

FIG. 10-2 ■ Controle de cabeça enquanto é puxado para posição sentada. **A**, Ausência do controle da cabeça com 1 mês. **B**, Controle parcial da cabeça aos 2 meses. **C**, Aos 4 meses controle da cabeça quase total.

chão sozinhos, a não ser em caso de queda. Até os 11 meses eles andam sozinhos, apoiando-se na mobília ou com as duas mãos seguras, e até 1 ano de idade eles talvez possam caminhar apenas com uma das mãos seguras. Alguns lactentes tentarão dar seus primeiros passos independentes até o primeiro ano de vida.

ALERTA DE ENFERMAGEM

Um lactente que entre o 11^o e o 12^o mês de vida ainda não se coloca de pé deve ser cuidadosamente avaliado, pois pode apresentar displasia de quadril (Cap. 31). Contudo há uma considerável variação entre as crianças que alcançam este marco. A necessidade de intervenção precoce é detectada através das pistas fornecidas pelos lactentes.

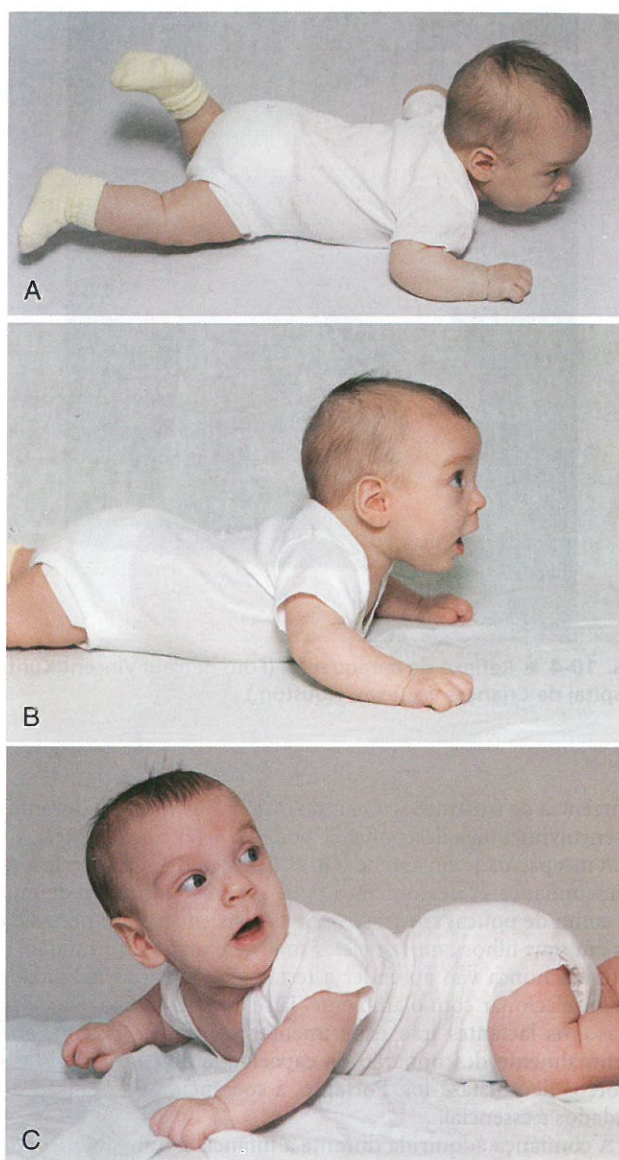


FIG. 10-3 ■ Controle de cabeça enquanto em decúbito ventral. **A**, O lactente momentaneamente levanta a cabeça com 1 mês. **B**, O lactente é capaz de levantar a cabeça e o peitoral até 90 graus e suportar seu peso sobre os antebraços aos 4 meses. **C**, O lactente levanta a cabeça, o peitoral e o abdome superior, e pode suportar seu peso nas mãos aos 6 meses. Observe que esta posição facilita a mudança do decúbito ventral para o dorsal.

DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL: DESENVOLVENDO O SENSO DE CONFIANÇA (ERIKSON)

A primeira fase de Erikson (do nascimento ao primeiro ano de vida) consiste na **aquisição do senso de confiança** ao **superar um sentimento de desconfiança**. A confiança desenvolvida é a confiança em si mesmo, no outro e no mundo. Os lactentes “confiam” que sua alimentação, conforto, estímulos e necessidades de cuidados serão atendidos. O fator crucial para o sucesso nesta tarefa é a qualidade do relacionamento entre os pais e o lactente e os cuidados que o mesmo recebe. O alimento, afago e abrigo, por si só, não são suficientes para o desenvolvimento de um forte senso de si mesmo. O lactente e os pais devem aprender juntos a satisfazer suas necessidades de forma mutuamente satisfatória, regulando a

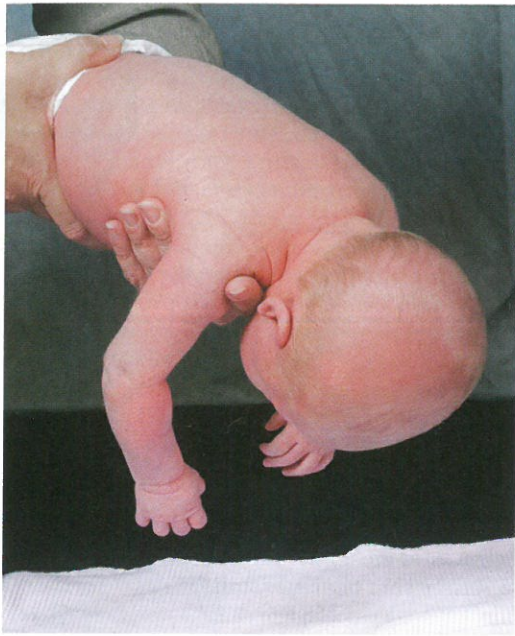


FIG. 10-4 ■ Reflexo de paraquedas. (Foto de Paul Vincent Kuntz, Hospital de Crianças do Texas, Houston.)

ocorrência de frustrações. Quando o sincronismo falha durante o desenvolvimento, a desconfiança pode ser uma consequência.

A incapacidade em aprender **gratificações atrasadas** pode levar a desconfiança. A desconfiança pode ser resultado tanto de muitas como de poucas frustrações. Se os pais encontram necessidades em seus filhos antes que eles sinalizem alguma prontidão, os lactentes nunca vão aprender a testar suas próprias habilidades em se relacionar com o ambiente. Já se esta percepção ocorre em atraso, os lactentes irão experimentar constantes frustrações e eventualmente desconfiarão da capacidade dos outros em seus esforços de satisfazê-los. Portanto, a **coerência** na prestação dos cuidados é essencial.

A confiança adquirida durante a infância é fundamental para todas as outras fases sucessivas. Confiança proporciona ao lactente um sentimento de conforto físico e segurança, que os auxiliam na experimentação de situações não familiares e desconhecidas, com menos medo. Erikson dividiu o primeiro ano de vida em dois estágios de desenvolvimento oral-social. Durante os primeiros 3 a 4 meses de vida, a alimentação é a atividade social mais importante para o lactente. O lactente pode tolerar pequenas frustrações e atrasos em suas gratificações. O **narcisismo primário** (total atenção a si mesmo) estará no auge.

Contudo, na medida em que os processos corporais, tais como visão, movimentos motores e verbalização, começam a ser melhor controlados, os lactentes passam a ter um comportamento avançado na interação com os outros. Como por exemplo, em vez de chorar, podem erguer seus braços sinalizando um desejo de ir ao colo. O próximo estágio social do lactente envolve o modo como se pode alcançar aos outros através do **segurar**. O segurar é inicialmente um reflexo, mas mesmo como um reflexo tem um forte significado social para os pais. A resposta dos pais tocando-o e segurando-o é recíproca ao desejo de segurar do lactente. Esta é uma prazerosa estimulação do tato, tanto para o lactente quanto para os pais.

A estimulação tátil é extremamente importante no processo de aquisição de confiança. A habilidade nos cuidados maternos, a quantidade de alimento, ou a duração das mamadas, não são

determinantes para a qualidade desta experiência. Entretanto, a qualidade global do relacionamento interpessoal tem influência sobre a aquisição de confiança do lactente.

Durante o segundo estágio, ocorrem modalidades mais ativas e agressivas relacionadas com o ato de **morder**. Os lactentes aprendem que podem segurar seus próprios objetos e controlar de maneira mais completa seu ambiente. Durante este estágio os lactentes se confrontam com um de seus primeiros conflitos. Se eles forem amamentados, eles rapidamente aprenderão que mordidas causam dor e tristeza à mãe e interrupção da mamada. Morder traz ainda um alívio para o desconforto da dentição, e um senso de poder ou controle.

Este conflito pode ser resolvido de várias maneiras. A mãe pode desmamar o lactente e iniciar a alimentação por mamadeira, ou o lactente pode aprender a morder apenas mamilos substitutos, como chupetas, e conservar uma prazerosa amamentação. O sucesso na resolução deste conflito estreita os laços de relacionamento entre a mãe e o lactente, pois ocorre no momento em que o lactente aprende a reconhecer a mãe como a pessoa mais significativa de sua vida.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO: FASE SENSÓRIO-MOTORA (PIAGET)

A teoria mais comumente utilizada para explicar a **cognição**, ou a habilidade de aprender é a teoria de Piaget. O período que se estende do nascimento até o 24º mês de vida, denominado **fase sensório-motora**, é composto por seis estágios; entretanto, devido a esta discussão considerar da idade no nascimento até o 12º mês de vida, apenas os primeiros quatro estágios serão discutidos. Os últimos dois estágios ocorrem durante o período em que o lactente está começando a andar, dos 12 aos 24 meses, e são discutidos no Capítulo 12.

Durante a fase sensório-motora, o lactente progride do comportamento puramente reflexivo para a imitação de atividades através da simples repetição de atos. Três eventos cruciais ocorrem durante esta fase. O primeiro evento envolve a **separação**, quando os lactentes começam a separar a si próprios de outros objetos no ambiente. Eles imaginam que outros além deles mesmos controlam o ambiente e que certos entendimentos devem ocorrer para que a satisfação de todos possa ocorrer. Isto coincide com o conceito de Erikson para a formação da confiança.

A segunda maior realização é alcançar o conceito de **objeto permanente**, ou a compreensão de que os objetos que deixam seu campo visual continuam existindo. Um típico exemplo do desenvolvimento do objeto permanente ocorre quando o lactente está apto a perseguir objetos que ele observou serem escondidos embaixo de travessieiros ou atrás de cadeiras (Fig. 10-7). Esta habilidade se desenvolve aproximadamente entre os 9 e 10 meses de idade, o que corresponde ao período de ganho nas habilidades de locomoção.

A última grande realização alcançada neste período é a habilidade de usar **símbolos**, ou **representações mentais**. O uso de símbolos permite ao lactente pensar em um objeto ou situação sem necessariamente experimentá-los. O reconhecimento de símbolos é o início da compreensão de tempo e espaço.

O primeiro estágio, do nascimento até 1 mês de vida, é identificado pelo **uso dos reflexos** do bebê. Ao nascer a personalidade e o temperamento do lactente são expressos através de reflexos fisiológicos de sucção, preensão e choro. A natureza repetitiva dos reflexos é o início da associação entre ação e resposta sequencial. Quando o lactente chora porque está com fome, o mamilo é colocado em sua boca, ele suga, sente-se satisfeito e dorme. Ele assimila esta experiência enquanto percebe as pistas auditivas, táteis e visuais. Esta experiência em perceber certos padrões, ou "ordenações", fornece base para que o lactente alcance os próximos estágios.

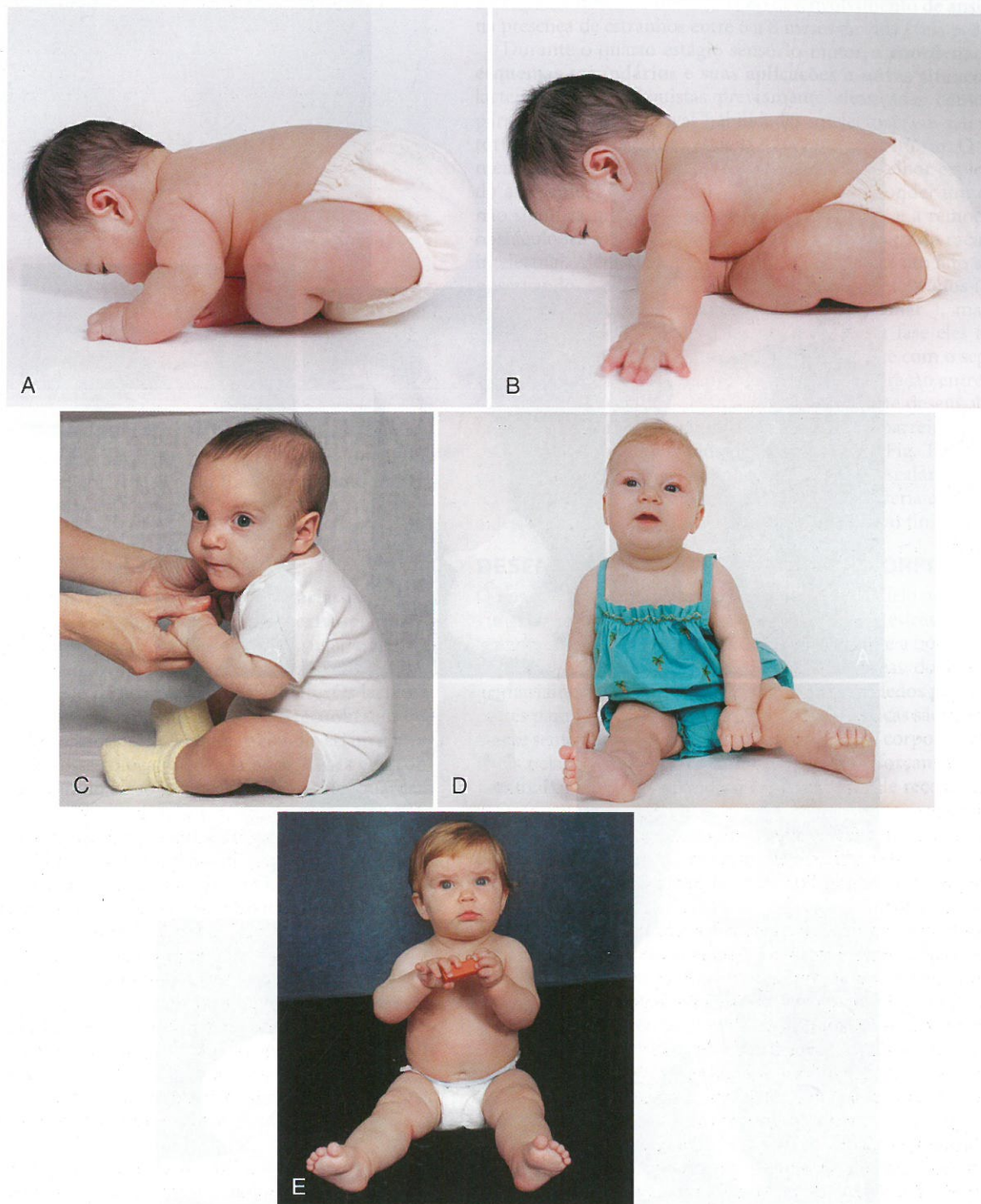


FIG. 10-5 ■ Desenvolvimento do sentar. **A**, O dorso é completamente arredondado e o lactente não apresenta habilidade para sentar no 1º mês. **B**, Aos 2 meses, os lactentes apresentam maior controle; o dorso continua arredondado, mas o lactente pode tentar se levantar com algum controle de cabeça. **C**, O dorso é arredondado apenas na região lombar, e o lactente está apto a sentar-se ereto e com um bom controle de cabeça até o 4º mês. **D**, O lactente pode sentar sozinho, usando as mãos como apoio, aos 7 meses. **E**, O lactente senta sem nenhum apoio aos 8 meses. Observe que a transferência de objetos ocorre até os 7 meses. (Fotos **B**, **D** e **E** de Paul Vincent Kuntz, Hospital de Crianças do Texas, Houston.)



FIG. 10-6 ■ Desenvolvimento da locomoção. **A**, O lactente suporta todo seu peso nos pés no 7^o mês. **B**, O lactente consegue passar da posição de pé para a posição sentada. **C**, O lactente consegue manter-se de pé segurando na mobília no 9^o mês. **D**, Quando de pé, o lactente dá passos deliberadamente, aos 10 meses. **E**, O lactente rasteja com o abdome no chão e impulsiona-se para a frente, aos 7 meses. **F**, O lactente engatinha com as mãos e joelhos aos 9 meses. (Fotos de Paul Vincent Kuntz, Hospital de Crianças do Texas, Houston.)

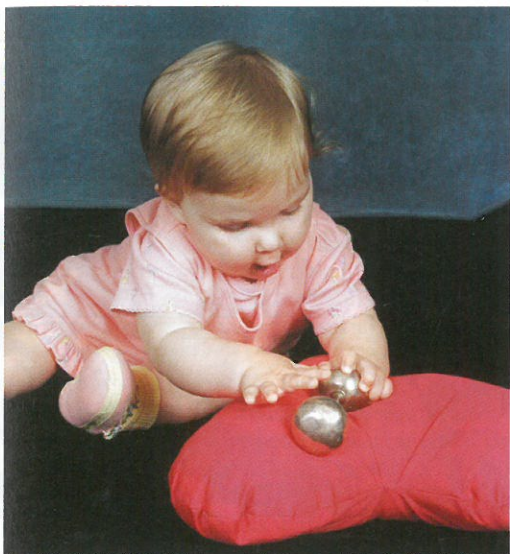


FIG. 10-7 ■ Um lactente aos 9 meses de idade já está apto a encontrar objetos escondidos embaixo do travesseiro. (Foto de Paul Vincent Kuntz, Hospital de Crianças do Texas, Houston.)

No segundo estágio, **reações circulares primárias** marcam o começo da substituição do comportamento reflexivo pelos atos voluntários. Do 1º ao 4º mês, atividades como sugar e agarrar transformam-se em atos voluntários que produzem determinadas respostas. O começo da acomodação é evidente. Os lactentes associam e adaptam suas reações ao ambiente e reconhecem que estímulos produzem respostas. Previamente eles deveriam chorar até que um mamilo fosse colocado em sua boca. Agora eles conseguem associar o mamilo ao som da voz dos pais. Eles guardam este pequeno pedaço de informação e associam o fim do choro com o fato de ouvir a voz dos pais — antes de receber o mamilo. O que está acontecendo é a compreensão da causalidade e reconhecimento de uma sequência de fatos ordenada. O ambiente é compreendido com todos os sentidos e qualquer que seja a habilidade motora está presente.

O **segundo estágio de reações circulares** é uma continuação do primeiro e dura até os 8 meses de idade. Neste estágio as reações circulares primárias são repetidas e prolongadas para as respostas que resultam. Agarrar e segurar agora se tornam sacudir, bater e empurrar. Sacudir tem como objetivo produzir e ouvir sons, e não apenas o simples prazer de sacudir. A qualidade e quantidade das ações tornam-se mais evidentes. Sacudir “mais” ou “menos” objetos produz diferentes respostas. Causalidade, tempo, intenções deliberadas e separação do ambiente começam a se desenvolver.

Três novos processos do comportamento humano ocorrem. **Imitação** requer a diferenciação da **seleção de ações** para diversos eventos. Até a segunda metade do primeiro ano, os lactentes podem imitar sons e gestos simples. **Brincar** torna-se mais evidente à medida que o lactente sente prazer na realização de ações que agora ele domina. Muitas das horas em que o lactente está acordado são ocupadas em brincadeiras sensório-motoras. O **afeto** (exteriorização das emoções e sentimentos) é observado quando o lactente começa a desenvolver o **senso de permanência**. Durante os 6 primeiros meses, bebês acreditam que os objetos existem apenas quando estes podem ser visualmente percebidos. Em outras palavras: se está fora de visão, está fora da mente. O apego a objetos externos é evidente quando o objeto continua presente ou é lembrado mesmo quando não está ao alcance da percepção.

A permanência de objetos é um componente crucial do vínculo entre pais e filhos e é observada no desenvolvimento de ansiedade na presença de estranhos entre 6 a 8 meses de vida (veja p. 341).

Durante o quarto estágio sensório-motor, a **coordenação de esquemas secundários e suas aplicações a novas situações**, os lactentes usam conquistas previamente alcançadas como base para a aquisição de novas habilidades intelectuais em seu repertório em expansão. Este estágio é bastante transitório. O incremento das habilidades motoras permite uma melhor exploração do ambiente. Eles começam a perceber que esconder um objeto não significa que ele se foi para sempre, mas que a remoção do obstáculo irá revelar o objeto. Isto marca o começo do raciocínio intelectual. Além disso, eles podem experimentar um fato apenas observando, e começam a associar símbolos a estes fatos (p. ex., “tchau-tchau” com a “Mamãe/Papai vai trabalhar”), mas esta classificação é puramente deles mesmos. Nesta fase eles aprendem com os objetos por si só; este é um contraste com o segundo estágio, onde os lactentes aprendem sobre a **interação** entre objetos e indivíduos. A intencionalidade é facilmente desenvolvida e os lactentes agora podem ativamente remover barreiras que impedem a realização dos seus desejos de ação. (Fig. 10-7). Se alguma coisa está em seu caminho, eles tentarão escalar ou empurrar para longe. Anteriormente um obstáculo deveria causar a eles a desistência na tentativa de alcançar seu objetivo final.

DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL

O desenvolvimento da imagem corporal é paralelo ao desenvolvimento sensório-motor. As experiências cinestésicas e táteis do lactente são a primeira percepção de seu corpo, e a boca é a principal área de sensações prazerosas. Outras áreas do corpo são primariamente objetos de prazer — as mãos e dedos para sugar e os pés para brincar. Quando as necessidades físicas são atendidas, eles se sentem confortáveis e satisfeitos com seu corpo. Massagens feitas pelas pessoas que cuidam do lactente reforçam este sentimento. Por exemplo, quando o lactente sorri, ele recebe uma satisfação emocional daqueles que sorriem de volta.

A conquista do conceito de objeto permanente é básica para o desenvolvimento da autoimagem. Até o final do primeiro ano de vida os lactentes reconhecem que são diferentes de seus pais. Ao mesmo tempo, eles aumentam o interesse por sua própria imagem, especialmente no espelho (Fig. 10-8). Ao desenvolver as habilidades motoras, eles descobrem que partes de seu corpo podem ser úteis, por exemplo, as mãos trazem objetos à boca, e os pés os ajudam a se locomover para diferentes lugares. Todas estas realizações transmitem mensagens aos lactentes sobre si próprios. Assim, é importante que se transmita ao lactente **mensagens positivas sobre o seu corpo**.

DESENVOLVIMENTO SOCIAL

O desenvolvimento social do lactente é inicialmente influenciado pelo seu comportamento reflexivo, tal como segurar, e por consequência dependerá primeiramente da interação entre ele e seu cuidador principal. O **apego** aos pais aumenta evidentemente durante a segunda metade do primeiro ano. Além disso, observam-se enormes avanços na comunicação e no comportamento pessoal-social. Enquanto o choro e o comportamento reflexivo são métodos para satisfação de algumas necessidades no período neonatal, o sorriso social é um dos primeiros passos para a comunicação social. Isto tem um profundo efeito sobre os membros da família e é importante estimulação para que se continue evocando respostas dos outros. Por volta dos 4 meses de idade os lactentes riem alto.

Brincar é o maior agente socializante e fornece os estímulos necessários para o aprendizado sobre o ambiente e a interação com ele. Aos 6 meses de idade os lactentes são muito sociáveis,



FIG. 10-8 ■ Lactente de 9 meses de idade apreciando sua imagem no espelho.

brincam de “esconde-esconde” com a cabeça escondida em uma toalha, sinalizam o desejo de ser levados ao colo através da extensão dos braços, e demonstram insatisfação quando um brinquedo é retirado e seu rosto é lavado.

Apego

A importância do contato corporal humano para o lactente não pode ser deixada de lado. A maternidade não é um ato instintivo mais um aprendizado. O vínculo entre pais e filhos, que frequentemente se inicia antes do nascimento e intensifica-se ao nascimento (Cap. 8), continua durante o primeiro ano (Fig. 10-9). No seguimento da discussão sobre o apego, o termo *mãe* é usado para transmitir o contexto de cuidado coerente com quem o lactente se relaciona mais do que com qualquer outra pessoa. Contudo, devido às mudanças sociais e aos estereótipos dos papéis de cada sexo, esta pessoa pode ser o pai ou os avós. Estudos sobre vínculo afetivo entre o pai e o lactente demonstram que estágios similares aos do vínculo materno ocorrem e que os pais estão mais envolvidos nos cuidados da criança quando a mãe está empregada (contudo a mãe ainda é a figura principal no cuidado do lactente). Estudos complementares demonstram que pais inexperientes e de primeira viagem são tão capazes de estreitar laços afetivos com seus filhos quanto pais mais experientes. Estudos com pais de lactentes de alto risco demonstram que a experimentação dos sentimentos de amor e afeto é mais intensa durante o período neonatal; pais de um estudo verbalizaram mais sentimentos positivos de amor e afeto durante período neonatal do que quando podiam ter um contato físico mais próximo, como segurar a criança (Sullivan, 1999). Lactentes que apresentam insegurança na sua afetividade com suas mães adolescentes apresentam uma maior ligação afetiva com a avó, que é também uma cuidadora principal (Patterson, 1997). Com o aumento do número de pais separados, a avó (ou outro cuidador significativo) pode vir a se tornar a cuidadora principal. É importante para as

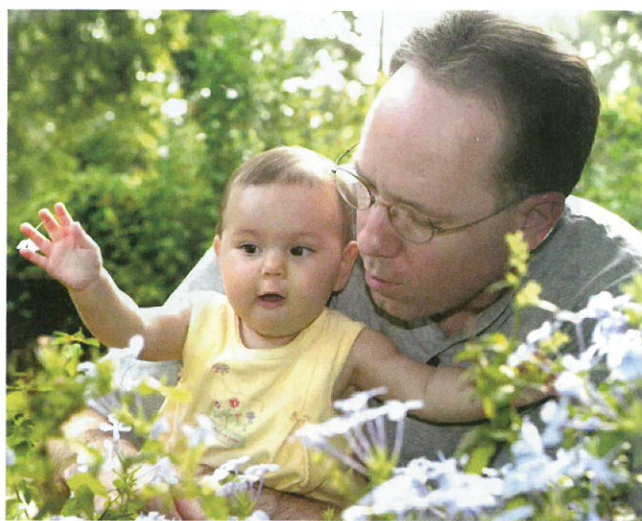


FIG. 10-9 ■ A infância é um período importante para a ligação com pessoas significativas. (Foto de Paul Vincente Kuntz, Hospital de Crianças do Texas, Houston.)

enfermeiras reconhecer que o afeto entre pais e filhos pode estar presente ou ausente em situações em que o cuidador não é muito bem definido entre os envolvidos em seus cuidados.

O apego progride durante a infância, com a criança assumindo uma crescente e significativa função. Dois componentes do desenvolvimento cognitivo são necessários para a formação do apego: (1) a habilidade em distinguir a mãe dos outros indivíduos e (2) a assimilação do objeto permanente. Estes dois processos preparam o lactente para um importante aspecto do apego: a separação dos pais. **Separação individualizada** deve ocorrer harmoniosamente, em paralelo ao processo de apego.

Durante a formação do apego com os pais, o lactente passa por quatro distintos, porém, sobrepostos, estágios. Logo nas primeiras semanas o lactente responde indiscriminadamente a qualquer um. Aproximadamente de 8 a 12 semanas, o lactente chora, ri e vocaliza mais para a mãe do que para qualquer outra pessoa, mas ainda continua respondendo a outros, sejam familiares ou não. Aproximadamente aos 6 meses de idade, lactentes demonstram uma preferência distinta pela mãe. Eles a seguem mais, choram quando ela se vai, gostam mais de brincar com ela, e sentem-se mais seguros em seus braços. Por volta do primeiro mês, após demonstrarem mais apego à mãe, muitos lactentes começam a se apegar a outros membros da família, mais comumente o pai.

Lactentes adquirem outros comportamentos que influenciam no processo de apego. Isto inclui:

- Diferenciação do choro, do sorriso e da vocalização (mais para a mãe do que para outras pessoas)
- Orientação motora-visual (olham mais para a mãe mesmo que esta não esteja tão perto)
- Choram quando a mãe deixa o quarto
- Aproximam-se usando a locomoção (rastejando, engatinhando ou andando)
- Agarram-se (especialmente na presença de estranhos)
- Exploram o ambiente longe da mãe enquanto usam-na como base de segurança

Desordem reativa da formação do apego (RAD) é um problema psicológico e de desenvolvimento que tem origem na má adaptação ou falta de apego entre a criança e os pais, e pode perdurar pela idade infantil e adulta. (Wilson, 2001; Zeanah e Fox, 2004). Dois padrões diferentes da RAD podem ocorrer: o padrão

de retraimento emocional reprimido e o padrão indiscriminado não reprimido (Zeanah e Fox, 2004). Sinais da RAD são usualmente observados antes dos 5 anos de idade em crianças que tem insegurança no apego com a mãe ou outro cuidador principal (American Psychiatric Association, 2002). A criança pode manifestar comportamentos tais como não ser afável com os pais, falta de contato visual com pessoas significantes, falta de controle dos impulsos e ser destrutiva consigo mesma e com os outros. Crianças mal tratadas ou órfãs frequentemente são diagnosticadas com esta desordem complexa. Sem nenhuma intervenção precoce, algumas crianças não desenvolverão sua consciência e sofrerão de uma desordem de personalidade antissocial que pode levá-las a cometer atos criminosos.

Ansiedade da Separação. Entre os 4 e 8 meses de idade o lactente progride pelo primeiro estágio de separação-individualização e começam a ter alguma percepção de quando começa a separação entre si próprio e a mãe. Ao mesmo tempo, o objeto permanente está se desenvolvendo, e o lactente está consciente de que os pais podem estar ausentes. Entretanto a ansiedade da separação se desenvolve e começa a se manifestar através de uma seqüência de comportamentos previsíveis.

Durante a primeira metade do primeiro ano, crianças reclamam quando são colocadas no berço, e pouco tempo depois se manifestam quando a mãe deixa o quarto. Os lactentes podem não notar a ausência da mãe quando estão concentrados em alguma atividade. Contudo, quando eles percebem esta ausência, eles reclamam. A partir deste momento, eles começam a ficar atentos às atividades e à localização maternas. Com 11 a 12 meses, eles estão aptos a perceber com antecedência a partida iminente da mãe, apenas observando seu comportamento, e então começam a reclamar *antes* que ela vá embora. Nesta fase muitos pais aprendem a postergar o alerta de sua partida para a criança até muito pouco antes de sua ida.

Medo de Estranhos. Assim como as crianças demonstram afetividade para uma pessoa, elas são menos amistosas com pessoas estranhas. Entre 6 e 8 meses, o medo de estranhos e a ansiedade tornam-se proeminentes e estão relacionados a capacidade do lactente em distinguir pessoas familiares de pessoas não familiares. Comportamentos como os de agarrar-se aos pais, chorar e afastar-se de pessoas estranhas são comuns.

ALERTA DE ENFERMAGEM

Fique atento aos relatos dos pais de depressão materna pós-parto e ao choro do lactente, pois algumas destas preocupações podem indicar uma relação de estresse entre a mãe e o lactente.

Desenvolvimento da Linguagem

O primeiro meio de comunicação verbal do lactente é o choro. Chorar é um sinal biológico que transmite uma mensagem de urgência ou um sinal de desprazer, tal como a fome. Entretanto, chorar é também um evento social que afeta o desenvolvimento da relação entre pais e filhos; mesmo quando ele não ocorre, tem um efeito positivo para os pais, ou, quando acontece, talvez possa evocar uma resposta negativa ou persuadir os pais a atender as necessidades físicas e emocionais da criança.

Logo nas primeiras semanas de vida, o choro é uma atividade reflexa e está mais relacionado com as necessidades fisiológicas. Os recém-nascidos choram de 1 a 1 ½ hora por dia até a terceira semana de vida e então passam a chorar de 2 a 4 horas por dia a partir da sexta semana. O choro tende a diminuir a partir da 12ª semana. Pode ser considerado que este aumento no choro, aparentemente sem nenhuma razão, durante as primeiras semanas, pode estar relacionado com a descarga energética e as mudanças maturacionais ocorridas no sistema nervoso central. Ao final do

primeiro ano, o lactente chora por atenção, por medo (especialmente medo de estranhos), e por alguma frustração, geralmente em resposta ao desenvolvimento inadequado de suas habilidades motoras.

As verbalizações ouvidas durante o choro finalmente se tornam sílabas e palavras (p. ex., o “mama” ouvido durante choros vigorosos). Os lactentes vocalizam cedo, por volta de 5 ou 6 semanas de idade, através de pequenos sons guturais. No 2º mês eles emitem pequenos sons de vogais como *ah*, *eh* e *uh*. Do 3º ao 4º mês as consoantes *n*, *k*, *g*, *p* e *b* são adicionadas, e o lactente murmura, gorgojeia e ri alto. No 8º mês eles imitam sons, adicionam as consoantes *t*, *d* e *w*, e combinam sílabas (p. ex., “dada”), mas eles não atribuem significado as palavras entre o 10º e o 11º mês de vida (veja quadro Foco na Família). Entre o 9º e o 10º mês eles compreendem o significado da palavra “não” e obedecem a comandos simples. Com 1 ano de idade eles podem dizer de três a cinco palavras com significado. Como o desenvolvimento da linguagem está baseado em habilidades de expressão (habilidade de formar ideias, pensamentos e desejos conhecidos pelos outros) e habilidades receptivas (habilidade de compreender as palavras que estão sendo ditas), é importante que o lactente seja exposto a falas expressivas e que os lactentes com atraso no alcance destes marcos sejam cuidadosamente avaliados para uma potencial perda de audição. (Veja também Cap. 8.)

Brincar

Brincadeiras durante a infância representam as várias modalidades sociais observadas durante o desenvolvimento cognitivo. As atividades do lactente são primeiramente narcisistas e desenvolvem-se ao redor de seu próprio corpo. Como discutido no Desenvolvimento da Imagem Corporal (p. 339), partes do corpo são inicialmente objetos de brincadeiras e prazer.

Durante o primeiro ano, o brincar torna-se mais sofisticado e interdependente. Do nascimento até o terceiro mês, as respostas do lactente ao meio ambiente são globais e largamente indiferenciadas. Brincar é dependente, o prazer é demonstrado por atitudes quietas (1 mês), sorrisos (2 meses), ou grito (3 meses). Do 3º ao 6º mês, os lactentes demonstram mais interesse discriminado em estímulos e começam brincar sozinhos com um chocalho, um brinquedo macio ou com outra pessoa. Existe muito mais interação durante as brincadeiras. No 4º mês de idade, eles riem alto, mostram preferências por certos brinquedos e mostram-se excitados quando o alimento ou objeto favorito os é ofertado. Eles reconhecem sua imagem no espelho, sorriem e vocalizam para ela.

Do 6º ao 12º mês, as brincadeiras envolvem habilidades sensório-motoras. Brincadeiras como esconde-esconde e adoleta são



FOCO NA FAMÍLIA

Desenvolvimento das Habilidades de Linguagem da Criança

Durante a aquisição de novas habilidades de linguagem, a criança pode temporariamente parar de usar sons e palavras recentemente aprendidas. Isto é frequentemente angustiante para os pais, que vêm esperando pela antecipação de palavras como “papa” e “mama”, porque estes sons são comumente substituídos por outras vocalizações e podem não ser mais repetidos por algumas semanas. A enfermeira deve reforçar aos pais que a criança irá novamente voltar a repetir estas palavras tão especiais, e com um incremento em seu significado.

realizadas. A repetição verbal e imitação de simples gestos ocorrem em resposta a demonstrações. As brincadeiras são muito mais seletivas, não apenas em termos de um brinquedo favorito, mas também com relação a “quem se brinca”. Embora as brincadeiras sejam solitárias ou de um só lado, os lactentes escolhem com quem irão interagir. Entre o 6º e o 8º mês, eles se negam a brincar com estranhos. Os pais são definitivamente os favoritos, e os lactentes sabem como atrair sua atenção. Aos 6 meses eles estendem seus braços para serem pegos, aos 7 meses tosam para serem notados, aos 10 meses puxam os pais para perto e aos 12 meses os chamam pelo nome. Isto representa um tremendo avanço para os lactentes que sinalizavam suas necessidades biológicas chorando para demonstrar desprazer.

A estimulação é tão importante para o desenvolvimento psicossocial quanto a alimentação para o desenvolvimento físico. Conhecimentos sobre os marcos do desenvolvimento permitem às enfermeiras orientar os pais quanto às brincadeiras mais adequadas para o lactente. Não é suficiente colocar um móvel pendurado em um berço ou brinquedos em um cercadinho para um desenvolvimento social, emocional e intelectual ideal. As brincadeiras devem promover o contato interpessoal e estímulos recreativos e educacionais. Os lactentes precisam *brincar com alguém* e não simplesmente *brincar sozinhos*. Contudo o tipo de brincadeira em que a criança está concentrada é chamado de **solitária**; este é um termo figurativo, não literal, para denotar uma brincadeira unilateral. A qualidade da interação interpessoal que ocorre com a criança é muito mais relevante que os tipos de brinquedos que são oferecidos a ela.

A Tabela 10-1 lista brincadeiras que são apropriadas para cada nível do desenvolvimento do lactente, levando em consideração as capacidades motoras, linguísticas e pessoais-sociais alcançadas. Contudo, as atividades são agrupadas de acordo com o modo de estimulação mais comumente fornecido, existindo sobreposição de vários estágios. Além disso, algumas brincadeiras sugeridas para determinada faixa de idade podem ser apropriadas para faixas etárias mais avançadas e não apropriadas a crianças mais novas.

TEMPERAMENTO

O comportamento ou temperamento do lactente influencia o tipo de relação que irá ocorrer entre pais e filho, especialmente a mãe, e os outros membros da família (veja também Cap. 5). Na avaliação do temperamento da criança, o mais importante é a percepção dos pais em relação à criança e o grau de proximidade entre as suas expectativas e o real temperamento do filho. Quanto maior a dissonância, ou desarmonia, entre o temperamento da criança e a habilidade dos pais em aceitar e saber lidar com ele, maior o risco de conflitos subsequentes entre pais e filhos.

Embora muitos estudos comportamentais evidenciem que existe um forte componente biológico no temperamento, pesquisas também sugerem que o temperamento pode ser modificado pelo ambiente, particularmente o familiar (Wilson, White, Cobb e cols., 2000). A interação entre família e criança é percebida como um processo circular no qual cada membro da família afeta o outro e a família como um todo. Com este conceito em mente, a enfermeira tem um papel importante em ajudar a família a compreender que o temperamento da criança está relacionado com a dinâmica familiar e o eventual bem-estar da criança e da unidade familiar (Wilson, White, Cobb e cols., 2000).

O **Questionário de Revisão do Temperamento Infantil (QRTI)** pode ser usado como uma ferramenta para avaliação com os pais (Carey e McDevitt, 1978). O questionário é focado em nove variáveis do temperamento, porém as 95 questões são relacionadas, especificamente, com os padrões de sono, alimentação, brincadeiras, troca de fraldas e roupa. A pontuação do QRTI ajuda a identificar o estilo de comportamento da criança. O uso do QRTI é bem aceito pelos pais, e deve ser acompanhado de uma explicação adequada dos resultados. Na análise dos resultados, é recomendado que se evite palavras como “difícil”; em vez disso devem-se usar termos como “intenso” ou “pouco previsível”. O Questionário do Temperamento da Lactância Precoce é um ques-

TABELA 10-1

Brincadeiras Durante a Infância

ESTIMULAÇÃO VISUAL	ESTIMULAÇÃO AUDITIVA	ESTIMULAÇÃO TÁTIL	ESTIMULAÇÃO CINÉTICA
ATIVIDADES SUGERIDAS			
Nascimento até 1 Mês de Idade			
Olhe para o recém-nascido de perto.	Fale e cante com voz suave.	Segure, cuide, afague.	Balance o lactente, coloque-o no berço.
Segure objetos brilhantes a 20-25 cm de distância da face em linha média.	Forneça estímulos musicais suaves.	Mantenha o lactente aquecido.	
Pendure móveis com design preto e branco.	Mantenha um relógio de corda ou metrônomo próximo ao berço.	O lactente pode gostar de ser enrolado na manta.	
Idade de 2 até 3 Meses			
Utilize objetos brilhantes.	Converse com o lactente.	Acaricie o lactente durante o banho e na troca de fraldas.	Use carrinhos para caminhadas.
Mantenha o quarto brilhante com espelhos e desenhos.	Inclua o lactente nas reuniões de família.	Penteie o cabelo com uma escova macia.	Balance o lactente
Leve o lactente para os vários cômodos enquanto realiza suas tarefas domésticas.	Exponha o lactente a diferentes sons do ambiente, além daqueles comuns em casa.	Faça massagem.	Leve o lactente para passear de carro.
Coloque a criança em um assento infantil que forneça uma visão vertical do ambiente (em uma superfície segura).	Use chocalhos e sininhos de vento.		Exercite o corpo movendo os membros em movimentos de natação.
			Use brinquedos no berço.

TABELA 10-1
Brincadeiras Durante a Infância — cont.

ESTIMULAÇÃO VISUAL	ESTIMULAÇÃO AUDITIVA	ESTIMULAÇÃO TÁTIL	ESTIMULAÇÃO CINÉTICA
ATIVIDADES SUGERIDAS — cont.			
Idade de 4 até 6 Meses			
Coloque a criança em frente a espelhos inquebráveis.	Converse com o lactente repetindo os sons que ele produz.	Forneça ao lactente brinquedos macios e de várias texturas.	Use balanços ou carrinhos.
Dê a ela brinquedos coloridos e brilhantes (pequenos o bastante para que possa segurar).	Ria quando o lactente rir. Chame o lactente pelo nome. Coloque um chochalho ou um sino na mão do lactente.	Permita que ele brinque com a água durante o banho. Coloque o lactente despido sobre tecido felpudo e macio e mova seus membros.	Balance o lactente ao colo mantendo-o em pé. Apoie o lactente ao sentar; e permita que ele experimente o balanço de seu corpo. Coloque o lactente no chão para sentar, rolar e rastejar.
Idade de 6 até 9 Meses			
Forneça ao lactente brinquedos grandes, coloridos, brilhantes, com partes móveis e que façam barulho.	Chame o lactente pelo nome. Repita palavras simples como: papai, mamãe, tchau. Fale claramente.	Permita que o lactente brinque com tecidos de várias texturas.	Segure o lactente na posição vertical para suportar seu peso.
Brinque de esconder com o lactente usando uma toalha.	Nomeie partes do corpo, pessoas e alimentos.	Forneça um pratinho com alimentos de diferentes texturas e tamanhos.	Erga o lactente e diga "sobe".
Faça caretas engraçadas para estimular a imitação.	Diga ao lactente o que você está fazendo.	Deixe o lactente "pegar" a água corrente da torneira.	Abaixe o lactente e diga "desce".
Brinque de desfazer uma bola de fio ou de lã.	Use "não" apenas quando necessário.	Estimule-o a "nadar" em grandes banheiras ou pequenas piscinas.	Coloque brinquedos fora de alcance e estimule o lactente a pegá-los.
	Dê comandos simples para o lactente.	Dê um pedaço de fita adesiva para que ele manipule.	Brinque de adoleta.
	Mostre ao lactente como bater palmas.		
Idade de 9 até 12 Meses			
Mostre ao lactente grandes figuras e livros.	Leia para criança rimas simples de ninar.	Ofereça ao lactente alimentos de várias texturas para serem comidos com as mãos.	Dê grandes brinquedos de esticar e puxar.
Leve o lactente para lugares onde haja animais, várias pessoas e diferentes objetos (p. ex., shopping, zoo).	Aponte para partes do corpo e diga o nome de cada uma delas.	Deixe o lactente bagunçar e brincar com a comida.	Coloque o lactente no meio de um círculo de mobilias e estimule a fuga.
Jogue bola com o lactente estimulando-o para que ele a devolva.	Imite o som dos animais.	Permita que o lactente sinta objetos frios e quentes dizendo-lhe qual temperatura é aquela.	
Demonstre como construir torres de blocos de montar.		Deixe o lactente sentir o vento em frente ao ventilador.	
BRINQUEDOS SUGERIDOS			
Nascimento até 6 Meses de Idade			
Cercadinhos móveis	Caixinhas de música	Bichos de pelúcia	Berço de balanço
Espelhos inquebráveis	Móviles musicais	Roupas macias	Balanços infantis
Batentes para ver através do berço	Sinos de berço	Colcha macia ou felpuda	
Lençóis de cores contrastantes	Pequenos chochalhos	Móviles macios	
Idade de 6 até 12 Meses			
Vários blocos coloridos	Chocalhos de vários tamanhos, formas, cores e tons	Bonecos e animais macios e de diferentes texturas	Caixinhas de atividades para berço
Caixas e copinhos	Bonecos e bichinhos que produzam sons	Brinquedos de esponja e que boiem	Brinquedos de puxar e esticar
Livros com rimas e cores brilhantes	Discos com música suave e ritmada	Brinquedos de apertar	Balanços
Colares de contas grandes		Brinquedos de morder	
Brinquedos simples		Livros com texturas e objetos como, por exemplo, um zíper	
Bolas grandes			
Copos e colheres			
Grandes quebra-cabeças			
Caixa de surpresas			

tionário de 76 itens adaptados do QRTI para avaliar as características de comportamento dos lactentes entre 1 e 4 meses de idade, enquanto o QRTI é mais adequado para lactentes a partir de 4 meses (Medoff-Cooper, Carey e McDevitt, 1993).

Ao conhecer o temperamento do lactente, a enfermeira está apta a (1) fornecer aos pais informações que os permitam observar o filho sob uma melhor perspectiva, (2) fornecer um melhor mapeamento sobre o temperamento da criança e possivelmente revelar distorções em suas percepções sobre este temperamento e (3) aconselhar os pais quanto à educação infantil.

Práticas de Educação Infantil Relacionadas ao Temperamento

Muitos pais percebem que seus filhos nascem com características únicas, e alguns pais de crianças mais difíceis necessitam ser informados do desafio que será cuidar delas. Contudo, poucos pais estão cientes dos significados das características do temperamento e de uma abordagem construtiva para lidar com elas. A seguir temos exemplos de intervenções que promovem relacionamentos mais positivos com lactentes de diferentes estilos de temperamento.¹

Lactentes “difíceis” podem responder melhor aos horários de alimentação programados e rotinas estruturadas de cuidado do que a alimentação por demanda e a mudanças constantes na sua rotina diária. Estas crianças dormem menos e podem necessitar de uma abordagem mais estruturada na hora de dormir para evitar problemas no sono. Lactentes “extremamente dispersos” podem necessitar de medidas que os acalme, como o ato de ninar, balançar ou serem levados em suportes colocados no tórax ou dorso dos pais. Crianças com “hiperatividade” requerem vigilância constante, e os pais precisam tomar precauções extras quanto à segurança no ambiente da casa. Estas crianças se beneficiam com maiores oportunidades de atividades motoras grossas como uma forma de canalizar construtivamente sua energia.

Lactentes com temperamento “menos ativo” podem demonstrar mais medo de estranhos do que as outras e podem necessitar de um preparo mais gradual e frequente para enfrentar novas situações, como a substituição da babá. Mesmo as “crianças fáceis” podem apresentar problemas, e talvez os pais precisem ser lembrados de alimentar as crianças que dormem por intervalos prolongados ou choram muito pouco. Eles talvez precisem “readaptar” a criança devido à facilidade no desenvolvimento de novos hábitos, como manter a criança acordada até tarde, dormir com os irmãos mais jovens, o que mais tarde pode tornar-se um problema.

O aconselhamento adequado, baseado no conhecimento do temperamento da criança, pode melhorar muito a qualidade da interação entre pais e filhos. Apenas fazer com que os pais saibam que este traço de dificuldade é nato pode aliviar sentimentos de culpa e incompetência.

Devido à complexidade do processo de desenvolvimento durante os primeiros 12 meses, a Tabela 10-2 ajuda a organizar e clarear os dados até aqui discutidos. Embora todos estes marcos sejam importantes, alguns representam aspectos integrativos essenciais do desenvolvimento que formam a base para o alcance de habilidades mais avançadas. Estes marcos essenciais são designados por um quadrado (■) na tabela. A tabela apresenta a média de idade em meses em que várias habilidades são alcançadas. Devemos lembrar que, apesar da sequência ser a mesma, a frequência irá variar entre os lactentes.

¹Pesquisas recomendadas aos pais: Turecki SK, Tonner L: *The difficult child*, Nova York, 2000, Bantam Books; e Chess S, Thomas A: *Know your child: an authoritative guide for today's parents*, Lanham, MD, 1996, Jason Aronson.

LIDANDO COM AS QUESTÕES RELACIONADAS AO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

Separação e Medo de Estranhos

Inúmeros medos podem aparecer durante a infância. Entretanto, o medo que mais causa preocupações aos pais é o medo de estranhos e o medo da separação. Embora erroneamente interpretado por alguns como um sinal de comportamento indesejável e antissocial, o medo de estranhos e a ansiedade da separação são componentes de uma afetividade sadia e forte entre pais e filhos. Mais do que nunca, este período pode apresentar dificuldades para os pais e para as crianças. Os pais podem vir a permanecer mais em casa devido ao comportamento agressivo da criança em ter uma babá. Para acostumar a criança a se relacionar com novas pessoas, os pais são encorajados a receber visitas de amigos e parentes mais próximos com mais frequência. Isto proporcionará o contato do lactente com um número maior de pessoas com as quais ele se sente confortável e dará aos pais mais tempo para si mesmos.

Os lactentes também precisam de oportunidade para experimentar a presença de estranhos com segurança. Usualmente, ao final do primeiro ano, os lactentes começam a se aventurar longe dos pais e demonstrar curiosidade sobre os estranhos. Quando permitidos a explorar sua própria vontade, muitos lactentes estarão finalmente “preparados”. Se os pais levam o lactente ao colo e longe da face, o lactente pode observar enquanto mantém um contato físico mais próximo.

A melhor aproximação para estranhos (incluindo enfermeiras) é falar suavemente; conhecer a criança na altura dos olhos (para parecer menor); manter uma distância segura do lactente; e evitar gestos bruscos e repentinos, como sustentar os braços para fora ou rir exageradamente.

Os pais também podem imaginar se devem encorajar o comportamento agarrado e dependente, especialmente se há uma pressão de outros que enxergam isto como “mimar” (veja discussão a seguir). Eles precisam ter reafirmada a certeza de que este comportamento é saudável, desejável e necessário para o desenvolvimento emocional ideal. Se os pais podem reafirmar ao lactente sua presença, o lactente irá aprender a compreender que eles permanecem presentes mesmo que não estejam fisicamente. Falar com o lactente enquanto deixam o quarto, permitir a eles que ouçam sua voz ao telefone ou utilizar objetos transicionais (p. ex., o cobertor ou brinquedo favorito) reafirma a contínua presença dos pais.

Estratégias Alternativas de Cuidado Infantil

Para muitos pais, especialmente mães trabalhadoras, encontrar instituições de cuidados infantis seguras e competentes é uma enorme dificuldade — uma delas é o número crescente de mães que trabalham fora de casa. Nos últimos 40 anos tem havido uma variação nas maneiras de se cuidar das crianças; considerando que a maioria das crianças era cuidada em centros e grupos ou outros locais apropriados, há um crescente número de crianças que vêm sendo cuidadas em suas próprias casas.

A maneira básica de cuidado é o cuidado no domicílio, na casa de familiares ou cuidadores e nos centros de cuidados, geralmente um centro de cuidados diários, as creches. O **cuidado em casa** pode consistir em uma babá em tempo integral, que viva no domicílio ou que venha diariamente, e esquemas cooperativos como a troca de babás ou dias na casa de familiares. Uma **pequena casa de cuidado familiar** licenciada oferece cuidado e proteção para até seis crianças durante parte do dia ou por 24 horas e não inclui estratégias informais como a troca de babás ou cuidadores no próprio domicílio da criança. As seis crianças podem incluir crianças menores de 5 anos que vivam na casa

provedora. Uma **casa de cuidado familiar grande** pode promover o cuidado de oito a doze crianças. Entretanto, muitas casas de cuidado familiar operam sem licença e se propõem a cuidar de um número maior de crianças, sem as instalações e pessoal adequados.

Centros de cuidados infantis usualmente referem-se a espaços de cuidado para aproximadamente seis ou mais crianças, por 6 ou mais horas em 1 dia de 24 horas. **Grupos de cuidados situados no trabalho** também é uma opção, que vem se tornando bastante popular como um benefício de reconhecimento do empregador em prover um cuidado conveniente e de boa qualidade aos filhos de seus empregados. O **cuidado a crianças doentes** também pode estar disponível. Tais programas estão comumente alocados em hospitais comunitários ou locais de trabalho.

Uma grande responsabilidade da enfermeira é orientar os pais a encontrar os cuidados para os filhos em locais adequados e com pessoal preparado. Agências licenciadas podem auxiliar os pais a encontrar centros de cuidados que aceitem crianças de uma faixa etária que são convenientes para o trabalho e para casa. Seus arquivos estão disponíveis ao público e fornecem informes sobre os departamentos de saúde, segurança e incêndio; avaliação periódica feita pela Agência de Licenciamento; arquivos com reclamações sobre os centros; e qualificação dos empregados dos centros. Programas de licenciamento do Estado estão aptos a estabelecer padrões, que representam os requisitos mínimos de segurança. No entanto, a aplicação de normas e padrões é por vezes inadequada.

Programas para a primeira infância também podem pertencer a um sistema voluntário autorizado patrocinado pela National Association for Education of Young Children ideal de cuidado.² Referências de outros familiares também serão úteis, quando os mesmos inspecionaram o centro cuidadosamente e ainda se mantém ligados as atividades da agência.

Orientações para a seleção das instalações do cuidado à criança são discutidas no Capítulo 13. A mesma atenção consistente deve ser aplicada para que se encontre um babá competente. Referências de outros empregadores são essenciais, e não há nada que substitua a observação da interação entre a pessoa e a criança. Embora lactentes muito novos necessitem de pouca preparação para a introdução de um novo cuidador, crianças mais velhas podem se beneficiar de uma adaptação gradual para reduzir o medo de estranhos. A qualquer tempo os pais devem ter o direito de visitar o filho e encontros regulares devem ser estabelecidos com frequência para avaliar a adaptação do lactente.

Uma das áreas que mais vem ganhando importância na seleção do cuidado infantil são as práticas de saúde dos centros; entretanto, os pais frequentemente não observam os recursos de saúde e segurança. Evidências mostram que crianças, especialmente aquelas com menos de 3 anos de idade, em centros de cuidados, apresentam mais doenças — especialmente diarreias,

otite média, infecções do trato respiratório (especialmente se o cuidador fuma), hepatite A, meningite e citomegalovírus — do que crianças cuidadas em suas próprias casas. Um forte indício de do risco de doenças é o número de crianças independentes no mesmo espaço. Medidas de controle proativo de infecções e o treinamento do pessoal devem ser efetivos em reduzir a incidência de infecções do trato respiratório superior, diarreia e rotavírus. Relatos mostram que famílias de crianças cuidadas em creches e centros de cuidados perdem aproximadamente 13 dias de trabalho por ano como resultado destas infecções (Brandy, 2005). Os pais devem questionar sobre as políticas de atendimento e atenção às crianças doentes.

Definição de Limites e Disciplina

As habilidades motoras da criança avançam, sua mobilidade aumenta, e os pais percebem a necessidade de estabelecer limites seguros para a proteção do filho e uma relação pais-filho positiva e de apoio (veja O Papel da Enfermeira na Prevenção de Lesões, p. 382). Embora existam inúmeras técnicas disciplinares, algumas são mais apropriadas que outras para os lactentes. Uma abordagem efetiva usada para disciplinar a criança é o uso do intervalo de descanso. Os princípios básicos são os mesmos discutidos no Capítulo 3, exceto pelo fato de que o lugar para o intervalo precisa ser adequado às habilidades da criança. Por exemplo, um cercadinho é mais adequado para os lactentes do que a cadeirinha. Contudo os pais devem estar atentos à importância da disciplina durante a infância. A adoção precoce de métodos disciplinares efetivos facilitará a consolidação do modelo de educação idealizado pelos pais.

Os pais devem reconhecer as limitações cognitivas e comportamentais das crianças, para que medidas de segurança adequadas sejam implementadas, uma vez que os *toddlers* não compreendem a relação de causa e efeito entre os objetos perigosos e os danos físicos. Adicionalmente, os pais precisam estar cientes de que o comportamento exploratório do lactente é natural, não oposicional e centrado primariamente nas necessidades básicas de acolhimento, amor, alimentação, segurança e conforto. Os pais podem verbalizar que dar conforto em demasia ou satisfazer todas as necessidades do lactente pode resultar em um comportamento mimado; contudo, não existem evidências científicas suficientes para mostrar que confortar e atender a criança em todas as suas necessidades resultará em tal comportamento no futuro. As crianças, por natureza, irão explorar e testar limites, durante a fase exploratória do crescimento; em vez de desencorajar a exploração, os pais devem promover um ambiente seguro, afastando objetos domésticos perigosos, e dando a criança disciplina e educação consistente.

Uma abordagem educativa efetiva na prevenção de lesões no início da infância auxiliará os pais a compreenderem a natureza do desenvolvimento normal do lactente. Deve ser constantemente reiterado que uma criança chora porque uma de suas necessidades não foi atendida, e não para intencionalmente irritar um adulto. Um lactente inquieto e irritado é uma vítima potencial da síndrome do bebê sacudido (ou outro tipo de lesão corporal), quando os pais e cuidadores talvez não entendam a natureza do choro infantil.

Sucção do Polegar e o Uso da Chupeta

A sucção é a principal fonte de prazer da criança e não pode ser inteiramente satisfeita através da amamentação ou uso da mamadeira. Esta é uma necessidade tão fundamental que os lactentes que são privados da sucção, como aquelas com reparação de fissura labial, irão sugar a própria língua. Alguns recém-nascidos nascem com marcas de sucção em suas mãos devido à atividade de sucção constante intraútero. Os benefícios da sucção não nutritiva

Texto continua na p. 350.

²Informações sobre os critérios e procedimentos de autorização da Academy of Early Childhood Program Accreditation (Academia de Aprovação de Programas da Primeira Infância - da NAEYC) estão disponíveis na Education of Young Children, 1313 L St. NW, Suite 500, Washington DC 2005; (800) 424-2460 ou (202)232-8777; <http://www.naeyc.org>. Estes critérios são um excelente guia para a avaliação das instalações de cuidado a criança. Outras fontes são: (1) *Child Care: What's Best for your Family* e inúmeros outros artigos ou panfletos sobre o cuidado infantil da American Academy of Pediatrics, 141 Northwest Point Blvd., Elk Grove Village, IL 60007; (847)434-4000; <http://www.aap.org>; para acesso on-line entre na rede Medem, <http://www.medem.com>, e então entre em "Medical Library" para títulos de panfletos; (2) *Parent's Guide to Day Care*, disponíveis na National Association of Pediatric Nurse, 20 Brace Road, suite 200, Cherry Hill, NJ 08034-2634; (856) 857-9700; fax: (856) 857-1600; <http://www.napnap.org>; e (3) Informativo do Cuidado Diário, (800) 424-2246; <http://www.childcareaware.org>.

TABELA 10-2

Crescimento e Desenvolvimento Durante a Lactância

FÍSICO	MOTOR GROSSO	MOTOR FINO
1 MÊS DE IDADE		
Ganho de peso de 150-210 g por semana nos primeiros 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assume postura fletida com a pélvis elevada mas os joelhos não permanecem sob o abdome quando em decúbito ventral (ao nascer, os joelhos estão flexionados sob o abdome) ■ Podem virar a cabeça de um lado para o outro em decúbito ventral; ergue a cabeça do berço momentaneamente (Fig. 10-3, A) 	Mãos predominantemente fechadas O reflexo de preensão é forte As mãos se fecham quando em contato com um chocalho
Ganho de 2,5 cm de altura por mês nos primeiros 6 meses		
Aumento do perímetro cefálico de 1,5 cm por mês nos primeiros 6 meses	Apresenta acentuada queda da cabeça, especialmente quando puxado da posição de sentado para deitado (Fig. 10-2, A)	
Reflexos primitivos presentes e acentuados	Sustenta a cabeça momentaneamente paralela e na linha média quando suspenso em decúbito ventral	
Diminuição do reflexo de olhar de boneca e de dança	Apresenta o reflexo tônico cervical assimétrico em decúbito dorsal	
Respiração nasal obrigatória (a maioria dos lactentes)	Quando sustentado na posição de pé, o corpo flexiona-se sobre os joelhos e quadris	
	Na posição sentada, o dorso está uniformemente arredondado, com ausência de controle da cabeça	
2 MESES DE IDADE		
Fontanela posterior fechada	<ul style="list-style-type: none"> ■ Assume uma posição menos fletida em decúbito ventral — quadris planos, pernas estendidas, braços flexionados, cabeça para o lado 	Mãos abertas Diminuição do reflexo de preensão
O reflexo de rastejar desaparece	Menos queda de cabeça quando puxado para posição sentada (Fig. 10-2, B)	
	Pode manter a cabeça no mesmo plano do resto do corpo quando segurado em suspensão ventral	
	Em decúbito ventral, pode levantar a cabeça quase a 45 graus da mesa	
	Quando movido para a posição sentada, sustenta a cabeça, mas se inclina para a frente (Fig. 10-5, B)	
	O reflexo tônico cervical assimétrico é intermitente.	
3 MESES DE IDADE		
Diminuição dos reflexos primitivos	<p>É capaz de sustentar a cabeça mais ereta quando sentado, mas ainda se inclina para a frente</p> <p>Apresenta apenas uma ligeira deflexão da cabeça quando puxado para a posição sentada</p> <p>Assume posição corporal simétrica</p> <p>É capaz de erguer a cabeça e o tronco do decúbito dorsal até 45 a 90 graus da mesa; sustenta o peso nos antebraços</p> <p>Quando segurado em posição ereta, consegue suportar parte do peso nas pernas</p> <p>Observa as próprias mãos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Segura chocalhos ativamente, mas não irá procurar por eles <p>Desaparecimento do reflexo de preensão</p> <p>Mãos continuam livremente abertas</p> <p>Embala a própria mão; puxa cobertores e roupas</p>
4 MESES DE IDADE		
Começa a salivação excessiva	<ul style="list-style-type: none"> ■ Quase não apresenta deflexão da cabeça quando puxado para posição sentada (Fig. 10-2, C) ■ Balança a cabeça quando sentado (Fig. 10-5, C) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inspetiona e brinca com as mãos; puxa lençóis e cobertores sobre o rosto durante as brincadeiras
Desaparecem os reflexos de Moro, tônico cervical assimétrico e de rotação	Região dorsal menos arredondada, curvada apenas na região lombar	Tenta alcançar objetos com as mãos
	É capaz de sentar ereto quando levantado	Agarra objetos com as duas mãos
	É capaz de levantar a face e os ombros da superfície até um ângulo de 90 graus (Fig. 10-3, B)	Brinca com chocalhos colocados em sua mão, balança, mas não consegue pegá-los caso caiam
	Assume posições predominantemente simétricas	É capaz de levar objetos até a boca
	■ Rola do decúbito dorsal para o lateral	

■ Marcos que representam aspectos integrativos essenciais do desenvolvimento que formam a base para o alcance de habilidades mais avançadas.

*O grau da acurácia visual varia de acordo com a medida da visão do procedimento usado.

SENSÓRIO

VOCALIZAÇÃO

SOCIAL E COGNITIVO

- Hábil para se fixar em um objeto em movimento com um alcance de 45 graus quando segurado a uma distância de 20-25 cm
- Acuidade visual aproximada de 20/100*
- Acompanham um estímulo luminoso até a linha média
- Permanece quieto ao ouvir vozes

Início da fixação binocular e convergência para objetos pequenos

Em decúbito dorsal, acompanha brinquedos pendurados de um lado para outro da linha média

Procura os sons visualmente

Gira a cabeça na direção de um estímulo sonoro feito na altura do ouvido

- Segue objetos ao seu redor (180 graus)
- Localiza sons girando a cabeça para o lado e olhando na mesma direção

Começa a ter habilidade para coordenar os estímulos de vários órgãos sensitivos

Consegue acomodar-se sob objetos próximos

A visão binocular está praticamente estabelecida

É capaz de focar um bloco de 1,25 cm

Início da coordenação da visão com as mãos

Chora para demonstrar desprazer

Emite pequenos sons guturais

Emite sons confortáveis durante a amamentação

- Emite vocalizações distintas do choro

Os tipos de choros ficam diferenciados

Arrulha

Emite vocalização ao ouvir vozes familiares

- Grita alto para manifestar prazer

Arrulha, balbucia e ri

Vocaliza quando ri

"Fala" bastante quando conversam com ele

Chora menos quando desperto

Emite os sons das consoantes *n, k, g, p, b*

- Ri alto

A vocalização varia de acordo com o humor

Está na fase sensório-motora — estágio I, uso dos reflexos (nascimento a 1 mês), e estágio II, reações circulares primárias (1 a 4 meses)

Olha para o rosto dos pais na intenção de que ele ou ela fale com o lactente

- Demonstra um sorriso social em resposta a diversos estímulos

Demonstra considerável interesse pelos arredores

Para de chorar quando os pais entram no quarto

Podem reconhecer faces familiares e objetos, como uma mamadeira

Mostra cautelosa em situações estranhas

Está no estágio III, reações secundárias circulares

Chama a atenção agitando-se; torna-se entediado se deixado sozinho

Gosta da interação social com as pessoas

Percebe a alimentação quando vê mamadeiras ou a mãe, se ainda for amamentado

Demonstra excitação com todo o corpo, esperneia e respira com vigor

Mostra interesse por estímulos estranhos

Começa a mostrar memória

Continua

TABELA 10-2

Crescimento e Desenvolvimento Durante a Lactância — cont.

FÍSICO	MOTOR GROSSO	MOTOR FINO
5 MESES DE IDADE		
<p>Começam os sinais de erupção dos dentes</p> <p>O lactente dobrou o peso de nascimento</p>	<p>Sustenta a cabeça quando puxado para posição sentada</p> <p>Quando sentado, é capaz de sustentar a cabeça ereta e estável</p> <p>Permanece sentado por longos períodos com apoio</p> <p>O dorso é retificado</p> <p>Em decúbito ventral, assume posições simétricas com os braços estendidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pode rolar do decúbito ventral para o dorsal <p>Leva os pés à boca em decúbito dorsal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ É capaz de agarrar objetos voluntariamente <p>Usa a garra palmar e abordagem ambidestra</p> <p>Brinca com o pé</p> <p>Leva objetos diretamente para boca</p> <p>Segura um cubo enquanto observa outro</p>
6 MESES DE IDADE		
<p>O crescimento começa a desacelerar</p> <p>Ganho de peso de 90-150 g por semana nos próximos 6 meses</p> <p>Ganho de altura de 1,25 cm nos próximos 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Dentição começa com a erupção de dois incisivos centrais inferiores ■ Ocorrem mastigação e mordidas 	<p>Em decúbito ventral pode erguer o tórax e a região superior do abdome da superfície, sustentando o peso com as mãos (Fig. 10-3, C)</p> <p>Ao perceber que será colocado na posição sentada, ergue a cabeça</p> <p>Senta em cadeiras altas, com as costas retas</p> <p>Rola do decúbito dorsal para o ventral</p> <p>Quando segurado em posição de pé, suporta quase todo seu peso</p> <p>Observação das mãos desaparece</p>	<p>Apanha objetos caídos</p> <p>Deixa cair um bloco quando pega outro</p> <p>Agarra e manipula pequenos objetos</p> <p>Segura mamadeiras</p> <p>Agarra os pés e os coloca na boca</p>
7 MESES DE IDADE		
<p>Erupção dos incisivos centrais superiores</p>	<p>Em decúbito dorsal, levanta a cabeça da superfície espontaneamente</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Sentado, inclina-se para a frente com ambas as mãos (Fig. 10-5, D). <p>Em decúbito ventral, sustenta o peso com uma das mãos</p> <p>Senta ereto momentaneamente</p> <p>Suporta todo seu peso com os pés (Fig. 10-6, A)</p> <p>Quando segurado em posição de pé, saltita ativamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transfere objetos de uma mão para outra (Fig. 10-5, E) <p>Apresenta garra e abordagem unidestra</p> <p>Segura dois blocos mais que momentaneamente</p> <p>Bate os blocos contra a mesa</p> <p>Junta pequenos objetos</p>
8 MESES DE IDADE		
<p>Começa a apresentar padrões regulares de eliminações vesical e intestinal</p> <p>Aparece o reflexo de paraquedas (Fig. 10-4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Permanece estável ao sentar sem apoio (Fig. 10-5, E) <p>Pronto para sustentar o peso sobre as pernas; talvez já fique de pé segurando na mobília</p> <p>Retifica a postura para alcançar objetos</p>	<p>Começa o movimento de pinça, usando o indicador, o quarto e o quinto dedo contra a parte inferior do polegar</p> <p>Larga os objetos deliberadamente</p> <p>Toca sinos propositalmente</p> <p>Retém dois blocos enquanto já observa um terceiro</p> <p>Segura objetos puxando pela corda</p> <p>Procura insistentemente por objetos fora de alcance</p>
9 MESES DE IDADE		
<p>Erupção dos incisivos laterais superiores poderá ter iniciado</p>	<p>Arrasta-se apoiado nas mãos e nos joelhos</p> <p>Permanece sentado e estável no chão por longo período de tempo (10 minutos)</p> <p>Recupera o equilíbrio quando inclinado para a frente, mas não consegue fazer o mesmo quando inclinado para os lados</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Coloca-se de pé e permanece segurando na mobília (Fig. 10-6, B e C). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Usa o polegar e o indicador no movimento de pinça (Fig. 10-1) <p>A preferência pelo uso de uma mão dominante começa a se tornar evidente</p> <p>Segura o terceiro bloco</p> <p>Compara dois blocos colocando-os juntos</p>

■ Marcos que representam aspectos integrativos essenciais do desenvolvimento que formam a base para o alcance de habilidades mais avançadas.

SENSÓRIO	VOCALIZAÇÃO	SOCIAL E COGNITIVO
<p>A visão acompanha os objetos que deixa cair É capaz de manter a inspeção visual de um objeto Pode localizar estímulos sonoros abaixo do ouvido</p>	<p>Esperneia Emite sons de vogais intercalados com sons de consoantes (p.ex.: <i>ah-goo</i>)</p>	<p>Sorri para imagem no espelho Segura a mamadeira ou o seio materno com as duas mãos Possui maior entusiasmo para brincadeiras, mas pode apresentar rápidas mudanças de humor É capaz de discriminar estranhos da família Vocaliza desprazer quando seus objetos são levados para longe Descobre as partes do corpo</p>
<p>Retifica a postura para observar objetos Prefere estímulos visuais mais complexos Pode localizar sons feitos acima do ouvido Lateraliza a cabeça, ao olhar para cima ou para baixo</p>	<p>■ Começa a imitar sons ■ Balbucia sons semelhantes a monossílabos — <i>ma, mu, da, di, hi</i> Vocaliza para os brinquedos e para a imagem no espelho Tem satisfação em ouvir os sons produzidos por si mesmo (autorreforço)</p>	<p>Reconhece familiares e começa a ter medo de estranhos Ergue os braços para ir ao colo Já tem definições de gosto e não gosto Começa a imitar (tosse, protrusão da língua) Excita-se quando ouve passos ■ Procura rapidamente por objetos caídos (início do objeto permanente) Muda frequentemente de humor, do choro ao riso, sem nenhuma ou pouca provocação</p>
<p>■ Pode se fixar em objetos bem pequenos Responde ao próprio nome Localiza sons curvando a cabeça em arco Começa a percepção de profundidade e espaço Apresenta preferência de gostos</p>	<p>■ Produz sons de vogal e sequências de sílabas — <i>baba, dada, kaka</i> Vocaliza quatro sons de vogais distintas "Fala" ao mesmo tempo em que os outros</p>	<p>■ Aumenta o medo de estranhos; demonstra sinais de mau humor na ausência dos pais. Imita pequenos sons e ações Tenta chamar a atenção com balbucias e gritos Brinca de esconde-esconde Demonstra que não gosta da comida mantendo a boca fechada Exibe agressividade oral através de mordidas Demonstra expectativas em resposta a estímulos repetitivos</p>
<p>Localiza sons girando a cabeça diagonalmente e diretamente para o som A percepção de profundidade aumenta</p>	<p>Faz sons de consoantes <i>t, d, w</i> Identifica palavras familiares Pronuncia sinais de ênfase e emoções Combina sílabas como <i>dada</i>, mas não dá significado a elas</p>	<p>Aumenta a ansiedade na ausência dos pais, principalmente a mãe, e o medo de estranhos Responde a palavra "não" Não gosta de se vestir e trocar fraldas</p>
<p>Responde a comandos verbais simples Compreende "não-não"</p>	<p>Os pais são ainda mais importantes para o bem-estar Mostra interesse crescente em agradar os pais Começa a ter medo de ir para a cama ou ser deixado sozinho Coloca os braços na frente do rosto para impedir a higiene facial</p>	<p>Os pais são ainda mais importantes para o bem-estar Mostra interesse crescente em agradar os pais Começa a ter medo de ir para a cama ou ser deixado sozinho Coloca os braços na frente do rosto para impedir a higiene facial</p>

Continua

TABELA 10-2**Crescimento e Desenvolvimento Durante a Lactância — cont.**

FÍSICO	MOTOR GROSSO	MOTOR FINO
10 MESES DE IDADE		
Reflexo de labirinto é mais forte quando colocado em decúbito dorsal ou ventral; é capaz de levantar a cabeça	Pode mudar do decúbito dorsal para a posição sentada Fica de pé quando segura na mobília; senta-se ao cair Recupera o equilíbrio facilmente quando sentado Quando de pé levanta um dos pés para dar um passo (Fig. 10-6, D).	Começa a liberação bruta de objetos Agarra um sino para manusear
11 MESES DE IDADE		
Pode iniciar a erupção dos incisivos laterais inferiores	Quando sentado, gira para trás para alcançar um objeto ■ Anda segurando na mobília ou com as duas mãos seguras	Explora objetos mais profundamente (p. ex., bate o sino por dentro) Tem claro movimento de pinça Derruba os objetos deliberadamente para que sejam pegos Coloca um objeto após o outro dentro do baú (brincadeira sequencial) É capaz de manipular objetos e removê-los de invólucros justos
12 MESES DE IDADE		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Triplicou o peso de nascimento ■ Mede 50% mais que no nascimento O perímetro cefálico e torácico é igual (perímetro cefálico de 46 cm). Tem 6-8 dentes decíduos Fontanela anterior quase fechada O reflexo de Babinski desaparece Desenvolvimento da curvatura lombar; lordose evidente durante o andar	<ul style="list-style-type: none"> ■ Caminha apenas com uma das mãos segura Circula bem <ul style="list-style-type: none"> ■ Talvez possa ficar de pé sozinho momentaneamente; talvez tente dar o primeiro passo sozinho Pode mudar da posição sentada para de pé sem ajuda	Lança cubos em um copo Tenta montar torres de dois blocos, porém, falha Tenta colocar a tampa em uma garrafa de rosca, porém, falha Pode virar as páginas de um livro, várias de cada vez

■ Marcos que representam aspectos integrativos essenciais do desenvolvimento que formam a base para o alcance de habilidades mais avançadas.

em lactentes prematuros incluem o ganho de peso, diminuição do tempo de internação e melhor controle da dor (Pinelli e Symington, 2000; Pinelli, Symington e Ciliska, 2002). Atualmente não existem evidências que o uso da chupeta e sucção não nutritiva em lactentes *prematuros* tenha alguma influência no início e duração da amamentação. A sucção não nutritiva deve ser oferecida aos recém-nascidos pré-termo, especialmente quando combinada com o uso de sacarose para alívio da dor.

O uso da chupeta, particularmente nos primeiros dias após o nascimento, vem ganhando considerável atenção na literatura científica. Alguns especialistas declaram que o uso “não terapêutico” da chupeta deve ser desencorajado, uma vez que não se conhecem outros benefícios da sua utilização além da sucção não nutritiva e do manejo da dor.

Biancuzzo (2003) sugere que não se deve afirmar com absoluta certeza que o uso da chupeta é prejudicial em todas as condições, porém é válido o alerta de que há um risco potencial de dano do uso da chupeta baseado em evidências validadas. Além disso, ela adverte aos profissionais de saúde para que busquem evidências científicas a respeito dos danos potenciais do uso da chupeta e forneçam informações aos pais. Lawrence e Lawrence (2005), assim como outros especialistas em amamentação, recomendam que profissionais de saúde não introduzam o uso da chupeta em lactentes alimentados com mamadeiras, exceto com solicitação dos pais. O uso de chupetas não é recomendado como parte da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (veja Quadro 8-5).

Uma revisão dos estudos do Joanna Briggs Institute (2005) encontrou uma associação entre o uso de chupetas na infância e a redução na amamentação e a amamentação exclusiva. Contudo os

SENSÓRIO

VOCALIZAÇÃO

SOCIAL E COGNITIVO

<p>Distingue formas geométricas simples (p. ex., círculo)</p> <p>Pode desenvolver ambiopia com falha de binocularidade</p> <p>Pode seguir objetos que se movem rapidamente</p> <p>Controla e ajusta resposta a sons; é atento à ocorrência de sons</p>	<p>■ Diz "dada," "mama" com significado</p> <p>Entende "tchau-tchau"</p> <p>Pode dizer algumas palavras (p. ex., "oi," "tchau," "não")</p> <p>Imita sons definidos de fala</p> <p>■ Fala três a cinco palavras além de "dada", "mama"</p> <p>Compreende o significado de algumas palavras (a compreensão sempre precede a verbalização)</p> <p>Reconhece objetos pelo nome</p> <p>Imita o som de animais</p> <p>Entende comandos verbais simples (p. ex., "Me dá isso", "Me mostre seus olhos")</p>	<p>Inibe seu comportamento ao ouvir comandos como "não-não" ou o próprio nome</p> <p>Imita expressões faciais</p> <p>Dá seus brinquedos para outras pessoas, sem arremessar</p> <p>■ Desenvolve permanência de objetos</p> <p>Repete ações para chamar a atenção e causar risos</p> <p>Puxa a roupa dos outros para chamar a atenção</p> <p>Brinca de jogos interativos, como adoleta</p> <p>Reage quando adultos ficam bravos com ele; chora quando é chamado à atenção</p> <p>Demonstra independência para se vestir, comer, locomover e testa os pais</p> <p>Procura e localiza figuras em livros</p> <p>Experimenta alegria e satisfação quando uma tarefa é dominada</p> <p>Reage a restrições com frustração</p> <p>Rola a bola para os outros quando solicitado</p> <p>Antecipa gestos corporais quando uma canção de ninar ou rima familiar é cantada (p. ex., segura os dedos e os pés, em resposta a "Este porquinho foi ao mercado")</p> <p>Brinca de alto-baixo, "muito grande", ou esconde-esconde</p> <p>Balança a cabeça para dizer "não"</p>
		<p>Demonstra emoções como ciúmes, afeição (talvez já abrace ou beije se solicitado), raiva, medo</p> <p>Gosta de sons familiares e explora longe dos pais</p> <p>Demonstra medo em situações estranhas; agarra-se aos pais</p> <p>Talvez desenvolva o hábito do "cobertor de segurança" ou brinquedo favorito</p> <p>Aumenta a determinação para praticar as habilidades motoras</p> <p>■ Procura por um objeto mesmo se não tiver sido escondido, mas apenas no local onde foi visto pela última vez</p>

autores concluem que o uso da chupeta não causa uma redução da amamentação, e sim uma "conjunção de fatores socioeconômicos, demográficos, psicossociais e culturais que determinaram a introdução da chupeta durante a amamentação". Além disso, estudos relacionados com o uso da chupeta e a prevenção da SMSL demonstraram que lactentes que dormiam com a chupeta apresentaram um risco menor dessa ocorrência. Devido ao reduzido número de estudos correlacionando o uso da chupeta com o aumento do risco de infecções ou má oclusão dental, os autores não fazem nenhuma recomendação a favor ou contra o uso da chupeta em relação a estas práticas (Joanna Briggs Institute, 2005).

A Academia Americana de Pediatria (2005) recomenda o uso limitado da chupeta durante a infância, citando fortes evidências do uso da chupeta e seu efeito protetor na redução da SMSL; o mecanismo exato que está envolvido na proteção da SMSL não é conhe-

cido. O uso da chupeta não deve substituir a alimentação e a sucção; a proibição do uso da chupeta absolutamente não produzirá um efeito de aumento na duração da amamentação; deve haver uma ênfase na permissão do lactente em controlar o ritmo, frequência e término da alimentação em vez de permitir que a chupeta (ou qualquer outra coisa) se torne o principal foco da interação.

Para diminuir a dependência da sucção não nutritiva em jovens lactentes, o prazer da sucção deve ser aumentado através do aumento do tempo de mamada. Além disso, o uso excessivo da chupeta por parte dos pais como forma de acalmar o lactente deve ser analisado. Não é incomum que os pais coloquem a chupeta na boca dos lactentes tão logo eles comecem a chorar, reforçando este padrão de alívio do estresse.

Os efeitos do uso contínuo da chupeta sobre o início da fala e o desenvolvimento da linguagem ainda são desconhecidos, mas a

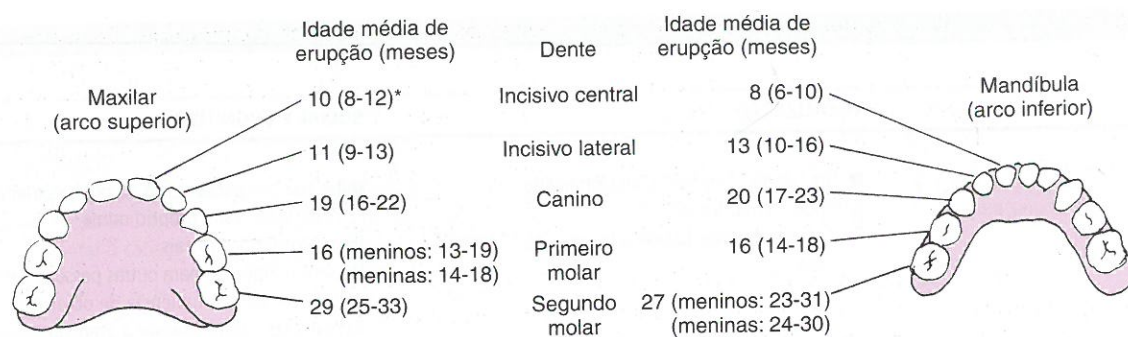


FIG. 10-10 ■ Sequência de erupções da dentição primária. *Intervalo representa ± 1 desvio-padrão ou 67% da amostra estudada. (Dados de McDonald RE, Avery DR: *Dentistry for the child and adolescent*, ed 6, St. Louis, 1994, Mosby.)

chupeta pode diminuir o desejo do lactente de imitar sons e afetar sua inteligibilidade. Os pais precisam ser alertados que o uso contínuo e a dependência da chupeta podem afetar o desenvolvimento social e da fala.

Se o lactente usa chupeta, algumas considerações sobre segurança devem ser reforçadas no momento da compra. Os pais devem ser advertidos sobre a alteração da chupeta, desta maneira tornando-a mais perigosa (veja *Aspiração de Corpos Estranhos*, p. 375).

Durante o período neonatal e na infância não existe a necessidade de restrição à sucção não nutritiva dos dedos. A má oclusão pode ocorrer se a sucção do polegar persistir entre 4 a 6 anos de idade ou no início da erupção dos dentes permanentes. As chupetas podem ser percebidas por alguns pais como sendo menos danosa que a sucção do polegar, pois elas são descartadas entre os 2 a 3 anos de idade, enquanto a sucção do polegar pode persistir até a idade escolar. Ambos, tanto o uso da chupeta quanto a sucção do polegar podem variar significativamente de acordo com o padrão cultural.

A sucção do polegar atinge seu ápice na idade de 18 a 20 meses e é mais persistente quando a criança está com fome, cansada ou se sentindo insegura. A persistência da sucção do polegar em crianças desatentas e apáticas sempre merece investigação. Isto pode ser um sinal de problema emocional entre os pais e a criança ou de tédio, isolamento e falta de estimulação.

Dentição

Um dos períodos mais difíceis da vida infantil (e também dos pais) é a erupção dos dentes transitórios (primários), também chamado de *dentição*. A idade de erupção dos dentes mostra considerável variação entre crianças, mas a ordem em que eles aparecem é bastante regular e previsível (Fig. 10-10). Os primeiros dentes primários a romper são os incisivos centrais inferiores, que aparecem aproximadamente dos 6 aos 10 meses de idade (média de 8 meses). Logo em seguida à erupção dos incisivos centrais inferiores ocorre a dos superiores.

DICA DE ENFERMAGEM

Uma fórmula prática para a avaliação da dentição temporária nos primeiros 2 anos de vida é a seguinte: a idade do lactente - 6 = número de dentes. Por exemplo: 8 meses de idade - 6 = ocorrência da erupção de dois dentes para a idade.

A dentição é um processo fisiológico; algum desconforto é comum quando a coroa do dente rompe a membrana periodontal. Algumas crianças apresentam pequenos sinais de dentição tais como salivação, edema gengival, aumento da sucção do pole-

gar ou necessidade de morder objetos rígidos. Outras ficam bastante irritadas, apresentam dificuldade para dormir e recusa alimentar. Geralmente febre, vômitos ou diarreia não são sinais de dentição, mas sim de doenças e necessitam ser investigados (Mackinn, Piedmonte, Jacobs e cols., 2000). Anderson (2004) sugere que frequentes períodos de vigília podem estar relacionados ao ambiente, comportamento e mudanças do desenvolvimento, preferencialmente a dentição. O autor também alerta aos pais (e profissionais de saúde) para não superestimarem a dentição; a criança com aparência de doente ou com temperatura superior a 38°C deve ser avaliada por um profissional.

Por ser a dor da dentição o resultado de uma inflamação, o resfriamento é recomendado. Dar a criança um mordedor congelado ou um cubo de gelo enrolando em uma toalha molhada ajudará a reduzir a dor da inflamação. Diversas pomadas anestésicas tóxicas que não necessitam de prescrição médica estão disponíveis no mercado. Entretanto, pais e profissionais de saúde devem estar cientes dos riscos do uso de produtos anestésicos tóxicos (a taxa de absorção varia entre as crianças) (Anderson, 2004). O princípio ativo de muitos deles é a benzocaína. Se tal produto for usado, os pais devem ser advertidos quanto à maneira correta de aplicação. Em casos de irritabilidade persistente, que afete o sono e a alimentação, anestésicos sistêmicos como acetaminofeno ou ibuprofeno podem ser utilizados (se a idade for apropriada) por não mais que 3 dias (Anderson, 2004); contudo, pais devem estar cientes que esta é uma medida paliativa temporária e que a criança deve ser examinada por um profissional, caso os sintomas persistam.

ALERTA DE ENFERMAGEM

O uso de analgésicos gengivais em pó ou de procedimentos como cortar e esfregar a gengiva com aspirinas não são recomendados, pois podem ocorrer a ingestão do pó, a irritação ou infecção da mucosa e a ingestão ou aspiração da aspirina. Doces duros podem causar asfixia ou aspiração e devem ser evitados nesta idade.

Calçados Infantis

Muitos pais desconhecem o tipo de calçado apropriado para crianças mais velhas e adquirem calçados caríssimos ao guiar-se por publicidade enganosa. Calçados inflexíveis e com sola dura podem ser prejudiciais, retardando a deambulação, forçando o posicionamento dos dedos para dentro ou para fora e impedindo o desenvolvimento dos músculos de sustentação dos pés. Portanto o aconselhamento aos pais sobre os calçados adequados deve iniciar quando o lactente tiver 6 meses de idade — bem antes do início da deambulação.

Os **mecanismos de defesa** da pele e do sangue, particularmente a fagocitose, são bem mais eficientes nas crianças nessa fase do que nos lactentes. A produção de anticorpos está bem estabelecida. Entretanto, muitos *toddlers*/infantes sofrem um aumento súbito nos resfriados e pequenas infecções quando entram na pré-escola ou outras situações de grupo, como creches, por causa da exposição a patógenos.

O rápido crescimento na **organização neurocomportamental** contribui para uma regularidade maior dos ciclos de sono e vigília, menos episódios de inquietude e choro inexplicáveis e um humor mais previsível. Estimulantes valiosos do desenvolvimento cerebral precoce incluem as diversas interações (conversar, cantar e brincar) *toddler*/infante e os cuidadores. A nutrição adequada; a proteção contra toxinas ambientais como chumbo, diversos fármacos e estresse; e a promoção de bons cuidados de saúde contribui em conjunto para o crescimento cerebral sadio.

Desenvolvimento Motor Grosso e Fino

A **habilidade motora grossa** mais importante do *toddler*/infante é o desenvolvimento da locomoção. De 12 a 13 meses de idade, a criança anda sozinha ampliando a base de apoio para um maior equilíbrio, e aos 18 meses tenta correr, mas cai facilmente. Entre 2 e 3 anos de idade, o refinamento da posição bípede ereta é evidente com a melhora da coordenação e o melhor equilíbrio. Aos 2 anos de idade, a criança pequena consegue subir e descer escadas, e aos 2 anos e meio consegue pular com os dois pés, equilibrar-se em um pé só por um ou dois segundos e dar alguns passos na ponta dos pés. Ao final do segundo ano de vida, consegue equilibrar-se em um pé, andar na ponta dos pés e subir escadas alternando os passos.

O **desenvolvimento motor fino** é demonstrado pela destreza manual cada vez maior. Por exemplo, aos 12 meses de idade, as crianças conseguem apreender um pequeno objeto, mas não soltá-lo. Aos 15 meses, conseguem colocar uma passa em uma garrafa de boca estreita. Lançar ou jogar objetos e segurá-los tornam-se atividades quase obsessivas em torno dos 15 meses de idade. Aos 18 meses, as crianças conseguem lançar uma bola por cima da cabeça sem perder o equilíbrio. Aos 2 anos de idade, usam as duas mãos para erguer torres de blocos, e aos 3 anos desenham círculos no papel.

O domínio das habilidades motoras grossas e finas é evidente em todas as fases da atividade infantil, tais como brincar, vestir-se, na compreensão da linguagem, na resposta à disciplina, na interação social e na propensão a machucar-se. As atividades ocorrem menos individualmente e mais associada a outras habilidades mentais para produzir um resultado significativo. Por exemplo, a criança nessa idade anda para chegar a um lugar, solta um brinquedo para pegar ou escolher outro e rabisca para olhar a imagem produzida. As possibilidades de exploração, investigação e manipulação do ambiente — e seus riscos — são infinitas.

DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL

O *toddler*/infante lida com o domínio de diversas tarefas importantes. Se a necessidade de confiança básica foi satisfeita, ele está pronto para abrir mão da dependência e do controle, tornando-se mais independente e autônomo. Algumas das competências específicas com que ela precisa lidar incluem:

- Diferenciar-se dos outros, particularmente da mãe
- Tolerar a separação dos pais
- Ser capaz de esperar uma gratificação
- Controlar as funções corporais
- Adquirir comportamentos socialmente aceitáveis
- Dominar meios de comunicação verbal
- Conseguir interagir com os outros de uma maneira menos egocêntrica

A conquista dessas metas só está começando no final da fase de lactente e entre os 12 e 36 meses de idade; tarefas como desenvolver relações interpessoais com os outros podem não estar concluídas até a adolescência. Entretanto, as bases cruciais para a conclusão de tais tarefas do desenvolvimento são estabelecidas nesses primeiros anos de formação.

Desenvolvimento de um Senso de Autonomia (Erikson)

Segundo Erikson, a tarefa desenvolvimental da criança *toddler*/infante é adquirir um senso de **autonomia** ao mesmo tempo em que a criança supera a **dúvida** e **vergonha**. À medida que os lactentes adquirem confiança na previsibilidade e confiabilidade dos pais, do ambiente e da interação com os outros, eles começam a descobrir que seu comportamento é próprio e que tem um efeito previsível e consistente nos outros. Embora imponham seu desejo e controle aos outros, eles confrontam-se com o conflito de exercer a autonomia e abdicar da agradável dependência dos outros. Exercer o desejo tem consequências negativas definidas, enquanto manter um comportamento dependente e submisso geralmente é recompensado com afeto e aprovação. Entretanto, a dependência contínua gera um senso de dúvida a respeito da sua capacidade potencial de controlar suas ações. Tal dúvida conjuga-se a um senso de vergonha de sentir esse impulso de revoltar-se contra a vontade alheia e um medo de ultrapassar sua própria capacidade de manipular o ambiente. A monitoração sensata e o equilíbrio dos controles pelos pais permitem cada vez mais sucessos realistas e o surgimento da autonomia.

Assim como o lactente tem as modalidades sociais de apreender e morder, o *toddler*/infante tem a modalidade recém-adquirida de pegar e largar. O segurar e soltar ficam evidentes com o uso das mãos, da boca, dos olhos e, por fim, dos esfínteres, quando começa o treinamento do uso do banheiro. Essas modalidades sociais manifestam-se constantemente nas atividades lúdicas da criança, tais como jogar objetos; tirar objetos de caixas, gavetas ou armários; segurar com mais força quando alguém diz “Não toque nisso”; e recusar um alimento ou cuspi-lo como manifestação de preferências alimentares tornam-se muito fortes.

Várias características, especialmente negativismo e ritualismo, são típicas das crianças dessa faixa etária em sua busca por autonomia. À medida que a criança pequena tenta expressar a sua vontade, muitas vezes age com **negativismo**, ou seja, persiste respondendo negativamente aos pedidos. As palavras “não” ou “eu faço” podem dominar o vocabulário delas. As emoções passam a ser expressas com intensidade, geralmente em rápidas oscilações de humor. Um minuto, a criança pequena pode estar envolvida em uma atividade, e no minuto seguinte pode ficar zangada porque não consegue manipular um brinquedo ou abrir uma porta. Se repreendidas por terem feito algo errado, podem ter um ataque de raiva ou birra e quase instantaneamente agarram-se às pernas dos pais em busca de colo e consolo. Compreender e lidar com essas mudanças bruscas muitas vezes é algo difícil para os pais. Muitos acham o negativismo exasperante e, em vez de lidar de maneira construtiva com ele, cedem, o que ameaça ainda mais as crianças em busca de métodos de aprendizagem aceitáveis para interagir com os outros (veja Crises de Raiva ou Birra e Negativismo, pp. 432-433).

Em contraste com o negativismo, que com frequência perturba o ambiente, o **ritualismo**, a necessidade de manter a mesmice e a consistência, dá um sensação de conforto. As crianças *toddlers*/infantes conseguem aventurar-se com segurança quando sabem que pessoas, lugares e rotinas familiares ainda existem. É possível entender por que qualquer mudança na rotina diária representa uma verdadeira ameaça às crianças dessa idade. Sem rituais confortadores, elas têm pouca oportunidade de exercer

autonomia. Conseqüentemente surgem a dependência e a regressão (veja Regressão, p. 433).

Erikson enfatiza o desenvolvimento do **ego**, que pode ser considerado como a razão ou o senso comum, durante essa fase do desenvolvimento psicossocial. A criança luta para lidar com os impulsos do **id** e tenta tolerar a frustração e aprender formas socialmente aceitáveis de interagir com o ambiente. O ego fica evidente à medida que a criança é capaz de tolerar a gratificação tardia. Nessa fase, as crianças começam a elaborar os rudimentos do **superego**, ou a consciência, que é a incorporação dos princípios morais da sociedade e o processo de aculturação.

Com o desenvolvimento do ego, as crianças diferenciam-se ainda mais dos outros e expandem seu senso de confiança dentro de si mesma. Porém, à medida que começam a desenvolver a consciência de sua própria vontade e a capacidade de consegui-la, também se tornam conscientes de sua capacidade de fracassar. Essa consciência onipresente do insucesso em potencial gera dúvidas e vergonha. A conquista bem-sucedida da autonomia precisa de oportunidades de autodomínio enquanto se lida com a frustração do estabelecimento dos limites necessários e da gratificação tardia. As oportunidades de autodomínio estão presentes em atividades lúdicas apropriadas, no treinamento do uso do banheiro, na crise da rivalidade entre irmãos e nas interações bem-sucedidas com pessoas importantes na vida da criança (Fig. 12-1).

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO: O DESENVOLVIMENTO SENSORIO-MOTOR E PRÉ-OPERACIONAL (PIAGET)

O período de 12 a 24 meses de idade é uma continuação dos dois estágios finais da fase sensorio-motora. Durante essa fase, os processos cognitivos desenvolvem-se rapidamente e, em alguns momentos, parecem semelhantes aos do pensamento maduro. Entretanto, as competências de raciocínio ainda são primitivas e precisam ser entendidas para se lidar efetivamente com os comportamentos típicos de uma criança dessa idade.

Reações Circulares Terciárias. No quinto estágio da fase sensorio-motora (13 a 18 meses de idade), a criança usa a experimentação ativa para conseguir metas antes inatingíveis. As habilidades físicas recém-adquiridas são cada vez mais importantes para a função que servem em vez de para os atos em si. A criança incorpora o aprendizado anterior das reações circulares secundárias às novas habilidades e aplica o conhecimento combinado a novas situações, com ênfase nos resultados da experimentação. É assim que começa o julgamento racional e o raciocínio intelectual. Durante esse estágio, há ainda mais diferenciação de si mesmo dos objetos, o que fica evidente na capacidade cada vez maior da criança de aventurar-se longe dos pais e de tolerar períodos mais prolongados de separação.

Surge então a consciência de uma **relação causal** entre dois eventos. Depois de tocar num interruptor, a criança pequena percebe que ocorre uma resposta recíproca. Entretanto, ainda não é capaz de transferir tal conhecimento para novas situações. Portanto, toda vez que ela ver algo que pareça um interruptor, é impulsionada a investigar a sua função. Esse comportamento demonstra o começo da categorização de dados em classes e subclasses distintas. Existem inúmeros exemplos desse tipo de comportamento à medida que a criança pequena explora continuamente o mesmo objeto toda vez que ele aparece em um novo lugar.

Como a classificação de objetos ainda é rudimentar, o surgimento de um objeto denota a sua função. Por exemplo, se os brinquedos da criança forem guardados em um saco de papel ou em uma caixa maior, aquele recipiente de brinquedos não é diferente do saco de lixo ou da cesta de roupas. Se for permitido que ela vire o recipiente de brinquedos, a criança fará exatamente e prontamente o mesmo com outros recipientes semelhantes, pois,

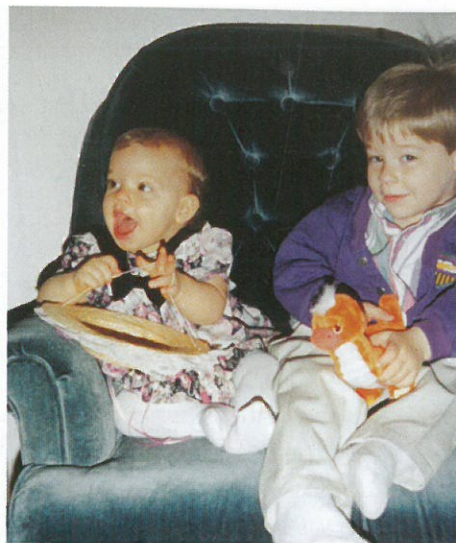


FIG. 12-1 ■ O toddler/infante começa a socializar-se com pessoas significativas, tais como os irmãos, como parte de seu desenvolvimento.

em sua imaginação, não há diferença. Esperar que a criança julgue qual recipiente ela pode ou não explorar não é algo apropriado para essa faixa etária. Ao contrário, o objeto proibido, como, por exemplo, a lixeira, deverá ser colocado fora do alcance dela.

A descoberta dos objetos como objetos leva à percepção das suas relações com o espaço que a cerca. As crianças são capazes de reconhecer formas diferentes e sua relação umas com as outras. Por exemplo, elas conseguem encaixar perfeitamente caixas menores umas nas outras (embutir) e introduzir um objeto redondo em um buraco, mesmo que a tampa esteja rosqueada, de cabeça para baixo ou invertida. As crianças também conseguem perceber o espaço e a relação de seus corpos com dimensões como altura. Elas se esticarão, ficarão em pé em uma pequena escada ou num banco e puxarão uma corda para alcançar um objeto.

A **permanência do objeto** também evoluiu nessa fase. Muito embora as crianças ainda não consigam encontrar um objeto colocado em outro lugar não visível ou escondido embaixo de um travesseiro sem perceber a mudança, elas percebem cada vez mais a existência de objetos atrás de portas fechadas, em gavetas e embaixo de mesas. Geralmente, os pais percebem bem essa conquista do desenvolvimento e acham que lugares mais altos ou armários fechados são os únicos locais inacessíveis às crianças dessa idade.

A Invenção de Novos Significados Através de Combinações Mentais. Dos 19 aos 24 meses de idade, a criança encontra-se na fase sensorio-motora final. Durante esse estágio, a criança completa os processos mais primitivos e de certa forma autistas da infância e prepara-se para operações mentais mais complexas que ocorrem durante a fase do pensamento pré-operacional. Uma das conquistas mais importantes desse estágio é na área da permanência do objeto. As crianças agora buscarão ativamente um objeto em diversos esconderijos em potencial. Além disso, elas conseguem inferir uma causa quando percebem apenas o seu efeito. Elas conseguem inferir que um objeto estava escondido em diversos locais mesmo quando visualizam apenas o esconderijo original.

A imitação exibe um significado e um entendimento mais profundos. Há uma simbolização maior na imitação. A criança percebe agudamente as ações de outras pessoas e tenta copiá-las em gestos e em palavras. O **mimetismo doméstico** (imitar os afazeres domésticos) e o comportamento associado ao papel se-

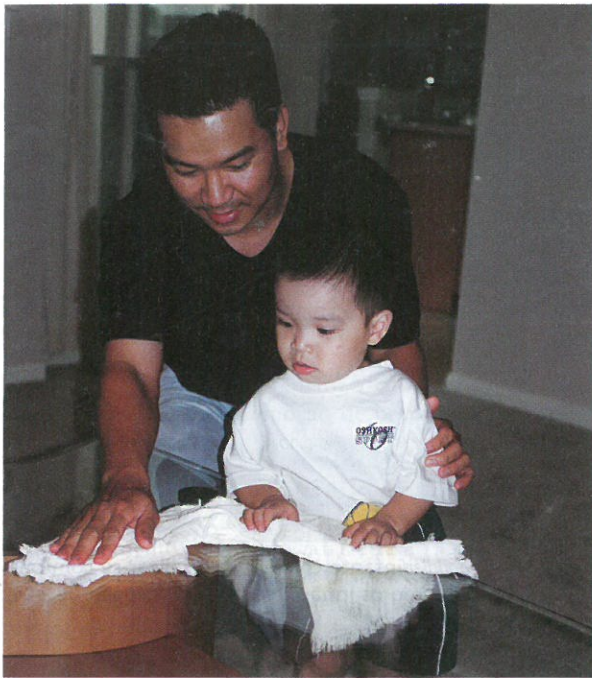


FIG. 12-2 ■ A dramatização de situações de imitação doméstica é comum nessa fase.

xual tornam-se cada vez mais comuns durante esse período e durante o segundo ano. A identificação com o genitor do mesmo sexo torna-se aparente em torno do segundo ano de vida e representa a competência intelectual da criança em diferenciar modelos diferentes de comportamento e imitá-los apropriadamente (Fig. 12-2).

O conceito de tempo ainda é embrionário, mas as crianças têm alguma ideia de tempo em termos de antecipação, memória e capacidade limitada de esperar. Elas podem escutar o comando “Só um minuto” e comportar-se apropriadamente. Entretanto, sua ideia de tempo é exagerada — 1 minuto pode parecer 1 hora. A capacidade de atenção limitada da criança nessa idade também indica sua percepção de imediatismo e preocupação com o presente.

Fase Pré-operacional. Em torno dos 2 anos de idade, a criança entra na fase pré-conceitual do desenvolvimento cognitivo, que dura até cerca dos 4 anos de idade. A fase pré-conceitual é uma subdivisão da fase pré-operacional, que abrange dos 2 aos 7 anos de idade. A fase pré-conceitual é basicamente uma fase de transição que liga o comportamento puramente autogratiificante da infância e o comportamento socializado rudimentar da latência. O **pensamento pré-operacional** implica que as crianças não conseguem pensar em termos de **operações** — a capacidade de manipular objetos em relação mútua de uma maneira lógica. Ao contrário, as crianças nessa fase pensam basicamente em termos da sua percepção de um evento. A solução de problemas baseia-se no que elas veem ou escutam, em vez de no que elas lembram a respeito de objetos e eventos. Várias características são singulares ao pensamento pré-operacional (Quadro 12-1).

Durante o segundo ano de vida, a criança usa cada vez mais a linguagem simbolicamente e está preocupada com o “por que” e o “como” das coisas. Por exemplo, um lápis é “uma coisa para escrever” e o alimento é “uma coisa para comer”. No entanto, essa simbolização mental está fortemente associada ao raciocínio pré-lógico. Por exemplo, uma agulha é “uma coisa que machuca”. Essa experiência dolorosa adquire uma nova significância porque a memória está associada a um evento específico, e é provável que

a criança desenvolva temores, tais como resistir a pessoas que vistam uniformes coloridos ou cômodos que pareçam um consultório médico. Por causa da vulnerabilidade desses primeiros anos, é essencial preparar as crianças para qualquer nova experiência, seja uma babá nova ou uma consulta ao dentista.

DESENVOLVIMENTO ESPIRITUAL

O desenvolvimento espiritual nas crianças é muitas vezes discutido em termos do nível de desenvolvimento em que ela está, pois a evolução da espiritualidade com frequência está em paralelo com o desenvolvimento cognitivo (Elkins e Cavendish, 2004). A família e o ambiente da criança influenciam fortemente a percepção que ela possui sobre o mundo ao redor dela, muitas vezes incluindo a espiritualidade. Ademais, valores familiares, crenças, costumes e suas respectivas expressões influenciarão a percepção da criança do seu eu espiritual (Elkins e Cavendish, 2004). A relação entre espiritualidade, doença infantil e enfermagem tem sido estudada com base no contexto do sofrimento, da doença terminal como o câncer e dos cuidados em fim de vida. Nas últimas décadas, tem havido um foco cada vez maior nos cuidados espirituais de adultos e crianças à medida que mais se entende da influência de espiritualidade de uma pessoa na saúde, na doença e no bem-estar.

A criança pequena aprende a respeito de Deus por meio das palavras e das ações das pessoas próximas a ela. Elas têm apenas uma vaga ideia de Deus e do catecismo por causa de seus processos cognitivos imaturos; entretanto, se fala-se de Deus com reverência, as crianças pequenas associam Deus a algo especial. Durante esse período, a atribuição de símbolos e imagens religiosas é fortemente influenciada pela maneira como são apresentadas; aqui reside o potencial para o desenvolvimento da culpa e do medo ou, por outro lado, do amor e do respeito aos símbolos religiosos (Roehlkepartain, King, Wagener e cols., 2006).

As crianças *toddlers*/infantes começam a assimilar comportamentos associados ao divino (juntar as mãos em oração). Rotinas como rezar antes das refeições ou na hora de dormir podem ser importantes e confortadoras. Na medida em que as crianças nessa fase tendem a encontrar consolo em comportamentos e rotinas ritualísticas, elas incorporam rotinas associadas a práticas religiosas a seus padrões de comportamento, sem entender todas as implicações dos rituais até amadurecerem mais. Ao final dessa fase, quando as crianças usam o pensamento pré-operacional, há um certo avanço de sua compreensão de Deus. Ensinos religiosos, como recompensa ou medo da punição (céu ou inferno) e o desenvolvimento moral (Cap. 5), podem influenciar seu comportamento (Fosarelli, 2003).

DESENVOLVIMENTO DA IMAGEM CORPORAL

Do mesmo modo que na lactância, o desenvolvimento da imagem corporal tem um paralelo próximo com o desenvolvimento cognitivo. Desenvolver a compreensão psicológica promove a autoconsciência, e as crianças mais novas aprendem a perguntar “Quem sou eu?” Durante o segundo ano de vida, as crianças se reconhecem no espelho e fazem referências verbais a si mesmas (“Eu grande”). Com o desenvolvimento das habilidades motoras, as crianças nessa fase reconhecem a utilidade das partes corporais e gradualmente aprendem seus nomes. Elas aprendem também que determinadas partes do corpo têm significados diversos; por exemplo, durante o treinamento esfinteriano, as genitálias adquirem mais importância, e a limpeza é enfatizada. Aos 2 anos de idade, elas reconhecem diferenças de gênero e referem-se a si mesmas pelo nome e depois pelo pronome. A identidade de gênero desenvolve-se aos 3 anos de idade. Também nessa época, a criança começa a lembrar dos eventos com relação à sua significância pessoal, formando uma memória autobiográfica que ajuda

QUADRO 12-1

Características do Pensamento Pré-operacional

- Egocentrismo** — Incapacidade de prever as situações por outras perspectivas que não sejam as próprias.
Exemplo — Se uma pessoa posiciona-se entre um *toddler*/infante e uma outra criança, ela deve explicar para a criança que o seu rosto pode ser visto por cada uma. A criança pequena não consegue perceber que o outro é capaz de ver a pessoa que está no meio de uma perspectiva diferente, ou seja, de costas.
Implicação — Evite sermões a respeito do “por que” algo é errado se isso requerer a compreensão dos sentimentos ou da opinião de outra pessoa. Dizer para a criança parar de bater porque machuca o outro geralmente é ineficaz, pois, para o agressor, é bom bater. Ao contrário, enfatize que bater não é permitido.
- Raciocínio transformador** — Raciocinar de acordo com cada caso em particular.
Exemplo — A criança se recusa a comer um alimento porque algo que comeu anteriormente não tinha um gosto bom.
Implicação — Aceite as razões da criança; ofereça o alimento recusado em outro momento.
- Organização do raciocínio global** — Raciocínio de que mudar uma parte do todo muda o todo inteiro.
Exemplo — A criança se recusa a dormir no quarto porque a cama mudou de lugar.
Implicação — Aceite as razões da criança; use a mesma posição da cama ou introduza a mudança aos poucos.
- Centração** — Volta-se para um aspecto em vez de considerar todas as alternativas possíveis.
Exemplo — A criança se recusa a comer um alimento por causa da cor, mesmo se o gosto ou o cheiro foram aceitáveis.
Implicação — Aceite as razões da criança.
- Animismo** — Atribuir qualidades vívidas a objetos inanimados.
Exemplo — A criança bate na escada por fazê-la cair.
Implicação — Junte-se a ela, batendo na escada. Mantenha objetos amedrontadores fora da visão dela.
- Irreversibilidade** — Incapacidade de desfazer ou reverter as ações iniciadas fisicamente.
Exemplo — Ao se dizer à criança que pare de fazer algo, como, por exemplo, falar, ela não consegue pensar na atividade positiva.
Implicação — Dê ordens e faça pedidos de maneira positiva (p. ex., “Fique quieto.”).
- Pensamento mágico** — Acreditar que os pensamentos são poderosos e que causam eventos.
Exemplo — A criança deseja que alguém morra; então, se a pessoa morrer, a criança sente-se culpada pelo pensamento “ruim” que fez a morte acontecer.
 ■ Chamar a criança de “má” por ter feito algo errado faz com que ela se sinta má de fato.
Implicação — Explique que os pensamentos não fazem as coisas acontecerem e que a criança não é responsável pelo acontecimento.
 ■ Use mensagens com “Eu” em vez de “você” para comunicar pensamentos, sentimentos, expectativas ou crenças sem impor culpa ou crítica. Enfatize que a ação é ruim, não a criança.
- Incapacidade de manter** — Incapacidade de entender a ideia de que é possível mudar o formato, o tamanho ou o comprimento de uma massa sem perder ou acrescentar nada à massa original (ao contrário, a criança julga o que vê pelas pistas imediatas dadas a ela).
Exemplo — Se duas linhas de mesmo comprimento são apresentadas de tal forma que uma parece maior do que a outra, a criança afirmará que uma linha é mais comprida, mesmo se ela medir as duas com uma régua ou uma trena e descobrir que ambas têm a mesma medida.
Implicação — Mude a pista perceptual mais óbvia para reorientar a visão da criança do que ela vê.
 ■ Dê os remédios em pequenos copinhos dosadores em vez de em um copo grande, pois a criança imaginará que o recipiente maior contém mais líquido. Se ela recusar o remédio no copo pequeno, ponha em um copo maior, já que o líquido parecerá menos em um recipiente alto e largo.
 ■ Dê um biscoito grande e plano em vez de um grosso e pequeno, ou faça o contrário com carne ou queijo; a criança geralmente comerá maior quantidade daquilo que gosta mais e menor quantidade do alimento menos preferido.

a estabelecer uma identidade contínua ao longo dos eventos da vida (Thompson, 2001).

Depois que entram na fase do pensamento pré-operacional, as crianças conseguem usar símbolos para representar objetos, mas seu pensamento pode levar a incorreções. Por exemplo, se uma mulher grávida é chamada de “gorda”, a criança descreverá todas as mulheres “gordas” como gestantes. Elas começam a reconhecer palavras usadas para descrever aparência física, tais como *bonito*, *vistoso* ou *garotão*. Tais expressões acabam influenciando como as crianças veem seus próprios corpos.

Apesar de pouca pesquisa ter sido feita a respeito do desenvolvimento da imagem corporal em crianças pequenas, está claro que a integridade corporal é mal-entendida e que experiências invasivas são ameaçadoras (Dahlquist, Busby, Slifer e cols., 2002). Por exemplo, a criança pequena resiste vigorosamente a procedimentos como exame do ouvido ou da boca ou a medida da temperatura corporal com um termômetro retal. As crianças pequenas também têm fronteiras corporais tênues e podem associar partes inviáveis, como as fezes, a partes corporais essenciais. Tal

fato pode ser observado na criança pequena que não gosta de puxar a descarga e ver as fezes desaparecerem.

A enfermagem pode ajudar os pais garantindo uma imagem corporal positiva da criança, encorajando-os a evitar rótulos negativos, tais como “braços magrinhos” ou “pernas gordinhas” — autopercepções que podem durar a vida inteira. As partes do corpo, especialmente as relacionadas à eliminação e à reprodução, devem ser chamadas pelos seus nomes corretos. É preciso praticar o respeito pelo corpo.

DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO

O *toddler*/infante, do mesmo modo que explora o ambiente, também explora seu próprio corpo e sente prazer em tocar determinadas partes. Pode ocorrer a masturbação, que envolverá a estimulação manual da genitália e movimentos de pressão da genitália contra objetos. Outras demonstrações de atividades sensualizadas incluem embalar-se, chupar os dedos das mãos e dos pés, balançar-se e abraçar pessoas e brinquedos. Durante a

atividade, a criança pode transpirar, e pode ser difícil interromper a atividade. Se feita em público, o comportamento deve ser ignorado. Deve-se ensinar a ela que é mais aceitável fazê-lo em ambiente privado (Meyer, 2002).

Crianças nessa faixa etária estão aprendendo o vocabulário associado a autonomia, eliminação e reprodução. Determinadas associações entre palavras e funções tornam-se significativas e podem influenciar futuras atitudes sexuais. Por exemplo, se os pais referem-se à genitália como suja, especialmente no contexto da eliminação, essa associação entre “genitália” e “sujeira” pode ser transferida às funções sexuais.

Diferenças nos papéis de gênero tornam-se óbvias para as crianças e ficam mais evidentes nas brincadeiras de imitação. Um senso de masculinidade ou feminilidade, a **identidade de gênero**, é formado aos 3 anos de idade. Atitudes precoces são formadas a respeito de comportamentos afetivos entre adultos a partir da observação de atividades sensualizadas dos pais ou de outros adultos (veja também Cap. 13). A qualidade das relações com os pais é importante para a capacidade da criança de estabelecer relações sexuais e emocionais no futuro (DeLamater e Friedrich, 2002).

DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Uma tarefa importante nessa fase da infância (de 12 a 36 meses de idade) é a diferenciação do eu (*self*) de outras pessoas importantes, geralmente a mãe. O processo de diferenciação consiste em duas fases: **separação**, a criança destaca-se de uma fusão simbiótica com a mãe; e **individação**, as conquistas que marcam a expressão da criança de suas características individuais no ambiente. Muito embora o processo comece durante a última metade da infância, as principais conquistas ocorrem na fase de *toddler*/infante.

Nessa fase, as crianças têm um entendimento e uma percepção melhor da permanência do objeto e alguma capacidade de esperar a gratificação tardia e tolerar a frustração moderada. Consequentemente, elas reagem de maneira diferente dos lactentes a pessoas estranhas. O surgimento de pessoas não familiares não representa uma ameaça significativa ao seu vínculo com a mãe. Elas aprenderam pela experiência que os pais existem quando fisicamente ausentes. A repetição de eventos como ir para a cama sem os pais, mas encontrá-los novamente ao acordar, reforça a segurança de tais separações breves. Consequentemente, as crianças nessa fase são capazes de aventurar-se longe dos pais por breves períodos pela segurança de saber que os pais estarão lá quando elas voltarem. Os reforços verbal e visual dos pais gradualmente substituem parte da necessidade anterior de proximidade física para segurança.

Segundo Harpaz-Rotem e Bergman (2006), a fase de separação-individação abrange o fenômeno de **reconciliação** ou **reaproximação**; à medida que a criança nessa fase separa-se da mãe e começa a obter um sentido nas experiências que tem no ambiente, ela volta-se para a mãe em busca de ajuda ao articular verbalmente o significado das experiências. Em termos do desenvolvimento, a expressão *reconciliação* ou *reaproximação* significa que a criança se distancia e retorna ou reaproxima-se em busca de segurança. Se a resposta da mãe ao filho for inadequada, a criança pode sentir-se insegura ou confusa.

Objetos transicionais, como um cobertor ou um brinquedo favorito, promovem segurança para as crianças, especialmente quando elas estão separadas dos pais, lidando com um novo estresse ou apenas cansadas (Fig. 12-3). Objetos de segurança geralmente tornam-se tão importantes para os *toddlers*/infantes que elas se recusam a soltá-los. Trata-se de um comportamento normal; não é preciso desencorajar essa tendência. Durante as separações, tais como ida para a creche, hospitalizações ou até mesmo



FIG. 12-3 ■ Objetos transicionais, tais como um bicho de pelúcia fofo e macio, são fontes de segurança para o *toddler*/infante.

passar a noite com um parente, deve-se dar às crianças objetos transicionais para minimizar qualquer medo ou solidão.

Aprender a tolerar e suportar breves períodos de separação é uma tarefa do desenvolvimento importante para as crianças nessa faixa etária. Além disso, trata-se de um componente necessário para os pais, já que permite que eles recuperem suas energias e a paciência e minimiza o direcionamento de suas irritações e frustrações para os filhos.

Linguagem

A característica mais marcante do desenvolvimento da linguagem na primeira infância é um nível de compreensão crescente. Embora a quantidade de palavras adquiridas — de cerca de quatro aos 12 meses de idade para aproximadamente 300 aos 2 anos — seja notável, a *capacidade de compreender e entender a fala é bem maior do que o número de palavras que a criança é capaz de falar*. Crianças bilíngues também conseguem atingir suas etapas linguísticas iniciais em cada língua ao mesmo tempo e produzir um número substancial de palavras semanticamente correspondentes em cada uma das duas línguas desde as primeiras palavras ou sinais (Petitto, Katerlos, Levy e cols., 2001).

Aos 12 meses de idade, a criança usa frases de uma palavra ou holofrases. A palavra “sobe” pode significar “me pegue no colo” ou “olha ali em cima”. Para a criança, uma palavra transmite o significado de uma frase, mas para outras pode significar muitas coisas ou nada. Nessa idade, cerca de 25% das vocalizações são inteligíveis. Aos 2 anos de idade, a criança usa frases com várias palavras, encadeando duas ou três palavras, em frase como “mamãe vai, tchau” ou “foi embora”, e aproximadamente 65% da fala são compreensíveis. Aos 3 anos, a criança reúne palavras em frases simples, começando a dominar regras gramaticais (desenvolvimento da sintaxe) e adquirindo cinco a seis novas palavras por dia.

Os gestos precedem ou acompanham cada uma das etapas da linguagem até os 30 meses de idade (colocar o telefone no ouvido, apontar). Depois de um desenvolvimento suficiente da linguagem, os gestos são abandonados, e o ritmo de aprendizagem das palavras aumenta (Bates e Dick, 2002).

Comportamento Pessoal-Social

Um dos aspectos mais notáveis do desenvolvimento do *toddler*/infante é a interação pessoal-social. Comportamentos pessoais-sociais são evidentes em áreas como vestir-se, alimentar-se, brin-

car e estabelecer o autocontrole. Os pais com frequência perguntam-se por que seus bebês maleáveis, dóceis e adoráveis se tornaram um pequeno tirano determinado, teimoso e volúvel. Além disso, o tirano dos terríveis 2 anos de idade pode voltar a ser de uma hora para outra o bebê adorável. Tudo isso faz parte do crescer, à medida que a criança nessa fase adquire uma consciência mais sofisticada de que os sentimentos e desejos dos outros podem ser diferentes dos seus. Através das interações com os cuidadores, a criança é capaz de explorar essas diferenças e suas consequências.

Nessa fase, as crianças estão desenvolvendo habilidades de independência, que ficam evidentes em todas as áreas do comportamento. Aos 15 meses, as crianças comem sozinhas, conseguem beber direto de um copo com tampa e bico sem derramar e manejam uma colher derramando um pouco o conteúdo. Aos 2 anos, elas usam bem a colher, e aos 3 anos podem estar usando um garfo. Entre 2 e 3 anos de idade, elas comem com a família e gostam de ajudar em tarefas como arrumar a mesa ou tirar a louça da máquina de lavar, mas ainda carecem de bons modos à mesa e podem achar difícil permanecer sentadas durante toda a refeição da família.

Ao vestirem-se, as crianças nessa fase demonstram progressos na independência. A criança de 15 meses de idade ajuda a colocar o braço na manga ou a perna na calça e tira os sapatos e as meias. A criança de 18 meses tira luvas, ajuda com camisas de enfiar pela cabeça e pode conseguir abrir o zíper. Aos 2 anos, a criança tira a maior parte das roupas e põe meias, sapatos e calças sem observar detalhes como direita ou esquerda e frente e costas. Elas ainda precisam de ajuda para abotoar as roupas.

Nessa fase, a criança começa a desenvolver a percepção dos sentimentos dos outros e a desenvolver um entendimento de como as expectativas dos adultos por um comportamento aplicam-se a situações específicas (p. ex., fazer um irmão chorar com uma brincadeira bruta) (Thompson, 2001). À medida que sua compreensão aumenta, elas conseguem desenvolver o controle. A disciplina apropriada à idade contribui para o desenvolvimento social e emocional sadio. Reforço positivo, redirecionamento e castigos em isolamento são apropriados para a maioria das crianças de 12 a 36 meses de idade. Crianças menores podem desenvolver problemas sociais e emocionais. A triagem e a intervenção precoce promovem resultados mais positivos à medida que a criança pequena cresce e desenvolve-se.

Brincar

A brincadeira reforça o desenvolvimento físico e psicossocial do *toddler*/infante. A interação com as pessoas torna-se cada vez mais importante. A brincadeira solitária de antes evolui para a **brincadeira paralela** — a criança brinca lado a lado e não com outras crianças. Apesar da brincadeira sensorio-motora ainda ser proeminente, há bem menos ênfase no uso exclusivo de uma modalidade sensorial. Nessa fase, a criança inspeciona o brinquedo, fala com ele, testa a sua resistência e durabilidade e inventa vários usos para ele. A **imitação** é uma das características mais distintas da brincadeira e enriquece a oportunidade das crianças de engajar-se na fantasia. Com menos ênfase em brinquedos estereotipados em gênero, objetos de brincadeiras como bonecas, carrinhos de bebê, casas de boneca, bolas, louças, utensílios de cozinha, mobiliário infantil, caminhões e fantasias para vestir são adequados para ambos os gêneros (Fig. 12-4); no entanto, os meninos podem ser mais intensos que as meninas em brincadeira com caminhões, trens, bonecos e blocos de montar, enquanto as meninas podem preferir brincadeiras com bonecas.

As habilidades locomotoras cada vez mais desenvolvidas fazem de brinquedos de puxar, carros de montar ou triciclos, pequenas barras e escorregas, bolas de diversos tamanhos e peque-



FIG. 12-4 ■ As crianças pequenas gostam de brincar de se vestir.


nos trepa-trepas apropriados para a criança nessa fase cheia de energia. Pintura com os dedos, lápis de cera grossos, giz, quadro-negro, papel e quebra-cabeças com peças grandes e simples denotam habilidades motoras finas no desenvolvimento da criança. Blocos para unir em tamanhos e formas variadas proporcionam horas de diversão e, no final dessa fase, são objetos úteis para a brincadeira criativa e imaginativa. O brinquedo mais educativo é aquele que proporciona a interação de um adulto com uma criança em uma brincadeira mútua e incondicional. Os brinquedos jamais substituem a atenção de cuidadores dedicados, mas podem intensificar essas interações (Glassy, Romano e Committe on Early Childhood, 2003).

Determinados aspectos da brincadeira estão relacionados à emergência das competências linguísticas. Falar é uma forma de brincar para a criança nessa fase, que gosta muito de brinquedos musicais como gravadores apropriados para crianças, bonecas e animais que “falam” e telefones de brinquedo. Programas de televisão apropriados à idade são excelentes para crianças dessa faixa etária, que aprendem a associar palavras a imagens visuais. No entanto, o tempo médio passado em frente à TV deve ser limitado a 1 a 2 horas de programação de qualidade por dia (American Academy of Pediatrics, 2001). As crianças nessa fase também gostam de “ler” histórias de um livro de gravuras e imitar os sons dos animais.

A brincadeira tátil também é importante para a criança nessa fase de exploração. Brinquedos aquáticos, uma caixa de areia com pá e balde, pintura a dedo, bolhas de sabão e argila oferecem excelentes oportunidades para uma recreação criativa e manipulativa. Os adultos às vezes se esquecem do fascínio exercido pela sensação de texturas, tais como um creme macio, lama ou pudins; estourar bolhas de sabão; apertar e remodelar argila; ou espalhar tinta com as mãos. Esses tipos de atividades livres são tão importantes quanto as atividades educativas dirigidas, ao permitir que as crianças se expressem com liberdade.

A seleção de brinquedos apropriados deve envolver fatores de segurança, especialmente em relação ao tamanho e à resistência. A atividade oral das crianças nessa fase as coloca em risco de aspirar pequenos objetos ou ingerir substâncias tóxicas. É preciso que os pais vigiem especialmente brinquedos usados na casa de outras crianças ou os brinquedos de irmãos mais velhos. Os brinquedos representam uma fonte potencial de graves lesões corporais às crianças pequenas, que podem ter a força física para manipulá-los, mas não o conhecimento para considerar o perigo (Stephenson, 2005) (veja quadro Cuidado Centrado na Família:

Segurança dos Brinquedos, Cap. 5). Os órgãos governamentais não inspecionam e fiscalizam todos os brinquedos no mercado. Por isso, os adultos que compram materiais lúdicos, supervisionam as compras ou permitem que as crianças os utilizem precisam avaliar sua segurança, incluindo brinquedos recebidos como presente ou aqueles que as próprias crianças compram. Os adultos devem estar atentos também a notícias de que alguns estão com defeitos ou foram recolhidos do mercado pelos fabricantes (*recall*). Os pais e os profissionais de saúde podem obter informações sobre uma variedade de produtos recolhidos do mercado e relatar brinquedos e produtos infantis potencialmente perigosos ao U.S. Consumer Product Safety Commission.¹ Há dicas a respeito da segurança dos brinquedos disponíveis para impressão no Safe Kids Worldwide.²

 No Brasil, o consumidor pode registrar queixa no órgão de defesa do consumidor do município onde vive, com base na Lei de Defesa do Consumidor (Lei n.º 8.078, de 11 de setembro de 2000), ou diretamente ao fale conosco do Instituto de Medidas e Peso — INMETRO, para as providências necessárias.

De acordo com o Código de Defesa do Consumidor, a proteção da vida, saúde e segurança contra riscos provocados por produtos é um direito básico do cidadão. Todo brinquedo deve possuir o selo do INMETRO, Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. Produtos que não apresentem esse selo de certificação não foram testados quanto aos riscos e não oferecem segurança para a criança, podendo ocasionar sérios danos a sua integridade física.

Para leitura adicional, consulte a Associação Brasileira de Normas Técnicas — ABNT. NBR 11.786:2003. Coletânea de normas de segurança de brinquedos de *playground*. Rio de Janeiro: ABNT; 2004.

ALERTA DE ENFERMAGEM

Sempre que as redes de lanchonete *fast foods* oferecerem brinquedos como brindes, alerte os pais para que solicitem brinquedos adequados à sua idade, e que não tragam riscos à sua integridade física.

A Tabela 12-1 resume os principais aspectos do crescimento e desenvolvimento para as faixas etárias de 15, 18, 24 e 30 meses.

ENFRENTAMENTO DE QUESTÕES RELACIONADAS AO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAL

Treinamento Esfincteriano

Uma das principais tarefas dos *toddlers*/infantes é o treinamento esfincteriano, ou uso do banheiro. A orientação antecipada e a intervenção clínica para as famílias acerca do treinamento esfincteriano devem começar durante as consultas de rotina da criança antes mesmo de ela estar pronta para o treinamento. A preparação e a educação revelam e atenuam concepções equivocadas; levam ao desenvolvimento de expectativas apropriadas; e proporcionam informações, orientação e apoio aos pais para lidar com esse processo potencialmente frustrante.

O controle voluntário dos esfíncteres anal e uretral é conseguido pouco depois que a criança começa a andar, provavelmente entre 18 e 24 meses de idade. Entretanto, fatores psicofisiológicos complexos são necessários para tal prontidão. É preciso que a criança seja capaz de reconhecer a vontade de eliminar e segurá-la e ser capaz de comunicar essa sensação aos pais. Além disso, é provável que alguma motivação esteja envolvida no desejo de agradar aos pais segurando a vontade de eliminar em vez de satisfazer a própria vontade de liberá-la.

¹(800) 638-2772; <http://cpsc.gov> (assistência também disponível em espanhol).
²<http://www.safekids.org>.

Diretrizes para o Cuidado de Enfermagem

Avaliação da Prontidão da Criança para o Treinamento Esfincteriano

APTIDÃO FÍSICA

Controle voluntário dos esfíncteres anal e uretral, geralmente de 18 a 24 meses de idade

A criança consegue manter-se seca por 2 horas; consome menos fraldas; acorda seca depois de uma soneca

Movimentos intestinais regulares

Habilidades motoras grossas de sentar, andar e agachar-se

Habilidades motoras finas para remover as roupas

APTIDÃO MENTAL

Reconhece a vontade de defecar ou urinar

Habilidades de comunicação verbal e não verbal que indiquem quando está molhada ou quando está com vontade de defecar ou urinar

Habilidades cognitivas para iniciar o comportamento apropriado e seguir comandos

APTIDÃO PSICOLÓGICA

Expressa o desejo de agradar aos pais

Consegue sentar-se no vaso sanitário por 5 a 10 minutos sem agitar-se ou levantar-se

Curiosidade a respeito dos hábitos de toalete dos adultos ou irmãos mais velhos

Impaciência com fraldas sujas ou molhadas; quer ser trocado imediatamente

PRONTIDÃO DOS PAIS

Reconhecem o nível de aptidão da criança

Disposição em investir o tempo necessário para o treinamento esfincteriano

Ausência de estresse ou mudanças familiares, tais como divórcio, mudança de casa, novo irmão ou férias próximas

Schmitt (2004) observa que estudos comparativos nas últimas cinco décadas indicam que as crianças na década de 1990 nos Estados Unidos eram treinadas a usar o banheiro mais tardiamente (18 meses na década de 1960 comparados a 36 meses na década de 1990); um possível fator contribuinte é a disponibilidade e a conveniência das fraldas descartáveis.

Cinco marcadores sinalizam a prontidão da criança de usar o banheiro: a aptidão da bexiga, do intestino, cognitiva, motora e psicológica (Schmitt, 2004). Segundo alguns especialistas, a aptidão fisiológica e psicológica não está completa até os 22 a 30 meses de idade (Schum, Kolb, McAuliffe e cols., 2002); entretanto, Schmitt (2004) enfatiza que os pais devem começar a preparar a criança para o treinamento esfincteriano antes dos 30 meses de idade. Nessa época, a criança já domina a maioria das habilidades motoras grossas essenciais, conseguem comunicar-se de maneira inteligível, está em menos conflito com os pais em termos de autoafirmação e negativismo e percebe a capacidade de controlar o corpo e agradar aos pais. Não há uma idade certa universalmente aceita para começar o treinamento esfincteriano ou um prazo absoluto para completar o treinamento. Uma das responsabilidades mais importantes da enfermeira é ajudar os pais a identificar os sinais de prontidão no filho (veja quadro



FIG. 12-5 ■ A, Sentar-se de frente para a tampa do vaso sanitário dá mais segurança a uma criança pequena. B, As crianças podem iniciar o treinamento esfinteriano em um troninho.

Diretrizes para o Cuidado de Enfermagem).³ Em média, as meninas estão prontas mais cedo em seu desenvolvimento para começar o treinamento esfinteriano, cerca de 2 a 2 meses e meio antes dos meninos (Schum, Kolb, McAuliffe e cols., 2002).

O controle da bexiga à noite normalmente leva vários meses a anos depois de se começar o treinamento diurno. Isso porque o ciclo do sono precisa amadurecer de maneira que a criança possa despertar a tempo de urinar. Poucas crianças terão episódios de urinar na cama depois de conseguirem o controle diurno; entretanto, as que não têm o controle diurno até os 6 anos de idade provavelmente precisam de uma intervenção (Mercer, 2003).

O treinamento intestinal geralmente é conseguido antes do treinamento da bexiga por causa da sua maior regularidade e previsibilidade. Há uma sensação mais forte para defecar do que para urinar, e a sensação da defecação pode ser trazida à atenção da criança. Uma dieta bem balanceada que inclua fibras dietéticas mantém as fezes amolecidas e promove o desenvolvimento e a manutenção de movimentos intestinais regulares.

Uma série de técnicas pode ser útil ao se iniciar o treinamento, e as diferenças culturais devem ser consideradas. Os pais devem começar a fase de prontidão do treinamento esfinteriano ensinando a criança como o corpo funciona em relação à necessidade de eliminação. Schmitt (2004) sugere que os pais conversem a respeito de como os adultos e os animais fazem tais funções em bases rotineiras. Outra sugestão é tornar o treinamento esfinteriano o mais fácil e simples possível. A seleção das roupas da criança é uma consideração importante, assim como a escolha do troninho ou o uso do vaso sanitário. O troninho ou um urinol permitem que as crianças se sintam seguras. Plantar os pés com firmeza no chão também facilita a defecação. Outra opção é um

assento portátil adaptado ao vaso sanitário regular, o que pode facilitar a transição do troninho para o vaso sanitário regular (Fig. 12-5). Colocar um banquinho sob os pés da criança ajuda a estabilizar a posição dela. Provavelmente é melhor manter o troninho no banheiro e deixar que a criança observe os excrementos jogados no vaso sanitário e eliminados para associar essas atividades às práticas usuais. Se não houver um troninho disponível, faça a criança sentar-se no vaso de frente para a caixa sanitária para oferecer mais apoio. As sessões de prática devem limitar-se a 5 a 8 minutos, e um dos pais deverá sempre ficar com a criança, praticando hábitos higiênicos depois de cada sessão. As crianças devem ser elogiadas pelo comportamento cooperativo e o sucesso na evacuação. Vestir as crianças em roupas que possam ser removidas facilmente, usar calças apropriadas para o treinamento, fraldas de “vestir” ou roupas de baixo e encorajá-las a imitar observando os outros são outras sugestões úteis.

Quando a criança começar a mostrar-se seca durante o dia regularmente, os pais podem experimentar o uso de calcinhas ou cuecas durante o dia. Acidentes diurnos são comuns, particularmente durante períodos de atividade intensa. As crianças pequenas ficam tão envolvidas nas brincadeiras que, se não forem lembradas de vez em quando, vão esperar ficar apertadas até que seja muito tarde para chegar ao banheiro. Portanto, lembretes e idas frequentes ao banheiro são necessários. Os pais muitas vezes se esquecem de planejar com antecedência quando a criança pequena está em treinamento esfinteriano; antes de sair de casa, é importante lembrar a criança de pelo menos tentar urinar para diminuir a chance de precisar usar o banheiro enquanto o carro está preso no meio de um engarrafamento.

À medida que a criança domina cada etapa do treinamento esfinteriano (discussão, despir-se, ir ao banheiro, limpar-se, vestir-se, puxar a descarga e lavar as mãos), ela adquire um senso de vitória que os pais deverão reforçar. Se a relação pais-filho ficar tensa, pode ser que ambos precisem desviar o foco realizando atividades prazerosas juntos. A regressão pode coincidir com uma

³Um livro útil é o *Guide to Toilet Training*, disponível na American Academy of Pediatrics, (847) 434-4000; <http://aap.org/bookstore>. Outros recursos estão listados na referência de Schmitt (2004).

TABELA 12-1

Crescimento e Desenvolvimento do Toddler/Infante

FÍSICO	MOTOR GROSSO	MOTOR FINO
<p>15 MESES DE IDADE Crescimento estável em estatura e peso Perímetro cefálico 48 cm Peso 11 kg Altura 78,7 cm</p>	<p>Anda sem auxílio (geralmente desde os 13 meses de idade) Sobe escadas Ajoelha-se sem apoio Não consegue contornar esquinas ou parar subitamente sem perder o equilíbrio sem apoio Não consegue arremessar uma bola sem cair Corre de maneira desajeitada; cai com frequência</p>	<p>Joga constantemente objetos no chão Constrói torres de dois cubos Segura dois cubos em uma mão só Joga uma conta em uma garrafa de boca estreita Rabisca espontaneamente Usa bem a caneca, mas geralmente vira a colher antes de chegar à boca</p>
<p>18 MESES DE IDADE Come menos em consequência de menos necessidades para o crescimento e mais necessidade de independência Fontanela anterior fechada Fisiologicamente capaz de controlar os esfíncteres</p>	<p>Assume a posição ereta Sobe escadas segurando-se com uma mão só Puxa e empurra brinquedos Pula no lugar com os dois pés Senta-se sozinho na cadeira Arremessa a bola por cima da cabeça sem cair</p>	<p>Ergue torres de três ou quatro blocos Soltar, segurar e alcançar bem desenvolvidos Vira duas a três páginas juntas de um livro Em um desenho, faz rabiscos de imitação Maneja a colher sem virar</p>
<p>24 MESES DE IDADE Perímetro cefálico 49-50 cm Perímetro torácico maior que o perímetro cefálico Diâmetro lateral do tórax maior que o diâmetro anteroposterior Ganho de peso usual de 1,8-2,7 kg por ano Ganho de altura de 10-12,5 cm por ano Estatura adulta aproximadamente o dobro da altura aos 2 anos de idade Dentição primária de 16 dentes Pode demonstrar prontidão para o controle esfíncteriano durante o dia</p>	<p>Sobe e desce escadas sozinho com os dois pés em cada degrau Corre razoavelmente bem, com base maior Pega objetos sem deixar cair Quica a bola para frente sem desequilibrar-se</p>	<p>Ergue torres de seis ou sete blocos Alinha dois ou mais blocos como um trem Vira páginas de um livro, uma por vez Ao desenhar, imita traços verticais e circulares Gira maçanetas, desenrosca tampas</p>
<p>30 MESES DE IDADE Peso de nascimento quadruplicado Dentição primária (20 dentes) completa Pode ter controle esfíncteriano durante o dia</p>	<p>Pula com os dois pés Pula de uma cadeira ou degrau Fica em um pé por uns momentos Dá alguns passos na ponta dos pés</p>	<p>Ergue torres de oito blocos Põe blocos de chaminé em um trem de blocos Boa coordenação mão-dedo; segura o lápis de cera com os dedos em vez de com a mão fechada Ao desenhar, imita traços verticais e horizontais; faz dois ou mais traços para desenhar uma cruz; desenha círculos</p>

situação familiar estressante ou a criança estar sendo muito exigida ou apressada. A regressão é uma parte normal do treinamento esfíncteriano e não significa insucesso, mas deverá ser vista como um recuo temporário a uma situação mais confortável e segura para a criança.

Os profissionais que trabalham em creches também têm um papel importante no apoio e na educação dos pais a respeito das práticas de treinamento esfíncteriano. É importante que os pais informem a todos os cuidadores de seus valores familiares individuais e das necessidades específicas do filho ao planejar o treinamento fora de casa. Garantir a consistência nos cuidados da

criança pequena, bem como garantir práticas saudáveis em um ambiente sanitário, permite práticas higiênicas seguras e efetivas em todos os contextos.

ALERTA DE ENFERMAGEM

Quando a criança estiver bem treinada no uso do banheiro e controlar o esfíncter vesical, acidentes repentinos como molhar as calças e a necessidade frequente de urinar podem demandar mais investigação quanto a uma possível infecção do trato urinário (ITU), especialmente em meninas. As crianças menores muitas vezes têm uma ITU sem apresentar febre ou micção dolorosa.

SENSORIAL	LINGUAGEM	SOCIALIZAÇÃO
<p>Consegue identificar formas geométricas; põe objetos redondos no buraco correto</p> <p>Visão binocular bem desenvolvida</p> <p>Manifesta um interesse intenso e prolongado em figuras</p>	<p>Utiliza linguagem expressiva</p> <p>Fala de quatro a seis palavras, incluindo nomes "Pede" as coisas apontando para elas</p> <p>Entende ordens simples</p> <p>Pode usar o gesto de "não" com a cabeça para negar</p> <p>Usa "não" mesmo quando concorda com algo</p> <p>Usa gestos comuns como botar a caneca na boca mesmo quando vazia</p>	<p>Tolera um pouco a separação dos pais</p> <p>Menos tendência a temer estranhos</p> <p>Começa a imitar os pais, como na limpeza da casa (varrendo, tirando o pó dos móveis, dobrando as roupas)</p> <p>Pode deixar a mamadeira</p> <p>Beija e abraça os pais; pode beijar figuras em um livro</p>
	<p>Fala 10 ou mais palavras</p> <p>Aponta um objeto comum, como um sapato ou uma bola, e para duas ou três partes do corpo</p> <p>Forma combinações de palavras</p> <p>Forma combinações de gestos e palavras (aponta enquanto diz o nome)</p> <p>Forma combinações de gestos</p>	<p>Expressa emoções; tem ataques de raiva</p> <p>Mais imitações (dramatização de situações domésticas)</p> <p>Tira luvas, meias e sapatos e abre zíperes</p> <p>Os ataques de raiva podem ser mais evidentes</p> <p>Começa o conceito de propriedade ("meu brinquedo")</p> <p>Pode desenvolver dependência de objetos transicionais, como um cobertor preferido</p>
<p>Acomodação bem desenvolvida em discriminação geométrica; capaz de inserir um bloco quadrado no espaço retangular</p>	<p>Tem um vocabulário de aproximadamente 30 palavras</p> <p>Usa frases de duas a três palavras</p> <p>Usa os pronomes "eu", "mim", "você"</p> <p>Entende ordens direcionais</p> <p>Fala o primeiro nome, refere-se a si mesmo pelo nome</p> <p>Verbaliza a vontade de ir ao banheiro, comer ou beber</p> <p>Fala sem parar</p> <p>Consegue lembrar e imitar seqüências arbitrárias com ações e gestos não verbais</p>	<p>Estágio de brincadeira paralela</p> <p>Maior capacidade de atenção</p> <p>Menos ataques de raiva</p> <p>Puxa as pessoas para mostrar o que quer</p> <p>Maior independência dos pais</p> <p>Veste roupas simples</p> <p>Desenvolve reconhecimento visual e autorreferência verbal ("Eu grande")</p> <p>Desenvolve percepção de que os sentimentos e desejos dos outros podem ser diferentes e começa a explorar implicações e conseqüências</p>
	<p>Fala o nome e o sobrenome</p> <p>Refere-se a si mesmo pelo pronome correto</p> <p>Usa plurais</p> <p>Diz o nome de uma cor</p>	<p>Separa-se mais facilmente dos pais</p> <p>Ao brincar, ajuda a arrumar; pode carregar objetos quebráveis; empurra coisas com boa destreza</p> <p>Começa a notar diferenças de sexo; sabe o próprio sexo</p> <p>Pode ir ao banheiro sem assistência, exceto para limpar-se</p> <p>As emoções se expandem e incluem orgulho, vergonha, culpa e constrangimento</p>

Rivalidade entre Irmãos

As crianças sentem um ciúme e um ressentimento naturais em relação a uma nova criança na família ou em relação a outras crianças na família quando os pais voltam sua atenção dela e interagem com seu irmão ou irmã; isso é conhecido como **rivalidade entre irmãos**.

A chegada de um novo bebê representa uma crise mesmo para uma criança pequena e bem preparada para o evento. Elas não odeiam ou rejeitam o bebê, mas sim as mudanças que o novo irmão produz, especialmente a separação da mãe durante o parto. Os pais agora dividem seu amor e sua atenção com outra pessoa,

a rotina usual é alterada e a criança pequena pode perder seu berço ou seu quarto — tudo em um momento em que pensam estar no controle de seu mundo. A rivalidade entre irmãos tende a ser mais pronunciada no primogênito, que sofre com o advento do **destronamento** (a perda da atenção única dos pais). Parece também ser mais difícil para crianças pequenas, particularmente em termos da interação mãe-filho.

A preparação dos filhos para o nascimento de um irmão é individual, mas ditada até certo ponto pela idade. Tempo para uma criança de 12 a 36 meses de idade é um conceito vago. Amanhã poderia ser ontem ou semana que vem, e 1 mês a partir de



FIG. 12-6 ■ Para minimizar a rivalidade entre irmãos, os pais deverão incluir a criança pequena nos cuidados diários do novo bebê.

agora pode ser nunca. Preparar as crianças com muita antecedência para o nascimento de um irmão pode reduzir seu interesse até a chegada do bebê. Um bom momento para se começar a falar a respeito do bebê é quando a criança pequena percebe a gravidez de fato e as mudanças que ocorrem em casa em antecipação à chegada do novo membro.

O *toddler*/infante precisa ter uma ideia realista de como será o recém-nascido. Dizer que ela terá um novo amiguinho para brincar em casa estabelece expectativas irreais. Ao contrário, os pais devem enfatizar as atividades que farão parte da casa quando o bebê chegar, tais como trocar fraldas, amamentar ou dar mamadeira, dar banho e vestir o bebê. Ao mesmo tempo, os pais devem enfatizar que rotinas não mudarão, tais como ler histórias ou ir ao parque. Se a criança não esteve em contato com nenhum bebê antes, é uma boa ideia introduzi-la a um, se possível. Dar uma boneca com a qual a criança possa imitar os comportamentos dos pais é uma outra excelente estratégia. Ela pode voltar-se para as necessidades da boneca (trocar fraldas, alimentar) ao mesmo tempo em que os pais estão fazendo as mesmas atividades com o bebê.

Um novo irmão em casa é algo estressante, por isso deve-se evitar ou minimizar qualquer estresse adicional para a criança pequena. Por exemplo, mudar a criança para uma cama normal ou para um quarto diferente é algo que deve ser feito com muita antecedência, bem antes da chegada do bebê.

A gravidez é uma abstração para as crianças de 12 a 36 meses. Elas precisam de ilustrações concretas de como o bebê está crescendo dentro da mãe. Trata-se de uma excelente oportunidade de introduzir aspectos da reprodução em termos simples que a criança consiga compreender. Ver imagens simples do útero e do feto, além de sentir o bebê na barriga da mãe ajudam a criança a envolver-se na experiência. As crianças também se beneficiam de aulas para irmãos que possam fazer parte das sessões pré-natais.

Com a chegada do novo bebê, a criança sente claramente a mudança do foco de atenção. As visitas podem causar problemas quando inadvertidamente enchem o bebê de atenção e presentes e esquecem a criança mais velha. Os pais podem minimizar isso alertando as visitas quanto às necessidades da criança, tendo pequenos presentes à mão para a criança e incluindo-a na visita o máximo possível. A criança pode também ajudar a cuidar do bebê pegando as fraldas e fazendo pequenas tarefas (Fig. 12-6).

Como as crianças nessa fase manifestam ciúme é complexo. Algumas agredirão o bebê, empurrarão o bebê do colo da mãe ou tirarão a mamadeira ou o seio da boca do bebê. Por essa razão, os bebês devem estar protegidos pela supervisão dos pais das interações entre os irmãos. Com mais frequência, entretanto, as expressões de hostilidade e ressentimento são mais sutis e ocultas. O *toddler*/infante pode expressar verbalmente o desejo de que o bebê “volte para a barriga da mãe”, ou regredir para comportamentos mais infantis como pedir mamadeira, sujar as calças, apegar-se demais, usar fala infantilizada ou ser agressivo com os outros. Esse último comportamento é particularmente comum nos pré-escolares, que podem parecer aceitar bem o bebê em casa, mas têm um comportamento ruim na creche ou na pré-escola. Quando diz: “Não posso deixar meus pais saberem o que sinto, então direi a você”, trata-se de uma forma de deslocamento.

Ataques de Raiva

Os ataques de raiva ou birra, são eventos quase universais entre 12 e 36 meses de idade à medida que a independência se estabelece e a criança tenta tarefas mais complexas que podem sobrecarregá-las emocionalmente. As crianças podem afirmar sua independência opondo-se violentamente à disciplina. Elas podem deitar-se no chão, bater os pés e gritar muito alto. Algumas aprenderam a eficácia de prender a respiração até os pais cedem. Embora prender a respiração possa causar desmaios pela falta de oxigênio, o acúmulo de dióxido de carbono estimulará o centro de controle respiratório, não resultando em qualquer lesão física. Raramente esses episódios de prender a respiração podem envolver movimentos tônicos simétricos que podem ser assustadores para os pais; a criança recupera-se rapidamente do episódio e não há danos residuais (Stein, 2003). Os ataques de raiva são uma indicação da incapacidade da criança de controlar as emoções; nessa fase, as crianças são particularmente propensas aos ataques de raiva porque seu forte impulso por domínio e autonomia é frustrado por figuras adultas ou pela falta de habilidades motoras ou cognitivas (Needlman, Howard e Zuckerman, 1995).

A melhor abordagem para controlar os ataques de raiva requer consistência e expectativas e recompensas apropriadas ao desenvolvimento. Garantir a consistência entre todos os cuidadores em termos de expectativas, priorizar as regras que são importantes e desenvolver consequências razoáveis para o nível de desenvolvimento da criança ajudam a lidar com o comportamento. Por exemplo, um momento típico de ataques de raiva é antes de dormir. As crianças dessa idade muitas vezes têm dificuldades para diminuir o ritmo e, ao serem colocadas na cama, resistem a ficar ali. Os pais podem reforçar a consistência e as expectativas dizendo “Depois dessa história, é hora de dormir”. Começando aos 18 meses de idade, os castigos em isolamento funcionam bem para manejar ataques de raiva.

Durante esses episódios, os pais devem ignorar o comportamento, desde que ele não seja prejudicial à criança, como, por exemplo, bater violentamente a cabeça no chão. Eles devem manter-se presentes para dar um sentimento de controle e segurança à criança uma vez que o ataque tenha terminado. Nesse momento, um brinquedo ou uma atividade favorita podem

substituir o pedido (veja também Cap. 3). Durante períodos sem ataques de raiva, os pais podem praticar o reforço positivo apropriado ao desenvolvimento.

Outras sugestões para lidar com os ataques de raiva incluem (Needlman, Howard e Zuckerman, 1995):

- Oferecer à criança opções em vez de uma posição do tipo “tudo ou nada”.
- Avaliar quais conflitos valem a pena levar adiante e ignorar pequenas brigas sobre assuntos sem importância.
- Confortar a criança quando ela conseguir controlar suas emoções, mas não ceder ao pedido original.
- Elogiar a criança pelo comportamento positivo quando ela apresenta um ataque de raiva.

Os ataques de raiva são comuns nos *toddlers*/infantes e representam basicamente comportamentos normais do desenvolvimento. Entretanto, esses ataques podem ser sinais de problemas sérios. A enfermagem deve estar alerta a situações que demandam uma avaliação mais extensiva.

Negativismo

Um dos aspectos mais difíceis na criação dos filhos dessa faixa etária é a resposta “não” persistente a todos os pedidos. O negativismo não é uma expressão de ser teimoso ou insolente, mas uma afirmação necessária do autocontrole. As crianças testam os limites para entender o mundo e aprender como modificar seu comportamento para atender às expectativas da sociedade. O negativismo começa a ceder à medida que a maioria das crianças entra no jardim de infância.

Um método para lidar com o negativismo é reduzir as oportunidades de uma resposta “não”. Perguntar à criança, “Você quer dormir agora?” é um exemplo de pergunta que quase inevitavelmente será respondida com um enfático “não”. Em vez disso, diga à criança que está na hora de dormir e proceda de acordo. Na tentativa de exercer controle, as crianças gostam de fazer escolhas. Ao serem confrontadas com escolhas apropriadas, tais como “Você pode comer um sanduíche ou uma sopa de galinha como almoço?”, elas são mais passíveis de escolher uma do que automaticamente dizer não. Entretanto, se a resposta for negativa, os pais devem então escolher pela criança.

Enfermeiras que trabalham com crianças e pais podem ajudar os pais a entender esse conceito de modelagem de papéis. Por exemplo, quando a enfermeira aproxima-se da criança pequena para obter os sinais vitais, em vez de perguntar “Posso ouvir seu coração?”, ele pode dizer, “Vou ouvir seu coração”. Devido ao comportamento normal do desenvolvimento, a criança primeiro tenta resistir às tentativas de se obter os sinais vitais porque se trata de uma invasão no seu corpo. Depois, a criança tende a dizer “não”, não porque ela necessariamente teme o procedimento em si, mas por causa da tendência em responder a todas as perguntas com uma resposta negativa. Se a enfermeira pergunta e a criança diz “não”, mas faz o procedimento assim mesmo, ela começa a desconfiar das ações da enfermeira, já que contradizem suas palavras.

Regressão

O recuo de um padrão de funcionamento atual para níveis de comportamento antigos é conhecido como **regressão**. Ela geralmente ocorre em situações de desconforto ou estresse quando se tenta conservar a energia psíquica voltando-se para padrões de comportamento bem-sucedidos em estágios anteriores do desenvolvimento. A regressão é comum nos *toddlers*/infantes, já que quase todo estresse adicional compromete a capacidade delas de dominar as tarefas do desenvolvimento no presente. Qualquer ameaça à sua autonomia, como, por exemplo, doença, hospitali-

zação, separação do pai ou da mãe, transtorno das rotinas estabelecidas ou adaptação a um novo irmão, representa uma necessidade de voltar a formas anteriores de comportamento, tais como maior dependência; recusa em usar o troninho; ataques de raiva; pedir mamadeira ou chupeta; e perda de habilidades motoras, de linguagem, sociais e cognitivas já adquiridas.

Em um primeiro momento, a regressão parece aceitável e confortável para as crianças, mas a perda das conquistas já alcançadas é amedrontadora e ameaçadora, já que as crianças têm consciência de sua fragilidade. Os pais ficam preocupados com o comportamento regressivo e com frequência, em seus esforços para lidar com a situação, forçam a criança a lidar com uma fonte adicional de estresse: a pressão de atender aos padrões esperados. Brazelton (1999) sugere que esses momentos previsíveis de regressão, ou **momentos-chave**, são uma oportunidade de preparo dos pais para a próxima etapa no desenvolvimento de seu filho.

Quando a regressão ocorrer de fato, a melhor abordagem é ignorá-la enquanto se elogia padrões existentes de comportamento apropriado. A regressão é a maneira de uma criança dizer “Não consigo lidar bem com esse estresse no momento, mas conseguirei se você for paciente e compreensivo”. Por essa razão, é aconselhável não tentar novas áreas de aprendizagem na presença ou na expectativa de uma crise adicional, como, por exemplo, começar o treinamento esfinteriano pouco antes do nascimento de um irmão ou durante um breve período de hospitalização.

PROMOÇÃO DA SAÚDE IDEAL DO TODDLER/INFANTE

NUTRIÇÃO

Dos 12 aos 18 meses de idade, o ritmo de crescimento diminui, e a criança tem menos necessidade calórica, de proteínas e líquidos. Entretanto, as necessidades de proteínas (1,2 g/kg) e calorias (102 kcal/kg) ainda são relativamente grandes para atender às demandas de crescimento do tecido muscular e ao alto nível de atividade. As necessidades da maioria das vitaminas e sais minerais aumentam um pouco nessa fase. Pode ser difícil atender às necessidades de sais minerais como ferro, cálcio e fósforo, considerando-se os hábitos alimentares característicos das crianças dessa faixa etária.

Em torno dos 18 meses de idade, a maioria das crianças manifesta essa menor necessidade nutricional com uma diminuição do apetite, um fenômeno conhecido como **anorexia fisiológica**. Elas tornam-se exigentes e desenvolvem preferências de paladar. Podem comer muito em um dia e quase nada no dia seguinte. Nessa fase, as crianças têm cada vez mais consciência da função não nutritiva dos alimentos: o prazer de comer, o aspecto social das refeições, e assumem o controle ao recusar alimentos. Elas são influenciadas por outros fatores que não o paladar ao escolher os alimentos. Se um membro da família se recusa a comer algo, as crianças tendem a imitá-lo. Se o prato estiver muito cheio, elas tendem a rejeitá-lo, impressionadas com o tamanho. Se o alimento não tiver aparência e cheiro apetitosos, elas provavelmente nem concordarão em experimentar. Basicamente, a hora das refeições está mais associada a componentes psicológicos do que aos nutricionais.

O ritualismo dessa idade também dita certos princípios nas práticas alimentares. Nessa fase, as crianças gostam de ter o mesmo prato, o mesmo copo ou a mesma colher sempre que comem. Elas podem rejeitar um alimento favorito simplesmente porque é servido em um prato diferente. Se um alimento tocar outro, muitas vezes elas se recusam a comê-lo. Alimentos misturados, como ensopados ou guisados, raramente são apreciados. Como as crianças nessa fase têm maneiras à mesa imprevisíveis, é melhor usar utensílios de plástico, tanto por motivos econômicos quanto por segurança. Para algumas crianças, horários de refeições regulares atendem o seu desejo e à necessidade de previsibilidade e ritualismo.