce em um ambiente marcado por gritos constantes, humilhações, ameaças, medo, rejeição ou imprevisibilidade, seu corpo pode aprender a viver em estado de alerta. Nesses casos, alguns comportamentos que os adultos chamam de birra, teimosia, desobediência ou falta de limite podem ser, muitas vezes, tentativas imaturas de expressar cansaço, medo, insegurança, ciúme, frustração ou necessidade de atenção.

Isso não significa permitir tudo. Criança precisa de limite. Mas limite não precisa ser violência. Limite saudável é aquele que organiza, protege e ensina. O adulto pode ser firme sem humilhar. Pode dizer não sem rejeitar. Pode corrigir sem destruir a autoestima.

Quando a criança grita, joga algo no chão, mente, bate, chora porque perdeu ou se desespera diante de um erro, ela está mostrando que ainda não sabe lidar sozinha com aquilo que sente. O cérebro infantil ainda está em desenvolvimento. A criança precisa do adulto como referência externa de regulação.

Por isso, antes de perguntar *por que você fez isso?*, talvez o adulto precise perguntar: *o que essa criança ainda não consegue organizar dentro dela?*

Uma criança segura não nasce pronta. Ela é construída nas pequenas relações diárias. Na forma como é acordada. Na forma como é corrigida. Na forma como é escutada. Na forma como os adultos reagem quando ela erra. Na forma como os pais lidam com o choro, com a raiva, com o medo, com a curiosidade e com a necessidade de autonomia.

Muitos pais, sem perceber, educam a partir das próprias feridas. Foram crianças criticadas e hoje criticam. Foram silenciados e hoje mandam calar. Foram punidos com dureza e hoje confundem respeito com medo. Foram pouco acolhidos e hoje têm dificuldade de acolher.

Mas a história familiar não precisa se repetir. O adulto pode interromper esse ciclo quando começa a perceber suas próprias reações. Quando entende que o comportamento da criança não é sempre provocação. Muitas vezes, é comunicação.

Se a criança erra, ensine reparação. Se ela chora, ajude a nomear a emoção. Se ela se frustra, mostre que a frustração passa. Se ela agride, contenha com

firmeza e ensine outra forma de expressar raiva. Se ela mente, investigue o medo por trás da mentira. Se ela evita tentar, talvez já tenha aprendido que errar dói demais.

Criar uma criança líder não é criar uma criança mandona. É formar alguém que consiga liderar a si mesma. Uma criança que aprende a esperar, escolher, escutar, reparar, cooperar, persistir e respeitar limites. Isso começa nas experiências mais simples da infância.

Quando os pais dizem *eu entendo que você está bravo, mas não vou deixar você machucar ninguém*, estão ensinando autocontrole.

Quando dizem *você errou, mas pode reparar*, estão ensinando responsabilidade.

Quando dizem *eu estou aqui, vamos tentar de novo*, estão ensinando segurança.

Quando dizem *não é do seu jeito agora*, estão ensinando limite.

Quando dizem *você não precisa ser perfeito para ser amado*, estão ensinando pertencimento.

O futuro da criança não é formado apenas pelas grandes decisões da família. Ele também é formado pelas pequenas repetições do cotidiano. O modo como o adulto responde hoje ao choro, ao erro, à raiva e à frustração pode se tornar a voz interna que essa criança carregará na vida adulta.

Por isso, educar é mais do que corrigir comportamento. É construir cérebro, memória emocional, autoestima e vínculo.

A pergunta não é apenas: *como faço meu filho me obedecer?*

A pergunta mais profunda é: *que tipo de adulto estou ajudando meu filho a se tornar?*



Para pensar

Os pais ajudam a construir o cérebro e o funcionamento da criança

A criança que é tratada com respeito aprende a se respeitar. A criança que é constantemente humilhada pode crescer acreditando que precisa se esconder, agradar ou se defender do mundo. Gladys Arnez

Pai, mãe, cuidador: você já parou para pensar que a forma como uma criança é tratada hoje pode se tornar a voz interna que ela carregará amanhã?

A infância não é apenas uma fase bonita da vida. É um período de construção profunda. O cérebro da criança está em formação, aprendendo com cada gesto, cada palavra, cada olhar, cada limite e cada forma de cuidado. A criança aprende sobre o mundo a partir da maneira como os adultos se relacionam com ela.

Quando uma criança é tratada com respeito, escuta, afeto e limite, ela começa a construir uma imagem mais segura de si mesma. Aprende que tem valor, que pode tentar, que pode errar, que pode reparar e que continua sendo amada mesmo quando algo não sai como esperado.

Mas quando a criança cresce em um ambiente de gritos, humilhações, ameaças, rejeição ou comparação constante, algo diferente pode acontecer. O corpo aprende a viver em alerta. O erro passa a ser vivido como perigo. A crítica

passa a ser sentida como perda de amor. A criança pode começar a acreditar que não é boa o suficiente, que precisa agradar o tempo todo ou que é melhor não tentar para não falhar.

Por isso, os pais não educam apenas comportamentos. Eles participam da construção do cérebro, da autoestima, da memória emocional e do futuro da criança.

Isso não significa que os pais precisam ser perfeitos. Nenhum pai e nenhuma mãe acertam sempre. O ponto central é compreender que a criança precisa ser tratada como sujeito de dignidade. Ela não é um adulto pequeno. Ela ainda está aprendendo a nomear emoções, controlar impulsos, esperar, dividir, lidar com frustrações e compreender consequências.

Quando o adulto grita, a criança pode obedecer por medo. Quando o adulto humilha, a criança pode se calar por vergonha. Quando o adulto ameaça, a criança pode parar naquele momento. Mas isso não significa que ela aprendeu com segurança. Muitas vezes, ela apenas aprendeu a se proteger.

Educar com respeito não é permitir tudo. Criança precisa de limite. Mas limite não precisa ferir. Limite saudável é aquele que orienta, protege e ensina. O adulto pode ser firme sem ser agressivo. Pode dizer não sem rejeitar. Pode corrigir sem diminuir. Pode ensinar responsabilidade sem produzir culpa excessiva.

Quando a criança erra, ela precisa ouvir: *você errou, mas pode reparar.*

Quando a criança chora, ela precisa sentir: *sua emoção importa, mas eu vou te ajudar a atravessar isso.*

Quando a criança sente raiva, ela precisa aprender: *sentir raiva é humano, machucar o outro não é permitido.*

Quando a criança fracassa em uma tentativa, ela precisa compreender: *isso não define quem você é, apenas mostra algo que ainda está sendo aprendido.*

Muitos adultos repetem com seus filhos aquilo que viveram na própria infância. Quem foi criado com dureza pode acreditar que amor precisa ser severo. Quem foi silenciado pode ter dificuldade de escutar. Quem foi humilhado pode confundir respeito com medo. Mas a parentalidade também pode ser um lugar de reconstrução. O adulto pode reconhecer suas marcas e escolher não transmiti-las.

A criança tratada com respeito tende a crescer com mais segurança para pensar, sentir, criar, liderar e se relacionar. A criança constantemente desrespeitada pode crescer carregando insegurança, medo de errar, necessidade de aprovação, dificuldade de confiar em si e sensação de insuficiência.

O futuro não é determinado por um único momento. Uma bronca isolada não destrói uma criança. Mas repetições constantes de violência, desprezo e humilhação deixam marcas. Do mesmo modo, repetições constantes de acolhimento, limite e respeito constroem segurança.

Por isso, antes de perguntar apenas *como faço meu filho obedecer?*, talvez seja necessário perguntar: *que adulto estou ajudando meu filho a se tornar?*

Criar uma criança segura não é criar uma criança perfeita. É formar alguém que saiba reconhecer seus erros, reparar suas atitudes, respeitar o outro, confiar em si e continuar caminhando mesmo depois das frustrações.

Os pais não controlam todo o futuro da criança. Mas influenciam profundamente a base sobre a qual esse futuro será construído.



Para pensar

Como a neurologia compreende a forma como os pais educam?

"A primeira tarefa da educação é agitar a vida, mas deixá-la livre para se desenvolver." Maria Montessori

A neurologia compreende a infância como um período de intensa construção cerebral. O cérebro da criança está em desenvolvimento e responde de maneira profunda às experiências que se repetem no cotidiano. Por isso, a forma como os pais olham, falam, corrigem, acolhem, protegem e colocam limites não atua apenas sobre o comportamento imediato. Atua também sobre a organização emocional, cognitiva e relacional da criança.

Quando uma criança é tratada com respeito, previsibilidade e afeto, seu cérebro recebe sinais de segurança. Essa segurança favorece a aprendizagem, a linguagem, a atenção, a memória, a confiança e a capacidade de lidar com frustrações. O cuidado respeitoso não enfraquece a criança. Ao contrário, oferece a base para que ela desenvolva autonomia, responsabilidade e coragem para enfrentar desafios.

Quando a criança vive em ambiente de medo, gritos, ameaças, humilhações ou rejeição, seu cérebro pode aprender que o mundo é perigoso. Nesses casos, o corpo passa a funcionar em estado de alerta. A criança pode se tornar mais reativa,

ansiosa, agressiva, retraída, insegura ou excessivamente preocupada em agradar. O comportamento que aparece por fora pode ser apenas a parte visível de uma memória emocional construída por dentro.

Isso não significa que uma bronca isolada destrói o cérebro de uma criança. O que marca o desenvolvimento são os padrões repetidos. Quando o desrespeito se torna rotina, a criança pode crescer acreditando que precisa se defender, se esconder, agradar ou evitar errar. Quando o respeito se torna rotina, ela aprende que pode sentir, pensar, tentar, falhar, reparar e continuar.

Educar com respeito não é permitir tudo. A criança precisa de limite, mas o limite não precisa ferir. O adulto pode ser firme sem ser violento. Pode dizer não sem rejeitar. Pode corrigir sem humilhar. Pode ensinar consequência sem destruir a autoestima.

A criança não precisa de pais perfeitos. Precisa de adultos suficientemente conscientes para reconhecer quando erram, reparar quando exageram e não transformar a própria dor de infância em método de educação.

Muitas vezes, os pais repetem com os filhos aquilo que viveram quando eram pequenos. Quem foi calado pode calar. Quem foi humilhado pode humilhar. Quem aprendeu pelo medo pode acreditar que o medo educa. Mas a neurologia mostra que medo não é o melhor caminho para formar segurança. O medo pode produzir obediência imediata, mas também pode gerar insegurança, defesa, ansiedade e dificuldade de confiar em si.

O cérebro infantil precisa de vínculo, presença e limite. Precisa de adultos que ensinem a criança a nomear emoções, reparar erros, controlar impulsos e persistir diante das dificuldades.

Por isso, quando os pais tratam a criança com respeito, não estão apenas sendo gentis. Estão ajudando a construir as bases neurológicas de um adulto mais seguro, responsável, sensível e capaz de liderar a própria vida.



100 perguntas frequentes na consulta com o neurologista infantil

"A primeira consulta não é sobre rotular, mas sobre compreender o universo único de uma criança." — Adaptado de Oliver Sacks

100 perguntas e respostas frequentes dos pais na consulta ao neurologista infantil

1. O que faz o neurologista infantil?

O neurologista infantil, ou neuropediatra, avalia o desenvolvimento do cérebro, dos movimentos, da linguagem, do comportamento, do sono, da atenção e de possíveis crises neurológicas da criança.

2. Quando devo levar meu filho ao neurologista infantil?

Quando há atraso no desenvolvimento, convulsões, alterações de movimento, perda de habilidades, dor de cabeça frequente, dificuldade de fala, suspeita de autismo, alterações de sono ou qualquer sinal neurológico persistente.

3. Toda criança que vai ao neurologista tem uma doença grave?

Não. Muitas consultas são preventivas ou investigativas. O objetivo é compreender o desenvolvimento da criança e orientar a família.

4. O neurologista infantil substitui o pediatra?

Não. O pediatra acompanha a saúde geral da criança. O neurologista infantil atua quando há necessidade de avaliação específica do sistema nervoso e do desenvolvimento.

5. O que acontece na primeira consulta?

O médico conversa com a família, pergunta sobre gestação, parto, desenvolvimento, sono, alimentação, comportamento e histórico familiar. Depois, examina a criança e decide se exames ou terapias são necessários.

6. Preciso levar exames anteriores?

Sim. Exames, relatórios escolares, vídeos de episódios suspeitos, caderneta da criança e relatórios de terapeutas ajudam muito na avaliação.

7. Vídeos feitos pelos pais ajudam?

Sim. Vídeos de crises, movimentos diferentes, comportamento, marcha ou episódios de ausência ajudam o médico a entender o que acontece fora do consultório.

8. O que são marcos do desenvolvimento?

São habilidades que a criança costuma adquirir em determinadas fases, como sorrir, sustentar a cabeça, sentar-se, engatinhar, andar, falar e brincar.

9. Toda criança se desenvolve no mesmo tempo?

Não. Existe variação individual. Porém, atrasos importantes, perda de habilidades ou sinais persistentes devem ser avaliados.

10. O que é atraso do desenvolvimento neuropsicomotor?

É quando a criança demora mais do que o esperado para adquirir habilidades motoras, cognitivas, sociais, comunicativas ou de autonomia.

11. Atraso no desenvolvimento sempre significa autismo?

Não. O atraso pode ocorrer por muitas razões, como prematuridade, deficiência auditiva, alterações motoras, síndromes genéticas, dificuldades ambientais ou outras condições neurológicas.

12. Quando o bebê deve sustentar a cabeça?

Geralmente, o controle da cabeça melhora nos primeiros meses. Se o bebê permanece muito molinho ou não progride, deve ser avaliado.

13. Quando o bebê deve sentar-se?

Muitos bebês se sentam com apoio antes de sentar-se sem apoio. O mais importante é observar a progressão, o tônus, a simetria e a idade corrigida nos prematuros.

14. Quando a criança deve andar?

Muitas crianças andam entre 12 e 18 meses. Se não anda até 18 meses, ou se anda de forma muito assimétrica, é indicado procurar avaliação.

15. Andar na ponta dos pés é normal?

Pode ocorrer em algumas fases, mas se for frequente, persistente, assimétrico ou associado a atraso de linguagem, rigidez ou dificuldade social, precisa ser avaliado.

16. Meu bebê parece muito molinho. Isso preocupa?

Pode indicar hipotonia, que merece avaliação. Nem sempre é grave, mas precisa ser investigada quando persiste ou atrasa marcos motores.

17. Meu bebê parece muito rígido. O que pode ser?

Rigidez persistente pode indicar alteração do tônus muscular. Deve ser avaliada, especialmente se houver prematuridade, assimetria ou atraso motor.

18. Meu filho usa mais um lado do corpo. Isso é normal?

Preferência manual antes de 1 ano pode ser sinal de alerta. O bebê deve usar os dois lados do corpo de forma relativamente equilibrada.

19. Quando devo me preocupar com a fala?

Quando a criança não balbucia, não aponta, não responde ao nome, não tenta se comunicar, não fala palavras na idade esperada ou perde palavras que já usava.

20. Falar tarde sempre é sinal de problema neurológico?

Não. Mas atraso de fala precisa ser avaliado, pois pode estar relacionado à audição, linguagem, desenvolvimento global, TEA ou outros fatores.

21. Meu filho entende tudo, mas não fala. Precisa avaliar?

Sim. A compreensão preservada é um bom sinal, mas a ausência de fala ou pouca comunicação expressiva deve ser acompanhada.

22. O que é regressão no desenvolvimento?

É a perda de habilidades já adquiridas, como palavras, gestos, contato social, marcha ou brincadeiras. Regressão sempre merece avaliação especializada.

23. Meu filho não responde ao nome. Isso é sinal de autismo?

Pode ser um sinal de alerta, mas não confirma diagnóstico. Também é necessário avaliar audição e outros aspectos da comunicação social.

24. Meu bebê não olha muito nos olhos. Devo me preocupar?

Contato visual muito reduzido, especialmente quando associado a pouca interação, ausência de sorriso social ou atraso de comunicação, deve ser avaliado.

25. O que é TEA?

TEA significa Transtorno do Espectro Autista. É uma condição do neurodesenvolvimento que envolve diferenças na comunicação social, nos interesses, no comportamento e na sensibilidade sensorial.

26. O autismo aparece em que idade?

Os sinais podem aparecer no primeiro ano de vida, em outros casos ficam mais evidentes por volta dos 18 a 24 meses ou mais tarde.

27. O autismo tem cura?

O autismo não é uma doença a ser curada. É uma condição do neurodesenvolvimento. O apoio adequado favorece comunicação, autonomia, aprendizagem e qualidade de vida.

28. Vacina causa autismo?

Não. A evidência científica não sustenta relação causal entre vacinas e autismo.

29. Quando fazer rastreio para autismo?

A recomendação pediátrica é rastrear sinais de TEA aos 18 e 24 meses, além de observar o desenvolvimento em todas as consultas. Se houver sinais antes, a família não precisa esperar.

30. O diagnóstico precoce ajuda?

Sim. A identificação precoce permite intervenção mais cedo, orientação familiar e melhor organização dos apoios.

31. Meu filho organiza brinquedos em fila. Isso é autismo?

Isoladamente, não. Mas se houver repetição intensa, pouca brincadeira simbólica, dificuldade de interação e rigidez, é importante avaliar.

32. Meu filho tem seletividade alimentar. Pode ter relação neurológica?

Sim. Pode estar relacionada à sensibilidade sensorial, dificuldades motoras orais, comportamento, ansiedade ou outras condições. Precisa ser avaliada quando é intensa.

33. Sensibilidade a sons, luzes e texturas é importante?

Sim. Diferenças sensoriais podem fazer parte do perfil da criança e interferir no sono, alimentação, comportamento, escola e socialização.

34. Meu filho cobre os ouvidos. O que isso significa?

Pode indicar hipersensibilidade auditiva, medo, desconforto ou dificuldade de processamento sensorial. É necessário observar o contexto e a frequência.

35. O que é intervenção precoce?

É o conjunto de apoios iniciados nos primeiros anos de vida para favorecer o desenvolvimento motor, comunicativo, cognitivo, sensorial e social.

36. Por que intervir cedo é tão importante?

Porque o cérebro infantil apresenta grande plasticidade nos primeiros anos. Isso aumenta as possibilidades de aprendizagem e reorganização.

37. O que é plasticidade cerebral?

É a capacidade do cérebro de formar, fortalecer e reorganizar conexões a partir das experiências, do cuidado e das intervenções.

38. Terapia cedo demais faz mal?

Não, quando é bem indicada e respeita o ritmo da criança. Intervenção precoce não é forçar desempenho, mas oferecer apoio adequado.

39. Quais profissionais podem acompanhar a criança?

Pediatra, neuropediatra, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, psicopedagogo, nutricionista e outros, conforme a necessidade.

40. Meu filho precisa de fonoaudiologia?

Pode precisar quando há atraso de fala, dificuldade de comunicação, problemas de alimentação, engasgos, seletividade alimentar ou alterações de linguagem.

41. Quando a terapia ocupacional é indicada?

Quando há dificuldades sensoriais, motoras finas, alimentação, autonomia, brincadeira, regulação emocional ou participação nas atividades diárias.

42. Quando a fisioterapia é indicada?

Quando há atraso motor, prematuridade, hipotonia, rigidez, assimetria, atraso para se sentar, engatinhar ou andar.

43. O bebê prematuro precisa de neurologista?

Muitos bebês prematuros se beneficiam do acompanhamento neurológico, especialmente quando nasceram muito antes do tempo, tiveram baixo peso ou intercorrências neonatais.

44. O que é idade corrigida?

É a idade calculada descontando o tempo que faltava para o bebê completar aproximadamente 40 semanas de gestação.

45. Por que a idade corrigida é importante?

Porque permite avaliar o desenvolvimento do prematuro de forma mais justa, sem compará-lo diretamente com bebês nascidos no tempo esperado.

46. Até quando se usa idade corrigida?

Em geral, usa-se principalmente nos dois primeiros anos de vida, mas isso pode variar conforme o grau de prematuridade e a orientação médica.

47. Prematuridade sempre causa atraso?

Não. Muitos prematuros se desenvolvem bem. Porém, quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascer, maior a necessidade de acompanhamento.

48. Baixo peso ao nascer é o mesmo que prematuridade?

Não. Prematuridade é nascimento antes de 37 semanas. Baixo peso é nascer com menos de 2.500 gramas, independentemente da idade gestacional.

49. Quais sinais exigem atenção no prematuro?

Dificuldade para mamar, pouco ganho de peso, corpo muito molinho ou rígido, pouca reação a sons, dificuldade visual, assimetria, crises e atraso importante mesmo com idade corrigida.

50. Meu bebê ficou na UTI neonatal. Isso aumenta o risco?

Pode aumentar a necessidade de acompanhamento, especialmente se houve oxigênio prolongado, infecção, sangramento cerebral, convulsões ou grande prematuridade.

51. O que é paralisia cerebral?

É uma condição que afeta movimento e postura por uma alteração no cérebro em desenvolvimento. Pode variar de formas leves a mais complexas.

52. Como suspeitar de paralisia cerebral no bebê?

Sinais possíveis incluem rigidez, hipotonia, atraso motor, assimetria, mãos muito fechadas, dificuldade de controle da cabeça e atraso para rolar ou se sentar.

53. Paralisia cerebral tem tratamento?

Sim. Não se trata de cura simples, mas de acompanhamento contínuo para melhorar movimento, postura, autonomia, comunicação e qualidade de vida.

54. O que são convulsões?

São episódios causados por atividade elétrica anormal no cérebro. Podem envolver movimentos, olhar parado, perda de consciência, rigidez ou outros sinais.

55. Toda convulsão parece tremedeira?

Não. Algumas crises são sutis, com olhar fixo, piscadas, movimentos repetitivos, parada de resposta ou alteração súbita do comportamento.

56. O que fazer durante uma convulsão?

Coloque a criança de lado, afaste objetos perigosos, não coloque nada na boca, observe o tempo e procure atendimento, especialmente se for a primeira crise ou durar mais de cinco minutos.

57. Convulsão com febre é epilepsia?

Nem sempre. A convulsão febril pode ocorrer em algumas crianças pequenas. Mesmo assim, deve ser avaliada, principalmente na primeira vez.

58. O que é epilepsia?

Epilepsia é uma condição em que a pessoa apresenta tendência a crises epiléticas recorrentes. O diagnóstico depende da história clínica e, em alguns casos, de exames.

59. Eletroencefalograma normal descarta epilepsia?

Não necessariamente. O exame pode ser normal entre crises. O diagnóstico depende da avaliação clínica.

60. Eletroencefalograma alterado significa epilepsia?

Nem sempre. O resultado precisa ser interpretado junto com os sintomas e a história da criança.

61. Meu filho fica parado olhando para o nada. Pode ser crise?

Pode ser distração, comportamento comum ou crise de ausência. Se for frequente, breve, repetitivo e houver interrupção da resposta, deve ser avaliado.

62. Dor de cabeça em criança preocupa?

Pode ser comum, mas precisa ser avaliada quando é frequente, forte, acorda a criança, vem com vômitos, alteração visual, febre, fraqueza ou mudança neurológica.

63. Criança pode ter enxaqueca?

Sim. Crianças podem ter enxaqueca, às vezes com dor bilateral, náuseas, vômitos, sensibilidade à luz ou ao som.

64. Quando a dor de cabeça exige urgência?

Quando é súbita e muito intensa, vem com febre, rigidez de nuca, confusão, desmaio, convulsão, fraqueza, vômitos persistentes ou após trauma.

65. Meu filho bateu a cabeça. Quando devo procurar atendimento?

Procure atendimento se houver perda de consciência, vômitos repetidos, sonolência anormal, convulsão, confusão, alteração da marcha ou piora progressiva.

66. O sono influencia o desenvolvimento neurológico?

Sim. O sono participa da memória, aprendizagem, regulação emocional, crescimento e organização cerebral.

67. Meu bebê acorda muitas vezes. Isso é normal?

Nos primeiros meses, despertares são comuns. O bebê ainda está amadurecendo sono, alimentação e regulação corporal.

68. Quando o sono vira sinal de alerta?

Quando há roncos intensos, pausas respiratórias, sonolência excessiva, irritabilidade extrema, atraso no crescimento ou despertares muito desorganizadores.

69. Ronco em criança é normal?

Ronco frequente não deve ser tratado como normal. Pode indicar obstrução respiratória e precisa ser avaliado.

70. Telas prejudicam o desenvolvimento?

O excesso de telas pode reduzir interação, sono, movimento e linguagem. Para bebês e crianças pequenas, a prioridade deve ser interação humana, brincadeira e rotina.

71. Brincar ajuda o cérebro?

Sim. Brincar favorece linguagem, movimento, atenção, imaginação, vínculo, resolução de problemas e regulação emocional.

72. Qual é o melhor estímulo para o bebê?

Presença, fala, olhar, colo, música, leitura, movimento seguro, brincadeira simples e resposta sensível aos sinais do bebê.

73. Estimular demais pode atrapalhar?

Sim. Excesso de luz, som, brinquedos, telas e atividades pode deixar o bebê irritado e desorganizado.

74. O choro do bebê é sempre fome?

Não. Pode ser fome, sono, frio, calor, dor, cólica, necessidade de colo, excesso de estímulo ou dificuldade de autorregulação.

75. Pegar no colo estraga o bebê?

Não. Nos primeiros meses, o colo ajuda o bebê a se regular e sentir segurança.

76. Meu bebê chora muito. Pode ser neurológico?

Na maioria das vezes, há causas comuns, mas choro inconsolável, diferente do habitual ou associado a febre, vômitos, sonolência, rigidez ou crise deve ser avaliado.

77. Temperamento difícil é doença?

Não. Alguns bebês são mais sensíveis e intensos. O importante é observar se há sofrimento persistente ou impacto no desenvolvimento.

78. Meu filho é muito agitado. É TDAH?

Nem sempre. Agitação pode ter várias causas. O TDAH exige avaliação cuidadosa de atenção, impulsividade, hiperatividade, idade e contexto.

79. TDAH pode ser diagnosticado em bebê?

Não se diagnostica TDAH em bebê. Em crianças pequenas, observa-se o desenvolvimento e o comportamento ao longo do tempo.

80. Meu filho não para quieto na escola. Precisa de neurologista?

Pode precisar, especialmente se há prejuízo persistente de atenção, aprendizagem, comportamento, sono ou regulação emocional.

81. Dificuldade escolar pode ser neurológica?

Sim. Pode envolver linguagem, atenção, memória, funções executivas, deficiência intelectual, dislexia, epilepsia, sono ou fatores emocionais.

82. O que é deficiência intelectual?

É uma condição em que há limitações significativas no funcionamento intelectual e nas habilidades adaptativas, iniciadas no período do desenvolvimento.

83. O que são funções executivas?

São habilidades como atenção, planejamento, controle de impulsos, memória de trabalho, organização e flexibilidade mental.

84. O neurologista diagnostica dislexia?

Pode participar da investigação, mas o diagnóstico costuma envolver avaliação multidisciplinar, incluindo neuropsicologia, fonoaudiologia e escola.

85. Exame de imagem mostra autismo?

Não. Não existe exame de imagem que confirme autismo. O diagnóstico é clínico, baseado no desenvolvimento e no comportamento.

86. Ressonância magnética é sempre necessária?

Não. É indicada quando há sinais neurológicos, crises, regressão, alterações motoras, malformações suspeitas ou outras razões clínicas.

87. Tomografia é igual a ressonância?

Não. A tomografia usa radiação e é útil em algumas urgências. A ressonância mostra melhor detalhes do cérebro, mas exige indicação específica.

88. Exames genéticos são sempre necessários?

Não. Podem ser indicados quando há atraso global, autismo associado a outras alterações, deficiência intelectual, epilepsia, malformações ou história familiar.

89. Teste auditivo é importante no atraso de fala?

Sim. Toda criança com atraso de fala deve ter a audição considerada, porque dificuldade auditiva pode comprometer linguagem.

90. Avaliação oftalmológica pode ser necessária?

Sim. Visão interfere no desenvolvimento motor, social e cognitivo. Prematuros e crianças com sinais visuais devem ser acompanhados.

91. Meu filho tem movimentos repetitivos. Isso é preocupante?

Depende. Movimentos repetitivos podem ser benignos, sensoriais, comportamentais ou neurológicos. A frequência, o contexto e a associação com outros sinais orientam a avaliação.

92. Estereotipias são sempre autismo?

Não. Estereotipias podem aparecer em diferentes contextos. Quando associadas a dificuldades sociais, linguagem atípica e rigidez, devem ser investigadas.

93. Tiques são convulsões?

Geralmente não. Tiques são movimentos ou sons rápidos e repetitivos, muitas vezes com certa possibilidade de controle momentâneo. Mas devem ser avaliados se persistentes.

94. Meu filho treme. Pode ser algo grave?

Tremores podem ter várias causas, desde frio e emoção até questões neurológicas. Tremor persistente, assimétrico ou associado a fraqueza precisa de avaliação.

95. O que é hipotonia?

É redução do tônus muscular. A criança pode parecer mais molinha, ter atraso motor ou dificuldade postural.

96. Hipotonia tem tratamento?

Sim, dependendo da causa. Fisioterapia, terapia ocupacional e acompanhamento médico podem melhorar função, postura e desenvolvimento.

97. A escola deve participar do acompanhamento?

Sim. Relatórios escolares ajudam a entender linguagem, interação, aprendizagem, atenção, comportamento e autonomia no ambiente coletivo.

98. O diagnóstico limita a criança?

Não deveria. Um bom diagnóstico serve para orientar apoios, garantir direitos e ampliar possibilidades de desenvolvimento.

99. Os pais podem fazer algo em casa?

Sim. Podem conversar, brincar, ler, cantar, organizar rotina, reduzir telas, observar sinais e seguir orientações da equipe.

100. Qual é a principal mensagem para os pais?

Não comparem a criança de forma apressada, não ignorem sinais persistentes e não tenham medo de procurar ajuda. Avaliação precoce não é rótulo. É cuidado, proteção e oportunidade de desenvolvimento.



Chegamos ao final. Você percorreu, nestas páginas, um trajeto que vai do neurônio ao abraço da biologia molecular das sinapses à experiência vivida de uma família que aprende a se conhecer. É um trajeto que a neurociência tornou possível e que o amor tornará real.

Antes de encerrar, quero nomear algo que perpassou todos os capítulos, mas que talvez não tenha sido dito com todas as letras: criar filhos não é um problema técnico que a ciência pode resolver. É uma prática humana, situada histórica e culturalmente, atravessada por incerteza, por improvisação, por amor e por falha. A neurociência pode iluminar aspectos importantes desta prática. Não pode substituí-la.

Boa jornada.



Uma reflexão na visão de Emily Perl Kingsley, 1987¹

Frequentemente, sou solicitada a descrever a experiência de dar à luz a uma criança com deficiência – Uma tentativa de ajudar pessoas que não têm com quem compartilhar essa experiência única a entendê-la e imaginar como é vivenciá-la

Seria como...

Ter um bebê é como planejar uma fabulosa viagem de férias para a ITÁLIA!

Você compra montes de guias e faz planos maravilhosos!

O Coliseu. O Davi de Michelângelo. As gôndolas em Veneza.

Você pode até aprender algumas frases em italiano. É tudo muito excitante. Após meses de antecipação, finalmente chega o grande dia!

Você arruma suas malas e embarca. Algumas horas depois você aterrissa.

O comissário de bordo chega e diz: – BEM-VINDO À HOLANDA!

– Holanda!?!

¹ KINGSLEY, Emily Perl. *Welcome to Holland*. 1987. Disponível em: <https://www.emilyperlkingley.com/welcome-to-holland>. Acesso em: 24 jun. 2026.

– Diz você.

– O que quer dizer com Holanda!?!?

Eu escolhi a Itália! Eu devia ter chegado à Itália!

Toda a minha vida eu sonhei em conhecer a Itália! Mas houve uma mudança de plano de vôo.

Eles aterrissaram na Holanda e é lá que você deve ficar.

A coisa mais importante é que eles não te levaram a um lugar horrível, desagradável, cheio de pestilência, fome e doença. É apenas um lugar diferente. Logo, você deve sair e comprar novos guias.

Deve aprender uma nova linguagem. E você irá encontrar todo um novo grupo de pessoas que nunca encontrou antes.

É apenas um lugar diferente. É mais baixo e menos ensolarado que a Itália. Mas, após alguns minutos, você pode respirar fundo e olhar ao redor, começar a notar que a Holanda tem moinhos de vento, tulipas e até Rembrants e Van Goghs.

Mas todos que você conhece estão ocupados, indo e vindo da Itália, estão sempre comentando sobre o tempo maravilhoso que passaram lá.

E por toda sua vida você dirá: – Sim, era onde eu deveria estar.

Era tudo o que eu havia planejado! E a dor que isso causa nunca, nunca irá embora. Porque a perda desse sonho é uma perda extremamente significativa.

Porém, se você passar a sua vida toda remoendo o fato de não ter chegado à Itália, nunca estará livre para apreciar as coisas belas e muito especiais sobre a Holanda.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Resolução Normativa nº 469, de 12 de julho de 2021. Altera a Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021, para incluir cobertura obrigatória, sem limite de número de sessões, de consultas e sessões com psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos para o tratamento de transtornos globais do desenvolvimento.** Rio de Janeiro: ANS, 2021.

AINSWORTH, Mary D. Salter et al. **Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation.** Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, 1978.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Media use in school-aged children and adolescents.** *Pediatrics*, Itasca, v. 138, n. 5, e20162592, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

BARKLEY, Russell A. **ADHD and the nature of self-control.** New York: Guilford Press, 1997.

BARKLEY, Russell A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento.** 3. ed. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BARKLEY, Russell A. **Executive functions: what they are, how they work, and why they evolved.** New York: Guilford Press, 2012.

BARKLEY, Russell A. **Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents.** 4. ed. New York: Guilford Press, 2020.

BARON-COHEN, Simon; LESLIE, Alan M.; FRITH, Uta. **Does the autistic child have a *theory of mind*?** *Cognition*, v. 21, n. 1, p. 37-46, 1985.

BOWLBY, John. **Apego: a natureza do vínculo.** Tradução de Álvaro Cabral. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993.

BRASIL. **Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994.** Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual. Brasília, DF: Presidência da República, 1994.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.** Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998.

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.** Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Presidência da República, 2015.

BRASIL. **Lei nº 13.977, de 8 de janeiro de 2020.** Institui a Carteira de Identificação da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2020.

BRASIL. **Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional, altera a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília, DF: Presidência da República, 2022.

BRASIL. **Lei nº 14.626, de 19 de julho de 2023.** Altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, para prever atendimento prioritário a pessoas com transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida e a doadores de sangue. Brasília, DF: Presidência da República, 2023.

BRASIL. **Lei nº 15.131, de 29 de abril de 2025.** Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, para especificar a nutrição adequada e a terapia nutricional a ser aplicada à pessoa com transtorno do espectro autista. Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

BRASIL. **Lei nº 15.256, de 12 de novembro de 2025.** Altera a Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, para incentivar a investigação diagnóstica do transtorno do espectro autista em pessoas adultas e idosas. Brasília, DF: Presidência da República, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: menino.** 11. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre as modalidades, organização e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. **As primeiras relações.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DAMÁSIO, António R. **O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano.** Tradução de Dora Vicente e Georgina Segurado. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DEHAENE, Stanislas. **The number sense: how the mind creates mathematics.** rev. and updated ed. New York: Oxford University Press, 2011.

DEHAENE, Stanislas. **Os neurônios da leitura: como a ciência explica a nossa capacidade de ler.** Tradução de Leonor Scliar-Cabral. Porto Alegre: Penso, 2012.

DIAMOND, Adele. Executive functions. **Annual Review of Psychology**, v. 64, p. 135-168, 2013.

FERBER, Richard. **Solve your child's sleep problems.** rev. and expanded ed. New York: Fireside, 2006.

FOMBONNE, Eric. The epidemiology of autism: a review. **Psychological Medicine**, v. 29, n. 4, p. 769-786, 1999.

FOMBONNE, Eric. Epidemiology of pervasive developmental disorders. **Pediatric Research**, v. 65, n. 6, p. 591-598, 2009.

- FRITH, Uta. **Autism: explaining the enigma**. 2. ed. Malden: Blackwell, 2003.
- HOWLIN, Patricia; GOODE, Susan; HUTTON, Jane; RUTTER, Michael. Adult outcome for children with autism. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, n. 2, p. 212-229, 2004.
- KANDEL, Eric R. et al. **Princípios de neurociências**. 5. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill; Artmed, 2014.
- KINGSLEY, Emily Perl. **Welcome to Holland**. 1987. Disponível em: <https://www.emilyperlkinglesley.com/welcome-to-holland>. Acesso em: 24 jun. 2026.
- LURIA, A. R. **Fundamentos de neuropsicologia**. Tradução de Juarez Aranha Ricardo. São Paulo: EDUSP; Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.
- MATTOS, Paulo; ROHDE, Luis Augusto; POLANCZYK, Guilherme V. O TDAH é subtratado no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 513-516, 2012.
- MERCADANTE, Marcos T.; VAN DER GAAG, Rutger J.; SCHWARTZMAN, José S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, supl. 1, p. S12-S20, 2006.
- MIYAKE, Akira; FRIEDMAN, Naomi P.; EMERSON, Michael J.; WITZKI, Alexander H.; HOWERTER, Amy; WAGER, Tor D. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex frontal lobe tasks: a latent variable analysis. **Cognitive Psychology**, v. 41, n. 1, p. 49-100, 2000.
- OLSHANSKY, Simon. Chronic sorrow: a response to having a mentally defective child. **Social Casework**, v. 43, n. 4, p. 190-193, 1962.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age**. Geneva: WHO, 2019.
- PAULA, Cristiane S.; RIBEIRO, Sabrina H.; FOMBONNE, Eric; MERCADANTE, Marcos T. Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 41, n. 12, p. 1738-1742, 2011.

PORTOLESE, Joana; BORDINI, Daniela; LOWENTHAL, Rosane; ZACHI, Elaine C.; PAULA, Cristiane S. Mapeamento dos serviços que prestam atendimento a pessoas com transtorno do espectro autista no Brasil. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 79-91, 2017.

ROHDE, Luis Augusto; MATTOS, Paulo (org.). **Princípios e práticas em TDAH: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ROSENBAUM, Peter; KING, Susanne; LAW, Mary; KING, Gillian; EVANS, Jan. Family-centred service: a conceptual framework and research review. **Physical & Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-20, 1998.

SCHWARTZMAN, José Salomão; ARAÚJO, Ceres Alves de (org.). **Transtornos do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.

SHONKOFF, Jack P.; PHILLIPS, Deborah A. (org.). **From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Transtorno do espectro do autismo**. Manual de Orientação. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. São Paulo: SBP, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Triagem precoce para autismo: Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up, M-CHAT-R/F**. Manual de Orientação. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. São Paulo: SBP, 2024a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diagnóstico e atendimento pelo Sistema Único de Saúde para crianças com espectro autista**. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. São Paulo: SBP, 2024b.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WINNICOTT, Donald W. **A criança e o seu mundo**. Tradução de Álvaro Cabral. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

SOBRE A AUTORA

Dra. Gladys Arnez

Neurologista Infantil · Especialista em Desenvolvimento Infantil



Dra. Gladys Arnez é neurologista infantil com especialização em desenvolvimento infantil, orientação familiar e saúde neurológica da criança. Ao longo de sua trajetória profissional, dedicou-se não apenas ao diagnóstico e tratamento das condições neurológicas da infância, mas também à educação de pais e cuidadores sobre o desenvolvimento saudável do cérebro infantil.

★ ÁREAS DE ATUAÇÃO

Neurologia do Desenvolvimento Infantil

- Transtorno do Espectro Autista e Neurodesenvolvimento
- Atrasos de Linguagem e Comunicação
- Orientação a Pais e Cuidadores
- Estimulação Precoce e Neuroproteção



Sobre a Autora

Dra. Gladys Arnez é Médica Neurologista Infantil, especialista em doenças do Neurodesenvolvimento, incluindo Transtorno do Espectro Autista (TEA), e em Toxina Botulínica para Tratamentos Neurológicos.

Pioneira na abordagem integrada da Paralisia Cerebral, é fundadora da Clínica Neurocenterkids, um centro de excelência com duas unidades em São Paulo dedicadas ao cuidado integral da criança com condições neurológicas.

Com sólida formação acadêmica e anos de atuação clínica, a Dra. Gladys combina ciência, sensibilidade e experiência para oferecer às famílias um olhar humano e especializado sobre o desenvolvimento infantil.

Neste livro, ela compartilha o que aprendeu ao lado de centenas de famílias: que informação de qualidade, transmitida com afeto, transforma a jornada da parentalidade.

CRM 171094 SP | RQE 78530
Clínica Neurocenterkids