



ORIENTAÇÕES: 12 A 18 MESES

Puericultura nesta faixa etária

Conteúdo informativo, em linguagem acessível, para orientar o cuidado do seu filho. Não substitui a consulta nem a orientação do seu pediatra.

ORIENTAÇÕES PARA CRIANÇAS DE 12 A 18

MESES Guia para Pais e Cuidadores Referências: SBP 2025/2026 · AAP · NICE · AEP · Harvard Medical School

1. Desenvolvimento Esperado (12-18 Meses)

O segundo ano de vida começa com os primeiros passos e termina com uma criança que corre, sobe escadas com apoio, fala em frases de 2 palavras e expressa sua individualidade com força crescente. É uma fase de enorme conquista de autonomia — e de desafios comportamentais igualmente intensos para os pais.



Domínio Marcos Esperados (12–18 m) Sinais que merecem atenção

Motor grosseiro Marcha independente consolidada (10–15 m) Não anda sem apoio aos 18 m · Corre com pouco equilíbrio (15–18 m) 18 m – encaminhar · Sobe escadas com apoio (16–18 m) · ortopedia/neuro · Quedas Senta-se em cadeirinha · Chuta bola excessivas com perda de equilíbrio · Marcha muito assimétrica

Motor fino Empilha 2–4 cubos (15 m) · Vira páginas Não empilha 2 cubos aos 18 m · Rabisca espontaneamente com 15 m · Sem pinça refinada lápis grosso · Introduz objetos em aos 15 m · Preferência recipientes com precisão · Usa colher com manual fortemente derramamento marcada antes dos 18 m

Linguagem 10–20 palavras (15 m) · 20–50 palavras Menos de 5 palavras aos 18 m) · Primeiras frases de 2 palavras 15 m · Nenhuma palavra (16–18 m: 'mamã água', 'mais isso') · aos 18 m – Jargão com palavras reais intercaladas · encaminhamento urgente · Compreende 50–200 palavras Sem frases de 2 palavras aos 24 m · Perda de linguagem em qualquer momento

Social / Jogo simbólico (alimenta boneca, faz de Ausência de jogo simbólico Cognitivo conta com objetos) · Imita ações aos 18 m · Não segue domésticas · Segue instruções de 2 passos instruções simples · Não · Aponta para partes do corpo ao ser aponta para mostrar algo solicitado · Atenção compartilhada ao adulto · Isolamento estabelecida social · Ausência de imitação

Comportamento Birras (início aos 12–15 m, pico aos 18–24 Birras diárias com / m) – fisiológicas · Autonomia crescente autoagressão ou Temperamento ('eu mesmo') · Negativismo saudável heteroagressão intensa · ('não') · Apego ao objeto de transição Rigidez extrema e intolerância a mínimas

Domínio Marcos Esperados (12–18 m) Sinais que merecem atenção

mudanças · Ausência total de birras pode indicar passividade excessiva

2. Rastreio de TEA — M-CHAT-R (16-18 Meses)

A SBP e a AAP recomendam rastreio universal para Transtorno do Espectro Autista (TEA) entre 16 e 18 meses com o M-CHAT-R/F (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up). O diagnóstico precoce é o fator com maior impacto no prognóstico — intervenção precoce antes dos 3 anos produz resultados significativamente melhores.



2.1 Sinais de Alerta para TEA — 12 a 18 Meses

Sinal de Alerta Como Observar

Ausência ou redução do Não olha nos olhos de forma consistente durante interações contato visual evita o olhar do cuidador

Sem gesto de apontar proto- Não aponta com o dedo para mostrar algo interessante declarativo adulto ('olha aquilo!') – não confundir com pedir (proto-imperativo)

Sem atenção compartilhada Não segue o apontar ou o olhar do adulto; não verifica consolidada adulto está vendo o que ele vê

Ausência de jogo simbólico Aos 18 m não realiza 'faz-de-conta' básico: faz dormir boneca, usa colher de brinquedo para 'comer'

Sem resposta ao nome Aos 12 m: não responde ao próprio nome em pelo menos 4 chamado de 5 tentativas em ambiente calmo

Linguagem atrasada ou Menos de 10 palavras aos 15 m; menos de 50 aos 18 m; regressão perda de palavras previamente adquiridas em qualquer momento

Interesses restritos e Alinhamento obsessivo de objetos; fascinação por partes de repetitivos brinquedos (rodinhas de carrinho); rituais inflexíveis

2.2 Aplicação do M-CHAT-R — Conduta

- Pontuação de baixo risco (0-2): repetir na próxima consulta de puericultura.
- Pontuação de médio risco (3-7): aplicar a entrevista de seguimento M-CHAT-R/F

com os pais. Se confirmado risco, encaminhar para avaliação.

- Pontuação de alto risco (8-20): encaminhar imediatamente para avaliação diagnóstica multidisciplinar (neuropediatria, psicologia, fonoaudiologia) sem aguardar confirmação.

- Sinal vermelho absoluto: regressão de linguagem ou social em qualquer momento = encaminhamento imediato, sem esperar a pontuação do M-CHAT-R.

3. Comportamento, Birras e Desenvolvimento

Emocional As birras são um dos maiores desafios dos pais nesta fase — e também um dos fenômenos mais normais do desenvolvimento infantil. Compreender o que está por trás do comportamento transforma a resposta dos pais.

3.1 Por que as Birras Acontecem — Neurociência

O córtex pré-frontal (responsável pelo controle de impulsos, regulação emocional e raciocínio lógico) só estará maduro aos 25 anos. Aos 12-18 meses, a criança tem desejos, vontades e frustrações tão intensos quanto os de um adulto, mas nenhuma ferramenta neurológica para regulá-los. A birra não é manipulação — é o sistema nervoso imaturo em sobrecarga (Harvard Center on the Developing Child).



Aspecto 0 que acontece 0 que funciona

Causa principal Frustração + impossibilidade de Prevenir: antecipar ('daqui a pou verbalizar · Cansaço e fome vamos guardar o brinquedo')
amplificam · Transições abruptas

Durante a birra Sistema límbico em 'sequestro Presença calma, sem reforçar nem emocional' – lógica não punir · Nomear a emoção: 'você funciona está com raiva, eu entendo'

Após a birra A criança precisa de reconexão Acolher, nomear o que aconteceu e afeto – não de 'lição' com palavras simples, seguir em frente

0 que NÃO Gritaria, punição física, shaming Consistência e calma dos pais é o funciona ('que feio isso'), ceder para parar modelo de regulação emocional que a birra a criança internaliza

3.2 Limites com Afeto — Disciplina Positiva (AAP / Harvard)

Limites não são o oposto do amor — são uma expressão de amor. Crianças com limites claros e consistentes desenvolvem maior segurança emocional, melhor autocontrole e mais facilidade de adaptação social (AAP Policy Statement on Discipline, 2018).

- Limite claro: usar frases curtas, afirmativas e consistentes. 'Não bate' — não 'não pode bater, você sabe que isso é errado, eu já disse...'
- Consequência natural e imediata: a consequência deve ocorrer logo após o comportamento e estar diretamente relacionada a ele.
- Punição física: CONTRAINDICADA. Palmada, beliscão e qualquer forma de dor física são ineficazes como disciplina e associadas a problemas comportamentais de longo prazo (AAP, 2018). Proibida por lei no Brasil (Lei 13.010/2014 — Lei da Palmada).
- Atenção positiva: reforçar comportamentos desejados ('que legal que você guardou o brinquedo!') é mais eficaz que punir os indesejados.
- Autonomia supervisionada: oferecer escolhas dentro de limites seguros ('você quer o casaco azul ou o verde?') reduz conflitos e desenvolve autodeterminação.

4. Linguagem — Desenvolvimento e Estimulação

O vocabulário explode entre 18 e 24 meses — período chamado de 'explosão de vocabulário'. Para que ela aconteça, a janela de exposição linguística dos 12 aos 18 meses precisa ser rica. A base é construída agora.



4.1 Marcos de Linguagem — 12 a 18 Meses

Idade Produção (expressiva) Compreensão (receptiva) Encaminhar se
12 2–4 palavras com ~50 palavras Nenhuma
meses significado · Jargão compreendidas · Segue palavra com
expressivo ordem com gesto significado
15 10–20 palavras · Proto- ~100 palavras · Segue Menos de 5
meses frases ordem simples sem gesto · palavras · Sem
Identifica partes do corpo gestos de
apontar
18 20–50 palavras · Início de ~200 palavras · Menos de 10
meses frases de 2 palavras · Usa Compreende frases de 2 palavras ·
'não' verbal componentes · Identifica Nenhuma frase
figuras em livros de 2 palavras ·
Sem apontar

4.2 Estimulação da Linguagem — O que Funciona

- Falar enquanto faz: narrar as atividades do cotidiano ('agora eu coloco o sapato vermelho no pé direito, o sapato vermelho...'). Quanto mais palavras a criança ouve em interação real, maior o vocabulário futuro (Hart & Risley, Harvard).
- Expansão: quando a criança diz uma proto-palavra ou frase incompleta, o adulto expande para uma frase completa ('água!' → 'você quer água? Pega a água!').
- Leitura diária compartilhada: apontar figuras, perguntar 'cadê o...?', deixar a criança virar páginas — livros cartonados com imagens grandes são ideais.
- Canções com gestos: 'Cabeça, ombro, joelho e pé', parlendas e músicas com ações — ativam linguagem, memória e coordenação motora simultaneamente.
- TELAS: ZERO antes dos 18 meses exceto videochamadas; de 18 a 24 meses apenas conteúdo de alta qualidade com cuidador presente (AAP/SBP 2023). Telas passivas não ensinam linguagem — a criança precisa de interação bidirecional.
- Leitura dialógica (dialogic reading): fazer perguntas sobre o livro ('o que o cachorro está fazendo?'), deixar a criança completar frases familiares, comentar ilustrações — 3x mais eficaz que leitura passiva (NICE/Harvard).

5. Alimentação (12-18 Meses)

Entre os 12 e os 18 meses ocorre a transição definitiva para a dieta da família, o desmame da mamadeira, a consolidação do uso do copo e o início da autonomia

alimentar com colher e garfo. É também o período de maior prevalência de neofobia e seletividade alimentar.



5.1 Dieta — O que Muda aos 12 Meses

Item Antes de 12 meses A partir de 12 meses

Leite de vaca integral Contraindicado como bebida Permitido – máximo 500 mL/dia; principal não substituir refeições sólidas

Sal Zero adicionado Mínimo possível; introduzir muito gradualmente a partir do sal da preparação

Açúcar Zero (manter até 24 meses Ainda ZERO até 24 meses –
– SBP/OMS) neurodesenvolvimento e microbioma

Mel Zero (botulismo) Permitido após 12 meses com moderação

Ovo inteiro Já pode desde os 6 m Sem restrições – fonte importante (introdução precoce de proteína e colina alérgenos)

Frutos do mar Já pode desde os 6–8 m Sem restrições – atenção ao tamanho/textura para evitar engasgo

Mamadeira Permitida Retirada gradual a partir dos 12 m · Concluída até os 18 m (SBP/AAP)

5.2 Retirada da Mamadeira — Como Fazer

A mamadeira prolongada (> 18 meses) está associada a anemia por ferro, cáries, maloclusão e dificuldade de alimentação sólida. Estratégias para a retirada gradual:

- Substituir a mamadeira do almoço por copo primeiro (semana 1-2), depois do jantar (semana 3-4), depois do lanche (semana 5-6), e por último a da noite/manhã.
- Tornar o copo atrativo: copo com personagem favorito, tampa diferente, palha colorida — a criança se empolga com a novidade.
- Não oferecer a mamadeira espontaneamente — só quando pedida, e então substituir gentilmente.
- Se a mamadeira noturna for a mais difícil: diluir progressivamente o leite com água ao longo de 2 semanas até ser só água — perde o atrativo.
- Não usar a mamadeira como conforto emocional (cansaço, birra) — reforça o vínculo afetivo com o objeto e dificulta a retirada.

5.3 Seletividade Alimentar e Neofobia — Manejo

A seletividade alimentar atinge pico entre 18 e 36 meses. Afeta 25-50% das crianças e é na grande maioria fisiológica e transitória. Sinais de alerta para seletividade

patológica: menos de 20 alimentos aceitos, recusa de grupos inteiros de alimentos, pânico/vômito ao ver comida nova, perda de peso.

- Exposição repetida sem pressão: oferecer o alimento rejeitado 10-15 vezes em diferentes formatos, sem forçar — a aceitação vem com o tempo.
- Divisão de responsabilidade (Ellyn Satter): pais decidem o quê, quando e onde; a criança decide se come e quanto come — reduz conflito e melhora ingestão a longo prazo.



- Não preparar pratos separados: a criança come o que a família come (adaptado em textura/tempero); cardápio exclusivo reforça a seletividade.
- Comer junto: o poder do modelo parental é imenso nesta idade — crianças imitam os adultos que admiram.
- Sem telas nas refeições: a distração com tela desconecta a criança dos sinais internos de fome e saciedade e piora a qualidade da refeição (SBP/AAP).

6. Sono (12-18 Meses)

Dos 12 aos 18 meses o sono total fica entre 11 e 14 horas. A principal transição desta fase é a mudança de 2 cochilos para 1 — processo gradual, com variação individual, que tipicamente ocorre entre 12 e 18 meses.

6.1 Transição para 1 Cochilo

Sinal Descrição

Pronto para a Resiste fortemente ao cochilo da manhã · Demora > 30 min para transição adormecer no cochilo · Dorme tarde demais no cochilo e não tem sono para a noite · Cochilo da manhã interfere no da tarde

NÃO está pronto Muito irritadiço sem o cochilo da manhã · Adormece no ainda carro/carrinho consistentemente · Sono noturno prejudicado quando pula o cochilo da manhã

Processo de Gradual ao longo de 4–8 semanas · Adiar progressivamente o transição cochilo da manhã em 15 min/dia · Horário do 1 cochilo consolidado: 12–13 h · Bebê mais irritável durante a transição – é temporário

6.2 Sono Noturno — Estrutura Recomendada

- Duração: 10–12 horas. Horário de dormir: 19–20 h (evitar muito tarde — a fadiga excessiva piora o adormecer).
- Rotina noturna: manter sequência consistente de 20–30 min (jantar → banho → pijama → livro → canção → berço).
- Berço ou cama com grade lateral: berço com grade removível posicionada em cama de adulto (bed-sharing) é opção, mas sem objetos soltos e verificando segurança.
- Autonomia para adormecer: habilidade mais importante para o sono saudável a longo prazo. Se a criança ainda depende de colo, mamar ou embalo para adormecer, os despertares noturnos serão frequentes e demandarão a mesma 'âncora'.
- Pesadelos vs. terror noturno: pesadelos ocorrem no sono REM (2.ª metade da noite), a criança acorda e se lembra; terror noturno ocorre no sono profundo (1.ª metade), a criança não acorda totalmente e não se recorda. Terror noturno: não acender luz, não sacudir, esperar passar (dura 5–15 min).

7. Vacinação — 12 a 18 Meses (SBP 2025/2026)

Este período concentra duas consultas vacinais importantes: os 15 meses (1.º reforço de DTPa + doses pendentes) e os 18 meses (2.º reforço de DTPa). Atenção especial: VOP completamente substituída por VIP desde novembro de 2024 (SBP/PNI 2025).



Calendário dos 15 Meses — Melhor Cobertura (SBP 2025/2026)

Vacina Doenças Protegidas Via / Dose

DTPa – Tríplice Acelular Difteria, Tétano, Coqueluche acelular IM – 1.º reforço (reação local menor que DTP)

VIP – Poliomielite Inativada Poliomielite – VOP (oral) suspensa IM – Reforço definitivamente pelo PNI desde novembro/2024; todos os reforços agora com VIP (SBP 2025/2026)

Hib – Haemophilus Meningite e epiglottite por Hib – 4.ª IM – 4.ª dose
influenzae b (4.ª dose) dose obrigatória quando esquema usa DTPa (SBP 2025/2026)

Hepatite A (2.ª dose) Hepatite A – intervalo mínimo de 6 IM – 2.ª dose meses após a 1.ª dose

Varicela (2.ª dose) Varicela-zóster – intervalo mínimo SC – 2.ª dose de 3 meses após a 1.ª dose

Meningocócica B (MenB) – Doença meningocócica sorogrupo B IM – Reforço Reforço

Influenza Influenza A e B – dose anual (1 IM – Dose anual dose se vacinado anteriormente)

Calendário dos 18 Meses — Melhor Cobertura (SBP 2025/2026)

Vacina Doenças Protegidas Via / Dose

DTPa – Tríplice Acelular Difteria, Tétano, Coqueluche acelular IM – 2.º reforço – 2.º reforço (entre 15 e 18 meses, conforme calendário SBP)

VIP – Poliomielite Inativada Poliomielite – reforço conforme IM – Reforço calendário. VOP NÃO MAIS USADA em nenhuma dose (SBP/PNI 2025)

COVID-19 COVID-19 – conforme IM – Conforme recomendações vigentes no esquema vigente momento da consulta; esquema

Vacina Doenças Protegidas Via / Dose

inicial e reforços dependem do histórico vacinal

Influenza Influenza A e B – dose anual IM – Dose anual

Comparativo: Rede Pública (PNI/SUS) × Rede Privada (SBP 2025/2026)



Vacina / Momento Rede Pública – SUS Rede Privada (SBP 2025/2026)
(gratuito)

DTPa (15 e 18 m) DTP (tríplice bacteriana DTPa (acelular) – menor reação inteira) – maior local e sistêmica · SBP prefere DTPa reatogenicidade local em todos os reforços

Poliomielite – VIP IM (VOP suspensa VIP IM – igual ao SUS; alinhado reforços desde nov/2024 – PNI atual) com SBP 2025/2026

Hib 4.^a dose Disponível no SUS quando Disponível – obrigatória quando esquema com DTP esquema DTPa (SBP 2025/2026)

HepA 2.^a dose Disponível no SUS (esquema Disponível · Verificar intervalo de 6 de 2 doses a partir de 2024) meses desde a 1.^a dose

Varicela 2.^a dose VORH monovalente SCRvz (tetavalente: disponível no SUS sarampo+caxumba+rubéola+varicela)
– 1 injeção para 4 proteções

MenB reforço (15 Não disponível no SUS Disponível em clínicas privadas – m) importante completar série

COVID-19 (18 m) Disponível para faixa etária Disponível – verificar recomendação conforme recomendação atualizada no momento da consulta vigente

8. Higiene Bucal – Continuidade (12-18 Meses)

Entre 12 e 18 meses surgem os primeiros molares (13-19 meses), que são os dentes com maior superfície e maior risco de cárie. É o momento de consolidar a rotina de higiene bucal, especialmente a escovação noturna.

- Creme dental com flúor 1000-1500 ppm: quantidade de arroz (0,1 g) até os 3 anos — não aumentar a quantidade porque a criança engole parte (SBP/CFO 2023).
- Frequência mínima: 2x ao dia, obrigatoriamente após a última refeição noturna e antes de dormir — a redução de saliva durante o sono é o principal fator de risco para cárie.
- Fio dental: introduzir quando dois dentes se tocam lateralmente — geralmente a partir dos 12-18 meses nos primeiros molares.
- Consulta odontológica: manutenção semestral a partir da erupção do primeiro dente. Não aguardar dor ou problema visível.
- Flúor sistêmico: NÃO indicado de rotina — a concentração de flúor no creme dental é suficiente. Suplementação oral só se indicada pelo dentista após avaliação da água local.
- Cárie de mamadeira: amamentar à noite após erupção dos dentes sem higiene bucal posterior é o principal fator de risco para cárie precoce da infância — higienizar após a mamada noturna ou substituir por água.

9. Prevenção de Acidentes – Criança em

Movimento Com marcha independente e corrida em desenvolvimento, a criança de 12-18 meses acessa ambientes, alcança superfícies e encontra riscos que não existiam quando engatinhava. A supervisão constante e a casa à prova de criança são as principais estratégias.



Risco Medidas de Prevenção

Quedas de escadas e Portão de segurança no alto E na base das escadas · Móveis superfícies elevadas com quinas protegidas · Janelas com trava de segurança (risco de queda a partir dos 18 m)

Afogamento – risco Supervisão visual constante em qualquer contato com água · máximo nesta fase Vasos sanitários com trava · Baldes esvaziados · Piscinas: cerca com portão autotrancante de 4 lados

Intoxicação – acesso Todos os medicamentos, produtos de limpeza e cosméticos em facilitado pela marcha armários com trava a 1,80 m do chão · Bolsas fora do alcance Plantas tóxicas removidas · CVS: 0800-722-6001

Queimaduras – alcança Portão de cozinha · Cabos de panela virados para dentro · fogão e ferro elétrico Copos com líquido quente fora do alcance · Ferro e modelado desligados e guardados · Protetor de tomada ABNT

Engasgo – novas Evitar uvas inteiras, cenoura crua, salsichas (cortar ao texturas e exploração comprido), amendoins, balas duras · Brinquedos sem peças < oral cm · Supervisão nas refeições

Trânsito e veículos Cadeira voltada para trás até 2 anos ou 13 kg (AAP) · Nunca no colo · Verificar instalação certificada · Nunca deixar sozinho no carro

Animais domésticos Nunca deixar sozinho com qualquer animal · Ensinar gentileza · Vacinar e vermifugar animais regularmente

10. O que Esperar das Consultas de 15 e 18 Meses

Avaliação 15 Meses 18 Meses

Crescimento e nutrição Peso, comprimento, IMC · Idem · Avaliar velocidade de Curvas OMS · Revisão de crescimento · Curva de peso suplementação · Avaliação de – risco de obesidade ingestão de ferro incipiente



Avaliação 15 Meses 18 Meses

Desenvolvimento Marcha consolidada? · Vocabulário (20–50 palavras) · neuropsicomotor Vocabulário (10–20 palavras) · Frases de 2 palavras · Corrida · Jogo simbólico · Empilha · Sobe escadas com apoio · cubos · Denver II ou Imita atividades domésticas equivalente

Rastreo TEA Observação clínica e sinais de M-CHAT-R/F – aplicação alerta · Preparar pais para M- formal · Encaminhamento se CHAT-R na próxima consulta risco moderado/alto · Não postergar sinais de alerta

Linguagem Número de palavras funcionais Frases de 2 palavras · · Gesto de apontar presente? · Vocabulário > 20 palavras? · Atenção compartilhada Compreensão · Encaminhar fonoaudiologia se atraso

Alimentação e saúde Transição alimentar · Retirada Mamadeira retirada? · bucal da mamadeira iniciada · Seletividade alimentar · Sem Revisão de higiene bucal · telas nas refeições · Higiene Seletividade bucal noturna

Vacinação DTPa reforço · VIP reforço · DTPa 2.º reforço · VIP reforço · Hib 4.ª · HepA 2.ª · Varicela 2.ª COVID-19 · Influenza · · MenB reforço · Influenza Revisão do calendário completo

Comportamento Birras – orientação aos pais · Birras no pico · Negativismo Disciplina positiva · Autonomia saudável · Rotinas · Limites · Limites consistentes

11. Próxima Consulta – 24 Meses

O 2.º aniversário é uma consulta ampla de avaliação de desenvolvimento. Prepare-se:

- Linguagem: espera-se vocabulário de 50+ palavras e frases de pelo menos 2 palavras. Encaminhar fonoaudiologia se vocabulário < 50 palavras ou sem frases de 2 palavras aos 24 meses.
- M-CHAT-R: se não foi aplicado aos 18 meses, aplicar na consulta dos 24 meses. Repetir se pontuação de médio risco.
- Vacinação dos 24 meses: MenACWY reforço (SBP recomenda dose adicional em alguns esquemas) · Influenza · Revisão do calendário completo · HPV em meninas a partir dos 9 anos.
- Desfralde: primeiros sinais de prontidão aparecem entre 18 e 24 meses — discutir readiness com os pais (controle esfinteriano, reconhecimento de molhar, capacidade de verbalizar).
- Telas: máximo 1 hora/dia de conteúdo de alta qualidade a partir dos 2 anos, com cuidador presente (AAP 2023).
- Sono: 1 cochilo consolidado · 11–14 h totais · Transição para cama de grades ou mini-cama entre 18 m e 3 anos (quando sai da cama).

Referências Bibliográficas

- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Calendário de Vacinação — Atualização



2025/2026. Departamentos Científicos de Imunizações e Infectologia, outubro de 2025. (Nota: VOP suspensa definitivamente pelo PNI desde novembro/2024.)

- SBP. Departamento Científico de Nutrologia. Alimentação Complementar Saudável. Manual de Orientação, 2023.
- SBP. Departamento de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Rastreamento do TEA — M-CHAT-R/F. 2022.
- SBP / Conselho Federal de Odontologia (CFO). Nota Técnica Conjunta sobre Saúde Bucal na Infância e uso de Flúor. 2023.
- SBIm — Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de Vacinação SBIm Criança. Atualização 2025.
- American Academy of Pediatrics (AAP). Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents. 4th ed. 2023.
- AAP. Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. Pediatrics, 2020.
- AAP. Guidance for Effective Discipline. Pediatrics, 2018; 142(6):e20183112.
- AAP Council on Communications and Media. Children and Adolescents and Digital Media. Pediatrics, 2023.
- AAP. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics, 2022.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social and Emotional Development in Early Childhood. PH40, 2023.
- Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones PrevInfad — Vigilancia del Desarrollo Psicomotor. 2022.
- Harvard Center on the Developing Child. The Science of Early Childhood Development: Closing the Gap Between What We Know and What We Do. 2023.
- Hart B, Risley TR. Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children. Brookes Publishing, 1995. (Replicado e expandido por Harvard, 2022.)
- Satter E. Child of Mine: Feeding with Love and Good Sense. Bull Publishing, 2000. (Evidência de longo prazo revisada pela AEP/AAP, 2023.)
- Robbins CL et al. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT-R/F): Validation Study. J Autism Dev Disord, 2014.
- Ministério da Saúde (BR). Calendário Nacional de Vacinação 2025. Brasília: MS, 2025.
- Lei Federal 13.010/2014 — Lei da Palmada (Proibição de Castigo Físico e Tratamento Cruel no Brasil).

Este documento é de uso educativo e não substitui a consulta médica individualizada.