

Atraso de fala e do desenvolvimento

Vigilância com a Caderneta, sinais de alarme por idade, audição primeiro, atraso global ou isolado, exames e caminhos de encaminhamento para intervenção precoce

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A vigilância do desenvolvimento faz parte de toda consulta de puericultura: perguntar a preocupação dos pais, conferir os marcos na Caderneta da Criança, observar a criança e registrar. Instrumentos padronizados (Denver II ou ASQ-3) aos 9, 18 e 24–30 meses e o M-CHAT-R/F aos 18 e 24 meses completam a detecção. A preocupação dos pais deve ser levada a sério. Pela Caderneta, a ausência dos marcos da faixa atual é alerta (estimular e reavaliar em 30 dias), e a ausência dos marcos da faixa anterior é provável atraso (encaminhar). **Todo atraso de fala exige avaliação auditiva**, mesmo com triagem neonatal normal. Distinguir atraso isolado (linguagem ou motor) de atraso global (dois ou mais domínios) orienta os exames: TSH em todo atraso; CK e TSH no atraso motor com hipotonia; microarray cromossômico e X frágil no atraso global; RM e EEG só por critério clínico. O encaminhamento à estimulação precoce, fonoaudiologia e fisioterapia **não espera o diagnóstico**. **Regressão** de habilidades em qualquer idade, assimetria motora persistente, fasciculação de língua, espasmos ou hipotonia com dificuldade respiratória ou alimentar exigem neuropediatra com urgência ou pronto-socorro (●).

Veja também, nesta Biblioteca: **Desenvolvimento Neuromotor de 0 a 2 Anos** (Neurologia e Desenvolvimento); **Consulta de puericultura — 18 meses** e **Consulta de puericultura — 2 anos** (Puericultura); **Transtorno do espectro autista**; **Nutrição e Neurodesenvolvimento** (Temas atualizados pela SBP).

1. O que é e como se apresenta

- **Vigilância e rastreio:** vigilância é contínua (história, preocupação dos pais, observação, fatores de risco, registro); rastreio é a aplicação de instrumento padronizado em idades definidas (AAP 2020: 9, 18 e 30 meses para o desenvolvimento geral; 18 e 24 meses para autismo).
- **Atraso global do desenvolvimento (AGD):** atraso significativo em dois ou mais domínios (motor grosso, motor fino, linguagem, cognição, pessoal-social) em menores de 5 anos. Prevalência de 1–3%; causa genética ou estrutural em boa parte dos casos.
- **Atraso isolado de linguagem:** o mais frequente (cerca de 10–15% até 2 anos). Inclui o "falante tardio", que compreende bem, usa gestos e interage, e muitas vezes recupera; e o transtorno do desenvolvimento da linguagem, persistente. Antes de rotular, afastar perda auditiva, TEA, deficiência intelectual e privação de estímulo.
- **Atraso motor isolado:** pode ser o primeiro sinal de paralisia cerebral, doença neuromuscular (distrofia muscular de Duchenne, atrofia muscular espinhal) ou

hipotireoidismo.

- **Não causam atraso:** bilinguismo (a criança bilíngue atinge os marcos no mesmo tempo, somando as duas línguas); ser menino ou "preguiça". Chupeta prolongada e telas em excesso podem prejudicar, mas não explicam atraso importante.
- **Prematuro:** usar a idade corrigida até 24 meses para os marcos (não para triagem de autismo).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Ausência de marco da faixa atual, com marcos anteriores presentes; exame normal; boa interação e compreensão; sem sinais de alarme; fatores ambientais corrigíveis (pouca estimulação, telas)	Orientar estimulação no dia a dia (conversar, ler, brincar, sem telas antes de 2 anos); reavaliar em 30 dias; manter vigilância
● Moderada	Ausência de marcos da faixa anterior (provável atraso); rastreo (Denver II/ASQ-3) alterado; atraso isolado de fala ou motor; M-CHAT-R/F de risco; fala ininteligível para a família aos 2–3 anos; gagueira persistente	Encaminhar em paralelo: estimulação precoce/fonoaudiologia/fisioterapia, avaliação auditiva e exames iniciais; neuropediatra ou pediatra do desenvolvimento; retorno em 30–60 dias para acompanhar o encaminhamento
● Grave	Regressão de habilidades em qualquer idade; assimetria persistente de tônus ou movimento após 4 meses; ausência de fixação e seguimento visual aos 2 meses; ausência de resposta a sons em qualquer idade; fasciculação de língua ou fraqueza progressiva; espasmos em salvas; macrocefalia progressiva ou sinais de hipertensão intracraniana; CK > 3 vezes o normal; atraso global com dismorfias	Neuropediatra com urgência (dias). Pronto-socorro se regressão aguda com alteração de consciência, hipotonia com dificuldade respiratória ou para deglutir, hipertensão intracraniana ou crises

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Prematuridade, baixo peso, asfixia, internação em UTI neonatal, hiperbilirrubinemia grave, infecções congênitas (CMV, toxoplasmose, sífilis, Zika).
- Microcefalia ou macrocefalia; dismorfias; síndromes genéticas; consanguinidade.
- Indicadores de risco para deficiência auditiva; otites de repetição com efusão persistente.
- Exposição pré-natal a álcool e drogas; epilepsia.

- Contexto social: pobreza, negligência, violência, depressão materna, pouca estimulação, excesso de telas.

3. Diagnóstico no consultório

Vigilância em toda consulta: "Tem alguma preocupação com o desenvolvimento ou a fala?"; marcos da Caderneta; observação direta (olhar, sorriso, apontar, brincar, palavras); perímetro cefálico; exame neurológico (tônus, força, reflexos, assimetria); visão (reflexo vermelho, fixação) e audição (reação a sons).

Marcos de linguagem de referência e sinais de alarme:

IDADE	SINAIS DE ALARME (DESENVOLVIMENTO NEUROMOTOR DE 0 A 2 ANOS, DESTA BIBLIOTECA)
2 meses	Não fixa o olhar; não responde ao som; hipotonia marcante
4 meses	Não sustenta a cabeça; não sorri socialmente; não segue objetos; assimetria de tônus
6 meses	Não senta com apoio; não vocaliza; não alcança objetos; persistência de reflexos primitivos
9 meses	Não senta sem apoio; não balbucia; não responde ao nome; não olha na direção indicada
12 meses	Não fica em pé com apoio; sem palavras; sem pinça; não imita gestos; não aponta
18 meses	Não caminha; menos de 5 palavras; não aponta para pedir; não segue ordem simples com gesto
24 meses	Não corre; menos de 50 palavras; sem frases de 2 palavras; não imita; regressão
3 anos	Fala ininteligível para estranhos; pouca interação com outras crianças
4 anos	Fala pouco inteligível; gagueira persistente (mais de 6–12 meses, com tensão ou evitação)

Audição primeiro. Todo atraso de fala ou suspeita de TEA exige avaliação audiológica (AAP 2020, MS): emissões otoacústicas e PEATE (BERA) nos pequenos ou que não colaboram; audiometria comportamental quando possível; otoscopia e imitanciometria (otite média com efusão). Triagem neonatal normal não exclui perda auditiva progressiva ou adquirida.

Atraso global ou isolado — exames conforme o quadro:

SITUAÇÃO	EXAMES	REFERÊNCIA
Todo atraso do desenvolvimento	TSH e T4 livre; avaliação auditiva e visual; conferir triagem neonatal	Desenvolvimento Neuromotor (esta Biblioteca); AAP 2020
Atraso global	Hemograma e bioquímica básica; microarray cromossômico e pesquisa de X frágil; cariótipo se suspeita de trissomia	AAP 2020; esta Biblioteca
Atraso motor, hipotonia ou fraqueza	CK e TSH; em meninos que não andam aos 15–18 meses, CK para afastar Duchenne; CK > 3 vezes o normal, fasciculação de língua ou perda de marcos motores: neuropediatra urgente	AAP 2020; AAFP 2015
Exposição ambiental ou pica	Dosagem de chumbo	AAP 2020 (triagem ambiental)
Regressão, sinais metabólicos, epilepsia	Triagem metabólica ampliada, EEG, RM	Crítério do neuropediatra
Micro ou macrocefalia, déficit focal, assimetria	RM de crânio	Crítério clínico
Dieta vegana materna ou da criança, anemia macrocítica	Vitamina B12	Causa tratável

- **Não pedir de rotina:** EEG sem suspeita de crise; RM sem sinal clínico; "painéis" metabólicos sem indicação.
- **Não diagnosticar "hipotonia benigna"** sem TSH, CK e avaliação clínica.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: perda auditiva; TEA; deficiência intelectual; paralisia cerebral; distrofia muscular de Duchenne e atrofia muscular espinhal; hipotireoidismo; síndromes genéticas (X frágil, Down, Rett em meninas com regressão); epilepsia com regressão (síndrome de West, Landau-Kleffner); privação de estímulo e negligência; deficiência visual.

4. Tratamento em casa

Não há medicamento para atraso do desenvolvimento; o tratamento é **intervenção precoce**, tratamento da causa e **orientação da família**, que é o principal agente de estimulação.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Levotiroxina (hipotireoidismo confirmado)	Conforme idade e TSH, com endocrinologista	1x/dia	Contínuo	Causa tratável de atraso
Vitamina B12 (deficiência confirmada)	Conforme gravidade e protocolo	—	—	Causa tratável; tratar também a mãe que amamenta, se deficiente
Ferro profilático	SBP 2026: termo 10–12,5 mg/dia (6–9 e 12–15 meses); pré-termo 2–4 mg/kg/dia a partir de 30 dias, depois 1 mg/kg/dia de 12 a 24 meses	1x/dia	Conforme ciclo	Deficiência de ferro prejudica o neurodesenvolvimento
Vitamina D profilática	400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos (SBP 2024)	1x/dia	Contínuo	—

- **Estimulação em casa:** conversar olhando para a criança, nomear objetos e ações, ler todos os dias (leitura dialógica), cantar, esperar a vez de a criança "responder", brincar no chão, dar tempo de barriga para baixo no lactente.
- **Telas (SBP 2024):** nenhuma exposição antes de 2 anos; 2–5 anos até 1 h/dia com supervisão; nunca como "estímulo de fala". Sem telas nas refeições e 1–2 h antes de dormir.
- **Encaminhamentos simultâneos** (não sequenciais): fonoaudiologia; fisioterapia e terapia ocupacional; serviço de estimulação precoce (Centro Especializado em Reabilitação — CER, APAE, clínicas-escola, equipe multiprofissional da atenção primária); neuropediatra ou pediatra do desenvolvimento; genética quando indicado; CAPSi nos quadros com sofrimento psíquico.
- **Otite média com efusão persistente** com perda auditiva e atraso de fala: avaliar com otorrinolaringologista.
- **Saúde mental dos cuidadores:** rastrear depressão materna; orientar sobre direitos e rede de apoio.
- **Não usar:** medicamentos "para a fala" ou "estimulantes cerebrais", suplementos sem deficiência comprovada, terapias sem evidência.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Atraso do desenvolvimento, isoladamente, não exige internação. Encaminhar ao pronto-socorro quando houver:

- Regressão aguda com alteração de consciência, crises ou febre (encefalite, estado de mal não convulsivo, doença metabólica).
- Hipotonia aguda ou progressiva com dificuldade respiratória, choro fraco ou dificuldade para sugar e deglutir (atrofia muscular espinhal, botulismo, miastenia).
- Sinais de hipertensão intracraniana: fontanela abaulada, vômitos em jato, olhar "em sol poente", aumento rápido do perímetro cefálico.
- Crises epilépticas prolongadas ou espasmos em salvas com piora (os espasmos exigem neuropediatra em dias).
- Suspeita de maus-tratos.

Como encaminhar

1. Avaliar via aérea, respiração e circulação; oxigênio se desconforto ou SpO2 baixa.
2. Posição lateral se rebaixamento ou risco de aspiração; não oferecer alimento por via oral se houver dificuldade de deglutição.
3. Glicemia capilar se alteração de consciência.
4. Acionar o SAMU (192) nos quadros com insuficiência respiratória ou crise; contatar o serviço de destino.
5. Relatório com marcos adquiridos e perdidos, perímetro cefálico seriado, exames e vídeos da família.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Leve a sério o que você percebe: vocês conhecem a criança melhor do que ninguém. Se algo preocupa, conte na consulta."
- "Converse, leia e brinque todos os dias; a tela não ensina a falar."
- "Iniciar a estimulação cedo faz diferença: não é preciso esperar um diagnóstico."
- Retorno em 30 dias quando só faltam marcos da faixa atual; em 30–60 dias para acompanhar encaminhamentos.
- Procurar atendimento logo se: a criança **perder** algo que já fazia (palavras, andar, olhar, brincar); não reagir a sons; ficar molinha ou fraca, engasgar ao mamar ou respirar com dificuldade; fizer movimentos repetidos em salvas (sustos, "abraços" repetidos); a cabeça crescer rápido ou houver vômitos em jato.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Vigilância	Toda consulta; Caderneta da Criança; preocupação dos pais	Toda consulta de puericultura (2020)	Programa Healthy Child; revisão aos 2–2½ anos com ASQ-3	Segue o NICE	Perguntar as preocupações dos pais (PrevInfad)
Rastreio padronizado	Denver II ou ASQ-3 aos 9, 18 e 24–30 m; M-CHAT-R/F aos 18 e 24 m	9, 18 e 30 m; autismo aos 18 e 24 m	ASQ-3 na revisão de 2–2½ anos; sem rastreio de autismo populacional	Segue o NICE	Contra rastreio universal com escalas; M-CHAT-R/F só em risco
Audição	Avaliação audiológica em todo atraso de fala	Audiologia em toda preocupação com desenvolvimento	Avaliação auditiva no atraso de fala e na suspeita de autismo	Segue o NICE	Audiometria no atraso de linguagem
Exames no atraso	TSH em todo atraso; genética se etiologia indefinida	CK e TSH no atraso motor com tônus normal ou baixo; microarray e X frágil no atraso global; chumbo se exposição	Sem diretriz específica de atraso global; no autismo, exames só individualizados (CG128)	Segue o NICE	Guiados pela clínica
Encaminhamento	Estimulação precoce sem esperar diagnóstico	Intervenção precoce em paralelo à avaliação diagnóstica	Regressão de linguagem ou social < 3 anos: equipe de autismo; regressão motora: pediatra (CG128)	Segue o NICE	Atención temprana sem esperar diagnóstico

Leitura: as referências convergem em três pontos: a preocupação dos pais é o melhor ponto de partida, todo atraso de fala exige avaliação auditiva e a intervenção precoce começa antes do diagnóstico. A maior divergência é o rastreio padronizado: SBP e AAP aplicam instrumentos em idades fixas para todas as crianças, enquanto a AEP (PrevInfad) considera a evidência insuficiente para o rastreio universal e o Reino Unido concentra o rastreio na revisão de 2–2½ anos. Nos exames, a AAP é a mais explícita (CK e TSH no atraso motor; microarray e X frágil

no atraso global); a SBP acrescenta o TSH em todo atraso. O NICE não tem diretriz específica de atraso do desenvolvimento; suas recomendações estão nas diretrizes de autismo e paralisia cerebral.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pergunte em toda consulta pela preocupação dos pais e confira os marcos na Caderneta; "cada criança tem seu tempo" não é conduta.
2. Atraso de fala: avaliação auditiva sempre, mesmo com teste da orelhinha normal.
3. Falta de marcos da faixa anterior = provável atraso: encaminhar para estimulação e investigar em paralelo.
4. TSH em todo atraso; CK no atraso motor ou hipotonia (sobretudo meninos que não andam aos 18 meses); microarray e X frágil no atraso global.
5. Regressão de habilidades, assimetria motora, fasciculação de língua ou espasmos: neuropediatra com urgência.
6. Nenhuma tela antes de 2 anos; conversar, ler e brincar todos os dias.

8. Fontes

- Dr. José Roberto Stefani. Desenvolvimento Neuromotor de 0 a 2 Anos; Consultas de puericultura (12 e 18 meses; 2, 3 e 4 anos) — documentos desta Biblioteca, 2026.
- American Academy of Pediatrics. Promoting Optimal Development: Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders Through Developmental Surveillance and Screening (Lipkin, Macias). Pediatrics, 2020. [PDF](#)
- American Family Physician. Recognition and Management of Motor Delay and Muscle Weakness in Children, 2015. aafp.org
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação — Sinais de alerta na avaliação neurológica da criança e do adolescente, 2020. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação nº 150 — Triagem precoce para autismo (M-CHAT-R/F), 2024. [PDF](#)
- NICE. CG128 — Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis, 2011, atualizado 2017. nice.org.uk
- AEPap/PrevInfad. Detección precoz de los trastornos del desarrollo y del espectro autista. previnfad.aepap.org
- Ministério da Saúde. Caderneta da Criança, 7ª ed., 2024.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.