

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA

SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO



33

Brasília – DF  
2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica

# **SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

Cadernos de Atenção Básica, nº 33

Brasília – DF  
2012

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 50.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações*

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium, bloco II, subsolo  
CEP: 70070-600 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-9090 / 3315-9044  
Site: [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)  
E-mail: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)

*Editor geral*

Hêider Aurélio Pinto

*Coordenação técnica geral*

Aristides Vitorino de Oliveira Neto  
Elsa Regina Justo Giugliani  
Patrícia Sampaio Chueiri  
Paulo Vicente Bonilha Almeida

*Colaboradores*

Agda Henk  
Aline Gerlach  
Ana Cristina Capellari  
Ana Lúcia da Costa Maciel  
Ananyr Porto Fajardo  
Ana Rita Novaes  
André Klafke de Lima  
Angelo Giovanni Rodrigues  
Camila Guedes Henn  
Caren Bavaresco  
Carla Berger  
Carmem De Simoni  
Celso Gutfreind  
Charleni Inês Scherer  
Cintia Furcht  
Cláudia Prazz  
Elíneide Camillo  
Élem Cristina Cruz Sampaio  
Elisabeth Susana Wartchow  
Elsa Regina Justo Giugliani  
Gisele Bortolini  
Helvo Slomp Jr  
Ídiana Luvison  
Iracema Benevides  
Janilce Guedes de Lima  
Jaqueline Misturini  
Karla Livi  
Lena Azeredo de Lima

Letícia Wolff Garcez  
Lisiane Devinar Perico  
Lúcia Takimi  
Marcos Antonio Trajano  
Margaret Ivanir Schneider  
Maria Amália Vidal  
Maria de Lurdes Magalhães  
Maristela C. Tamborindeguy França  
Maria Lucia Medeiros Lenz  
Michael Yari  
Nina Tereza Brina  
Paulo Vicente Bonilha Almeida  
Paulynne Cavalcanti  
Reinaldo Mota  
Ricardo Ghelman  
Rosmêre Lasta  
Rui Flores  
Simone Bertoni  
Sílvia Maria Franco Freire

*Coordenação editorial*

Antônio Sérgio de Freitas Ferreira  
Marco Aurélio Santana da Silva

*Revisão técnica geral*

Fernanda Ramos Monteiro;  
Ivana Drummond Cordeiro;  
Ione Maria Fonseca de Melo;  
Jussara Pereira de Oliveira  
Lysiane de Medeiros  
Marcello Dala Bernardina Dalla  
Patrícia Sampaio Chueiri

*Normalização*

Marjorie Fernandes Gonçalves – MS

*Editora MS*

Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: [www.saude.gov.br/editora](http://www.saude.gov.br/editora)  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Revisão: Paulo Henrique de Castro e Faria  
Normalização: Cláudio Oliveira  
Diagramação e arte-final: Kátia Barbosa de Oliveira  
Supervisão técnica: Mara Soares Pamplona  
Marcia Medrado Abrantes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n° 33)

ISBN 978-85-334-1970-4

1. Atenção Básica. 2. Atenção à Saúde. 3. Saúde da Criança. 4. Promoção da Saúde. I. Título. II. Série

CDU 614-053.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0247

*Títulos para indexação*

Em inglês: Child health: growth and development

Em espanhol: Salud infantil: crecimiento y desarrollo

# Acompanhamento do Desenvolvimento

8

O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (RAPPAPORT, 1981) [D].

Costuma-se falar em desenvolvimento de forma distinta entre desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, como uma forma de facilitar o estudo do desenvolvimento humano. Mas cabe apontar que tais aspectos estão interligados e influenciam-se mutuamente durante a vida do indivíduo (BRASIL, 2002) [D].

Na estrutura fisiológica humana, o que é inato não é suficiente para produzir um indivíduo sem a participação do meio ambiente. Tudo em um ser humano (suas características, seus modos de agir, pensar, sentir, seus valores, etc.) depende da sua interação com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade.

A interação da criança com os membros de sua família e com a sua rede social de proteção assegura a sua sobrevivência e a sua relação com o mundo, contribuindo para o seu desenvolvimento psicossocial. Na sua relação com os adultos, ela assimila habilidades que foram construídas pela história social ao longo do tempo, tais como as habilidades de sentar, andar, falar, controlar os esfíncteres etc.

Durante os dois primeiros anos, um aspecto importantíssimo do seu desenvolvimento é o desenvolvimento afetivo, caracterizado no apego, que é o vínculo afetivo básico.

A criança estabelece o vínculo com as pessoas que interagem com ela de forma privilegiada, com características de condutas, representações mentais e sentimentos.

Nos anos pré-escolares, diferentes dimensões e estilos paternos têm efeitos sobre diferentes aspectos do desenvolvimento social e das personalidades das crianças: autoestima, desenvolvimento moral, conduta pró-social, autocontrole etc. Além da família, não podemos nos esquecer da escola, que se transforma rapidamente em um importante contexto de socialização, que se encarrega, principalmente, da transmissão do saber organizado, que é o produto do desenvolvimento cultural.

## 8.1 Acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil

122

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (BARROS, 2008) [D].

A criança deve atravessar cada estágio segundo uma sequência regular, ou seja, os estágios de desenvolvimento cognitivo são sequenciais. Se a criança não for estimulada ou motivada no devido momento, ela não conseguirá superar o atraso do seu desenvolvimento. Afinal, o desenvolvimento infantil se dá à medida que a criança vai crescendo e vai se desenvolvendo de acordo com os meios onde vive e os estímulos deles recebido.

A identificação de problemas (tais como: atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros) é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003) [D]. Portanto, são de relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitivas nas consultas de supervisão de saúde (DRACHLER; LEITE apud DUNCAN et al., 2004; FLAVELL, 1996; AMERICAN..., 2008; INSTITUTE..., 2007; U.S. PREVENTIVE..., 2006) [D].

As avaliações do desenvolvimento infantil devem sempre levar em consideração as informações e opiniões dos pais e da escola sobre a criança (FLAVELL, 1996; OPAS, 2005) [D]. Recomenda-se procurar ouvir, informar e discutir assuntos que dizem respeito às habilidades desenvolvidas e à maneira como a criança as explora, relacionando-as aos riscos de lesões não intencionais e às medidas para a sua prevenção (BARROS, 2008) [D].

O quadro, a seguir, descreve aspectos do desenvolvimento das crianças menores de 10 anos.

**Quadro 10 – Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos**

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	<p>Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.</p> <p>Reflexos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês.</li> <li>• Preensão dos artelhos: desaparece até o 11º mês.</li> <li>• Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica.</li> <li>• Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês.</li> <li>• Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com conseqüente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.</li> </ul>
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	<p>Entre 2 e 3 meses: sorriso social.</p> <p>Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros.</p> <p>Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).</p>
4 meses	<p>Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos.</p> <p>Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.</p> <p>Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.</p>
6 meses	<p>Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de “permanência do objeto”.*</p> <p>A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio.</p> <p>Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha.</p> <p>Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.</p>
9 meses	<p>Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio.</p> <p>Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.</p>
12 meses	<p>Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho.</p> <p>Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.</p>

continua

Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	<p>Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus.</p> <p>Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais).</p> <p>Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.</p>
De 4 a 6 anos	<p>Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio.</p> <p>Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes.</p> <p>A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta.</p> <p>Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima.</p> <p>Os amigos assumem importância fundamental.</p> <p>A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos “não se misturam” com meninas e vice-versa).</p>
De 7 a 9 anos	<p>A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, “fechando” algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc.</p> <p>A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.</p>
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Fonte: COLL; PALÁCIOS; MARCHESI, 1995; REGO, 1999; ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2000 (com adaptações).

**Legenda:**

- \* *Noção de permanência do objeto*: capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo. Em torno de um ano de idade, esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês.

## 8.2 Distúrbios no desenvolvimento

Os fatores de risco para problemas de desenvolvimento podem ser classificados em genéticos (por exemplo: síndrome de Down), biológicos (por exemplo: prematuridade, hipóxia neonatal, meningites) e/ou ambientais (fatores familiares, de ambiente físico, fatores sociais) (OPAS, 2005; MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003) [D]. No entanto, a maior parte dos traços de desenvolvimento da criança é de origem multifatorial e representa a interação entre a herança genética e os fatores ambientais (NEWCOMBE, 1999; BARROS, 2003; HALPERN; FIGUIEIRAS, 2004) [D].

O baixo peso ao nascer e a prematuridade são eventos que aumentam o risco da criança para alterações globais em seu desenvolvimento (tais como: distúrbios de linguagem, de motricidade, de aprendizagem e atraso neuropsicomotor), podendo, contudo, evoluir durante os primeiros dois anos de vida para padrões de normalidade na maioria dos casos. No entanto, as maiores taxas de deficiência ocorrem nas menores faixas de peso e idade gestacional, tendo correlação com a incidência de complicações no período neonatal (OLIVEIRA; LIMA; GONÇALVES, 2003) [B].

Estudos revelam que as crianças com baixo peso ao nascer tiveram quatro vezes mais chances de apresentar problemas em relação àquelas com maior peso. Além disso, o fator prematuridade teve mais chances (60%) de evidenciar problemas no desenvolvimento (HALPERN et al., 2000) [B].

A manifestação de dificuldades no desenvolvimento é muito variável e pode ser de ordem mental, física, auditiva, visual ou relacional. O *deficit* mental caracteriza-se por um estado de redução notável do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, que se inicia durante o período de desenvolvimento da criança e está associado a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, atividades de vida diária, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, aptidões escolares, lazer e trabalho. A hipóxia perinatal e as infecções congênitas são as condições mais prevalentes que levam as crianças a apresentar *deficit* mental (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003) [D].

Os distúrbios com predomínio motor (como, por exemplo, a paralisia cerebral) costumam ser diagnosticados mais facilmente do que os de linguagem ou os cognitivos. No entanto, estes últimos têm maior correlação com o progresso do desenvolvimento do que as alterações na evolução do comportamento motor. Embora as deficiências graves possam ser reconhecidas ainda na infância, distúrbios de linguagem, hiperatividade e transtornos emocionais não são facilmente diagnosticados antes dos três ou quatro anos de idade. Da mesma forma, distúrbios de aprendizagem raramente são identificados antes do ingresso da criança na escola (OPAS, 2005; HALPERN et al., 2000) [B].

Os distúrbios do desenvolvimento de predomínio relacional caracterizam-se por distúrbios na interação social e na comunicação. Uma parte de tais crianças apresenta *deficits* cognitivos, sendo o autismo a doença mais grave deste amplo espectro de entidades (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003) [D].

O tratamento de uma criança com distúrbio do desenvolvimento poderá ser individualizado ou ser feito em grupo e depende muito de sua complexidade. O adequado manejo poderá variar, podendo ser feito mediante orientações aos pais sobre a importância da relação entre o desenvolvimento da criança e a maneira como eles lidam com isso. De igual forma, pode ocorrer por intermédio da interação dos pais com a criança nos casos de falta de estímulo. Também pode haver a necessidade de exames complementares e tratamento imediato de doenças associadas, como a toxoplasmose ou o hipotireoidismo congênito. O tratamento funcional deve ser instituído a todos os casos independentemente da etiologia. Inúmeras experiências demonstram que a estimulação nos primeiros anos de vida, para crianças com atraso no desenvolvimento já estabelecido ou naquelas com risco de atraso, melhora seu desempenho, devendo, portanto, seu início ser incentivado o mais precocemente possível (OPAS, 2005; MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003; HALPERN et al., 2000) [B]. A Caderneta de Saúde da Criança apresenta informações que auxiliam os pais na tomada de decisão quando for identificada alguma alteração no desenvolvimento de seus filhos.

Na Caderneta de Saúde da Criança encontram-se, ainda, considerações e orientações importantes sobre a criança autista e a criança com síndrome de Down.

#### Quadro 11 – Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.*

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2011.

#### Legenda:

\* Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser avaliada em 30 dias.

## 8.3 Orientações aos pais

No dia a dia dos serviços, os profissionais de saúde podem orientar os pais em relação ao desenvolvimento das funções fisiológicas e comportamentais da criança, tais como: choro, padrão de sono, controle de esfíncteres, sexualidade e disciplina (BLANK apud DUNCAN et al., 2004) [D]. A seguir, alguns destes assuntos são comentados.

127

### 8.3.1 O controle de esfíncteres

Um estudo aponta que o controle esfinteriano é reconhecido como um marco do desenvolvimento infantil (MOTA; BARROS, 2008) [D]. Os métodos utilizados e a época do início do treinamento são variáveis, dependendo de cada cultura. No entanto, constata-se que o controle vem sendo postergado na maioria dos países. Observa-se também que o início precoce, sem respeitar a maturação da criança, aumenta o risco para o aparecimento de disfunções, como enurese, encoprese, constipação e recusa em ir ao banheiro. Conforme estudo de coorte realizado em Pelotas (RS) (2004), a maioria dos pais apresenta expectativas irreais relacionadas à idade ideal para treinamento, não levando em consideração o estágio do desenvolvimento e as habilidades necessárias para o controle dos esfíncteres. A idade ideal para iniciar o processo educativo varia de criança para criança: algumas entre 18 e 24 meses já mostram sinais de que estão prontas; outras não se mostram prontas antes dos dois anos e meio (MOTA; BARROS, 2008) [D]. Considera-se um início precoce o processo educativo realizado a partir de idade em torno dos 18 meses. Por sua vez, é tido como um treinamento tardio o processo realizado após os 36 meses. O importante é identificar quando a criança está pronta para esta etapa e, então, auxiliá-la sem cobrança de resultados, isto é, sem estresse. O treinamento vai exigir muita paciência e determinação dos pais e de quem mais cuidar da criança. Para as crianças que estão na escola, é importante orientar os pais para que repitam em casa a mesma rotina escolar.

### 8.3.2 Padrão de sono e dificuldades para dormir

Os recém-nascidos dormem tanto durante o dia quanto à noite, mas, depois de algumas semanas, o sono diurno começa a diminuir. Em torno dos 6 meses de vida, os bebês começam a ter padrões de sono, embora isso varie muito entre eles. A quantidade total de horas de sono de que os bebês precisam e o número de sonecas diurnas diminuem ao longo dos primeiros anos de vida, tendo uma média de 13 horas de sono por dia aos 2 anos de idade, com variações individuais. Bebês que não desenvolvem uma regularidade evidente de sono e vigília podem estar demonstrando algum problema, como uso de droga pela mãe durante a gravidez ou dano cerebral (BRASIL, 2002) [D].

As crianças que apresentam problemas de sono necessitam de uma história focalizada em comportamentos durante o sono e a vigília. Avaliam-se questões como a idade de início do problema, em que circunstâncias ele ocorre, o prejuízo que causa à criança e a seus cuidadores, a persistência do problema e os fatores associados com a melhora e a piora dos sintomas. Também é útil avaliar as expectativas da família relacionadas com o sono, a história familiar de transtorno de sono e a descrição das práticas habituais de sono da família. Realiza-se um diário do sono, ou seja, uma descrição temporal do sono da criança em 24 horas, durante uma ou duas semanas, e compara-se o resultado com o esperado para a sua idade. É importante discutir com os pais as condutas e os manejos gerais diante desses transtornos: em primeiro lugar, ambos os pais devem estar de comum acordo em relação à rotina para a hora de dormir; caso contrário, a criança percebe a ambivalência. Uma rotina coerente é importante e permite o estabelecimento de um ciclo sono-vigília adequado (ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004) [C].

A rotina para um sono tranquilo deve ser estabelecida para as crianças o mais cedo possível. É importante que, ao anoitecer, o movimento da casa seja modificado. Menos barulho e menos iluminação são fundamentais para manter um ambiente mais sereno. Pode-se introduzir também o que chamamos de “ritual para uma boa noite de sono”, que deve ser ocorrer diariamente. Primeiro, a criança deve ser alimentada; em seguida, deve tomar um banho (esta ordem pode ser alterada de acordo com a própria rotina da família). Depois, ela é encaminhada para a sua cama. Neste momento, é importante que os pais expliquem para a criança (sem pressão, porém, às vezes, com firmeza) que chegou a hora de dormir. Os hábitos de contar uma história, ouvir uma música de suave melodia ou fazer uma massagem podem ajudar a criança a dormir mais relaxada. Devem ser evitados estímulos com televisão, computador ou luz acesa, o que pode reduzir a qualidade do sono da criança.

### 8.3.3 Comportamento

A partir dos 2 anos, a criança desenvolve seu senso de identidade, reconhecendo-se como uma pessoa, atribuindo conceitos a si mesma. É um momento em que a criança começa a reivindicar maior autonomia, quando os pais devem ajudá-la a fixar os limites e, ao mesmo tempo, encontrar sua autonomia e ter maior independência. Ao encararem as expressões de vontade própria da criança como um esforço normal e saudável por independência, e não como teimosia, os pais e cuidadores podem ajudá-la a adquirir o autocontrole, contribuir para seu senso de competência e evitar conflitos excessivos. É importante apontar também que nessa idade as crianças aprendem muito pela observação, de forma que o exemplo dos pais torna-se uma fonte importante para a criança identificar comportamentos aceitáveis e inaceitáveis (NEWCOMBE, 1999). Este é um momento em que a equipe de saúde pode contribuir, ajudando os pais a encontrar o equilíbrio entre a flexibilidade necessária para a exploração da autonomia e a colocação de limites claros e consistentes, também necessários para que a criança aprenda a se autocontrolar.

## Referências

- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **AAFP summary of recommendations for clinical preventive services tool**. 2008. Disponível em: <<http://www.aafp.org/online/en/home/membership/resources/aafp-pda-downloads/clinprev.html>>. Acesso em: 18 ago. 2008.
- BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.
- BARROS, K. M. F. T. et al. Influências do ambiente podem alterar a aquisição de habilidades motoras?: uma comparação entre pré-escolares de creches públicas e escolas privadas. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 2A, p. 170-175, jun. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Editora MS, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11; Série A: Normas e Manuais Técnicos).
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-22, 2003. Suplemento.
- BLANK, D. Consulta clínica na promoção da saúde da criança e do adolescente. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e Educação: psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- COMISSION INTERSECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE LA INFANCIA. Documento marco: propuesta preliminar, octubre 1996. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda**, Buenos Aires, v. 17, n. 1, p. 39-43, 1998.
- DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C. Promoção e proteção do desenvolvimento da criança. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 190-199.
- FLAVELL, J. H. **A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget**. São Paulo: Pioneira, 1996.
- HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.
- HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 104-110, abr. 2004. Suplemento.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVMENT. **Health care guideline: preventive services for children and adolescents.** 13. ed. Bloomington, Oct. 2007. Disponível em: <[http://www.icsi.org/preventive\\_services\\_for\\_children\\_guideline/\\_preventive\\_services\\_for\\_children\\_and\\_adolescents\\_2531.html](http://www.icsi.org/preventive_services_for_children_guideline/_preventive_services_for_children_and_adolescents_2531.html)>. Acesso em: 23 set. 2008.

LASTA, R.; HALPERN, R. Perfil de desenvolvimento das crianças do Programa Mãe Canguru de um hospital público. **Arquivos Médicos da Universidade Luterana do Brasil**, Canoas, v. 9, n. 2, 2006.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003. Suplemento.

MOTA, D. M.; BARROS, A. J. Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 9-17, jan./fev. 2008.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil.** 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

OLIVEIRA, L. N.; LIMA, M. C. M. P.; GONÇALVES, V. M. G. Acompanhamento de lactentes com baixo peso ao nascimento: aquisição da linguagem. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 2-7, set. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI.** Washington: OPAS, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

RAPPAPORT, C. R. **Psicologia do Desenvolvimento: teoria do desenvolvimento - conceitos fundamentais.** São Paulo: EPU, 1981. V. 1.

REESE, N. B. **Teste de função muscular e sensorial.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação.** Petrópolis: Vozes, 1999.

SCHNEID, S. et al. Protocolos clínicos embasados em evidências: a experiência do Grupo Hospitalar Conceição. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 104-114, abr./jun. 2003.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for speech and language delay in preschool children. In: \_\_\_\_\_. **Guide to clinical preventive services.** feb. 2006.

ZAVASCHI, M. L. S. et al. Promoção da saúde mental na infância. In: DUNCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2004.



DISQUE SAÚDE

**136**

Ouvidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
Saúde

