

Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Educação
Superintendência de Gestão Educacional
Departamento de Educação Infantil

SINAIS DE ALERTA

A EDUCAÇÃO E O CUIDADO PERMANENTE DAS CRIANÇAS



Curitiba
2017

Julia de Brito Schneider
4 anos
CEI Contratado Cantinho do Parque
NRE BV

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Rafael Greca de Macedo

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

Maria Sílvia Bacila Winkeler

SUPERINTENDÊNCIA EXECUTIVA

Oséias Santos de Oliveira

COORDENADORIA DE OBRAS E PROJETOS

Flavio Caetano Simonato

DEPARTAMENTO DE LOGÍSTICA

Maria Cristina Brandalize

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, ESTRUTURA E INFORMAÇÕES

Elizabeth Dubas Laskoski

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO EDUCACIONAL

Elisângela Iargas Luzviak Mantagute

DEPARTAMENTO DE ENSINO FUNDAMENTAL

Simone Zampier

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Elidete Zanardini Hofius

DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

João Batista dos Reis

DEPARTAMENTO DE INCLUSÃO E ATENDIMENTO EDUCACIONAL
ESPECIALIZADO

Gislaine Coimbra Budel

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
SINAIS DE ALERTA	11
ÁREA VISUAL	11
ÁREA AUDITIVA	13
ÁREA LINGUÍSTICA	16
Motricidade orofacial	17
Fala	17
Linguagem	18
ÁREA BUCAL	18
Sinais clínicos	20
Sinais comportamentais	21
ÁREA FÍSICO-MOTORA	21
ÁREA COMPORTAMENTAL	24
ÁREA COGNITIVA	27
ESPECIFICIDADES DO PROGRAMA SINAIS DE ALERTA	30
E, A PARTIR DOS SINAIS, COMO ENCAMINHAR?	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXO 1	36

APRESENTAÇÃO

A Educação Infantil, como primeira etapa da Educação Básica, tem o compromisso de educar e cuidar das crianças em sua integralidade. Nesse sentido, é promotora da aprendizagem e do desenvolvimento de cada uma delas, e nos convida a investir em ações de cuidados preventivos que assegurem o direito de todas elas à saúde e ao bem-estar.

O programa **Sinais de Alerta: a educação e o cuidado permanente das crianças**, ao longo de sua existência, foi desenvolvendo proposições na Rede Municipal de Ensino (RME) de Curitiba, com ações focadas em formação continuada em serviço, divulgação de materiais impressos, sensibilização das famílias, bem como em encaminhamentos médicos aos profissionais da saúde, para fortalecer a necessária parceria entre educação e saúde, com vistas ao pleno desenvolvimento das crianças.

Ao considerar os doze anos desde o lançamento do programa Sinais de Alerta, foram realizados diversos estudos, pesquisas e investimentos para os avanços das ciências médicas. Essas contribuições também são relevantes e imprescindíveis ao enriquecimento do programa. Assim, suscitou-se a necessidade de revisitar os materiais que o compõem e de complementá-lo com novas informações. Em 2016, deflagrou-se o processo de reflexão, análise, revisão e qualificação dos Sinais de Alerta, com o envolvimento de profissionais da área da saúde (médicos, psicólogos, fisioterapeutas, psicomotricistas, fonoaudiólogos e odontólogos) e com profissionais dos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), Centros de Educação Infantil Contratados (CEIs) e escolas com Educação Infantil, com representatividade dos dez Núcleos Regionais da Educação (NREs), a fim de atuarem como partícipes em um processo coletivo de reelaboração, que resultou no material aqui apresentado.

Neste documento, são propostas ações preventivas para a saúde das crianças de três meses a cinco anos de idade, no município de Curitiba. Portanto, é primordial a sensibilização dos profissionais que atuam em CMEIs, CEIs Contratados e escolas com Educação Infantil, para que observem atentamente possíveis sinais que possam comprometer o desenvolvimento integral das crianças em seus aspectos físico, afetivo, social, intelectual e linguístico. Assim, os profissionais da Educação Infantil são convidados a ampliar, a fortalecer seus conhecimentos e a se corresponsabilizar em investir, de modo cuidadoso e preventivo, na saúde e no bem-estar das crianças. Isso contribui com os processos de aprendizagem e desenvolvimento delas, como função inerente a esta etapa da educação.

Esperamos partilhar os desafios e as conquistas de educar e cuidar, para zelar pela saúde e pelo bem-estar das crianças do município de Curitiba.

Equipe do Departamento de Educação Infantil

INTRODUÇÃO

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (Leonardo Boff).

Conforme Leonardo Boff (1999, p. 33), o cuidado é algo indissociável ao processo educativo e significa “atender às suas necessidades de proteção, segurança, bem-estar e saúde. Estar atento a seus afetos, emoções, sentimentos, às relações com os outros, com as coisas, com o ambiente” (ROSEMBERG, 1999, p. 23). Nesse sentido, é possível afirmar que o desenvolvimento integral (físico, social, afetivo, intelectual e linguístico) da criança só pode se consolidar por meio da integração de processos de cuidar e educar.

O processo de aprendizagem e desenvolvimento infantil acontecem por meio da atribuição de sentidos pela criança às suas experiências através de diferentes linguagens. As crianças realizam processos de significação e constroem conhecimentos sobre si e o mundo em que vivem, a partir de interações e brincadeiras, expressando modos de sentir e pensar singulares, diferentes daqueles produzidos e expressos pelos adultos. Nesse processo, é necessário estar atento a duas dimensões temporais: o **tempo de existência** desde o seu nascimento, que corresponde à sua idade cronológica, e o **tempo de apropriação e conquistas** em relação aos aspectos físico, social, afetivo, intelectual e linguístico. Ambos estão relacionados às interações que cada sujeito vivencia em diferentes contextos socioculturais.

Assim, o mais importante é considerar os diferentes percursos que cada criança realiza, pois ela é única e se desenvolve conforme seu ritmo e contexto sociocultural. Mesmo que haja diferenças no desenvolvimento e na aprendizagem entre crianças da mesma idade em um mesmo grupo, é preciso conhecer, respeitar e valorizar essa singularidade. Desse modo, quando o profissional reconhece o papel e o valor das diferenças, é possível analisar o que é peculiar em cada uma e investir, de modo preventivo, em fatores que possam interferir em seu desenvolvimento.

Logo, a saúde e o bem-estar das crianças dependem do cuidado cotidiano no contexto familiar e nos espaços dos CMEIs, CEIs Contratados e escolas com Educação Infantil. Atuar na Educação Infantil exige que o profissional reconheça seu papel na promoção da saúde das crianças e se aproprie, também, de conhecimentos das ciências biológicas e humanas. Como diz Maranhão:

(...) ao perceber o processo saúde-doença como um estado dinâmico e determinado socialmente, não se justifica o discurso de que na creche e pré-escola são atendidas apenas crianças saudáveis, pois o limite entre saúde e doença é tênue e relativo, sobretudo em uma fase da vida de maior vulnerabilidade biológica. (MARANHÃO, 2010, p. 2).

Essa compreensão apoia os princípios norteadores do programa Sinais de Alerta ao considerar que toda criança precisa ser acompanhada em seu desenvolvimento global, em seu ritmo próprio, bem como em suas especificidades. Isso propicia que os profissionais da Educação Infantil ampliem a observação atenta à saúde das crianças e intervenham preventivamente em possíveis fatores de risco para o desenvolvimento biopsicossocial da criança.

Bebês e crianças precisam ser acolhidos em suas necessidades e especificidades. Por isso, frente aos possíveis danos à saúde, seja pela condição temporária ou definitiva, é indispensável investir, orientar e acompanhar ações que necessitam de efetivo acompanhamento médico e/ou terapêutico na condição particular da criança, com vistas a um desenvolvimento saudável. Nesse sentido, observar a criança construindo seus saberes por meio de brincadeiras e interações oferece importantes informações sobre como ela se desenvolve.

Portanto, o programa Sinais de Alerta propõe o olhar de prevenção a possíveis problemas de saúde e/ou deficiências da criança que frequenta a Educação Infantil, com foco na parceria entre profissionais, familiares e equipe de saúde, respeitando e considerando as crianças em sua integralidade e como sujeitos de direitos à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida. Dessa forma, quando queremos promover saúde, precisamos buscar o bem-estar global, individual e coletivo da criança.

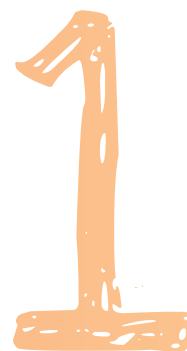
Na observação da criança, devemos considerá-la na sua integralidade, nos contextos e nas relações que participa, porém, atentos às suas especificidades e necessidades individuais. Assim, é importante ressaltar que os aspectos do desenvolvimento da criança acontecem concomitantemente. Entretanto, com finalidade apenas didática, neste texto, a apresentação dos Sinais de Alerta está por áreas: auditiva, visual, linguística, bucal, físico-motora, comportamental e cognitiva.

Os Sinais de Alerta contidos neste material têm caráter informativo e educacional e não podem ser utilizados para diagnóstico ou tratamento, mas devem apontar a necessidade de encaminhamentos para a avaliação médica.



Lavinea Vitória de C. N Nascimento
5 anos
CMEI Uberaba
NRE CJ

SINAIS DE ALERTA



ÁREA VISUAL

A visão é um dos cinco sentidos que nos permite ter uma percepção do mundo e, por meio dele, temos a capacidade de enxergar tudo à nossa volta. Esse sentido é responsável pela maior parte da informação sensorial que recebemos do meio externo. A integridade desse meio de percepção é de extrema importância para o desenvolvimento integral da criança.

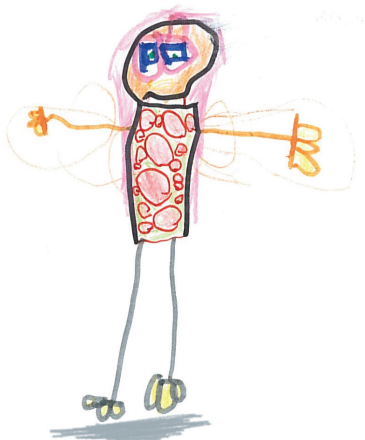
O mundo para os recém-nascidos, nas duas primeiras semanas de vida, limita-se a uma visão embaçada de claro e escuro e de um emaranhado de vultos e sombras. O sistema visual é completo, mas o desenvolvimento sensorial é imaturo até aproximadamente os seis meses.

O bebê enxerga apenas o que estiver muito perto do seu campo de visão, como é o caso do rosto não muito nítido de sua mãe durante a amamentação. Apenas da quarta à sexta semana de vida é que ele começa a fixar o olhar nas pessoas e nos objetos próximos e, com isso, a seguir os movimentos. A partir do segundo mês de vida, a retina do bebê também começa a apresentar um aumento do número de suas células. A distinção das cores e dos contrastes começa a ficar mais fácil para a criança. Com todas as informações novas que o cérebro e o olho aprendem a processar, é possível entender porque as crianças gostam tanto de cores vivas. Brinquedos, roupas e objetos com cores contrastantes estimulam a curiosidade visual do bebê e interferem em todo o seu desenvolvimento.

A total visão do bebê e das crianças pequenas apenas se forma com o tempo, através do desenvolvimento constante do organismo que, no caso da visão, vai ocorrer por volta dos 7 anos de idade ou um pouco mais. É importante que os problemas de visão das crianças sejam avaliados antes disso, pois a saúde ocular assume um papel decisivo no processo educativo.

O papel das famílias e dos(as) profissionais da Educação Infantil é fundamental nesse período da infância, a fim de observar e constatar possíveis alterações que possam comprometer a condição visual.

Atualmente, existe o Teste do Olhinho. Ele é realizado na maternidade para investigar doenças importantes, tais como catarata congênita¹, glaucoma congênito², retinopatia da prematuridade³ e tumores como retinoblastoma⁴.



Beatriz Radigi Fernandes
5 anos
E. M. Arapongas
NRE PN

A prevenção e detecção precoce de deficiências oculares são os melhores recursos para conhecer as alterações visuais. É importante realizar esse processo em crianças entre a idade de zero e cinco anos.

A seguir, são apresentados Sinais de Alerta que apontam aos(as) profissionais como devem estar atentos(as) às condições dos bebês e das crianças no aspecto visual.

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)

- Deixa de acompanhar visualmente objetos e pessoas.
- Não olha para onde você aponta (após os 9 meses).
- Apresenta alterações das pálpebras com ptose (pálpebra caída).
- Inclina lateralmente a cabeça.
- Movimenta os olhos de forma descoordenada.
- Apresenta secreção, lacrimejamento constante e olhos avermelhados.
- Exibe alteração na cor da pupila/íris/globo ocular, verificada inclusive em registros fotográficos.
- Apresenta olhos em diferentes tamanhos.
- Não brinca com as mãos na frente dos olhos.
- Deixa de explorar partes do corpo (ex.: levar o pé à boca).
- Deixa de interagir com as pessoas pelo contato visual.
- Evita luz ou não responde à luz.
- Não chamam sua atenção móveis e outras distrações (brinquedos coloridos).

1 Ocorre por alteração na formação do cristalino (opacificação) e é a principal causa de cegueira na infância.

2 É uma doença rara, hereditária, caracterizada pelo aumento da pressão intraocular em crianças portadoras de má-formação nos olhos.

3 É uma doença do desenvolvimento da vascularização da retina, que, nos bebês que nascem prematuramente, se encontra incompletamente desenvolvida.

4 É um tumor maligno originário de células da retina, e, por ser bastante agressivo, pode provocar cegueira. Pode estar presente já no nascimento ou aparecer até os cinco anos de idade.

Definições disponíveis em <<http://www.visaolaser.com.br/saude-ocular/doencas-oculares>>.

CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Tropeça e/ou esbarra em objetos.
- Franze a testa.
- “Aperta” os olhos constantemente na tentativa de enxergar ou como indício de desconforto.
- Relata frequentemente dor de cabeça.
- Apresenta olhos irritados e/ou avermelhados.
- Lacrimeja constantemente.
- Apresenta secreção nos olhos.
- Aproxima objetos ao campo visual.
- Esfrega constantemente os olhos.
- Não faz contato visual (após os 3 anos).
- Inclina lateralmente a cabeça.
- Apresenta um olho ou os dois olhos voltados para dentro ou para fora.
- Tem aversão, desinteresse ou desatenção às atividades propostas.
- Pisca continuamente os olhos.
- Relata enjoo e/ou tonturas.
- Manifesta agressividade por não conseguir enxergar.

ÁREA AUDITIVA

O desenvolvimento auditivo tem início na vida intrauterina após a 20.^a semana de gestação. É durante essa semana que a orelha interna é desenvolvida. As fontes sonoras recebidas pelo feto, a partir da mãe, são várias: a pulsação rítmica cardíaca; a circulação sanguínea que acontece em volta do útero; os sons produzidos pelo estômago e pelo intestino e as articulações do esqueleto. Porém, o som que mais se sobressai é o da voz humana, que o feto ouve dentro do útero. Esse é o primeiro contato que ele tem com o mundo exterior.

O sistema auditivo continua se desenvolvendo intensamente durante os primeiros meses após o nascimento. Ao nascer, a criança apresenta apenas audição do tipo reflexa; em seguida, a partir das experiências auditivas (sons, conversas e cantigas), inicia-se o processo de aprendizagem e de novas respostas ao som, que passam a ser desenvolvidas com a oportunidade de aprender a detectar e a reconhecer seu mundo sonoro.

Os bebês, geralmente entre um e seis meses, exibem o mesmo padrão fonético/fonológico em seu primeiro estágio (fase pré-linguística): o arrulho e o balbucio. O primeiro estágio refere-se aos sons vocálicos repetitivos, particularmente o som “uuu”; e o segundo diz respeito à produção de sons, ao ensaio da fala, por meio da vocalização repetitiva de combinações consoante/vogal.

A partir do sexto mês, o bebê começa a reconhecer sua própria voz, e as vocalizações começam a adquirir algumas das características essenciais da linguagem propriamente dita, tais como: ritmo, entonação, duração e intensidade. Nessa fase, o bebê movimenta a cabeça para a direção da fonte sonora e pode parar de chorar ao ouvir música.

A partir do nono mês, é capaz de compreender algumas palavras que lhe são mais familiares: papai, mamãe e nenê. Além disso, compreende ordens simples: dá tchau e bate palmas; aponta com o dedo o que quer e, também, expressa a primeira palavra. Bebês de dez meses entendem, em média, 30 palavras e podem entender algumas frases simples.

A partir de um ano, inicia-se a fase linguística com o aparecimento das primeiras palavras funcionais. Nesse período, usa duas ou três palavras adequadamente; gira a cabeça em direção à fonte sonora e consegue dizer o que quer; balança-se no ritmo da música; segue orientações simples; faz hipergeneralização (por exemplo, usa a mesma palavra para designar vários animais: gato para cachorro, cavalo, etc.); repete palavras e compreende o significado de alguns verbos, por exemplo: quero, pegar, dar.

As crianças pequenas frequentemente combinam uma única palavra com um gesto para criar um “significado de uma frase” (holofrase)⁵, por exemplo: “aga” – aponta para o galão de água, significando: “eu quero tomar água”.

Dos dois aos três anos, ocorre um importante aumento do vocabulário, com cerca de 200 a 400 palavras. A criança começa a se expressar a partir de frases com 3 a 4 palavras. Por exemplo: “qué comer não”, ou “brincá bola vamu?” Além disso, já consegue contar pequenas histórias com a ajuda de um adulto, bem como representar suas atividades diárias em brincadeiras com bonecos e de “casinha”.

No período de três a quatro anos, o vocabulário está ainda maior, com até 600 palavras. Assim, já é possível observar o uso de preposições e advérbios (por exemplo: em cima, com e atrás); plural e palavras que expressam sentimentos. Além disso, a criança consegue produzir frases longas (até 6 palavras) no presente, passado e futuro e mantém um diálogo sem dificuldades, com histórias mais detalhadas. Apesar de ter ainda algumas trocas de letras, sua fala é facilmente compreendida.

Dos quatro aos cinco anos, já conta histórias sem a ajuda de um adulto ou de figuras. Usa com facilidade frases maiores, com adequada noção de tempo e condições (“eu só vou brincar **se** for de carrinho”). A flexão verbal ainda está sendo desenvolvida, mas é facilmente compreendida.

Para fins didáticos, o desenvolvimento da linguagem foi apresentado acima de maneira segmentada. Vale ressaltar que o desenvolvimento da criança acontece, na

⁵ Transmite mais significado do que a palavra sozinha, ocorre antes de as crianças usarem duas palavras juntas em sua fala.



João Pedro F. C. Quintiliano
5 anos
CMEI Novo Horizonte
NRE BN

sua integralidade, simultaneamente, e que a aquisição linguística possui relação direta com a audição. O processo de detecção de alterações auditivas começa com a triagem auditiva neonatal (Teste da Orelhinha), mas, nos meses subsequentes, é importante observar a audição do bebê. Alguns fatores podem levar à perda auditiva, tais como:

- otite (inflamação ou infecção no ouvido médio);
- perfuração de tímpano;
- presença de excesso na produção de cera (cerume).

Quando o bebê/a criança apresenta provável perda auditiva é possível observar os seguintes sinais:

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)

- Não pisca os olhos em reação a sons mais altos (até os 3 meses).
- Não reage a vozes familiares (até os 3 meses).
- Não se movimenta ao ouvir estímulos sonoros (até os 3 meses).
- Não acorda ou não se assusta com barulho/brinquedos sonoros, choro, sons ambientais, batida de palmas, entre outros (até os 6 meses).
- Não busca a fonte sonora (a partir do 3.º mês).
- Fixa o olhar na boca de quem está falando (a partir do 1.º ano).
- Não emite nenhum som.
- Diminui ou cessa o balbucio (após os 6 meses).
- Emite sons com a garganta, choringa, realiza gritinhos e risadinhas (até os 12 meses), sem avanços na linguagem.
- Apresenta secreção saindo do ouvido.
- Parece alheio ao que acontece ao seu redor.
- Apresenta ausência da fala/palavra articulada (após 1 ano e meio).
- Leva a mão ao ouvido com frequência.
- Há presença de balbucios (após 1 ano).
- Mostra-se incomodado com som alto (hipersensibilidade auditiva), manifestando irritabilidade, choro ou leva as mãos aos ouvidos.
- Fala menos de três palavras (com 1 ano e meio).

CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Não responde ao ser chamada.
- Leva a mão ao ouvido com frequência.
- Não localiza a fonte sonora em qualquer direção.
- Fala muito alto.
- Responde sempre com “o quê”?, “hã”?, como se não entendesse o que lhe foi falado.
- Apresenta secreção saindo do ouvido ou rolha de cera.
- Mostra-se incomodada com som alto (hipersensibilidade auditiva), manifestando irritabilidade, choro ou leva as mãos aos ouvidos.



Milena Pelegrino
5 anos
CMEI Cora Coralina
NRE CJ

- Fixa o olhar na boca de quem está falando.
- Projeta o corpo em direção à fonte sonora.
- Parece alheia ao que acontece ao seu redor.
- Distrai-se com facilidade.
- Fala menos de 25 palavras, com dois anos.
- Fala pouco ou nenhuma frase de duas palavras, com dois anos.
- Não acompanha conversas em grupo.
- Ouve música/televisão em volume muito alto.
- Coloca a orelha no chão ou na parede procurando vibração de sons.
- Prefere comunicar-se utilizando gestos e/ou sinais.

ÁREA LINGUÍSTICA

Linguagem é o sistema pelo qual o homem comunica suas ideias e sentimentos, podendo ser linguagem verbal (fala e escrita) e não verbal (imagens, desenhos, símbolos, músicas, gestos e tom de voz). É uma característica essencialmente humana e se liga ao pensamento de forma tão indissociável que o representa. Permite ao homem viver uma vida social, estabelecer relações e nela se constituir enquanto humano.

A linguagem resulta de uma inter-relação com o meio desde o nascimento. A criança, inserida em um contexto social, entra em contato com um intenso fluxo de sons, de gestos, de vozes diferentes, símbolos e conversas, e os transforma em conceitos concretos. À medida em que se desenvolve, adquire mais conceitos e estes tornam-se cada vez mais abstratos e são representados por palavras. As palavras estruturam o pensamento, esclarecem os conceitos, torna-os compreensíveis e constituem as ideias.

A fala é o processo mecânico da comunicação verbal constituído pela combinação da voz, da articulação, do ritmo, da entonação e da intensidade. Portanto, socialmente a fala é considerada a combinação de símbolos e ações verbais referentes a objetos e experiências de vida do ser humano.

Os sinais de alerta, na área linguística, estão organizados de acordo com os processos que a permeiam: motricidade orofacial (mobilidade da língua, lábios, bochechas e face), fala e linguagem.



João Pedro F. C. Quintiliano
5 anos
CMEI Novo Horizonte
NRE BN

MOTRICIDADE OROFACIAL

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)

- Apresenta dificuldade na sucção.
- Engasga-se com frequência.
- Respira pela boca.
- Apresenta posição da língua para fora.
- Não sorri, ou sorri menos, ao ser estimulado.
- Tem expressão facial reduzida.



Yasmin Barreto dos Reis
5 anos
CMEI São José Operário
NRE BQ

CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Range os dentes.
- Rejeita determinadas texturas de alimentos.
- Fica com a boca aberta.
- Possui poucas expressões faciais.
- Baba constantemente.
- Apresenta permanência de hábitos deletérios – chupeta, mamadeira, chupar dedo(s) e roer as unhas (após os 3 anos).

FALA

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)

- Apresenta pouco balbucio ou ausência deste ou de lalação (silabação = repetição de sílabas).
- Possui um vocabulário com poucas ou nenhuma palavra (após os 18 meses).
- Não responde ao ser chamado pelo nome (após os 12 meses).

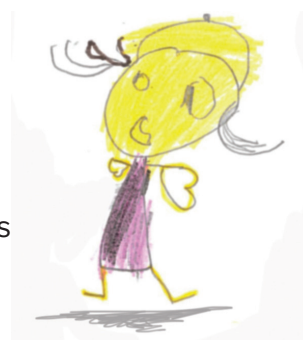
CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Aponta para o que deseja, sem falar.
- Emite somente sílabas iniciais ou finais.
- Faz ecolalia (repetição de sons ou palavras ouvidas).
- Fala de modo incompreensível ou imaturo.
- Faz trocas ou omissões fonêmicas (após os 4 anos).
- Apresenta voz rouca fora de quadro gripal.
- Evita falar.

LINGUAGEM

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)/CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Solicita pouco ou nada do outro para não se comunicar.
- Diminui o interesse social e a demanda para as necessidades básicas, como fome, dor, entre outras.
- Apresenta baixa compreensão de frases simples.
- Apresenta poucos gestos ou ausência deles (após os 2 anos).
- Não tem, de memória, trechos ou letra de uma música/cantiga (após os 3 anos).
- Tem vocabulário reduzido (após os 3 anos).
- Não narra fatos (após os 4 anos).
- Constrói frases de modo atípico, sem pronomes, preposições e verbos conjugados. Por exemplo: Joana querer água (após os 4 anos).
- Apresenta gagueira (após os 4 anos).



Yasmin Barreto dos Reis
5 anos
CMEI São José Operário
NRE BQ

ÁREA BUCAL

Para a observação de sinais que indiquem risco para o desenvolvimento de doenças bucais e dentais, em bebês e crianças, é importante conhecer referências quanto ao desenvolvimento da normalidade biológica e das práticas alimentares e de higiene.

A erupção dentária segue uma ordem cronológica. Ao nascer, o bebê não apresenta dentes na cavidade bucal. Há uma grande variação no momento de erupção do primeiro dente decíduo (dente de leite), mas, para a maioria das crianças, o primeiro dente irrompe no segundo semestre de vida. Entre dois anos e seis meses e três anos de idade, todos os 20 dentes decíduos já devem estar na cavidade bucal. Próximo aos seis anos de idade, esses dentes começam a ser substituídos pelos permanentes.

Em bebês que não apresentam erupção dentária, a indicação para a higienização é o uso de dedeiras, panos ou fraldas umedecidas. Tão logo apareçam os primeiros dentes, a higienização deve ser iniciada com escova de cerdas macias e de cabeça pequena, como também é mais eficiente introduzir o uso de dentifrício (creme dental) com flúor, desde a primeira escovação. Nesses primeiros anos, uma quantidade muito pequena de dentifrício deve ser dispensada na escova (mais ou menos metade de um grão de arroz). O horário mais importante para realizar a escovação dental é antes da criança dormir.



Kamila Antunes Klimiont
5 anos
CMEI Irmã Dorothy Mae Stang
NRE BV

Crianças pequenas precisam do auxílio dos adultos para a higiene dental e para colocar a quantidade correta de dentifrício na escova. Além disso, desde pequenas, devem ser orientadas para cuspi-lo.

De modo geral, os dentes decíduos são espaçados entre si até os três anos de idade, mas o uso do fio dental é indicado sempre que os dentes estiverem se tocando.

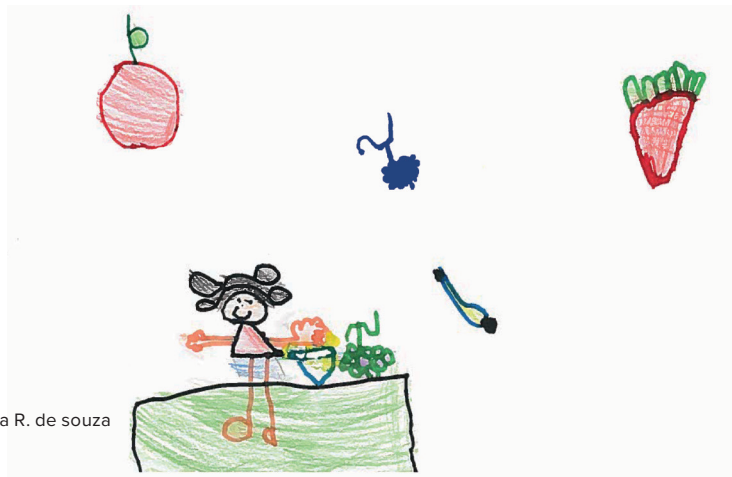
A saúde bucal também é intimamente influenciada pelas práticas alimentares. Nos primeiros dois anos de vida, o ideal é manter o aleitamento materno, devendo ser exclusivo até o 6.º mês de vida, pois estimula o desenvolvimento facial mais harmônico. Ele diminui a possibilidade de hábitos de sucção não nutritivos (como uso da chupeta ou sucção de dedos) e inibe o uso da mamadeira. Além disso, o uso da mamadeira diminui a presença do selamento labial, leva ao posicionamento indesejado da língua e dificulta a respiração nasal, aumentando a possibilidade de alterações oclusais⁶ futuras.

As práticas alimentares também estão muito associadas à cárie dentária. Em crianças, essa doença pode levar rapidamente à destruição dos dentes, principalmente quando o consumo de alimentos cariogênicos (qualquer alimento que contenha açúcares e/ou farinhas) ocorre através da mamadeira e durante o sono. O consumo de alimentos durante o sono é preocupante porque os mecanismos de autolimpeza bucal, como o fluxo salivar e a limpeza muscular ativa, estão diminuídos, propiciando uma permanência bucal incomum do alimento. Ou seja, a permanência do alimento na boca por longos períodos de sono provoca uma grande produção de ácidos que atacam os dentes, dando início ao processo de cárie.

O incentivo para o consumo de alimentos saudáveis apresenta grande impacto no padrão de saúde bucal. Alimentos com açúcar devem ser evitados nos dois primeiros anos de vida, e alimentos industrializados devem ser consumidos com moderação.

⁶ Diz-se da superfície dos dentes que se encontra com a maxila oposta, quando se fecham os maxilares.

Maria Eduarda R. de souza
E. M. Maringá
NRE PN



Na primeira infância, os traumas bucais são relativamente comuns. As crianças, ao correr ou brincar, podem cair e bater a boca. Outra situação possível são os casos de violência contra a criança, com lesões faciais ou bucais. Sempre que acontecer, o dentista deve ser consultado com a maior brevidade possível.

A visita regular ao dentista pode colaborar muito com a manutenção da saúde bucal da criança. O tempo de intervalo é determinado pelo profissional assistente. As famílias devem observar frequentemente a boca de seu(s) filho(s) e, em caso de dúvida, buscar atendimento odontológico.

Por fim, devemos considerar que as ações preventivas que visam à manutenção da saúde bucal na infância são relativamente simples, no entanto, envolvem a modificação de aspectos culturais profundamente consolidados. A Educação Infantil pode colaborar com o processo de construção de uma postura associada à saúde bucal na infância, que provavelmente permanecerá durante toda a vida. Para acompanhar a saúde bucal das crianças, apresentamos os Sinais de Alerta.

SINAIS CLÍNICOS

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)/CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Apresenta alteração na erupção dentária (saída de dentro do alvéolo e seu curso através da mucosa da gengiva).
- Há alteração na cor dos dentes (branco opaco, cor com escurecimento) e/ou manchas.
- Há perda de estrutura dental (cárie dentária ou traumatismo dental).
- Apresenta lesões de lábio ou face (hematomas, cortes e feridas).
- Exibe inchaço de lábios ou bochecha.
- Há ausência de selamento labial (vedamento labial).
- Verificam-se dentes projetados para frente (devido ao uso de chupeta, dedo ou respiração bucal).

- Tem dificuldade de pronunciar alguns fonemas por falta de dentes.
- Range os dentes.
- Há sangramento de gengiva.

SINAIS COMPORTAMENTAIS

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)/CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Recusa-se a escovar os dentes.
- Ingere quantidades grandes de creme dental (dentifrício).
- Utiliza chupeta ou faz sucção de dedo.
- Chora e leva a mão ao rosto (dor espontânea).
- Para de comer bruscamente e leva a mão ao rosto.
- Não sorri ou esconde o sorriso.

ÁREA FÍSICO-MOTORA

A criança atua no mundo por meio de seus sistemas neurosensoriais (visão, audição, olfato, gustação e tato) e de suas múltiplas linguagens. Uma dessas linguagens é o movimento. Logo, ela necessita das mais variadas experiências motoras para que, em seu processo de crescimento⁷ e desenvolvimento⁸, gradativamente, os gestos se tornem cada vez mais expressivos, exatos e eficazes.

O desenvolvimento neuropsicomotor acontece em um processo conjunto de diferentes aspectos (motor, intelectual, emocional e expressivo), que se inicia no nascimento e se completa maturacionalmente ao longo da vida.

O movimento é um dos primeiros facilitadores do desenvolvimento e é um elemento primordial para o crescimento e desenvolvimento da criança. A partir dos movimentos do seu corpo, o bebê e a criança aprendem a se deslocar, se locomover, manipular e explorar objetos, se relacionar com o meio e com as pessoas, o que lhe proporciona variadas experiências motoras, cognitivas, emocionais e sociais.

Os primeiros anos de vida da criança, sobretudo no período de zero a cinco anos, são cruciais para que, por meio de diferentes experiências na exploração dos ambientes em que vive, o bebê ou a criança construa bases maturacionais e cresça. Isso permite seu pleno desenvolvimento físico-motor, socioemocional e sua independência com autonomia.

⁷ Crescimento é um aumento quantitativo em tamanho ou magnitude. Este período começa com a concepção e termina no final da adolescência ou no início da segunda década da vida.

⁸ Desenvolvimento é um processo contínuo de mudanças na capacidade funcional. As mudanças ocorrem como resultado de interações dentro do indivíduo e de interações entre indivíduo e ambiente.

Rennan Willian Deon M. Lima
5 anos
CMEI São José Operário
NRE BQ



É nas relações afetivas, através do diálogo estabelecido com os indivíduos, que as vivências e as comunicações se estabelecem, por intermédio dos movimentos, das trocas de olhares e de significâncias, de ações espontâneas no solo, no arrastar pelo chão, no rolar, no rastejar e no locomover-se engatinhando, até atingir a capacidade de andar e correr, para explorar o mundo no seu entorno. Assim, a criança descobre seu corpo e seus movimentos, e, com isso, desenvolve sua identidade e autonomia.

Como as conquistas motoras dependem de oportunidades, a família e os(as) profissionais são os(as) grandes referenciais de cultura corporal, como sujeitos que dominam diferentes comportamentos motores e que, ao partilharem e incentivarem vivências em diferentes situações, podem ainda estar atentos para investigar e observar possíveis Sinais de Alerta que indiquem desajustes/disfunções no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê e da criança.

Com relação às questões físico-motoras, é importante ficar atento aos Sinais de Alerta elencados a seguir.

BEBÊ (03 MESES A 2 ANOS)

- Não sustenta a cabeça, nem de braços nem no colo (após os 3 meses).
- Não levanta a cabeça quando deitada de barriga para baixo (após os 3 meses).
- Não direciona o olhar a pessoas e a objetos, devido ao não controle de cabeça (após os 3 meses).
- Não empurra as pernas quando em superfície firme (após os 4 meses).
- Não abre as mãos voluntariamente (após os 4 meses).
- Não segura e nem aponta para objetos, por exemplo: chocalho.
- Parece muito rígido, com os músculos tensos (após os 6 meses).
- Parece muito flácido – muito molinho (após os 6 meses).
- Não leva as mãos e os objetos à boca (após os 7 meses).
- Não rola e nem senta com apoio (aos 7 meses).

- Não “pivoteia” (girar) quando sentada (após os 8 meses).
- Não brinca de jogar objetos para que retornem às suas mãos (9 meses).
- Não bate palminhas, nem estende os bracinhos para pedir colo (após os 9 meses).
- Não se arrasta (aos 10 meses).
- Não transfere brinquedos de uma mão para outra (após os 10 meses).
- Não engatinha (aos 11 meses).
- Não se desloca com curiosidade no espaço (após os 15 meses).
- Não anda (após os 18 meses).

CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Tem dificuldade em pegar objetos, por exemplo: não abre potes de rosquear, não veste o braço na manga de seu casaco (após os 2 anos).
- Não imita gestos em músicas (após os 2 anos).
- Apresenta dificuldade de locomoção, tropeça e cai com facilidade (após os 2 anos e meio).
- Não brinca de encaixar, nem de rosquear ou de empilhar (após os 2 anos e meio).
- Não consegue controlar os movimentos do corpo, esbarra em muitos obstáculos e derruba objetos com frequência (após os 3 anos).
- Não salta e nem corre (após os 3 anos).
- Tem dificuldades em subir degraus (após os 3 anos).
- Não consegue controlar os movimentos, por exemplo: derruba objetos, não agarra (após os 3 anos).
- Não abre o trinco de porta ou as torneiras (após os 3 anos).
- Anda na ponta dos pés (1 ou 2 pés).
- Anda se apoiando.
- Senta na posição de W.
- Apresenta pernas arqueadas.



Júlia Isabella Lemos
CMEI Dona Bertha
5 anos
NRE TQ

ÁREA COMPORTAMENTAL

Os bebês, desde cedo, apresentam personalidade, mesmo que ainda em formação. Assim, identificamos suas preferências e aprendemos a vê-los como indivíduos, em sua singularidade, trazendo em si aquilo que diferencia um sujeito de outro.

Logo após seu nascimento, o bebê reflete, por meio do corpo, suas experiências psíquicas, que podem expressar bem-estar quando o desenvolvimento se dá de maneira harmoniosa, ou algum sofrimento psíquico quando algo não vai bem. Ao se observar como acontece a alimentação, o sono, a vocalização, o olhar, o brincar e a postura do bebê, é possível traçar um panorama de como ele está se desenvolvendo social e emocionalmente. É importante avaliar cada comportamento em seu contexto, buscando variáveis que o influenciam e o mantêm.

As condutas da criança devem demonstrar sua adequação ao meio em que vivem. No entanto, podem surgir vários comportamentos que se mostram inadequados, levando a criança a se mostrar dissonante em seus relacionamentos. As causas desses desvios podem ser genéticas, congênitas, ou adquiridas no parto ou no decorrer da infância, inclusive por ocasião de violência ou abuso.

Outra questão importante a ser observada são os comportamentos que expressam o desenvolvimento sexual da criança. Desde cedo, a criança tem interesse e curiosidade sobre a diferença sexual e, também, aprende que existem zonas em seu corpo que são agradáveis ao toque e provocam sensações prazerosas. É normal a criança ter curiosidade sobre a sua região genital e a de outras crianças, principalmente se for de outro sexo, assim como é normal e frequente a criança se utilizar da masturbação⁹.

A seguir, são apresentados os Sinais de Alerta que podem ocorrer desde o nascimento até os cinco anos de idade, mas se manifestam sobretudo dos dois aos cinco anos.

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)/CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Chora compulsivamente em diferentes momentos e é difícil consolá-lo(a).
- Tem dificuldade para dormir e o sono é agitado.
- Acorda apavorado(a), chorando e gritando durante o sono.
- Não demonstra relações de afetividade com os(as) professores(as), ou com a figura materna e/ou paterna.
- Não sorri para as pessoas (após os 4 meses).
- Não reconhece pessoas familiares (após os 9 meses).
- Não estranha pessoas diferentes (após os 9 meses).
- Não reconhece sua imagem no espelho (após o 1.º ano).
- Não imita os outros (após o 1.º ano e meio).



João Pedro F. C. Quintiliano
5 anos
CMEI Novo Horizonte
NRE BN

⁹ Cabe esclarecer que nem todas as crianças apresentam ato masturbatório.

- Nega brincar com outras crianças e/ou as ignora.
- Não responde a pessoas que não sejam da família.
- Não responde a familiares.
- Mostra apatia, não reagindo a estímulos do meio.
- Conta sempre a mesma história repetidamente.
- É extremamente emotivo(a), chorando por qualquer coisa.
- Há ausência de comunicação não verbal (esquiva-se de contato visual e expressão facial).
- Apresenta comportamento introvertido, mantendo-se isolado(a), sem comunicação e sem amigos.
- Não ergue o(s) braço(s) para o adulto pegá-lo(a) no colo.
- Não responde quando chamado(a).
- Não demonstra afeto e é indiferente à dor.
- Demonstra comportamentos extremos, como medo, agressividade, tristeza ou timidez.
- Repulsa brinquedos.
- Apenas manipula automaticamente os brinquedos, ou os atira ao chão.
- Fixa atenção demasiadamente em uma atividade.
- Apresenta passividade ou falta de interesse em atividades prazerosas.
- Demonstra pouca imaginação (não sabe inventar história e, nas brincadeiras, não constrói personagens e não sabe brincar de faz de conta).
- Demonstra muita imaginação (devaneios ou identifica-se muito com personagens de desenhos ou super-heróis).
- Apresenta ideias fixas (interesse focado em um tema, ou repete sempre as mesmas coisas).
- Repete apenas as falas dos personagens infantis.
- Apresenta, sem controle, movimentos repetitivos e estereotipados (bater palmas, estalar dedos e balançar o corpo).
- É inseguro(a), ficando sempre próximo a alguém.
- Demonstra dificuldades e falta de interesse em se comunicar (não vê o outro, vive em um mundo particular).
- Há falhas ou ausência de linguagem verbal.
- Sua linguagem é idiossincrática (só dele, fala coisas que ninguém entende).
- Demonstra interesse focado e restrito, não tolerando se afastar de algum objeto, ou que o retirem (por exemplo: apego a um pano, a um brinquedo, a um objeto).
- Mostra revolta diante de pequenas mudanças do ambiente (objetos colocados em outro lugar) ou de mudanças na rotina.
- Apresenta rotinas irracionais (por exemplo: pisar sempre nas mesmas pedras, lavar as mãos constantemente).
- Não apresenta gestos, como “não, não” ou “tchau, tchau”.
- Seu olhar é vago ou perdido.



João Pedro F. C. Quintiliano
5 anos
CMEI Novo Horizonte
NRE BN

- Grita continuamente ou de forma estereotipada (não há mudança na entonação vocal).
- Não balbucia ou chama pelo adulto.
- Tem dificuldade em aceitar novos alimentos ou faz seleção alimentar.
- Tem dificuldade na transição de alimentos pastosos para sólidos.
- Apresenta dificuldade para deixar as fraldas (após os 3 anos).
- Não sabe a diferença sexual entre meninos e meninas (após os 3 anos).
- Intimida e provoca colegas.
- Infringe danos físicos, mostra crueldade com animais e colegas.
- Provoca danos materiais, depredação, pirotecnia¹⁰.
- Não obedece a regras.
- Desafia os outros, recusa-se a acatar ordens.
- Recusa-se à aproximação/ao toque de adultos ou afasta-se corporalmente.
- Mostra-se muito susceptível quando recebe correções.
- Apresenta-se rancoroso(a) e enraivecido(a).
- Perde facilmente a paciência e demonstra baixa tolerância à frustração.
- Movimenta-se continuamente, mesmo sentado(a).
- Apresenta limitações em manter atenção a diferentes propostas da rotina por mais de 05 minutos.
- Executa as tarefas de modo rápido e estabonado.
- É temperamental e impulsivo(a), não aceitando limites.
- Mostra-se birrento(a) e insistente quando quer alguma coisa (bate os pés, se joga no chão, bate a cabeça).
- Manipula exageradamente os órgãos genitais em qualquer lugar e com muita frequência.
- Deixa de brincar para ficar se manipulando.
- Coloca ou é incentivado(a) a colocar a boca ou o dedo na região genital e/ou anal de outra criança.
- Manipula ou imita atividades sexuais com outras crianças e/ou brinquedos.
- Não permite que o(a) professor(a) realize a troca de fraldas ou de roupas.
- Recusa-se a ir ao banheiro.
- Há presença de sangue na urina, fezes, nas fraldas ou em roupas íntimas.
- Apresenta hematomas ou assaduras suspeitas nos genitais, ou na parte interna das coxas.

João Pedro F. C. Quintiliano
5 anos
CMEI Novo Horizonte
NRE BN



¹⁰ Arte ou técnica de usar fogo ou explosivos.

ÁREA COGNITIVA

A criança, desde bem pequena, é concebida como um ser de desejos e interesses próprios. Ela é potente, capaz, ativa, curiosa e pensante. A todo momento interage, estabelece relações com pessoas e objetos e produz cultura no meio em que vive. Essa interação com o ambiente faz com que construa estruturas mentais e adquira maneiras de fazê-las funcionar.

O eixo central, portanto, é a interação entre o organismo e o meio, que acontece através de dois processos simultâneos: a organização interna e a adaptação ao meio, funções exercidas pelo organismo ao longo da vida.

Os bebês nascem com a capacidade de aprender, lembrar, adquirir e usar a linguagem, entre outras capacidades. Utilizam sua crescente capacidade sensorial e cognitiva para planejar suas ações e se relacionar com o mundo. Desenvolvem características próprias, apresentam necessidades e possibilidades ilimitadas. A cada momento, ampliam-se possibilidades de vivências, buscas, experiências e descobertas, o que favorece o desenvolvimento cognitivo infantil, que implica, antes de tudo, falar sobre **cognição**. Portanto,

O conhecimento é significativo por definição. É o produto significativo de um processo psicológico cognitivo (“saber”) que envolve a interação entre ideias “logicamente” significativas (culturalmente), ideias anteriores (“ancoradas”) relevantes da estrutura cognitiva particular do aprendiz (ou estrutura dos conhecimentos deste) e o “mecanismo” mental para aprender de forma significativa ou para adquirir e reter conhecimentos. (AUSUBEL, 2003, p. 4).

O conceito de cognição nos remete aos processos cognitivos que são desenvolvidos desde o nascimento. O desenvolvimento está diretamente relacionado à aprendizagem, ou seja, um não ocorre sem o outro.

A aprendizagem é entendida como um processo construído internamente, uma reorganização cognitiva que resulta das vivências e experiências dos sujeitos, em interação com o outro. Logo, as crianças estão em constante processo de conhecimento sobre o mundo ao longo da vida.

Portanto, a aprendizagem é uma mudança de comportamento, assimilações e informações em que o sentido de aprender é dispor de estratégias para favorecer a integração dos aspectos afetivo, físico, emocional, social e intelectual do aprendiz, que ocasionam uma motivação interna e constroem o conhecimento a todo o momento.

No entanto, em contextos educativos, pode-se perceber que algumas crianças revelam lacunas em sua aprendizagem e na construção de seu conhecimento, as quais comprometem seu desenvolvimento cognitivo.

A seguir, alguns Sinais de Alerta para os(as) profissionais e familiares observarem se a(s) criança(s) apresenta(m) indicativos de comprometimento cognitivo:



Stella Beatriz Telman

5 anos

CEI Contratado Divina Misericórdia Sabará

NRE CIC

BEBÊ (03 MESES A 02 ANOS)

- Não discrimina pessoas estranhas (a partir de 6 meses).
- Não balbucia ah! – oh! – uh! (a partir de 6 meses).
- Não diz “m-m-mã” (a partir de 6 meses).
- Não se volta ao som de um barulho (a partir de 6 meses).
- Não grita (a partir de 6 meses).
- Não se esforça para pegar um brinquedo (a partir de 6 meses).
- Não responde pelo nome (a partir de 12 meses).
- Não fala “papa” e “mama” especificamente (a partir de 12 meses).
- Não vocaliza sílabas (a partir de 12 meses).
- Não combina sílabas (a partir de 12 meses).
- Não imita sons (a partir de 12 meses).
- Não bate palminhas (a partir de 12 meses).
- Não se alimenta sozinho (a partir de 12 meses).
- Não entrega um brinquedo na mão do(a) professor(a) (a partir de 12 meses).
- Não emite no mínimo 3 palavras isoladas, além de “papa” e “mama” (a partir de 18 meses).
- Não dá tchau (a partir de 18 meses).
- Não imita o(a) professor(a) em suas atividades (a partir de 18 meses).
- Não rabisca (a partir de 18 meses).
- Não coloca objetos um dentro do outro (a partir de 18 meses).
- Não bebe no copo (a partir de 18 meses).
- Apresenta vocabulário muito restrito – menos de 6 palavras, além de “papa” e “mama” (a partir de 24 meses).
- Não aponta com o dedo para pedir algo, mostrar algo ou alguém (a partir de 24 meses).
- Não compreende ordens simples (a partir de 24 meses).
- Não brinca de faz de conta (a partir de 24 meses).
- Não tem interesse em brincar com outras crianças (a partir de 24 meses).



Vinicius Ferreira dos Santos
CMEI Irmã Dorothy Mae Stang
NRE BV

CRIANÇA (02 A 05 ANOS)

- Tem dificuldades em realizar rabiscos (após os 3 anos).
- Não segura lápis e nem desenha (após os 2 anos).
- Não sabe o que fazer com objetos simples, como telefone, colher, etc. (após os 2 anos).
- Não segue instruções simples (após os 2 anos).
- Não brinca de faz de conta com objetos. Ex.: corrida de carrinhos enfileirando-os ou panelinhas e comidinhas (após os 2 anos e meio).
- Apresenta limitações em brincar ou se envolver em atividades, ou seja, não constrói uma ideia para brincar. Ex.: montar uma cabana, colocar objetos organizados como coberta, bonecas, etc. (a partir de 3 anos).
- Não faz traçados lineares, em círculos e com ângulos, somente rabiscos sem localização em papéis/suportes (após os 3 anos).

- Não brinca com brinquedos como quebra-cabeça simples (após os 3 anos).
- Não relata suas atividades e experiências diárias (após os 4 anos).
- Não consegue escovar os dentes, lavar e secar as mãos, ou tirar a roupa sem ajuda (após os 4 anos).
- Não se interessa em construir, com peças e materiais diversos, estruturas empilhadas ou mesmo montagens (após os 4 anos).
- Resiste em se vestir, dormir e usar o banheiro, pela dificuldade de compreensão (após os 4 anos).
- Não consegue recontar uma história favorita (após os 4 anos).
- Não segue uma ordem de três comandos (após os 4 anos).
- Não usa “eu” e “você” corretamente (após os 4 anos).
- Não desenha figuras (após os 4 anos).
- Mostra-se distraído e não consegue manter a atenção por mais de 05 minutos (após os 5 anos).
- Não consegue diferenciar o real do faz de conta (após os 5 anos).
- Não brinca com uma variedade de brinquedos.
- Não usa o plural ou o passado adequadamente (após os 5 anos).

Arthur Cordeiro de Almeida
5 anos
CMEI São José Operário
NRE BQ



ESPECIFICIDADES DO PROGRAMA SINAIS DE ALERTA

2

O programa Sinais de Alerta respeita a premissa do cuidar e educar na Educação Infantil, ao propor a intervenção preventiva em possíveis comprometimentos dos aspectos relacionados à saúde e ao bem-estar dos bebês e das crianças que frequentam a Educação Infantil da Rede Municipal de Ensino de Curitiba.

Millena Gabrielle A. Andrade
5 anos
CMEI Rio Negro
NRE BN



A criança se desenvolve de maneira integral. No entanto, é importante reconhecer e considerar especificidades em diferentes áreas imbricadas nesse desenvolvimento: visual, auditiva, linguística, bucal, comportamental, físico-motora e cognitiva. Assim, a partir do olhar sensível e atento dos(as) profissionais que atuam diretamente com as crianças, é possível observar algum comprometimento específico, sem perder de vista o desenvolvimento global da criança. Nesse sentido, há algumas orientações necessárias para que se possa acompanhar o desenvolvimento dos bebês e das crianças:

- Observar diariamente o desenvolvimento do bebê/criança.
- Observar que no mesmo bebê/criança podem ser percebidos um ou mais Sinais de Alerta
 - Manter a atenção redobrada, a partir da observação inicial de um sinal (ou mais), sobre a condição do bebê/criança, em pelo menos uma semana.
 - Considerar as especificidades de cada criança, pois há situações em que o envolvimento de diferentes profissionais (pedagogo(a) ou diretor(a)) se faz necessário para a rapidez da comunicação com a família, após a verificação do sinal.
 - Envolver diferentes profissionais na observação e nas providências que devem ser tomadas.

- Registrar em documento próprio (diário de registro anexo) o(s) Sinal(is) de Alerta observado(s).
- Envolver as famílias no processo, na busca de informações sobre o Sinal de Alerta constatado.
- Encaminhar para avaliação clínica o relatório com descrição do(s) sinal(is) observado(s), anexando cópia na pasta da criança.
- Lembrar que o fato da criança ser incluída no programa Sinais de Alerta confirma que ela **não** possui diagnóstico clínico. Para isso, é necessário que seja encaminhada para consulta médica, com vistas ao acompanhamento necessário.

Angelina Sehn Ignachewski
5 anos
CEI Contratado Santo Antônio de Pádua
NRE BQ



E, A PARTIR DOS SINAIS, COMO ENCAMINHAR?

3

A partir da sensibilização e do reconhecimento do(s) Sinal(is) de Alerta pelos profissionais da Educação Infantil, cabem os respectivos procedimentos para um efetivo acompanhamento e encaminhamento que se fizerem necessários, de acordo com as seguintes funções:

Procedimentos de acordo com a função profissional		
Critérios	Professor(a)	Pedagogo(a)/Diretor(a)
ANTES DO ENCAMINHAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Reconhecer os Sinais de Alerta na criança, em sua turma. ▶ Informar o(a) pedagogo(a)/diretor(a) sobre o(s) Sinal(is) de Alerta constatado(s). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Repassar ao(à) professor(a) o diário de registro (anexo 1).
PARA O ENCAMINHAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Preencher o diário de registro (anexo 1). ▶ Participar da elaboração do relatório para encaminhamento médico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Solicitar a presença da família/responsável, a fim de averiguar questões referentes ao(s) sinal(is) de Alerta apresentado(s). Podem ser realizados alguns questionamentos: <ul style="list-style-type: none"> • O(s) sinal(is) foi(ram) observado(s) em casa? • Em caso afirmativo, qual foi a atitude da família? • Realizou alguma avaliação médica por esse motivo? ▶ Redigir relatório de encaminhamento médico, de acordo com as observações e os relatos dos(as) professores(as) da turma do bebê ou da criança em questão. Anexar uma cópia do encaminhamento médico na pasta da criança.
APÓS O ENCAMINHAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Continuar a observação do bebê/criança e comunicar a equipe pedagógico-administrativa sobre a permanência ou a ausência do(s) sinal(is) ou novo(s) indicativo(s) de comprometimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Acompanhar a evolução do caso, bem como solicitar a devolutiva médica, após a consulta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Ao avaliar o período que transcorreu o processo de revisitação do programa Sinais de Alerta: a educação e o cuidado permanente das crianças, foi possível analisar e refletir sobre a necessidade de ampliar estudos, pesquisas e discussões acerca da saúde preventiva das crianças matriculadas nas unidades de Educação Infantil da Rede Municipal de Ensino de Curitiba.

Essas discussões foram fomentadas pelo envolvimento de diferentes especialistas da área da saúde (médicos, odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e psicomotricistas) e de profissionais (pedagogos e professores) representantes dos dez núcleos regionais da Educação nos segmentos de CMEIs, CEIs Contratados e escolas com turmas de Educação Infantil, que foram fundamentais para consolidar um trabalho de qualidade.

Com isso, pretende-se que este manual subsidie e contribua com um olhar mais sensível e atento dos profissionais que atuam diretamente com bebês e crianças. Esse olhar é decisivo para encaminhamentos necessários frente às especificidades observadas cotidianamente nas instituições educativas.

REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pelo humano**, 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1999, p. 33.

MARANHÃO, D. G. **Saúde e bem-estar das crianças: uma meta para educadores infantis em parceria com familiares e profissionais de saúde**. Consulta Pública sobre Orientações Curriculares Nacionais da Educação Infantil/MEC. Brasília. 2010.

ROSEMBERG, F. **Educar e cuidar como funções da educação infantil no Brasil: perspectiva histórica**. São Paulo: Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade de Campinas, 1999 (mimeo).

OBRAS CONSULTADAS

BEE, H; e BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BELLO, S. F; e MACHADO, A. C. **Investigação precoce e o desenvolvimento da linguagem em crianças pequenas**. Editora Book Toy, 2015.

CAMPOS, M. M.; ROSEMBERG, F. **Critérios para um atendimento em creches que respeite os direitos fundamentais das crianças**. 6. ed. Brasília: MEC, SEB, 2009.

CANONGIA, M. B. **Manual de terapia da palavra, anatomia, fisiologia, semiologia e estudo da articulação e dos fonemas**. São Paulo: Atheneu, 1981.

FRANKENBURG, W. J. *et al.* The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. **Pediatrics**, Evanston, v. 89, n. 1, 1992.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J. **Denver II: teste de triagem de desenvolvimento de Denver**. FRANKENBURG *et al.* 1992. Tradução e adaptação de PEDROMÔNIMO, R. M.; BRAGATTO, E.; STROBIUS, R. São Paulo: INIFESP/EPM, 1999.

FELDENS, C. A.; KRAMER, P. F. **Cárie dentária na infância – uma abordagem contemporânea**. São Paulo: Ed. Santos, 2013.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. São Paulo: Ed. Santos, 2016.

HAYWOOD, K. M.; GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 3. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2004.

NORTHERN J. L.; DOWNS, M. P. **Audição na infância**. 5. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2005.

LOSAPIO, M. F.; PONDÊ, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce do autismo. **Revista Psiquiátrica**. Porto Alegre, v. 30, n. 3, 2008.

NORTHERN, J. L. e DOWNS, M. P. **Audição na infância**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 5. ed., 2005.

ROBINS, D.L. *et al.* The Modified Checklist for autism in toddlers: an inicial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. **J. Autismo dev. Disord.**, New York, v. 31, n. 2, 2001.

RODRIGUES, M. M.; RODRIGUES, M. G.; VILANOVA, L. C. P. Propedêutica Neurológica. In: RODRIGUES, M. M.; VILANOVA, L. C. P. **Tratado de neurologia infantil**. Rio de Janeiro, Atheneu. 2017.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Editora, 2008.

YAVAS, H. **Avaliação fonológica da criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

YAVAS, M. S. **Desvios fonológicos em crianças: teoria, pesquisa e tratamento**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1989.

SITES CONSULTADOS

<<https://biosom.com.br/blog/curiosidades/como-funciona-a-audicao-de-um-feto/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

<<https://www.bestsound-technology.com.br/children/hearing/hearing-development/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

<<https://cienciadocerebro.wordpress.com/2012/09/05/o-que-e-desenvolvimento-cognitivo/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

<<http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>>. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. Leonardo Boff. 2016. Acesso em: 14 out. 2016.

FICHA TÉCNICA 2016

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Maria da Glória Galeb

GERÊNCIA DE CMEIs

Vera Lúcia Grande Dal Molin

ELABORAÇÃO

Jaqueline dos Santos Rodrigues

Patricia Sesiuk

COLABORAÇÃO

Ida Regina Moro Milléo de Mendonça

FICHA TÉCNICA 2017

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Elidete Zanardini Hofius

GERÊNCIA DE CURRÍCULO

Joseane Machado da Silva

ELABORAÇÃO

Jaqueline dos Santos Rodrigues

CONSULTORES – 1.ª FASE

Egídio Romanelli – Neuropsicólogo

Fabian Calixto Fraiz – Odontólogo

Jocian Machado Bueno – Psicomotricista

José Joaquim Junior – Oftalmologista

Jozélia Duarte B. P. Ribas - Fonoaudióloga

Luis Fernando Milléo – Psicólogo

Marcelo Lobo – Pediatra

VALIDADORES – 2.ª FASE

Clarice Moro – Psicóloga

Cristina Andrade da Silva – Neuropediatra

Daniela Mori Branco – Pediatra

Evangelos Moutsopoulos – Oftalmologista

Mário Augusto Gori Gomes – Odontólogo

Vera Lucia Israel – Fisioterapeuta

Walquiza Ribas Castro Vieira – Fonoaudiologia

NREs

Adriana Galvão Fogaça – CMEI Curitiba (NRE MZ)
Adriane Nardin Bertoldi – CMEI São Leonardo (NRE CIC)
Ana Carolina Ivanaga – CEI Aquarela la Salle (NRE PN)
Ana Paula Soares dos Santos – CMEI Mário Covas (NRE CIC)
Andrea Bonatto Cardozo – CMEI Fazenda Boqueirão (NRE BQ)
Carina M. Claro de Azevedo – CMEI Cassiopéia (NRE BV)
Cristina M. P. Berbert Lima – CMEI Hermes Macedo (NRE TQ)
Eloisa Christine K. Pankievicz – CMEI Guilherme Darin (NRE PR)
Fabiane Cristina Dunavski – EM Linneu do Amaral (NRE CJ)
Franciele Alves de Souza Moreno – CEI Meu Pequeno Reino (NRE MZ)
Hanslivian C. C. Bonfim – CMEI Conjunto Iracema (NRE CJ)
Isis Franciele Machado – CEI Brilho do Sol (NRE TQ)
Kelly Tais Miranda – CEI Frei Tito de Alencar (NRE CJ)
Janedi Costa Santos – CMEI Jardim Alegre (NRE BV)
Magda Elaine dos Santos – CEI Cantinho Feliz (NRE BV)
Márcia Cristina Vitorino do Rosário – CMEI Moradias Belém (NRE BQ)
Márcia Mara da S. Araújo – CMEI Vila Ipiranga (NRE PN)
Marilene de Paula Antunes – CMEI São João (NRE SF)
Marize Ap. Machado Pereira – CMEI Santa Felicidade (NRE SF)
Marjane Santoni do Amaral – CMEI Dr. Eraldo Küster (NRE PN)
Micheli Heloise Nacovaski – CEI Leocádio Correia (NRE BV)
Neusa Aparecida Radeck – CMEI Ciro Frare (NRE BN)
Patricia Custódio dos Santos – CMEI Hermes Macedo (NRE TQ)
Patricia Maria Pereira – CEI Família Feliz (NRE BN)
Rosane A. T. Baglioli – CMEI Carlos Alberto (NRE PR)
Sandra Maria B. Bassani – CMEI Jardim Alegre (NRE BV)
Sandra Lotz da Paz – CMEI Coqueiros (NRE BN)
Tamara Ribeiro dos Santos Lima – CEI Giacomino (NRE PR)
Vânia Aparecida Gomes – CEI Família Feliz (NRE BN)
Vânia Lucia Pereira Cintra Sangaletti – CMEI Nely Almeida (NRE MZ)

DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

João Batista dos Reis

GERÊNCIA DE APOIO GRÁFICO

Carolina Almeida Nunes Ferreira

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Evelyn Colucci dos Santos Oliveira

REVISÃO DE LÍNGUA PORTUGUESA

Rosângela Carla Pavão Pereira

Sirlei Cavalli



CURITIBA