

CAPÍTULO 3

PUERICULTURA E VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

JANAÍNA SOARES MARTINS¹
BRUNA RIBEIRO PRATES PORTES²
VICTOR AUGUSTO NASCIMENTO PEREIRA³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹ Discente - Afya Centro Universitário São João del-Rei, São João del-Rei, Minas Gerais, Brasil.

² Discente - Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, Minas Gerais, Brasil.

³ Discente - FAMINAS-BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Desenvolvimento Infantil; Puericultura; Triagem do Desenvolvimento.

INTRODUÇÃO

A puericultura na atenção primária à saúde (APS) constitui um eixo estruturante do cuidado longitudinal à criança, integrando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, detecção precoce de alterações e coordenação do cuidado em rede. No cenário brasileiro, esse acompanhamento se ancora em diretrizes e instrumentos oficiais, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), e em dispositivos de registro e comunicação clínica com famílias e serviços, como a Caderneta da Criança, que organiza informações essenciais sobre crescimento, desenvolvimento, vacinação e eventos relevantes desde o nascimento até a infância (BRASIL, 2015; BRASIL, [s.d.]).

A vigilância do desenvolvimento infantil é um processo contínuo, sistemático e centrado na família, que exige do profissional competências clínicas e comunicacionais avançadas: reconhecer trajetórias típicas e atípicas, identificar fatores de risco e proteção, selecionar instrumentos de triagem apropriados, qualificar o sinal de alerta dentro do contexto biopsicossocial e definir condutas proporcionais ao risco desde aconselhamento e promoção de estímulos até encaminhamento oportuno para avaliação especializada e intervenções precoces.

A vigilância moderna do desenvolvimento, por sua vez, não deve ser confundida com a aplicação esporádica de escalas. Trata-se de uma estratégia clínica longitudinal que combina escuta ativa das preocupações parentais, história do desenvolvimento, observação dirigida, exame físico e neurológico focal, análise do ambiente de cuidado, avaliação de audição e visão conforme idade e risco, e aplicação de instrumentos padronizados de rastreio quando indicado. Diretrizes internacionais enfatizam a vigilância em todas as consultas de supervisão

de saúde e o uso criterioso de triagens padronizadas para reduzir subdiagnóstico e inequidades, com especial atenção para rastreio de transtornos do neurodesenvolvimento e autismo em idades-chave (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2025; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2020).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é apresentar uma abordagem avançada, prática e baseada em evidências para puericultura e vigilância do desenvolvimento na APS, detalhando fundamentos clínicos, instrumentos, sinais de alerta, fluxos de decisão e estratégias de coordenação do cuidado, de modo a apoiar especialistas na implementação de um acompanhamento efetivo, reprodutível e orientado a intervenções precoces.

Fundamentos avançados do desenvolvimento infantil relevantes para a APS

O desenvolvimento infantil é um processo dinâmico, multidimensional e fortemente dependente da interação entre genética, maturação neurológica, ambiente físico e relacional, saúde mental parental, nutrição, sono, oportunidades de brincar, estimulação responsiva e proteção contra violências (**Figura 3.1**). Em termos clínicos, a APS precisa operar com um modelo transacional: a criança influencia o ambiente e é influenciada por ele; assim, atrasos podem expressar desde condições neurobiológicas (por exemplo, transtornos do neurodesenvolvimento) até restrições ambientais (por exemplo, negligência, pobreza extrema, depressão materna), ou ambos.

Para especialistas, alguns princípios são especialmente úteis:

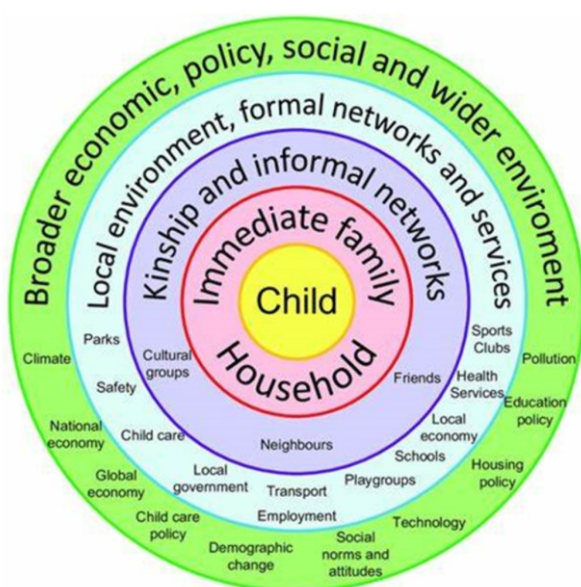
1. **Janelas de oportunidade e plasticidade:** a primeira infância concentra elevada plasticidade, o que torna intervenções precoces mais eficazes — e a demora diagnóstica mais danosa.

2. **Domínios do desenvolvimento:** comunicação/linguagem, motor grosseiro, motor fino/adaptativo, cognitivo/resolução de problemas e socioemocional/regulação. Ferramentas como o ASQ-3 se organizam por domínios semelhantes, o que facilita o raciocínio clínico e o planejamento de intervenções por área (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, [s.d.]).

3. **Desenvolvimento como trajetória, não ponto:** mais importante que um marco isolado é a velocidade de aquisição, a presença de perdas de habilidades (regressão) e a consistência entre domínios (por exemplo, linguagem muito abaixo com interação social reduzida sugere risco aumentado para TEA; atraso motor importante com sinais neurológicos sugere etiologias específicas).

4. **Correção de idade em prematuros:** na vigilância, especialmente até 24 meses, deve-se considerar idade corrigida para prematuridade ao interpretar marcos e resultados de triagem, evitando superdiagnóstico de atraso e, ao mesmo tempo, garantindo acompanhamento intensivo para crianças de risco.

Figura 3.1 Modelo ecológico do desenvolvimento infantil



Fonte: Bronfenbrenner, 1979.

Vigilância do desenvolvimento versus triagem padronizada

A vigilância do desenvolvimento é um processo longitudinal que ocorre em toda consulta de puericultura, enquanto a triagem padronizada (*screening*) é o uso de instrumentos validados para identificar risco aumentado em idades ou situações específicas. A *American Academy of Pediatrics* descreve a vigilância como um processo que envolve elicitare preocupações, obter história do desenvolvimento, observar marcos e comportamentos, examinar a criança e aplicar julgamento clínico ao longo das consultas de supervisão de saúde (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2020).

Na prática da APS, especialmente em contextos de alta demanda, a vigilância pode se perder em consultas centradas em queixas imediatas. O especialista precisa estruturar uma rotina mínima reproduzível que garanta: (1) verificação rápida de crescimento e sinais de alarme; (2) coleta de preocupações parentais; (3) observação dirigida da interação e da comunicação; (4) aplicação de *checklist* de marcos (como os da Caderneta da Criança e materiais do Ministério da Saúde); (5) triagem formal quando indicado, com registro e plano (BRASIL, [s.d.]; BRASIL, [s.d.]).

As listas de marcos do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) foram atualizadas com base em evidências e propostas para apoiar conversas com famílias, reforçando a lógica de que a ausência de marcos esperados pode demandar triagem adicional e avaliação, e não deve ser banalizada como “cada criança tem seu tempo” quando há sinais consistentes de risco (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2026; ZUBLER *et al.*, 2022; ABERCROMBIE *et al.*, 2022).

Instrumentos e recursos clínicos na APS brasileira

A APS dispõe de instrumentos oficiais e de instrumentos padronizados de triagem que podem ser incorporados conforme disponibilidade e contexto (**Figura 3.2**):

- **Caderneta da Criança:** instrumento nacional para registro e acompanhamento de saúde, crescimento e desenvolvimento, com marcos e orientações. Deve ser usada ativamente, não apenas como documento, mas como tecnologia levedura de coordenação do cuidado (BRASIL, [s.d.]).

- **Conteúdos do Ministério da Saúde sobre desenvolvimento infantil:** materiais que orientam famílias e profissionais e reforçam a importância do acompanhamento dos marcos e de alertar o profissional quando algo não vai bem (BRASIL, [s.d.]).

- **ASQ-3 / ASQ-BR (*Ages & Stages Questionnaires*):** ferramenta de triagem por domí-

nios, com uso disseminado em diferentes contextos; há literatura brasileira sobre sua adaptação e estudos com amostras relevantes, além de manuais institucionais utilizados em redes locais (TAVARES *et al.*, 2015; DELLA BARBA *et al.*, 2018; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, [s.d.]).

- **M-CHAT-R/F:** instrumento de rastreio de autismo em crianças pequenas; há versão em português do Brasil e estudos de tradução/validação, o que sustenta sua aplicabilidade quando utilizado corretamente, com a etapa de *follow-up* para reduzir falsos positivos (LOSAPPIO *et al.*, 2022).

Além disso, revisões apontam limitações e desafios na disponibilidade e validação de instrumentos de triagem no Brasil, com necessidade de escolhas criteriosas e adaptação operacional (ALBUQUERQUE & CUNHA, 2020).

Figura 3.2 Instrumentos e recursos para vigilância e triagem do desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde.



Fonte: TAVARES *et al.*, 2015; DELLA BARBA *et al.*, 2018; LOSAPPIO *et al.*, 2022.

Rotina avançada de puericultura com vigilância do desenvolvimento

A puericultura orientada por vigilância do desenvolvimento deve combinar estrutura

(itens mínimos sempre presentes) e flexibilidade (aprofundamento conforme idade, risco e preocupações). Uma proposta operacional avançada inclui:

1. Pré-consulta / acolhimento

- Checar Caderneta da Criança, vacinação, crescimento e eventos desde a última visita.

- Identificar grupos de risco: prematuridade, baixo peso, intercorrências neonatais, síndromes, epilepsia, infecções congênitas, exposição a álcool/drogas, violência, insegurança alimentar, depressão pós-parto, institucionalização.

2. Consulta clínica com foco em desenvolvimento

- Pergunta-chave: “Você tem alguma preocupação com o desenvolvimento, comportamento, fala, sono ou aprendizagem?”

- História breve por domínios: comunicação, motor, social, comportamento/regulação.

- Observação dirigida: contato ocular, atenção compartilhada, resposta ao nome, imitação, gestos, brincadeira funcional/simbólica, qualidade do choro, tônus e postura.

- Exame físico focal: perímetro cefálico, fontanelas, sinais dismórficos, tônus, reflexos, marcha, coordenação, assimetrias, visão (alinhamento ocular), audição (resposta a sons conforme idade), cavidade oral (freio lingual quan-

do indicado), pele (lesões neurocutâneas), coluna.

3. Triagem formal e registro

- Aplicar instrumento adequado quando: há preocupação parental, achados observacionais, fatores de risco, ou em idades-chave definidas localmente.

- Registrar resultado, plano e reavaliação em prazo definido (curto quando risco alto).

4. Promoção do desenvolvimento

- Aconselhamento de estimulação responsiva: brincar, leitura compartilhada, conversa, rotina de sono, limites, redução de telas.

- Orientações por faixa etária (o que estimular e como).

- Reforço de vínculo e saúde mental parental.

5. Coordenação do cuidado

- Quando necessário, acionar rede: fonoaudiologia, fisioterapia/TO, neuropediatria, psicologia, CAPSi, assistência social, programas de visita domiciliar, educação infantil, e serviços de reabilitação.

Proposta de agenda e componentes mínimos da vigilância do desenvolvimento na APS (0–5 anos) (**Tabela 3.1**).

Tabela 3.1 Organiza uma sugestão prática de periodicidade e componentes, adaptável à realidade local e às recomendações normativas

Faixa etária	Periodicidade sugerida na APS	Componentes mínimos de vigilância	Triagens padronizadas sugeridas (quando disponíveis)
0–28 dias	1–2 consultas	alimentação, sono, responsividade, tônus, reflexos, vínculo, observação de interação, sinais neurológicos	instrumentos de risco/observação clínica; considerar triagens locais
2–6 meses	mensal/bimestral	marcos motores e sociais iniciais, simetria, audição/visão conforme sinais, orientação de estímulos	ASQ-3/ASQ-BR (conforme protocolo local)
6–12 meses	bimestral/trimestral	sentar, pinça, balbúcio, atenção compartilhada, brincadeira, estranhamento	ASQ-3/ASQ-BR quando risco/queixa
12–24 meses	Trimestral	marcha, linguagem receptiva/expressiva, gestos, brincadeira funcional, comportamento	M-CHAT-R/F (16–30 meses) + ASQ-3/ASQ-BR se indicado
2–5 anos	semestral/anuais	linguagem, interação social, simbolização, coordenação, pré-acadêmico, comportamento	ASQ-3/ASQ-BR ou instrumentos locais; reavaliar se queixa

Fonte: BRASIL, [s.d.].

Observação: esta agenda deve ser intensificada para prematuros, crianças com agravos neonatais, deficiência, vulnerabilidade social importante ou preocupações parentais persistentes.

Sinais de alerta (“red flags”) e tomada de decisão clínica

A abordagem avançada não depende de memorizar todos os marcos, mas de reconhecer padrões e sinais de alerta. A seguir, um conjunto operacional de sinais com alto valor clínico para decisão de conduta, alinhado a práticas de vigilância e à necessidade de triagem adicional quando marcos esperados não são atingidos (**Quadro 3.1**) (ZUBLER *et al.*, 2022).

Estratificação de risco e conduta

Uma proposta prática para especialistas é estratificar em três níveis:

• **Baixo risco:** sem sinais de alerta, sem preocupações parentais significativas, marcos

compatíveis com idade (ou idade corrigida). Conduta: promoção do desenvolvimento, reforço de leitura/brincar, reduzir telas, retorno conforme agenda.

• **Risco intermediário:** pequena discrepância em um domínio, ou preocupação parental persistente sem sinais graves; fatores de risco presentes (prematuridade, vulnerabilidade social). Conduta: aplicar triagem padronizada, orientar estímulos direcionados, reavaliar em 4–8 semanas, e considerar encaminhamento para intervenção precoce se persistência.

• **Alto risco:** regressão, múltiplos domínios comprometidos, sinais neurológicos, falha importante de linguagem/social, suspeita de TEA, convulsões, micro/macrocefalia progressiva, ou impacto funcional importante. Conduta: triagem imediata + encaminhamento prioritário para avaliação especializada e início de intervenções, sem aguardar maturação.

Quadro 3.1 Sinais de alerta prioritários (por domínio) na vigilância do desenvolvimento

• Regressão: perda de habilidades previamente adquiridas (qualquer idade) → avaliação urgente.
• Audição/linguagem: ausência de balbúcio significativo até ~6–9 meses; ausência de palavras com significado até ~15–18 meses; não formar frases simples até 24–30 meses; não responder ao nome de forma consistente.
• Social/TEA: ausência de sorriso social sustentado; baixa reciprocidade; pouca atenção compartilhada; ausência de apontar para compartilhar interesse; não imitar; contato ocular pobre associado a outros sinais.
• Motor: assimetrias persistentes, preferência manual muito precoce, hipotonia/hipertonía marcante, não sentar sem apoio em idade esperada, não andar com apoio/independente em janelas típicas, marcha muito anormal persistente.
• Comportamento/regulação: irritabilidade extrema persistente, dificuldades graves de sono/alimentação com impacto funcional, autoagressão, crises de desorganização frequentes e intensas fora do esperado para idade.

Rastreamento de TEA na puericultura: integração prática do M-CHAT-R/F

O rastreamento de TEA na APS é um dos pontos críticos para reduzir atraso diagnóstico. O M-CHAT-R/F foi desenvolvido para triagem em idades específicas (16 a 30 meses) e, quando corretamente aplicado com a etapa de *follow-up*, contribui para melhor acurácia do processo

de triagem. A existência de versão em português do Brasil e estudos de validação reforça sua utilização em protocolos locais, desde que inserida numa estratégia de vigilância e não como ação isolada (LOSAPIO *et al.*, 2022).

Para especialistas, recomenda-se:

1. **Aplicar no contexto certo:** criança com 16–30 meses, preferencialmente em consultas

estruturadas (puericultura), com cuidador capaz de responder.

2. **Interpretar com clínica:** um resultado positivo não é diagnóstico; é indicação de avaliação mais aprofundada e, frequentemente, de intervenção precoce e suporte familiar.

3. **Realizar *follow-up*:** quando aplicável, a etapa de *follow-up* reduz falso-positivo e melhora precisão, além de qualificar a conversa clínica com a família.

4. **Não atrasar intervenções:** diante de sinais claros (por exemplo, ausência de atenção compartilhada, regressão), não se deve aguardar resultado de teste para encaminhar e iniciar apoio.

5. **Integrar com linguagem e audição:** sempre avaliar possibilidade de perda auditiva, privação linguística, ou transtornos de linguagem como diagnósticos diferenciais e comorbidades.

Triagem do desenvolvimento por domínios: uso avançado do ASQ-3/ASQ-BR

Instrumentos por domínios, como o ASQ-3, favorecem um plano terapêutico orientado para áreas específicas (por exemplo, comunicação e motricidade fina). Há estudos brasileiros envolvendo o ASQ em amostras amplas e discussões sobre sua aplicabilidade, bem como manuais institucionais em redes locais, o que respalda seu uso quando disponível e quando a equipe tem treinamento operacional (TAVARES *et al.*, 2015; DELLA BARBA *et al.*, 2018; PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, [s.d.]).

Pontos avançados para especialistas:

- **Escolha da versão adequada por idade:** aplicar o formulário correspondente à faixa etária correta (considerando idade corrigida no prematuro).

- **Qualidade da aplicação:** orientar cuidadores com exemplos práticos, reduzir vieses

(por exemplo, “nunca ofereci isso, então não sei”), e registrar o contexto.

- **Interpretação clínica:** resultados limítrofes podem indicar necessidade de orientação e reavaliação em curto prazo; resultados claramente abaixo do esperado em múltiplos domínios sugerem necessidade de avaliação especializada.

- **Atenção às desigualdades:** desempenho pode refletir oportunidades de estímulo. A conduta deve evitar culpabilização familiar e priorizar intervenção orientada e acesso a serviços. Vigilância integrada: audição, visão, nutrição, sono e saúde mental parental

A vigilância do desenvolvimento não se sustenta sem vigilância sensorial, clínica e do contexto familiar:

Audição

Perda auditiva, otites recorrentes e ambientes com baixa estimulação verbal podem mimetizar ou agravar atrasos de linguagem. Na APS, deve-se incorporar perguntas diretas (responde a sons? localiza? reage ao nome?), observar balbúcio, e encaminhar para avaliação auditiva quando há suspeita ou fatores de risco.

Visão

Estrabismo persistente, ausência de fixação/seguimento, nistagmo e queixas visuais devem ser reconhecidos precocemente. Alterações visuais afetam motricidade, linguagem e interação social.

Nutrição e crescimento

Desnutrição e anemia prejudicam cognição, atenção e atividade exploratória. Obesidade e sono irregular também afetam regulação e comportamento. A Caderneta da Criança organiza o monitoramento do crescimento, que deve ser interpretado em conjunto com desenvolvimento (BRASIL, [s.d.]).

Sono e telas

Sono insuficiente ou desorganizado pode gerar irritabilidade, prejuízo de atenção e atrasos secundários. Exposição excessiva a telas, especialmente na primeira infância, está associada a piora de linguagem e interação, devendo ser abordada de forma concreta (rotina, metas graduais, alternativas de brincar).

Saúde mental parental e vínculo

Depressão pós-parto, ansiedade, violência doméstica e estresse socioeconômico comprometem responsividade e qualidade do estímulo. O especialista na APS precisa acolher, rastrear riscos (inclusive violência), articular assistência social e rede de apoio e, quando necessário, encaminhar para cuidado em saúde mental, pois a intervenção sobre o cuidador é, muitas vezes, intervenção sobre o desenvolvimento.

Registro, comunicação com a família e coordenação do cuidado

A qualidade da vigilância se mede pela capacidade de transformar observação em plano compartilhado. Alguns elementos essenciais:

1. **Devolver achados com linguagem acessível:** “Hoje eu observei que a linguagem está abaixo do esperado para idade; isso não é um diagnóstico, mas indica que precisamos avaliar melhor e estimular desde já.”

2. **Registrar claramente:** domínio afetado, exemplos, instrumento aplicado, resultado, conduta, prazos, encaminhamentos e orientação domiciliar. Usar ativamente a Caderneta como ferramenta de continuidade (BRASIL, [s.d.]).

3. **Evitar a armadilha do “vamos esperar” sem plano:** se optar por reavaliar, definir prazo curto e ações concretas (atividades de estímulo; redução de telas; escola/creche; orientação de leitura; reavaliação sensorial).

4. **Coordenação com educação:** para crianças em creche/escola, a APS pode solicitar observações estruturadas, alinhar estratégias de

estímulo e orientar famílias sobre direitos e acesso a serviços.

Fluxos e linhas de cuidado na APS

A tomada de decisão deve ser operacional e rápida. Um fluxo mínimo pode ser descrito e adaptado (**Fluxograma 3.1**).

Estratégias de promoção do desenvolvimento: o “pacote” que deve acompanhar toda consulta

Mesmo quando não há atraso, especialistas devem entregar um pacote consistente de promoção do desenvolvimento, porque isso reduz risco futuro e fortalece vínculo:

- **Brincar diário** (livre e guiado): atividades motoras grossas, manipulação fina, jogos de turnos, música, faz de conta conforme idade.

- **Leitura compartilhada:** rotina curta diária, com participação ativa da criança.

- **Estimulação responsiva:** responder aos sinais da criança, nomear emoções, conversar durante atividades diárias.

- **Rotina previsível:** sono, alimentação, atividades; reduzir telas, especialmente em menores.

- **Parentalidade positiva:** orientar limites e manejo de comportamento com foco em previsibilidade, reforço positivo e coerência.

- **Ambiente seguro:** prevenção de acidentes e violências; orientar vigilância de riscos domésticos.

Desafios operacionais e indicadores de qualidade na vigilância do desenvolvimento

Na APS real, o desafio é transformar diretrizes em rotina. Alguns pontos de melhoria contínua:

- **Cobertura de puericultura** por faixa etária e grupos de risco.

- **Proporção de crianças com triagem padronizada documentada** em idades-chave definidas localmente.

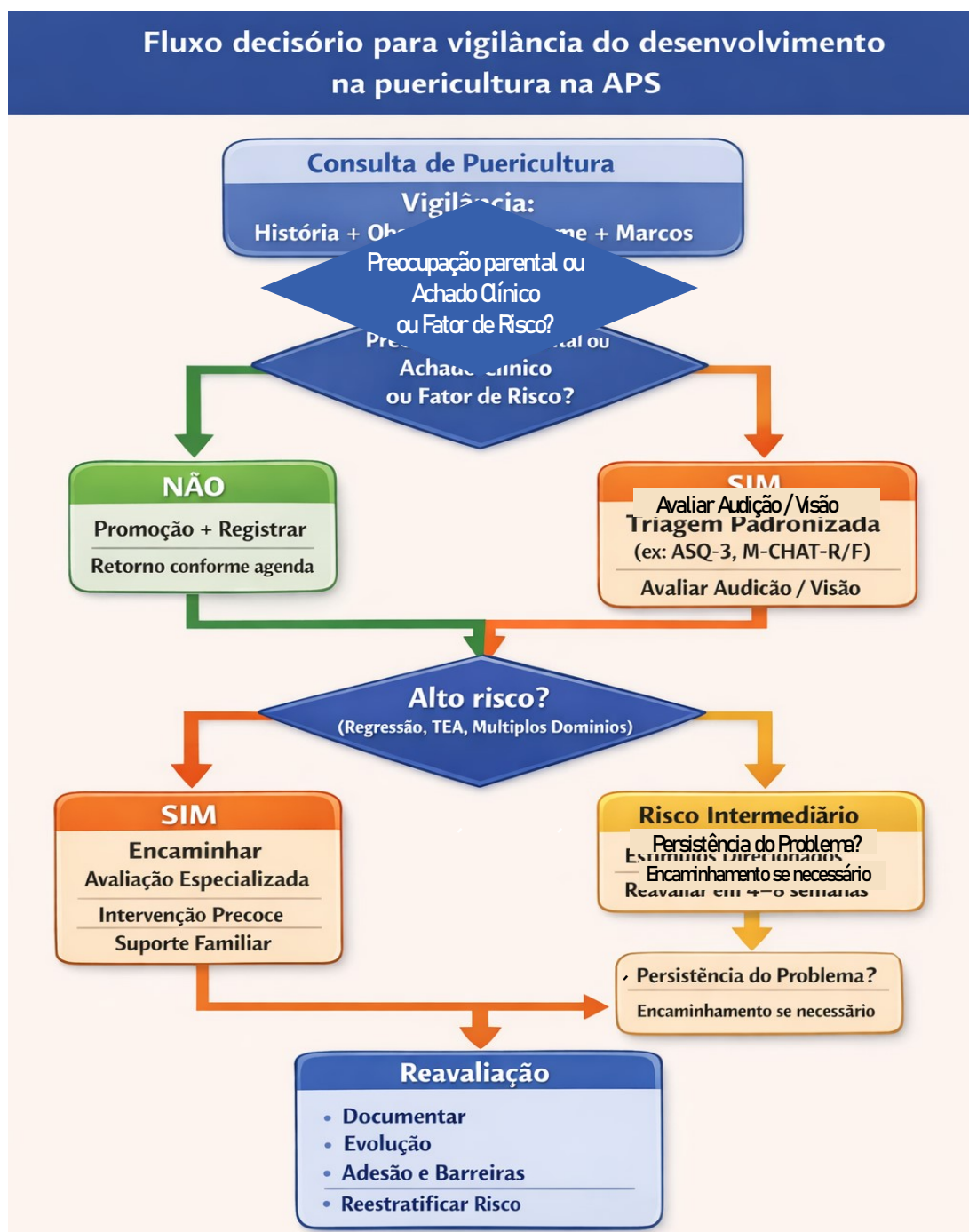
- **Tempo entre suspeita e início de intervenção** (mesmo antes do diagnóstico definitivo).

- **Taxa de retorno pós-encaminhamento** (APS como coordenadora: checar se chegou ao serviço e se iniciou terapia).

- **Registro em Caderneta** e prontuário eletrônico (continuidade e auditoria).

A implementação de tecnologias digitais e registros estruturados (incluindo iniciativas de caderneta digital) tende a favorecer alertas, rastreamento oportuno e adesão, desde que integrada ao processo de trabalho (BRASIL, [s.d.]).

Fluxograma 3.1 Fluxo decisório para vigilância do desenvolvimento na puericultura na APS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERCROMBIE, J. *et al.* CDC's "Learn the Signs. Act Early." Developmental Milestone Resources to Improve Early Identification of Children with Developmental Delays, Disorders, and Disabilities. *Zero Three*, v. 43, n. 1, p. 5-12, 2022.
- ALBUQUERQUE, K.A. & CUNHA, A.C.B. New trends in instruments for child development screening in Brazil: a systematic review. *Journal of Human Growth and Development*, v. 30, n. 2, p. 188-196, 2020.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Developmental Surveillance and Screening: Patient Care. 28 fev. 2025. Disponível em: <https://www.aap.org/en/patient-care/developmental-surveillance-and-screening-patient-care/>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening. *Pediatrics*, v. 145, n. 1, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta Digital da Criança. Portal Gov.br, [s.d.] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta-digital-da-crianca>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança – 7ª edição (PDF). Biblioteca Virtual em Saúde, [s.d.]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Desenvolvimento Infantil. Portal Gov.br, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/desenvolvimento-infantil>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. Brasília DF., ago., 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 23 fev. 2026.
- BRONFENBRENNER, U. *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press, 1979.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. CDC's Developmental Milestones. 16 fev. 2026. Disponível em: <https://www.cdc.gov/act-early/milestones/index.html>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- DELLA BARBA, P.C.S. *et al.* O Ages and Stages Questionnaires (ASQ-BR) e ações de educação infantil: aplicabilidade e envolvimento parental. *Temas em Educação e Saúde, Araraquara*, v.14, n.1, p. 31-40, 2018.
- FIGUEIRAS, A.C. *et al.* Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- LOSAPPIO, M.F. *et al.* Translation into Brazilian Portuguese and validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F). *Revista Paulista de Pediatria*, v. 41, 2022.
- PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Manual de uso do ASQ-3. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/1132535/DLFE-205901.pdf/1.0>. Acesso em: 23 fev. 2026.
- TAVARES, L.F.F.A. *et al.* Análise de itens da versão brasileira do Ages and Stages Questionnaires (ASQ3-BR). *Revista Psicopedagogia*, v. 32, p. 314-325, 2015.
- ZUBLER, J.M. *et al.* Evidence-Informed Milestones for Developmental Surveillance Tools. *Pediatrics*, v. 149, n. 3, 2022.