



**Dr. José Roberto Stefani**

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

# ORIENTAÇÕES: 18 A 24 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 18 A 24

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

## 1. Desenvolvimento Esperado (18-24 Meses)

Os últimos seis meses do 2.º ano são marcados pela explosão de vocabulário, pelo pico das birras, pelo início do jogo simbólico complexo e pela consolidação da marcha. A criança está no centro de uma transição poderosa: de lactente para pré-escolar.



Domínio Marcos Esperados (18–24 m) Sinais que merecem atenção

Motor grosseiro Corre com boa coordenação (18 m) · Sobe Não corre aos 18 m · e desce escadas com apoio em duas mãos Queda constante sem (18–20 m) · Chuta bola com intenção · causa aparente · Marcha Salta com os dois pés juntos (22–24 m) · claramente assimétrica · Empurra e puxa objetos grandes Não sobe escadas aos 24 m

Motor fino Empilha 4–6 cubos (18 m) → 6–8 cubos Não empilha 4 cubos aos (24 m) · Rabisca com lápis grosso imitando 18 m · Sem rabisco movimentos circulares e lineares · Passa espontâneo aos 24 m · Não páginas de livro com habilidade · Usa colher com alguma colher e garfo com derramamento eficiência aos 24 m moderado · Encaixa formas simples

Linguagem 20–50 palavras (18 m) → 50–300 palavras Menos de 20 palavras aos (24 m) · Frases de 2 palavras (18 m) → 18 m · Sem frases de 2 frases de 2–3 palavras (24 m) · Pronomes palavras aos 24 m – (meu, mim) · Nomeia partes do corpo (6–8) encaminhar fonoaudiologia · Jargão praticamente desaparece aos 24 · Perda de linguagem em m qualquer momento = sinal vermelho · Nenhum estranho consegue compreender a criança aos 24 m

Social / Jogo paralelo (brinca ao lado de outra Ausência completa de jogo Cognitivo criança, não necessariamente com) · Jogo simbólico aos 24 m · Não simbólico complexo (alimenta, veste, 'cura' compreende sequência de a boneca) · Imitação diferida (imita algo 2 instruções · Indiferença que viu horas antes) · Compreende persistente a outras sequências de 2–3 instruções · Identifica crianças e adultos ~6 partes do corpo

Autonomia e Pico das birras (18–24 m) · 'Eu mesmo!' em Birras com autolesão grave comportamento tudo · Negativismo saudável · Início do · Rigidez extrema com desfralde (prontidão: 18–30 m) · comportamentos repetitivos

Domínio Marcos Esperados (18–24 m) Sinais que merecem atenção

Reconhece a si mesmo no espelho com incontroláveis · Ausência nome completa de birras (passividade extrema)

## 2. Linguagem — A Explosão de Vocabulário

Entre 18 e 24 meses a maioria das crianças experimenta a 'explosão de vocabulário': de cerca de 20–50 palavras aos 18 meses para 200–300 palavras aos 24 meses. Algumas crianças aprendem 5–10 novas palavras por dia neste período. O gatilho para a explosão é a compreensão de que tudo tem um nome — insight cognitivo que ocorre tipicamente entre 16 e 20 meses.



## 2.1 Marcos de Linguagem — 18 a 24 Meses

Idade Vocabulário Gramática e Compreensão Encaminhar (expressivo) sintaxe se

18 20–50 palavras · Proto-frases de 2 ~200 palavras · < 10 palavras meses Jargão com palavras elementos · 'Mais Instrução de 1 · Sem gesto reais leite', 'mamã não' passo · Identifica de apontar · partes do corpo Sem compreensão de 'não'

21 50–150 palavras · Frases de 2 Compreende < 20 palavras meses Menos jargão palavras regulares · perguntas simples · Sem Primeiros pronomes ('cadê o...?', 'o que combinação ('meu', 'mim') é isso?') de 2 palavras

24 200–300 palavras · Frases de 2–3 ~500 palavras · < 50 palavras meses Jargão ausente ou palavras · Verbos de Instrução de 2 · Sem frases raro ação · Preposições passos · de 2 palavras básicas Compreende · Discurso histórias simples ininteligível para estranhos

## 2.2 Estratégias de Estimulação de Linguagem — 18 a 24 Meses

- Leitura dialógica diária: fazer perguntas abertas sobre o livro ('o que aconteceu aqui?', 'como o cachorro está se sentindo?'), comentar ilustrações, deixar a criança completar frases familiares — 3x mais eficaz que leitura passiva (NICE NG/227, Harvard).
- Expansão e extensão: criança diz 'cachorro corre' → adulto expande 'é! o cachorro corre rápido lá fora' e estende com nova informação. Este padrão acelera a aquisição gramatical (Tomasello).
- Falar para, não com: narrar em voz alta as ações da criança ('você está colocando o bloco azul em cima do vermelho!') e as do adulto — quantidade de input linguístico é preditor independente do vocabulário futuro.
- Canções com lacunas: cantar músicas conhecidas e pausar esperando que a criança complete ('a barata diz que tem...'). Ativa memória fonológica e antecipação.
- Evitar 'baby talk' excessivo: falar com clareza e vocabulário rico (não simplificado); a criança aprende palavras que ouve, não as que 'deveria' ouvir.
- ZERO telas passivas até 24 meses (AAP/SBP): telas não ensinam linguagem nessa faixa etária — a criança precisa de interação humana bidirecional para aprender palavras.

## 2.3 Bilinguismo — Orientações aos Pais

Crianças expostas a dois idiomas desde o nascimento adquirem ambos normalmente, sem confusão permanente e sem atraso clinicamente significativo. O que observar:

- Vocabulário total (soma dos dois idiomas): o critério de avaliação em crianças



bilíngues é o vocabulário combinado dos dois idiomas — uma criança com 15 palavras em português e 15 em inglês tem 30 palavras totais (meta: 50 aos 24 meses é o vocabulário combinado).

- Estratégia recomendada: 'uma pessoa, um idioma' — consistência expõe a criança a modelos fluentes em cada língua.
- Code-switching (mistura): completamente normal até os 3 anos. Não corrigir — é sinal de que o cérebro está processando dois sistemas.
- Encaminhar fonoaudiologia: se vocabulário combinado < 50 palavras aos 24 meses, ou ausência de frases de 2 palavras em qualquer idioma.

### 3. Rastreio de TEA — M-CHAT-R/F (18-24 Meses)

O M-CHAT-R/F deve ser aplicado entre 16 e 30 meses. Se não foi realizado aos 18 meses, aplicar obrigatoriamente na consulta dos 24 meses. A detecção antes dos 2 anos e intervenção precoce produzem os melhores resultados em habilidades de linguagem, social e adaptativa (SBP/AAP).

#### 3.1 Sinais de Alerta Específicos — 18 a 24 Meses

Sinal de Alerta Como Identificar na Consulta e em Casa

Sem frases de 2 palavras A criança não combina 2 palavras espontaneamente – aos 24 meses frases prontas (jingles, falas de vídeos) não contam como frases funcionais

Ausência de jogo simbólico Não alimenta a boneca, não imita falar ao telefone, não aos 18 meses objetos para 'fazer de conta'

Ecolalia funcional excessiva Repetição de frases ou comerciais completos no lugar linguagem espontânea – pode ser sinal de desenvolvimento atípico se exclusiva

Indiferença a outras Em ambiente coletivo, não demonstra interesse em outras crianças crianças, não imita, não sorri em resposta a sorrisos

Sinal de Alerta Como Identificar na Consulta e em Casa

Rituais e inflexibilidade Pânico desproporcionado com mínimas mudanças de rotina, extremos percurso ou disposição de objetos · Alinhamento obsessivo e repetitivo

Sensibilidades sensoriais Reação intensa a sons comuns (aspirador, liquidificador marcantes texturas de alimentos ou roupas, luz – além do esperado para a faixa etária

Regressão de habilidades Perda de palavras previamente adquiridas, de jogo social de habilidades motoras em qualquer momento = encaminhamento imediato

#### 3.2 M-CHAT-R/F — Resultados e Conduta

- 0–2 pontos (baixo risco): continuar acompanhamento de rotina. Repetir na próxima consulta se houver preocupações dos pais.
- 3–7 pontos (médio risco): aplicar a entrevista de seguimento (follow-up). Se confirmado risco → encaminhar para avaliação diagnóstica multidisciplinar.



- 8-20 pontos (alto risco): encaminhar imediatamente — não aguardar a confirmação da entrevista de seguimento.
- Qualquer regressão de habilidades: encaminhar independentemente da pontuação do M-CHAT-R.
- Avaliação diagnóstica: neuropediatria + psicologia + fonoaudiologia. Não há exame de sangue ou imagem para diagnosticar TEA — é diagnóstico clínico.
- Intervenção: iniciar terapia (ABA, ESDM, DIR/Floortime, fonoaudiologia) mesmo antes do diagnóstico formal se houver sinais de alerta — não aguardar laudo para começar.

## 4. Comportamento — Pico das Birras e Autonomia

Os 18-24 meses representam o pico das birras na infância — fenômeno universal, culturalmente presente em todas as sociedades humanas estudadas. Neste período, a criança descobriu que é uma pessoa separada dos pais (indivuação), tem desejos próprios intensos e capacidade de linguagem ainda insuficiente para expressá-los. O resultado é a birra.

### 4.1 Protocolo para Birras — O que a Neurociência Recomenda

Fase 0 que acontece Resposta eficaz dos pais

Prevenção A maioria das birras tem Antecipar e preparar: 'daqui a 5 minutos gatilhos previsíveis: cansaço, vamos guardar os brinquedos' · Rotinas fome, transição abrupta, 'não' previsíveis · Oferecer escolhas dentro de limites seguros

Início da Ativação do sistema límbico · Ficar calmo (a reatividade do adulto birra A criança perde acesso ao amplifica a birra) · Garantir segurança córtex pré-frontal · Lógica não física · Nomear a emoção: 'você está com funciona

Fase 0 que acontece Resposta eficaz dos pais

raiva porque não pode ficar mais no parque'

Pico da birra Choro intenso, se joga no Presença tranquila e silenciosa · Não chão, pode bater, morder recompensar (ceder ao que a criança quer mantém a birra como estratégia eficaz) ·

Não punir fisicamente (ineficaz e prejudicial  
– Lei 13.010/2014)

Resolução A birra tem duração limitada · Oferecer reconexão e acolhimento pós- O sistema nervoso se birra: abraço, colo, frase simples ('passou, autorregula eu estou aqui') – sem 'lição de moral' imediata

Aprendizado Cada birra bem manejada Após acalmar: 'você ficou com raiva ensina a criança a identificar e porque queria ficar mais. Entendo. Quando nomear emoções falarmos sobre isso você pode dizer: eu quero mais tempo'



## 4.2 Sono e Birras — A Fadiga como Amplificador

Criança que não dorme bem fica com limiar de frustração reduzido e birras mais frequentes e intensas. Verificar sempre: sono adequado (11–14 h/dia), cochilo regular, horário de dormir não muito tarde (> 20 h aumenta cortisol e piora o sono).

## 4.3 Jogo e Interação Social — Desenvolvimento Normal

- Jogo paralelo: aos 18–24 meses a criança brinca ao lado de outras crianças, não com elas — isso é normal e esperado. Jogo cooperativo começa a aparecer a partir dos 2,5–3 anos.
- Jogo simbólico: alimentar boneca, colocar bebê para dormir, 'fazer de conta' com objetos reais e depois com substitutos (uma banana como telefone) — fundamental para desenvolvimento cognitivo, linguístico e emocional.
- Conflitos por brinquedo: completamente normal e frequente — ensinar 'dar a vez' e 'pedir emprestado' com linguagem simples ('agora é a vez da Maria, daqui a pouco é sua vez de novo').
- Criança única x com irmãos ou em creche: ambas as configurações têm vantagens para o desenvolvimento. Socialização em grupos pequenos (< 5 crianças) antes dos 2 anos pode ser desafiadora — não forçar interação.

## 5. Desfralde — Prontidão e Como Iniciar

O desfralde é uma conquista de desenvolvimento — não um treinamento imposto. A prontidão fisiológica e emocional é o único preditor de sucesso. Iniciar antes da prontidão gera conflito, frustração e atrasos. A maioria das crianças está pronta entre 24 e 36 meses, mas a variação normal se estende até os 4 anos (AAP).

### 5.1 Sinais de Prontidão para o Desfralde

Domínio Sinais de Prontidão NÃO é indicador de prontidão

Fisiológico Período seco de pelo menos 2 Idade cronológica isoladamente ·  
horas · Acorda seco da sesta · Interesse dos pais · Pressão da  
Evacuações regulares e previsíveis creche

Cognitivo Compreende e segue instruções de  
2 passos · Associa fralda molhada  
com desconforto · Conhece  
vocabulário de 'xixi' e 'cocô'

Motor Conseguir abaixar e levantar as  
calças sozinho ou com pouca ajuda  
· Conseguir sentar no penico com  
estabilidade

Emocional / Demonstra interesse no processo · Início por pressão social ·  
Social Avisa (antes ou depois) que fez Vergonha ou punição como  
xixi/cocô · Imita adultos ou crianças motivadores  
mais velhas indo ao banheiro



## 5.2 Como Iniciar — Protocolo em Etapas

- Etapa 1 — Familiarização (antes de tirar a fralda): apresentar o penico como objeto do cotidiano · sentar com roupa por alguns minutos sem pressão · livros e músicas sobre o assunto · nunca forçar a sentar.
- Etapa 2 — Transição de fralda para calcinha/cueca: escolher um período de 3-5 dias sem viagens, visitas ou eventos estressantes · calcinha/cueca com a criança acordada em casa · penico acessível em vários cômodos.
- Etapa 3 — Rotina do penico: oferecer o penico em momentos previsíveis (ao acordar, antes e após as refeições, antes de sair de casa) · celebrar sucesso sem dramatizar acidentes ('molhou, tudo bem, vamos trocar e tentar de novo').
- Etapa 4 — Noite: controle noturno vem depois do diurno, em meses a anos. Fralda noturna pode permanecer até os 4-5 anos sem ser sinal de problema. Não retirar a fralda noturna antes do bebê acordar seco consistentemente por 2+ semanas.
- Acidentes são normais: esperar 3+ meses de acidentes ocasionais após a transição. Regressão (retrocesso no desfralde) é comum em situações de estresse (novo bebê, mudança, início da creche).
- Quando encaminhar: sem controle diurno aos 4 anos · enurese noturna além dos 6 anos (meninos) / 5 anos (meninas) · regressão persistente após período de controle estabelecido.

## 6. Alimentação (18-24 Meses)

---

Entre 18 e 24 meses a criança está plenamente integrada à dieta da família. A velocidade de crescimento desacelera em relação ao 1.º ano, o que reduz naturalmente o apetite — fenômeno fisiológico que muitos pais interpretam equivocadamente como problema alimentar.

### 6.1 Por que a Criança 'Come Menos' nesta Fase

Nos primeiros 12 meses o bebê triplica o peso de nascimento. Dos 12 aos 24 meses o ganho esperado é de apenas 2-3 kg. A criança come menos porque precisa de menos — não porque está doente ou com aversão alimentar. Sinal de que a ingestão está adequada: crescimento seguindo o canal de crescimento nas curvas OMS.



## 6.2 Estrutura de Refeições — 18 a 24 Meses

Refeição Composição recomendada Quantidade orientativa

Café da Fruta + cereal integral (aveia, pão 1 porção pequena de cada manhã integral) + proteína (ovo, iogurte, queijo grupo – respeitar saciedade fresco)

Almoço Prato colorido: arroz ou batata + feijão ou  $\frac{1}{2}$  prato adulto pequeno – lentilha + proteína animal + 2 vegetais de não forçar além da saciedade cores diferentes

Lanche da Fruta fresca + laticínio (iogurte natural Pequeno · evitar biscoitos e tarde integral, queijo, leite) ultraprocessados

Jantar Similar ao almoço com variação de Idem ao almoço proteínas e vegetais · Sopa espessa com legumes e proteína é ótima opção noturna

Leite Leite integral de vaca (máx 500 mL/dia) Não substituir refeições ou leite materno (sem restrição de sólidas por leite · copo, nunca quantidade) mamadeira

## 6.3 Açúcar — Zero até 24 Meses e Mínimo depois

A recomendação da SBP e da OMS é ZERO açúcar livre até os 24 meses. Após os 2 anos, a AAP e a OMS recomendam máximo 25 g de açúcar livre/dia (equivalente a ~6 colheres de chá) — e a SBP orienta adiamento máximo possível. Por quê:

- Microbioma: o açúcar nos primeiros 2 anos altera permanentemente a composição do microbioma intestinal com impacto em imunidade, metabolismo e saúde mental (Harvard Chan School, 2023).
- Paladar: a exposição ao açúcar nos primeiros anos aumenta a preferência por doce de forma duradoura, aumentando risco de obesidade, diabetes tipo 2 e cáries.
- Cérebro: açúcar ativa o sistema de recompensa dopaminérgico de forma semelhante a substâncias de dependência — quanto mais tarde a exposição, menor o risco de padrão compulsivo.
- Fontes ocultas: iogurtes 'de criança', biscoitos 'para bebês', sucos de caixinha, cereais matinais — ler rótulos e preferir versões sem adição de açúcar.



## 6.4 Suplementação — O que Manter e O que Revisar

Suplemento Recomendação dos 18 aos 24 meses Fonte  
Vitamina D3 Manter 400–600 UI/dia até que a dieta SBP/AAP – dieta cubra a necessidade (difícil antes dos 3–4 raramente suficiente em anos na maioria dos casos) crianças pequenas no Brasil urbano  
Ferro Manter se dieta pobre em ferro heme ou se SBP – reavaliar após anemia confirmada · Suspende se hemograma entre 9–12 m hemograma normal e dieta rica em carnes e repetir se necessário  
Ômega-3 Considerar se dieta pobre em peixe AAP/Harvard – não (DHA) gorduroso (< 2 porções/semana) – obrigatório se dieta mielinização em andamento até os 3 anos adequada  
Multivitamínicos NÃO indicados de rotina – risco de SBP – apenas sob hipervitaminose A e toxicidade por ferro se prescrição médica após formulações inadequadas avaliação nutricional

## 7. Sono (18-24 Meses)

Dos 18 aos 24 meses o sono total fica entre 11 e 14 horas. A maioria das crianças já fez a transição para 1 cochilo diurno de 1-2 horas. O desafio predominante desta fase é a resistência ao adormecer — a criança em desenvolvimento cognitivo tem medo de perder coisas enquanto dorme.

### 7.1 Estrutura do Sono — 18 a 24 Meses

Parâmetro Valores Esperados Observação  
Sono noturno 10–12 horas Horário ideal: 19–20 h. Horário tardio (> 21 h) está associado a pior qualidade do sono e maior tempo para adormecer  
Cochilo diurno 1 cochilo · 1–2 horas · Crianças que resistem ao cochilo ainda Entre 12 e 14 h precisam dele – energia alta não significa ausência de sonolência  
Sono total 11–14 horas/dia Abaixo de 10 h/dia associado a maior irritabilidade, pior regulação emocional e dificuldade de aprendizado (NICE, Harvard)  
Despertares 0–1 por noite esperado 2+ despertares com necessidade de noturnos intervenção do adulto sugerem associação de sono – revisar hábitos de adormecer

### 7.2 Resistência ao Adormecer — Manejo

A resistência ao adormecer entre 18 e 24 meses tem duas causas principais: (1) separação — a criança teme ficar longe dos pais; (2) 'FOMO' cognitivo — o cérebro em desenvolvimento se recusa a 'desligar'. Estratégias:

- Rotina noturna firme e previsível: 20–30 min de sequência imutável (banho → pijama → escovação → livro → música → berço). A previsibilidade reduz a ansiedade de separação.



- Estratégia da 'passagem': combinar com a criança um número de 'idas ao quarto' permitidas após a hora de dormir (1 ou 2, com intervalo) — estrutura o comportamento e reduz a escalada.
- Objeto de apego: fralda de pano, pelúcia pequena, pijama do pai/mãe — objeto transicional que representa o cuidador na ausência dele.
- Não criar nova associação de sono: voltar a dar colo ou mamar para adormecer às 22 h significa reforçar a associação — a criança vai acordar pedindo a mesma 'âncora' às 2 h.
- Terror noturno: pico entre 18 m e 5 anos · Ocorre nas primeiras horas do sono · Criança grita, não acorda, não se lembra · Não acender luz, não sacudir, não pegar no colo — aguardar em silêncio (5–20 min). Se > 2×/semana ou com duração > 30 min, discutir com pediatra.

## 8. Vacinação — 18 a 24 Meses (SBP 2025/2026)

A consulta dos 24 meses marca o encerramento do calendário vacinal intensivo do 1.º e 2.º anos de vida. A partir daí, as vacinas tornam-se anuais (influenza) ou em intervalos de anos (reforços). É o momento de revisar o calendário completo e garantir que não há doses em aberto.

Calendário dos 24 Meses — Revisão e Doses Pendentes (SBP 2025/2026)

Vacina Situação aos 24 meses Via / Dose

Influenza Dose anual – aplicar todo ano antes IM – Dose anual do outono/inverno (março–maio)

COVID-19 Verificar esquema vacinal completo IM – Conforme conforme recomendações vigentes esquema vigente no momento da consulta · Reforços conforme histórico

Varicela (2.ª dose) Se não aplicada aos 15 meses, SC – 2.ª dose (se aplicar agora – intervalo mínimo de pendente) 3 meses após a 1.ª dose

HepA (2.ª dose) Se não aplicada aos 15 meses, IM – 2.ª dose (se aplicar agora – intervalo mínimo de pendente) 6 meses após a 1.ª dose

Febre Amarela Se não aplicada aos 9–12 meses e SC – 1.ª dose (se indicada pela região/viagem, aplicar pendente ou agora · Dose única confere proteção indicada) por toda a vida (OMS 2016)

MenACWY conjugada Verificar se reforço dos 12 m foi IM – Revisar realizado · Próximo reforço em calendário adolescência (11–12 anos)



Vacina Situação aos 24 meses Via / Dose  
Revisão geral do calendário Verificar todas as doses do 1.º e 2.º Completar qualq  
anos: BCG, HepB série, dose em aberto  
Pentavalente/Hexavalente série, PCV  
série+reforço, Rotavírus série,  
MenACWY série, MenB  
série+reforço, SCR 2 doses, DTPa  
reforços, VIP reforços, HepA 2 doses,  
Varicela 2 doses

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

Vacina / Situação Rede Pública – SUS Rede Privada (SBP 2025/2026)  
(gratuito)  
Influenza (anual) Disponível na campanha Disponível o ano todo · Flexibilidade  
anual de vacinação (1.º de timing  
semestre)  
COVID-19 Disponível conforme Disponível – verificar atualização no  
esquema vigente no PNI momento da consulta  
Varicela e HepA Disponíveis no SUS SCRvz tetravalente disponível: 1  
(esquema 2 doses a partir de injeção para  
2022–2024) sarampo+caxumba+rubéola+varicela  
Febre Amarela Disponível no SUS para Disponível para todas as crianças  
áreas endêmicas e em clínicas privadas  
campanhas  
MenB – série Não disponível no SUS Verificar série completa: doses aos  
completa 3, 5, 12 e 15 meses · Completar se  
doses em aberto  
Dengue (Qdenga) Disponível no SUS a partir Disponível em clínicas privadas · 2  
dos 6 anos (campanha 2024– doses com intervalo de 3 meses · A  
2025) partir dos 4 anos

## 9. Telas e Tecnologia – Recomendações

Atualizadas (AAP 2023 / SBP) O 2.º aniversário marca a transição das recomendações de 'zero telas' para 'telas com critério'. A transição deve ser gradual e supervisionada — não uma 'liberação' repentina.

Faixa etária Recomendação AAP/SBP 2023 Justificativa  
< 18 meses Zero telas – exceto videochamadas com Não há benefício documentado  
familiares e há custo no desenvolvimento  
de linguagem e atenção



#### Faixa etária Recomendação AAP/SBP 2023 Justificativa

18–24 Apenas conteúdo de alta qualidade (ex: A criança nesta faixa só meses Vila Sésamo) com cuidador presente – aprende com tela se o cuidador máximo 30 min/dia nomeia, comenta e conecta ao mundo real (AAP)

2–5 anos Máximo 1 hora/dia de conteúdo curado · Cérebro em pleno Sem telas 1 hora antes de dormir · desenvolvimento de atenção, Cuidador presente ou próximo linguagem e autorregulação – telas passivas competem com atividades estruturantes

### 9.1 Práticas que Aumentam o Risco — Evitar

- Tela como babá: criança sozinha com tela por mais de 15–20 min sem interação do adulto — ausência de mediação elimina o benefício educativo.
- Tela nas refeições: dessincroniza os sinais de fome e saciedade, piora a ingestão alimentar e reduz o tempo de interação verbal — associada a maior risco de obesidade (AAP/Harvard).
- Tela no quarto do bebê: associada a sono mais curto e pior qualidade do sono — retirar todos os dispositivos do quarto.
- Telas antes de dormir: luz azul suprime melatonina e atrasa o início do sono mesmo em pequenas exposições — suspender 1 hora antes de dormir.
- Conteúdo acelerado ('fast-paced'): programas com cenas que mudam em < 3 segundos sobrecarregam o sistema de atenção e estão associados a dificuldades de concentração (AAP).

## 10. Higiene Bucal — Consolidação da Rotina

Aos 24 meses a maioria das crianças está com 16–20 dentes, incluindo os primeiros e segundos molares primários. A dentição de leite estará completa (~20 dentes) por volta dos 2,5–3 anos. Cárie precoce da infância é a doença crônica mais prevalente em crianças — e amplamente prevenível.

- Creme dental: 1000–1500 ppm de flúor · quantidade de ervilha (0,3–0,5 g) a partir dos 3 anos; até lá, quantidade de arroz (0,1 g) (SBP/CFO 2023).
- Frequência: MÍNIMO 2× ao dia — ao acordar e obrigatoriamente após a última refeição noturna e antes de dormir. Escovação noturna é a mais crítica.
- Técnica: escova de cerdas macias, movimentos circulares suaves. O adulto deve escovar — a criança ainda não tem coordenação para uma higiene eficaz sozinha. A criança faz 'a brincadeira de escovar' e o adulto conclui a escovação.
- Fio dental: diariamente nos dentes que se tocam (molares). A maioria das crianças nesta faixa já tem os primeiros molares em contato.
- Açúcar e cárie: cárie é uma doença infecciosa e de estilo de vida — a principal causa de cárie precoce é a exposição frequente a açúcar + biofilme não removido. Zero açúcar até 24 meses e higiene noturna rigorosa são as melhores prevenções.
- Consulta semestral com dentista: manutenção preventiva a partir do primeiro dente. O dentista avalia cárie incipiente, maloclusão e aplica flúor/selante quando indicado.



## 11. O que Esperar da Consulta dos 24 Meses

Avaliação 0 que o pediatra verifica

Crescimento e nutrição Peso, estatura, IMC · Curvas OMS · Velocidade de crescimento

Revisão de suplementação · Ingestão de açúcar, sódio, ultraprocessados

Desenvolvimento Vocabulário 50–300 palavras · Frases de 2–3 palavras · Jogo neuropsicomotor simbólico · Motor fino (empilha 6+ cubos, rabisco) · Motor grosseiro (corre, sobe escadas)

Rastreamento TEA (M-CHAT- Aplicação formal se não realizada ainda · Revisão de sinais R/F) alerta · Encaminhamento se necessário

Linguagem e Contagem de vocabulário · Qualidade das frases · Inteligibilidade comunicação · Encaminhamento fonoaudiológico se indicado

Comportamento Birras – manejo parental · Limites · Sono · Telas · Desfralde (prontidão?)

Alimentação e saúde Seletividade · Zero açúcar · Sem mamadeira · Telas nas bucal refeições · Higiene bucal · Visita ao dentista

Vacinação Revisão do calendário completo · Influenza · COVID-19 · Doses pendentes · Dengue (a partir dos 4–6 anos)

Orientações de Piscina (cerca 4 lados) · Portões de escada · Intoxicação · segurança Trânsito · Telas · Prevenção de afogamento

## 12. Próxima Consulta — 3 Anos (e Anualmente)

A partir dos 2 anos, a frequência das consultas de puericultura passa para anual (SBP/AAP), exceto situações que demandem acompanhamento mais próximo. A consulta dos 3 anos avalia:

- Linguagem: frases de 3–4 palavras, inteligível para estranhos em > 75% do tempo, vocabulário 300–1000 palavras. Encaminhar fonoaudiologia se < 75% inteligível para estranhos.
- Desenvolvimento: identifica cores, formas e números básicos · Jogo cooperativo incipiente · Vestir-se com assistência mínima · Saltar em 1 pé (início).
- Desfralde: controle diurno esperado; noturno pode estar em transição até os 4–5 anos.
- Vacinação dos 4–6 anos: DTPa 2.<sup>o</sup> reforço · VIP reforço (todos com VIP — SBP 2025/2026) · SCR reforço (se não feito) · Influenza anual.
- M-CHAT-R revisão: se não completamente normal na última aplicação, revisar e completar diagnóstico.
- Telas: máximo 1 hora/dia de conteúdo de qualidade com cuidador presente (AAP 2023).
- Saúde bucal: dentição primária completa · Avaliar maloclusão · Selante de fóssulas e fissuras nos molares.

### Referências Bibliográficas

- Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Calendário de Vacinação — Atualização 2025/2026. Departamentos Científicos de Imunizações e Infectologia, outubro de 2025.
- SBP. Departamento Científico de Nutrologia. Alimentação Complementar Saudável. Manual de Orientação, 2023. (Nota: ZERO açúcar livre até 24 meses — OMS/SBP.)
- 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 Council on Communications and Media. Children and Adolescents and Digital Media. Pediatrics, 2023.
- AAP. Identification and Evaluation of Children with Autism Spectrum Disorders. Pediatrics, 2020.
- AAP. Guidance for Effective Discipline. Pediatrics, 2018; 142(6):e20183112.
- AAP Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Toilet Training Guidelines. Pediatrics, 2023.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Social and Emotional Development in Early Childhood. PH40, 2023.
- NICE. Speech, Language and Communication Development in Under 5s. NG 227, 2023.
- Asociación Española de Pediatría (AEP). Recomendaciones sobre Alimentación en la Primera Infancia. 2023.
- Harvard Chan School of Public Health. Sugar, the Brain and Early Childhood Development. 2023.
- Harvard Center on the Developing Child. Serve and Return Interaction Shapes Brain Circuitry. 2023.
- Robbins CL et al. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT-R/F): Validation. J Autism Dev Disord, 2014.
- Satter E. Child of Mine: Feeding with Love and Good Sense. Bull Publishing; revisado AAP/AEP, 2023.
- Tomasello M. The Cultural Origins of Human Cognition. Harvard University Press,

## **2000. (Revisão e replicação — Harvard 2022.)**

---

- Ministério da Saúde (BR). Calendário Nacional de Vacinação 2025. Brasília: MS, 2025.
- Lei Federal 13.010/2014 — Lei da Palmada (Proibição de Castigo Físico no Brasil).
- ANVISA. Qdenga (dengue) — aprovação e incorporação ao PNI. 2023.

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