Patrícia Constantino de Tella

**Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em uma
coorte de nascimento, a frequência de atraso aos 6 meses
e a associação com fatores psicossociais e ambientais**

São Paulo

2015

Patrícia Constantino de Tella

**Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em uma
coorte de nascimento, a frequência de atraso aos 6 meses
e a associação com fatores psicossociais e ambientais**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção de
título de Mestre em Ciências.

Programa de Pediatria

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Archanjo Ferraro

São Paulo

2015

Patrícia Constantino de Tella

**Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em uma
coorte de nascimento, a frequência de atraso aos 6 meses
e a associação com fatores psicossociais e ambientais**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção de
título de Mestre em Ciências.

Programa de Pediatria

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Archanjo Ferraro

São Paulo

2015

Dedicatória

Dedico aos meus pais José e Márcia Tella, sem o amor e apoio de vocês, nada seria possível e a todas as crianças, pais e profissionais que poderão desfrutar e se beneficiar desse trabalho.

Agradecimentos

Apesar de saber exatamente todos que gostaria de agradecer, ainda é muito difícil expressar em palavras a imensa gratidão que tenho por cada um que citarei. Talvez seja mais difícil do que descrever um resultado ou a conclusão de uma dissertação, pois não é uma descrição exata, será tentar expor em palavras meus sentimentos plenamente incalculáveis.

A profissão que eu escolhi é uma das coisas mais importantes da minha vida, poder estudar o desenvolvimento humano é muito gratificante, faço meu trabalho com amor e extrema disciplina, *“Discipline is just choosing between what you want now and what you want most”*. E por permitir e apoiar esse caminho, preciso primeiramente agradecer as pessoas mais importantes da minha vida, à minha mãe Márcia, meu pai José e meu irmão Rodolfo, quero agradecer lhes por ter vocês em minha vida, a todo suporte que sempre me deram, ao apoio e amor incondicional. Quem eu sou hoje é graças a vocês, palavras não descrevem o amor e gratidão que tenho por vocês, *“I love you without knowing how, or when, or from where. I love you simply, without problems or pride”*.

Agradeço ao meu namorado Leandro, pelo carinho e todo suporte que me deu nesses 2 anos de estudos, acho que agora ele até entende um pouquinho sobre desenvolvimento infantil e transtorno psiquiátrico.

Obrigada ao Dr. Alexandre Archanjo Ferraro, meu orientador, que desde 2012, me possibilitou algo muito importante, a oportunidade. Após todo esse tempo, obrigada por todo aprendizado que me proporcionou, pela confiança, dedicação, pelas observações, disponibilidade e pelas risadas!

E para além da ansiedade generalizada, dos prazos, cansaço e perigo que enfrentamos para coletar os dados, o mais importante foi o desenvolvimento não só profissional, mas o amadurecimento pessoal, satisfação, as risadas e as amizades que permaneceram. Por isso agradeço imensamente à toda equipe 9 do projeto Butantã, do Instituto Nacional de

Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD), especialmente as que ficaram até o final, a Adriana Argeu, Mariana Cintra e Josiane Salles, agradeço a paciência, as horas de trabalho, obrigada por aturarem nossas diferenças e por dividirem os momentos de incríveis, *"I am convinced that different people awaken diferente beats in you"*. Também agradeço muito a Ana Elisa, Be, Lucineide, Mari Hernandez, Bia, Ana Carolina e Lalik. E os que fizeram parte da equipe por pouco tempo, mas foram importantes nesse caminho, Marcelo Constantino, Camila Zorzan, Gabi e Verônica. E por último e ainda muito importante nesse processo, à Dra. Bacy, que me possibilitou novos caminhos, ensinamentos riquíssimos e ainda ter a oportunidade de conhecer a pessoa especial que ela é. A todos vocês e os que não foram citados e fizeram parte dessa equipe, não só agradeço, mas também parablenizo o trabalho de cada um. Esse percurso não foi fácil, mas foi incrível e juntos conquistamos algo extraordinário, *"If it was easy, everyone would do it"*.

Agradeço também todos os participantes dessa pesquisa, foram tantas famílias especiais. Com eles aprendi além de todos os resultados, a ter esperança e otimismo mesmo apesar das piores circunstâncias que a vida pode lhes oferecer. E ainda me reforçaram que o amor é capaz de transformar o inimaginável, vocês me fizeram acreditar que *"O amor vence tudo"*.

Quero agradecer aos professores e colegas do Instituto de Psiquiatria e Instituto da Criança, a todo aprendizado e apoio que me deram. E por último e não menos importante agradeço aos funcionários das Unidades Básicas de Saúde onde foram coletados os dados, não só nos disponibilizaram o espaço, mas também pude fazer colegas que deixaram lembranças especiais.

Por fim, a todas as minhas superstições, crenças religiosas e a fé. Pela esperança e otimismo transformados em trabalho *"Let your Faith be bigger than your fear"*.

Epígrafe

“Nothing you do for children is ever wasted.”

Garrison Keillo

Normatização Adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado pelo Comitê Brasileiro de Corrosão (ABNT/CB-43).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina.

Sumário

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. O desenvolvimento.....	1
1.2. Atraso no desenvolvimento.....	4
1.3. Fatores Associados.....	4
1.4. Avaliação do desenvolvimento.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. HIPÓTESES.....	19
4. OBJETIVOS.....	20
5. MÉTODOS.....	21
5.1. Delineamento do estudo.....	21
5.2. Amostragem.....	21
5.3. Instrumentos.....	22
5.4. Análise Estatística.....	27
5.5. Procedimentos Éticos.....	28
6. RESULTADOS.....	29
7. DISCUSSÃO.....	50
8. CONCLUSÃO.....	62
9. ANEXOS.....	63
9.1. Anexo A.....	65
9.2. Anexo B.....	68
9.3. Anexo C.....	71
9.4. Anexo D.....	78
9.5. Anexo E.....	82
9.6. Anexo G.....	84
9.7. Anexo H.....	106
9.8. Anexo I.....	110
9.9. Anexo J.....	113
9.10. Anexo K.....	115
9.11. Anexo L.....	117

9.12. Anexo M.....	120
10.REFERÊNCIAS.....	162

Resumo

Tella, PC. *Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em uma coorte de nascimento, a frequência de atraso aos 6 meses e a associação com fatores psicossociais e ambientais*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2015.

O presente estudo é um subprojeto do Instituto de Psiquiatria do Desenvolvimento intitulado “Novas Ferramentas na Compreensão do Desenvolvimento Infantil: a Interação Gene-Ambiente e Conectividade Neuronal”, financiado pela FAPESP e aprovado pela CAPESQ com o número de protocolo 0054/09. Os primeiros anos são particularmente importantes no ciclo vital, é rápido o crescimento e desenvolvimento do cérebro, tornando-se vulnerável à exposição a diferentes fatores de risco biológicos e psicossociais. Os fatores biológicos, em geral, são acompanhados por fatores psicossociais e ambientais que potencializam o seu efeito. Essas condições adversas são fatores de risco e ameaça ao desenvolvimento infantil. Devido à importância e ao impacto dos atrasos no desenvolvimento sobre o futuro da criança, quanto mais precocemente forem identificadas as crianças de maior risco, menor o agravamento futuro. O objetivo dessa dissertação foi caracterizar o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de 6 a 9 meses através da Escala Bayley de Desenvolvimento, em uma amostra de base populacional. Estimou-se a prevalência de atraso e a identificou os fatores de risco psicossociais e ambientais associados. É um estudo epidemiológico de coorte de nascimento longitudinal, com três seguimentos. A primeira entrevista com a gestante, para coleta de dados socioeconômicos e a entrevista para diagnósticos psiquiátricos, o segundo encontro para verificar diagnósticos psiquiátricos no puerpério, dados de nascimento e alimentação do lactente e por último aos 6 meses a aplicação da Escala Bayley. Avaliados 368 lactentes, encontramos 15,4% das crianças classificadas com atraso significativo em pelo menos um dos domínios, entre eles 10,87% tiveram atraso no desenvolvimento motor, com déficit de linguagem o total de 8,15% e 3,01% dos lactentes apresentaram atraso no desenvolvimento cognitivo aos 6 meses. Em análises

constatou que o desenvolvimento cognitivo foi o fator com maior associação a fatores de estresse materno. Os transtornos, de humor durante a gestação, transtorno psicótico e transtorno de ansiedade no puerpério, a classe econômica, escolaridade materna, mãe adolescente e fumo durante a gestação, foram associados ao atraso no desenvolvimento mesmo após ajustes para fatores confundidores. Conclui-se que os transtornos psiquiátricos são preditores de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 6 meses de idade. Esse estudo mostra a importância da triagem para identificação de possíveis atrasos no desenvolvimento, para consequentes programas de intervenção a fim de evitar ou minimizar agravos futuros e possibilitar a criança desenvolver-se com todo seu potencial.

Palavras-Chave: desenvolvimento; fatores de risco; lactentes.

Subject

Tella, PC. *Neurodevelopment assessment in a birth cohort, the delay rate at 6 months and the association with psychosocial and environmental factors*. [Dissertation]. São Paulo: Faculty of Medicine, University of São Paulo, in 2015.

This study is a subproject of Developmental Psychiatry Institute entitled "New Tools in Child Development Understanding: Gene-Environment Interaction and Connectivity Neuronal", funded by FAPESP and approved by CAPESQ with protocol number 0054/09. It aims to characterize the neurological development of children aged 6 to 8 months by the Bayley scale in a population-based sample. It is expected, therefore, to estimate the prevalence of delay and the identification of psychosocial and environmental risk factors. The first years are particularly important in the life cycle, when is the rapid growth and development of the brain, making it vulnerable to exposure to different biological and psychosocial risk factors. Biological factors generally are accompanied by psychosocial and environmental factors that increase its effect. These adverse conditions are a risk factor and threat to child development. The importance and the impact of delays in the development of the child's future, the earlier identified the delay development, the risk could be smaller. The purpose of this thesis was to characterize the neurological development of children 6-9 months ago through the Bayley scale in a population-based sample, then estimate the prevalence of delay and identifying psychosocial and environmental risk factors. A longitudinal epidemiological study of birth cohort with three segments, the first interview with the pregnant woman, to collect socioeconomic data and the psychiatric diagnoses interview, the second meeting to check psychiatric diagnoses in the postpartum period, data of birth and infant feeding. At last, on six months, implementation the Bayley Scale of Development. Evaluated 368 infants, 15.4% children were classified as significant delay in at least one of the areas, among them 10.87% had delayed motor development, language delay total of 8.15% and 3.01 % of infants were delayed cognitive. In analysis, found that cognitive development was the factor with the largest association of maternal stress factors. Disorders, mood during pregnancy, psychotic disorder and anxiety disorder in the postpartum period, economic class, maternal

education, teenage mother and smoking during pregnancy were associated with delayed development even after adjusting for confounding factors. It is concluded that, psychiatric disorders are predictors of delay in psychomotor development at 6 months of age. This study shows the importance of screening to identify possible developmental delays, for subsequent intervention programs to prevent or minimize future hazards and allow the child to develop to their full potential.

Keywords: development; risk factors; infants.

1. INTRODUÇÃO

1.1. O desenvolvimento

Crescimento e desenvolvimento apesar de serem palavras sinônimas, são fenômenos distintos que se relacionam. Crescimento significa aumento físico do corpo, medido em centímetros ou gramas, com o aumento em tamanho e número de células do corpo humano. Já o desenvolvimento corresponde a maturação (o processo de desenvolvimento neuropsicológico) e diferenciação celular (Marcondes et al, 1999).

É útil percorrer os passos do desenvolvimento até os 6 meses de idade nas áreas cognitivas, de linguagem e motora. Segundo Piaget (1977), os meses iniciais de vida propiciam o desenvolvimento tanto da diferenciação - que se refere à capacidade do bebê de diferenciar objetos, como quando aprende que certos objetos podem ser sugados - quanto da integração - característica do bebê que permite uma coordenação com as duas mãos, como quando seguram um brinquedo com uma mão e o braço da mãe com a outra (Cole & Cole, 2003). Nessa fase o bebê ainda não possui a capacidade de entender a permanência do objeto, que é a capacidade de assimilar que objetos continuam a existir mesmo quando não estão no campo visual da criança ou quando não podem ser manipulados por ela.

Do nascimento até aproximadamente 1 mês e meio de vida, os reflexos inatos, ao serem exercitados, vão sendo controlados e coordenados pelos neonatos. Cole & Cole (2003) citam que Piaget acreditava que os reflexos presentes no nascimento proporcionam a conexão inicial entre o bebê e seu ambiente. Ele ainda não distingue seu corpo e os eventos externos, não percebe a relação entre suas ações e as consequências destas. (Cherry, 2012). Sendo ações inatas, não há aprendizado ainda. A interação com o ambiente está no passo inicial.

Aproximadamente com 1 mês e meio até 4 meses o lactente depois de executar por acaso uma ação que provoca uma satisfação, passa a repetir

essa mesma ação repetidas vezes. Durante esses primeiros meses de vida, a criança aprende por repetição. Um exemplo é quando ela suga o polegar, primeiramente num movimento aleatório; depois repete essa ação em vista da satisfação que gera em si. (Bee, 2003)

Papalia et al (2006) mostram nos estudos Piaget que através da coordenação de informações visuais e motoras, os bebês vão desenvolvendo o conhecimento sobre o meio, objetos e espaço que o cercam, vendo os resultados de suas próprias ações. Também é nessa etapa que os bebês começam a atentar para os sons, demonstrando capacidade de coordenar diferentes tipos de informações sensoriais, como visão e audição, e a coordenar seu universo visual com o tátil.

A partir dos 4 meses o bebê começa a compreender suas ações e os resultados externos. Para Piaget, nesse momento a criança começa a focar ao seu redor e repetir ações intencionalmente, sendo assim um gatilho para começar a responder de acordo com o ambiente. É durante esse período que o foco da ação passa a ser externo ao bebê, como quando a criança descobre um brinquedo e o utiliza para brincar (Bee, 1989).

Nessa fase os bebês dirigem sua atenção ao mundo externo, tanto aos objetos quanto aos resultados de suas ações. Outro aspecto importante que se desenvolve é a vocalização, em que o bebê emite sons que são selecionados pelos pais, ao reforçarem a emissão dessas vocalizações. Desta forma o lactente começa a imitar alguns sons que ouve a sua volta e aos 6 meses compreende palavras familiares (Bee, 2003).

Cole & Cole (2003) citam que nessa fase Piaget mostra que os bebês estão começando a entender que os objetos são mais do que extensões de suas próprias ações, porém não possuem ainda noção definida do espaço à sua volta, descobrindo o mundo muitas vezes em ações acidentais.

	Recém-nascido a termo	Até os 3 meses	6 meses
Atitude	Cabeça assimétrica, lateralizada por estímulo labiríntico, maior para a direita.	Simétrica.	Simétrica.
Tono e Reflexo	Hipertonia flexora dos 4 membros, hipotonia axial e hiper-reflexia profunda.	Iniciando hipotonia fisiológica Presentes: sucção, moro, mão a boca, preensão palmar, preensão plantar, cutâneo-plantar extenso. Desapareceram: Marcha reflexa, apoio plantar, reptação, tônico-cervical assimétrico.	Hipotonia fisiológica Reflexos profundos semelhantes ao adulto.
Reflexos Primitivos	Presentes: Sucção, moro, mão-boca, marcha reflexa, apoio plantar, reptação, tônico-cervical assimétrico, preensão palmar, preensão plantar, cutâneo-plantar extensor e reflexo Cócleo-Palperal.		Presentes: Preensão plantar, cutâneo plantar extensor. Desapareceram: sucção, preensão palmar, moro, mão a boca.
Funções Cerebrais Superiores	Pode seguir objeto com os olhos, modulação sensitivo-sensorial, iniciando a corticalização.	(audição/linguagem/gnosias) Fixa o olhar, sorri socialmente, atende ao som com procura da fonte emissora e usa vogais (gorjeio).	(audição/linguagem/gnosias) Atende pelo nome, demonstra estranheza diante de desconhecidos, localiza o som lateralmente, usa vogais associadas a consoantes (lalação) e produz sílabas repetidas sem significado.
Equilíbrio Estático	X	Firma o pescoço (controle cefálico).	Senta com apoio, iniciando sem apoio.
Equilíbrio Dinâmico	X	Movimenta a cabeça.	Muda de decúbito
Coordenação Apendicular	X	Junta as duas mãos na linha média.	Retira pano do rosto, preensão voluntária.

(Volpe, 2001; Pedroso, 2000; Rotta 1973; Diamant, 1996; Azevedo, 1993; Yavas, 1988; Rotta 2004)

Portanto, os primeiros anos de vida são particularmente importantes no ciclo vital, pois o desenvolvimento nessa fase ocorre em todos os domínios, especialmente os três anos iniciais. Nessa fase ocorre um rápido crescimento e desenvolvimento do cérebro, que o torna vulnerável à exposição a diferentes fatores de risco. (McGregor et al, 2007, Shore, 2000 e Ferreira, 2000)

1.2. Atraso de Desenvolvimento

O atraso do desenvolvimento infantil pode ser global ou restrito a alguma área, como o motor, o psicossocial, a linguagem (Sucupira et al, 2010).

Steinmetz (2010) relatou que aproximadamente 35% das crianças não têm um bom desenvolvimento, e nas áreas menos favorecidas esse índice sobe para 46%. Tais achados representam um desastre humano e social. De acordo com alguns autores (Secretaria de Políticas de Saúde, 2002; Miranda et al, 2003; Rosa et al, 2010) a presença de fatores negativos que intervêm sobre o desenvolvimento afeta cerca de 10% da população infantil mundial.

O sistema nervoso da criança está em constante transformação e a combinação entre os fatores genéticos e ambientais é o que determina o seu desenvolvimento (Landre, 2005 e Turkheimer, 2003). Desta forma são apontados dois grupos de fatores capazes de levar a um desenvolvimento inadequado: biológico e psicossocial (Walker et al, 2007). Os fatores biológicos, em geral, são acompanhados por fatores psicossociais e ambientais que potencializam o seu efeito.

1.3. Fatores associados ao desenvolvimento

O desenvolvimento é o resultado da interação entre as características biológicas da criança e os fatores culturais e sociais em que ela está inserida.

O desenvolvimento inadequado do lactente habitualmente é associado a fatores neonatais, nutricionais e morbidade (Tourinho e Reis, 2013). Uma

grande preocupação concentra-se no fato de que há maior vulnerabilidade biológica em lactentes que tiveram condições desfavoráveis ao nascimento e continuam sofrendo adversidades ao longo do primeiro ano de vida, quando ocorrem importantes mudanças em seu sistema nervoso (Landre, 2005).

Prematuridade

O recém-nascido prematuro é aquele que nasce antes do fim da 37ª semana ou 36 6/7 semanas, considerando a data da última menstruação (Murahovschi, 2006).

A imaturidade dos sistemas orgânicos pode propiciar a dificuldade de adaptação na vida extrauterina e um alto índice de comprometimento no desenvolvimento (Cloherty et al, 2005 e Gomella, 2006).

Com o nascimento prematuro, ocorre a interrupção no processo de desenvolvimento das estruturas cerebrais, com risco de afetar eventos importantes como a sinaptogênese e mielinização (Murahovschi, 2006).

A prematuridade eleva o risco de alterações nas funções corticais, ocasionando distúrbios da linguagem, percepção visual, déficit de atenção e déficit de aprendizado (Gomella, 2006). De acordo com Sansavini et al (1996), bebês nascidos pré-termo está relacionado com atrasos no desenvolvimento motor, cognitivo e social no primeiro ano de vida e atrasos de linguagem durante os dois primeiros anos. Liaw e Brooks-Gunn (1993) mostraram que além da vulnerabilidade orgânica dos prematuros, eles também estão expostos a adversidades ambientais.

Hapern et al (2000) demonstraram que crianças com menor tempo de gestação tiveram 60% mais chances de apresentar problemas de desenvolvimento, mesmo após o ajuste estatístico.

O baixo peso e estatura são relacionados à idade gestacional baixa (Strauss, 2000). Crianças com baixo peso ao nascer apresentam maiores chances de desenvolver problemas neurológicos, desde os mais leves, como

alterações cognitivas, comportamentais ou dificuldades de aprendizado, até paralisia cerebral (De Vries et al, 2008; Neubauer et al, 2008; Vohr et al, 2000; Bhutta et al, 2002 e Taylor et al, 2000).

No Chile, em estudo longitudinal, crianças que nasceram com déficit estatural e mantiveram ao longo de 6 meses de vida, ao serem avaliadas na idade escolar, mantiveram os menores índices de crescimento estatural associado ao menor rendimento escolar, com maior risco de apresentarem transtornos de aprendizagem e repetência, conseqüentemente, menor probabilidade de ingresso ao mercado de trabalho (Guimarães et al, 1999).

Segundo Halpern et al (2000), as crianças com baixo peso de nascimento tiveram 4 vezes mais chances de apresentar problemas em testes que avaliam o desenvolvimento quando comparadas com aquelas com peso adequado. No mesmo estudo, apontam que as crianças que nunca mamaram tiveram um risco 88% maior do que as que mamaram mais de seis meses, mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confusão. Por sua vez, as crianças desnutridas mostraram um risco 10 vezes maior quando comparadas com crianças eutróficas.

Desnutrição

O estado nutricional é uma etapa fundamental no desenvolvimento infantil, são vários os fatores relacionados à gênese da desnutrição.

A ausência da nutrição adequada na vida intrauterina e pós-natal, acarretam vários problemas na saúde do bebê, tais como a prematuridade, infecções repetidas, doença e condições sociais desfavoráveis e um fraco vínculo entre mãe e filho (Nóbrega, 2000, Monte, 2000).

Os dois principais fatores de risco associados á desnutrição são: a ausência de cuidados perinatais e o baixo peso de nascimento (Giugliani et al, 1987).

Estudos experimentais indicam que, as regiões do sistema nervoso central são as mais sensíveis aos efeitos deletérios da desnutrição (Dobbing et

al, 1971 e Debassio et al, 1996). Assim, a desnutrição acaba comprometendo algumas áreas do desenvolvimento neuropsicomotor responsáveis pela memória, coordenação visomotora e linguagem, com consequências no rendimento em idade escolar (Plaza et al, 2001; Meio et al, 2003; Horwood et al, 1998 e Halpern et al, 2000).

A desnutrição na infância tem efeitos adversos no desenvolvimento cognitivo e comportamental das crianças (Grantham-McGregor 1995, Levitsky e Strupp 1995, Wachs 1995). Embora muitos estudos têm documentado a relação entre desnutrição precoce e desempenho simultâneo em vários testes de capacidade mental, ainda é incerto se esses efeitos permanecem com o passar dos anos (Grantham-McGregor 1995, Wachs 1995).

Amamentação

Nos primeiros anos de vida o leite materno é um importante alimento para o desenvolvimento do bebê, contendo os nutrientes essenciais para o desenvolvimento imunológico e psicológico, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil (Murahovschi et al, 1987 e Lamounier et al, 2001). Victora et al (1987) compararam crianças que receberam e que não receberam o leite materno. Verificaram que as crianças que não foram amamentadas tiveram maiores riscos de morrer por diarreia, por doenças respiratórias e por outras infecções.

Sabe-se que uma alimentação adequada até os dois anos de idade é fundamental para promover o crescimento e o desenvolvimento apropriado da criança. Tanto o aleitamento materno, que deve ser exclusivo até o sexto mês de vida, quanto a fase transitória de introdução de alimentos complementares são importantes, pois nessa fase uma alimentação inadequada pode favorecer o surgimento de desnutrição ou anemia carencial, ambas com efeito sobre o desenvolvimento (Silva et al, 2010).

O aleitamento materno também está relacionado à estimulação adequada do bebê, constituindo um fator fundamental para o desenvolvimento neuropsicomotor e psicossocial.

Garcia-Montrone e Rose (1996) realizaram um estudo de intervenção para promoção do aleitamento materno. Quando comparado ao grupo controle, o grupo estudado apresentou maior duração de aleitamento materno e os lactentes apresentaram desenvolvimento superior a seus pares. Os autores sugerem que a maior duração do aleitamento materno é acompanhada por mais tempo de estimulação de seus filhos por parte das mães.

Numa coorte de crianças norte-americanas, avaliadas pela Escala de Bayley de Desenvolvimento, Morrow-Tlucak et al (1988) analisaram o efeito do aleitamento materno e o desenvolvimento cognitivo nos primeiros dois anos de vida. O desenvolvimento cognitivo de crianças que foram amamentadas exclusivamente pela mãe foi superior ao das crianças que mamavam na mamadeira.

Em outro estudo de coorte no estado de Pernambuco, Eickmann et al (2007), encontraram resultados estatisticamente significantes no desenvolvimento cognitivo de crianças de 12 meses de idade que tiveram aleitamento materno exclusivo ou predominante no primeiro ano de vida, em comparação com as que tiveram aleitamento materno parcial ou que não foram amamentadas.

Victora et al (2015) demonstraram que a amamentação está associada a um melhor desempenho em testes de inteligência 30 anos depois, e tem um importante efeito na vida dos indivíduos, constatando um aumento da escolaridade e renda na idade adulta.

Transtornos Psiquiátricos

Outro fator biológico que pode causar danos ao desenvolvimento infantil é a saúde mental da mãe. Entre os transtornos mentais, o mais estudado é a depressão. Nesse período de vulnerabilidade e alterações hormonais, os sintomas da depressão podem se agravar ainda mais (Evans et al, 2001).

A depressão durante a gestação causa danos não só a mãe, mas também à saúde e ao desenvolvimento do lactente, como prematuridade, baixo

peso ao nascer e problemas no desenvolvimento (Anderson et al, 2003). Os possíveis caminhos que explicam essa associação estão relacionados ao autocuidado materno durante o período pré-natal. (Carvalho et al, 2007).

A depressão materna no pós-parto também pode causar consequências no desenvolvimento neurológico, cognitivo e psicológico na infância, pois é significativo o aumento da frequência de transtornos emocionais durante a infância de filhos de mães que apresentaram depressão (Schwengber & Piccinini, 2004). Autores apontam que mães deprimidas relataram mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não-deprimidas (Schwengber & Piccinini, 2005 e Silva et al, 2010).

Em geral, o transtorno depressivo pós-parto tem as mesmas características de quadro clínico da depressão como em outros momentos da vida da mulher, porém com a adição de particularidades em relação à maternidade e o desempenho do papel de mãe. Os sentimentos negativos, desinteresse no bebê e culpabilidade de não ter o cuidado de que são frequentes, podem resultar no desenvolvimento insatisfatório da interação mãe-bebê. Além disso, a separação da mãe e da criança, devido à necessidade de ser cuidada por outra pessoa, pode tornar mais difícil o estabelecimento de vínculos emocionais maternos (Kaplan et al, 2003 e Silva et al, 2005).

Lopes et al (2010) descrevem que o estado afetivo materno, como as palavras que a mãe usa para nomear objetos, facilitam na exploração, iniciativa e curiosidade da criança, gerando um resultado saudável da experiência com seus cuidadores.

Se nesse ambiente suas necessidades são satisfeitas de maneira consistente e adequada, a iniciativa, a curiosidade e a exploração são fortalecidas quando os pais reservam um tempo para responder às demandas dos filhos e quando são capazes de responderem à esses movimentos exploratórios do bebê (Lopes et al., 2007).

Essa oportunidade do lactente em interagir com os pares com saúde mental preservada, estilos parentais adequados, grau escolaridade materna e uma rede social fortemente estabelecida, podem ser destacados como exemplos de fatores positivos à proteção da criança, diminuindo a expectativa das consequências negativas do desenvolvimento infantil (Holden et al., 1998).

A presença de transtornos psiquiátricos tem sido associada à complicações obstétricas (Cannon et al, 2002; Orr et al, 2002; Teixeira et al., 1999). Em estudo de Pinheiro et al (2005), gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentaram 38,2% de suspeita de algum transtorno psiquiátricos, e uma maior ocorrência de problemas emocionais dependentes do álcool.

Abuso de Substâncias

A exposição das gestantes às drogas pode acarretar agravos irreversíveis da integridade do binômio mãe-feto (Yamaguichi, 2008).

As drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, atravessam a barreira placentária sem sofrer metabolização, determinando uma série de malformações fetais, agindo diretamente no sistema nervoso central, cardiovasculares, entre outros (Krishna et al, 1993). Também podem causar o aumento de deslocamento de placenta prematuro, aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e diminuição perímetro cefálico (Yamaguchi et al, 2008 e Pinheiro et al 2005). Aproximadamente 10% das gestantes norte-americanas que usaram cocaína tiveram descolamento prematuro de placenta, outras complicações maternas e perinatais (Delaney et al., 1997; Rozenak, et al., 1990).

O uso de drogas na gestação pode causar danos no sistema nervoso central do feto, com consequências de déficits cognitivos, má formações, síndromes de abstinência, dentre outros (Lemoine et al, 1968; Pietrantonio e Knuppel, 1991; Newman, 1992 e Richardson et al, 1993).

Estudos relatam a associação da quantidade de cigarros fumados pela mãe durante a gestação e desenvolvimento mental da criança. As análises evidenciam que quanto maior a quantidade de cigarros, maior o déficit no desenvolvimento do bebê (Wellaj, 1991 e Rosemberg et al, 2003).

O consumo de álcool durante a gestação é prejudicial tanto para a mãe quanto para o feto. Inicialmente descrita na França em 1968, a síndrome fetal alcoólica é caracterizada por retardo do crescimento intrauterino, déficit mental,

alterações musculoesqueléticas, geniturinárias e cardíacas (Lemoine et al, 1968; Pietrantonio e Knuppel, 1991; Newman, 1992). As alterações neurológicas determinadas pelo etanol incluem alterações na mielinização e hipoplasia do nervo óptico (Pinazo-Duran et al., 1997; Guerri e Renau-Piqueras, 1997).

O etanol, o tabaco, a nicotina entre outras substâncias utilizadas pela mãe durante a amamentação, também causam danos ao bebê, pois elas passam pelo leite materno diminuindo a produção e causando prejuízos no desenvolvimento do bebê (Active and Passive Tobacco Exposure, 1994; Chriboga, 1993; Kendrick e Merritt, 1996).

Estudos indicam que gestantes vítimas de violência doméstica iniciam o pré-natal tardiamente e apresentam maiores comportamentos de risco, como uso de medicamentos, tabaco ou drogas ilícitas durante a gestação e possíveis patologias, desta forma causando um possível aumento de complicações materna e fetal (Hillard, 1985; Stewart & Cecutti, 1993).

Violência Doméstica

Em revisão de literatura de Gazmararian et al (1996), foram observadas prevalências de 0,9% a 20,1% de gestantes que sofrem violência doméstica.

O abuso físico durante o período gestacional são as consequências para a saúde da mulher e do bebê, entre elas hemorragia, interrupção da gravidez e aumento do risco de morte perinatal (Watts, 2002 e Coker et al, 2004).

A violência doméstica é também prejudicial à saúde física do lactente, ocasionadas por desfechos obstétricos negativos (Ferri et al, 2007 e Bacchus et al, 2004), como a prematuridade, baixo peso ao nascer e um déficit no desenvolvimento intrauterino (Pugh, 1978; Goodwin & Breen, 1990; Berenson et al., 1994; Bullock & McFarlane, 1989; Schei et al., 1991; Parker et al., 1994 e ValdezSantiago & Sanín-Aguirre, 1996).

Barnett (1997) e Sinclair (1985) mostram que nenhum fator de risco tem uma associação mais forte com a psicopatologia do desenvolvimento do que a violência doméstica. Eles apontam que o abuso e a negligência causam efeitos profundamente negativos no curso de vida da criança. As sequelas do abuso e da negligência causam déficits no desenvolvimento sócio emocional e no comportamento geral, incluindo as áreas da cognição, linguagem e desempenho acadêmico. Uma criança que nasce em um lar violento está exposta a fatores de risco ao seu desenvolvimento. Koller (1999) e Guralnick (1998) apontam que fatores estressores familiares afetam o desenvolvimento da criança.

Muitos outros fatores ligados à saúde podem ter efeito sobre o desenvolvimento: a presença de doenças orgânicas crônicas na família; transtornos neurológicos; deficiência mental; hospitalização de um dos pais e morte (Linhares et al, 2000).

Ambiente

Nos primeiros anos do ciclo vital, os cuidados e estímulos fornecidos pela família são essenciais para o crescimento e desenvolvimento.

A interação da criança com o adulto ou com outras crianças é um dos principais elementos para uma adequada estimulação no espaço familiar. (Zamberlan e Biasoli-Alves, 2005)

Andrade et al (2005) constataram que quanto melhor a qualidade da estimulação ambiental disponível para a criança, melhor o seu desempenho cognitivo.

A família é a grande responsável pelo processo de socialização da criança. Desta forma o bebê adquire comportamentos desejáveis. Bee (1995); Vygotsky (1994) e Wallon (1934) defendem a importância familiar e cultural para a formação do desenvolvimento. Essa importância é explicada por Sameroff e Chandler (1975) através do “modelo transacional” de desenvolvimento. Segundo esse modelo, problemas biológicos podem ser modificados por fatores ambientais e determinadas situações de

vulnerabilidade podem ter etiologia relacionada com fatores sociais e do meio ambiente.

Na primeira infância os vínculos, os cuidados e estímulos são os beneficiários para o crescimento e desenvolvimento. A dedicação ao lactente tanto físico quanto afetivo-social depende muito de condições estáveis de vida, tanto socioeconômicas quanto psicossociais (Zamberlan e Biasoli-Alves, 1996).

Linhares et al. (2000) chamam a atenção da importância do ambiente familiar no desenvolvimento da criança: instabilidade dos pais em empregos; mudanças residenciais; separação do casal; conflitos conjugais; novo casamento ou namoro dos pais; mãe solteira durante a gravidez; ausência de contato dos pais com a criança.

A presença de condições adversas no ambiente familiar constituiu-se em fator de risco e ameaça ao desenvolvimento adaptativo da criança (Carvalho et al, 2000). Eventos estressantes da vida que induzem alto grau de tensão têm sido associados a uma grande variedade de distúrbios físicos e mentais (Reppold et al., 2002).

Outra forma através da qual a família atua sobre o desenvolvimento é pela presença ou não de irmãos, como fonte alternativa de aprendizado para o desenvolvimento. Halpern et al (2000), no entanto, evidenciaram que crianças com maior número de irmãos têm maior probabilidade de apresentar algum atraso no desenvolvimento. Uma possível explicação está associado a menor disponibilidade materna para dar atenção à criança (Halpern et al., 2000).

Rae-Grant, Offord e Boyle (1989) identificam como fatores de proteção da criança: o temperamento positivo, a inteligência acima da média e a competência social, realização acadêmica, participação e competência em atividades.

Escolaridade Materna

Os cuidados oferecidos pela mãe à criança é um dos principais atributos para o desenvolvimento da resiliência (Rutter e Sroufe, 2000).

Halpern et al (2000) mostraram que mães analfabetas tem maior chance de gerar um filho com atraso no desenvolvimento, quando comparadas com as de maior escolaridade.

A escolaridade materna tem grande impacto sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças por meio de fatores como organização do ambiente, expectativas e práticas parentais, experiências com materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária (Badley e Corwyn, 2002).

Andrade et al (2005) avaliaram o impacto da escolaridade materna, a qualidade do estímulo familiar e o impacto no desempenho cognitivo das crianças. Constataram que o nível de escolaridade e do trabalho materno tem efeito sobre o escore de desempenho cognitivo medido pela escala Bayley.

A escolaridade materna tem efeito na qualidade do estímulo ambiental familiar com impacto no desempenho cognitivo de crianças (Bee, 2003 e Sameroff, 1986). Andrade (2005) evidenciou o efeito da escolarização e o tipo de ocupação da mãe sobre o escore de desempenho cognitivo medido pela escala Bayley.

Em estudo que avaliaram a influência do nível socioeconômico sobre o comportamento materno e de seus filhos aos 5 meses de idade (Bornstein et al, 2003), associaram que a escolaridade materna é uma variável influente sobre a cognição parental e por sua vez influencia no comportamento de seus filhos.

Para Monteiro e Freitas (2000), a escolaridade dos familiares, mais especificamente das mães, tem relação com a melhor utilização da renda no que diz respeito aos cuidados infantis e dos serviços públicos à família. Para Molina et al (1989), a escolaridade contribui significativamente para a melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Condições Socioeconômicas

A qualidade do cuidado físico e afetivo-social decorre de condições estáveis de vida, ligados a fatores psicossociais e socioeconômicos.

As condições socioeconômicas da família estão associadas em muitos estudos com o desenvolvimento infantil, pois a pobreza não é uma variável unitária, mas um conjunto de condições e eventos desfavoráveis que se acumulam (Kim-Cohen, Moffitt, Caspi & Taylor, 2004).

A influência da renda familiar está intimamente relacionada à saúde, nutrição, educação, tipo de moradia, saneamento e acesso aos serviços de saúde, bens de consumo, dentre outros. Monteiro (2000) em análise do papel da renda familiar, através da escolaridade do chefe da família e do número de bens do domicílio, confirmou a importante influência desses fatores sobre o crescimento e o estado de nutrição das crianças.

A situação de pobreza é uma ameaça ao bem-estar e uma limitação de oportunidades de desenvolvimento (Hutz, Koller & Bandeira, 1996). As crianças que vivem em ambientes empobrecidos, frequentes em países em desenvolvimento, estão expostas a vários riscos, entre os quais o de apresentarem uma alta prevalência de doenças, o de nascerem de gestações desfavoráveis e/ou incompletas e o de viverem em condições socioeconômicas mais adversas.

A influência que a renda da família exerce sobre o crescimento da criança tem sido bastante considerada na literatura (Keller, 1987; Waterlow, 1987; Johson e Rogers, 1993 e Miller, 1994). Numa coorte em Pernambuco, Ashworth et al (1950) ressaltaram as variáveis socioeconômicas como influencia positiva ao ganho de comprimento e de peso. Victora et al. (1989), em estudo longitudinal, verificaram que as crianças de famílias de baixa renda socioeconômica podem apresentar baixo peso ao nascer, maior frequência em internações no primeiro ano de vida, estatura inferior e assistência médica de pior qualidade.

Famílias de menor renda mostraram uma probabilidade aproximada a 50% de a criança apresentar suspeita de atraso em seu desenvolvimento, mesmo após o ajuste em relação ao dado da escolaridade materna.

Possivelmente crianças de estratos sociais mais altos possuem uma variedade de oportunidades no primeiro ano de vida com efeito positivo sobre o desenvolvimento. (Halpern et al., 2000).

Mãe Adolescente

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social.

Em estudos, as gestantes na adolescência têm maior frequência em baixa escolaridade, maior abandono do parceiro ou da família, aumentando o risco de saúde dos filhos e ausência de um suporte pré-natal (Costa et al 1995; Organización Mundial de La Salud, 1978). Entretanto outros autores indicam que se houver a assistência pré-natal adequada, pode causar um impacto positivo sobre o resultado materno e perinatal, chegando eventualmente a anular possíveis desvantagens típicas da idade (Gama et al, 2002).

Segundo Cunningham et al. (1993), mães adolescentes e seus filhos estão expostos a consequências negativas comparados às mães adultas.

A Comissão para a Adolescência da Academia Americana de Pediatria (1999), averiguou que filhos de mães adolescentes têm maior risco de se tornarem pais na adolescência, além de atraso no desenvolvimento global, dificuldade acadêmica, perturbações comportamentais e dependência de substâncias.

1.4. Avaliação do Desenvolvimento

Devido à importância e ao impacto dos atrasos no desenvolvimento sobre o futuro da criança, quanto mais precocemente forem identificadas as crianças de maior risco com consequente intervenção adequada, menor o agravamento futuro (Halpern et al, 2000 e Figueiras et al, 2003).

Os principais instrumentos para avaliar o desenvolvimento hoje são: o Teste de Denver de Triagem do Desenvolvimento; a Escala Motora Infantil de Alberta; Escala de Gesell; a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan; a Escala Bayley de Desenvolvimento.

A Bayley é reconhecida entre uma das melhores para avaliação do desenvolvimento infantil, fornecendo resultados confiáveis e válidos. No entanto, seu elevado custo e treino exigido explicam porque sua utilização é quase sempre exclusiva de especialistas que trabalham com crianças pequenas (Bayley, 1993).

2. JUSTIFICATIVA

Os estudos sobre atraso no DNPM normalmente concentram-se em grupos de alto-risco biológico: prematuros e baixo-peso. São raros os levantamentos com base populacional e não clínica.

Quando avaliados em amostras populacionais em geral opta-se por medidas de “risco de atraso” de DNPM, medidas essas que são de mais fácil execução e necessitam pouco treinamento. Faltam trabalhos que usem medidas mais complexas do DNPM.

A identificação de fatores psicossociais e ambientais, e não só biológicos, facilita a identificação precoce de grupos de maior vulnerabilidade que possam se beneficiar com intervenções antes da instalação do problema.

3. HIPOTEESES

A frequência do atraso no desenvolvimento cognitivo, linguagem expressiva e receptiva e/ou motor fino e grosso na população estudada varia conforme a presença de fatores psicossociais e ambientais.

4. OBJETIVO

- Caracterizar o perfil do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes com 6 meses de idade, nos seguintes domínios: cognição, linguagem receptiva e expressiva, motor grosso e fino de lactentes numa amostra populacional da Zona Oeste de São Paulo;
- Estimar a frequência de atraso nos diferentes domínios;
- Estimar os fatores de risco psicossociais e ambientais associados.
- Estimar o efeito modificador e/ou mediador de variáveis independentes sobre as associações “fator de risco-desenvolvimento do lactente”.

5. METODOLOGIA

5.1. Delineamento do Estudo

Este é um estudo epidemiológico longitudinal, uma coorte de nascimento, com três momentos de avaliação: o primeiro com a gestante no terceiro trimestre da gestação; o segundo quando o lactente estava com dois meses de idade para coleta de informações neonatais e o último, em uma sub-amostra quando o lactente tinha de 6 a 9 meses. A coleta dos dados iniciou em julho de 2010 e terminou em dezembro de 2014.

Os dados foram coletados por psicólogas treinadas e aptas para aplicação dos instrumentos utilizados.

5.2. Amostragem

A base populacional para a amostragem desse estudo foram mães frequentadoras de Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região Oeste do município de São Paulo. Todas as gestantes foram convidadas a participar do estudo. Todas as avaliações ocorreram nas UBS's: Vila Dalva, Jardim Abril, Jardim São Jorge, Jardim Boa Vista e Jardim Jaqueline. Nos períodos de avaliação quando a participante não era encontrada, a equipe de coleta fazia visita domiciliares.

O cálculo do tamanho amostral foi feito em função de um outro estudo no qual este se insere. Considerando uma probabilidade de ocorrer o erro alfa de 5%; considerando uma prevalência de retardo de desenvolvimento aos 12 meses de 34% e uma razão de chances de 4,0 na associação peso de nascimento e retardo de desenvolvimento (Halpern et al, 1996), seriam necessários 270 casos para se ter um poder estatístico de 90%. Considerando 20% de perdas durante o seguimento, seriam necessários 360 casos.

O critério de inclusão foram os filhos de gestantes de 26 até 34 semanas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Zona Oeste de São Paulo que

tenham aceitado participar da pesquisa através do termo de consentimento livre e informadas (anexo 1).

O critério de exclusão: ser portador de algum transtorno congênito que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

5.3. Instrumentos – medidas utilizadas

Desfecho:

Bayley aos 6 meses. Bayley Scale of Infant Development (Bayley, 1993), escala para avaliação do desenvolvimento cognitivo, motor e da linguagem, de crianças entre 1 e 42 meses de idade, tem media de 60 minutos de duração. Trata-se de uma avaliação padronizada das habilidades mentais, motoras e de linguagem, que pode ser aplicada com 16 dias do bebê até 42 meses e 15 dias de idade da criança.

É composta 326 itens, divididos em cinco sub-escalas: escala cognitiva, escala motora (motricidade fina e grossa) e escala de linguagem (expressiva e receptiva).

A Bayley III está entre as melhores escalas existentes na área de avaliação do desenvolvimento infantil, considerada como ‘padrão ouro’ por diversos autores.

É uma avaliação completa e detalhada do desenvolvimento neuropsicomotor, tanto para avaliação da população geral, como para avaliação de grupos de risco (prematturos, por exemplo), assim como para a avaliação de transtornos específicos do desenvolvimento como, por exemplo, o autismo.

De acordo com Campos et al (2004), as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley Scales of Infant Development) foram descritas, inicialmente em 1933, com o objetivo de realizar o diagnóstico evolutivo do desenvolvimento. Foram revisadas em 1969, em 1993 (Escalas Bayley II) e em 2006 (Escalas Bayley III), nos Estados Unidos, e constituem-se

em um instrumento adequado para a avaliação de crianças com e sem deficiências; são amplamente reconhecidas e utilizadas em estudos sobre o desenvolvimento infantil. Sua versão brasileira é validada.

A escala Bayley fornece resultados confiáveis e válidos e sua utilidade como instrumento de pesquisa tem recebido grande suporte da comunidade científica. Avaliam os seguintes domínios do desenvolvimento: cognitivo, escala motora – motricidade fina e grossa, e linguagem – expressiva e receptiva. É frequentemente utilizada para avaliar o impacto de condições biológicas, como prematuridade e baixo peso, condições ambientais, características maternas e para avaliar procedimentos de intervenção junto a bebês muito prematuros. (Linhares, 2003)

Em um estudo de revisão de literatura de Madaschi e Paula (2011), também contatou-se que A Bayley III está entre as melhores escalas existentes na área de avaliação do desenvolvimento infantil, sendo considerada como ‘padrão ouro’ por diversos autores, principalmente por abarcar uma avaliação bem completa e detalhada do desenvolvimento neuropsicomotor.

A pontuação da Escala Bayley:

- Escore bruto: pontuação do lactente em cada item de execução, 1 ponto por tarefa.
- Escore composto: deriva da pontuação do escore bruto, mas corrige para idade em dias do lactente. (VARIÁVEL DESFECHO)

Classificação do desenvolvimento segundo a escala Bayley:

A partir dos escores compostos:

1. Extremo Baixo: 69 ou menos
2. Limítrofe: 70 a 79
3. Médio Baixo: 80 a 89
4. Médio: 90 a 109
5. Médio Alto: 110 a 119

6. Superior: 120 a 129
7. Muito Superior: 130 ou mais.

Variáveis Explicativas:

1. Questionário socioeconômico: Essas medidas aconteceram na consulta da 28^a semana de gestação.

- Ocupação Paterna;
- Estado civil dos pais da criança;
- Situação conjugal parental;

2. Dados Maternos

- Migração da Materna (última série completada);
- Escolaridade Materna;
- Idade da mãe;
- Gestação indesejada;
- Mãe primípara;
- Fumar e beber durante a gestação.

MINI International Neuropsychiatric Interview – MINI – (David V. Sheehan/Yves Lecrubier, 1994): Entrevista Breve Diagnóstica em psiquiatria, priorizando transtornos atuais. É considerado positivo um episódio relatado nos últimos 12 meses. Distúrbios de metais foram agrupados nos seguintes grupos:

- Transtorno de humor (episódio atual hipomaniaco, atual episódio maniaco, transtorno distímico atual, depressão maior atual);
- Transtorno de ansiedade (transtorno do pânico atual sem agorafobia, transtorno do pânico atual com agorafobia, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade geral);
- Dependência de substância" (álcool e drogas ilícitas);
- Transtorno de personalidade;
- Transtorno psicótico
- Risco de suicídio" (nesse caso consideramos para as análises o risco moderado e alto).

A avaliação de transtorno mental foi repetido durante a segunda avaliação.

3. Violência Doméstica

A violência doméstica contra as mulheres foi medida de acordo com a OMS, Questionário sobre Violência Doméstica – OMS (2006), perguntas 704 a 715.

A violência foi classificada pela OMS conforme suas manifestações empíricas (física, psicológica, sexual) (OMS, 2002).

5. Dados da gestação e do lactente

- Ganho de peso gravídico até o momento da primeira entrevista. Se apresentava menor que o esperado para a respectiva idade gestacional e índice de massa corporal pré-gravídico, era considerado inadequado. Do contrário, adequado.
- Número de consultas de pré-natal até o momento da primeira entrevista. Se apresentava menos que o esperado para a respectiva idade gestacional, era considerado inadequado. Do contrário, adequado.
- A criança ter nascido pequena para a idade gestacional (PIG) segundo a curva de referência proposta por Williams et al (1992). Este mesmo

critério permitiu trabalhar essa variável de forma categorial ordinal, em quartis de retardo de crescimento intrauterino (RCIU).

- Prematuridade, quando nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional
- Aleitamento materno aos 6 meses de idade. Optou-se por agrupar o aleitamento materno exclusivo e o misto numa categoria única.

5.4. Análises estatísticas

As variáveis desfechos foram apresentadas em histogramas, tendo suas medianas e intervalos interquartis descritos. As variáveis restantes, categóricas, foram descritas pela sua frequência em %, com respectivo intervalo de confiança de 95%.

Para o estudo da associação entre as variáveis candidatas a preditoras do desenvolvimento infantil e os desfechos foram construídos modelos de regressão de Poisson, bi e multivariados, com erro padrão robusto. Para obtermos variáveis desfecho que fossem categóricas e não contínuas, os escores compostos do Bayley foram divididos em quartis e o quartil inferior foi chamado de “menor desenvolvimento” enquanto os 75% restantes foram considerados normais. As análises, portanto, identificaram fatores de risco para estar entre os 25% que menor pontuaram.

Todas as análises foram ponderadas pelo inverso da probabilidade de não ser acompanhado pela coorte até os seis meses de idade, buscando assim corrigir o viés que a perda no seguimento poderia introduzir.

Para a pesquisa da presença de interação foi utilizado o teste de Mantel-Haenszel e posteriormente o teste de homogeneidade dos efeitos. Os casos positivos foram retratados através de gráficos. Para a pesquisa de mediação aplicou-se o comando “binary_outcome” do software Stata 12, especificamente desenhado para este fim (http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/faq/binary_mediation.htm). As variáveis testadas como medidoras foram: ganho de peso gestacional, número de consulta no pré-natal, fumo na gestação, retardo de crescimento intrauterino, idade gestacional e aleitamento materno aos 6 meses.

5.5. Procedimentos éticos

Todas as gestantes e, posteriormente, mães candidatas foram convidadas a participar do estudo através de um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 1), apresentado por um profissional atento a reconhecer os casos que possuem dificuldade de leitura e/ou compreensão. A utilização dos dados do prontuário, para coleta de dados das consultas de puericultura, aconteceu após consentimento da mãe. No levantamento sobre violência, foram seguidas as diretrizes do documento da OMS “Putting Women First: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women (OMS, 2001). O protocolo de aprovação ética CAPPESQ é o de nº 0054/09

6. RESULTADOS

Foram analisados o desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor de 368 lactentes aos 6 meses até 8 meses de idade. Verificados os escores de desenvolvimento nos 3 quesitos, após isso analisamos os lactentes com atraso de desenvolvimento e após isso verificado os possíveis preditores associados ao desenvolvimento desses lactentes avaliados através da Escala Bayley de Desenvolvimento.

Nos gráficos 1, 2 e 3, vê-se a distribuição dos escores compostos de desenvolvimento motor, de linguagem e cognitivo.

GRÁFICO 1: Histogramas da distribuição dos escores compostos de desenvolvimento motor segundo a escala Bayley, de lactentes de 6 a 9 meses de idade, São Paulo, 2014.

No gráfico 1, a mediana de escore de desenvolvimento motor foi de 100, com intervalo interquartil de 91-110.

GRÁFICO 2: Histogramas da distribuição dos escores compostos de desenvolvimento de linguagem segundo a escala Bayley, de lactentes de 6 a 9 meses de idade, São Paulo, 2014.

No gráfico 2, a mediana de escore de desenvolvimento de linguagem foi de 100 , com intervalo 91-106.

GRÁFICO 3: Histogramas da distribuição dos escores compostos de desenvolvimento cognitivo segundo a escala Bayley, de lactentes de 6 a 9 meses de idade, São Paulo, 2014.

No gráfico 3, a mediana de escore de desenvolvimento cognitivo foi de 105 e o intervalo interquartil de 95-110.

TABELA 1 – Classificação do escore composto de desenvolvimento segundo a escala de Bayley, de lactentes de 6 a 9 meses de idade, São Paulo, 2014.

	N	%	% acumulada
MOTOR			
Extremo baixo	6	1,63	1,63
Limítrofe	34	9,24	10,87
Médio baixo	56	15,22	26,09
Médio	181	49,18	75,27
Médio alto	71	19,29	94,57
Superior	16	4,35	98,91
Muito superior	4	1,09	100,00
LINGUAGEM			
Extremo baixo	4	1,09	1,09
Limítrofe	26	7,07	8,15
Médio baixo	50	13,59	21,74
Médio	214	58,15	79,89
Médio alto	51	13,86	93,75
Superior	20	5,43	99,18
Muito superior	3	0,82	100,00
COGNITIVO			
Extremo baixo	5	1,37	1,37
Limítrofe	6	1,64	3,01
Médio baixo	25	6,85	9,86
Médio	237	64,93	74,79
Médio alto	79	21,64	96,44
Superior	11	3,01	99,45
Muito superior	2	0,55	100,00

A tabela 1 mostra a classificação de desenvolvimento nas áreas, motora, de linguagem e cognitiva.

Os maiores índices de atraso no desenvolvimento dos lactentes foram na parte motora e cognitiva, sendo 1,63% classificado como extremo limítrofe na área motora e 1,37% na área da cognição. Em relação aos considerados

limítrofes, o índice foi de 9,24% na área motora, 7,07% na área de linguagem e com menor porcentagem na área cognitiva com 1,64%.

A classificação do desenvolvimento varia entre, superior considerado acima da média, até limítrofe e extremo baixo, considerados com déficit no desenvolvimento. Lactentes que apresentaram atraso no desenvolvimento motor 10,87%, já o total de déficit no desenvolvimento de linguagem foi de 8,15% e com menor atraso foi no desenvolvimento de cognitivo com 3,01%. No total, os lactentes considerados com atraso no desenvolvimento (extremo baixo e limítrofe) foram 46 (15,4%) crianças, classificadas com atraso significativo em pelo menos um dos domínios.

A maioria dos lactentes foi classificada com desenvolvimento médio, na área motora 49,18%, em desenvolvimento de linguagem 58,15% e 64,93 % na área cognitiva. O restante foi classificado como médio alto, superior ou muito superior.

TABELA 2 - Distribuição dos fatores de estresse materno durante a gestação na coorte inicial na sub-amostra analisada aos 6 meses do lactente, São Paulo 2014.

	Sub amostra	Coorte	P
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	
Violência doméstica G	22,88 (18,48/27,28)	28,82(24,90/32,73)	0,051
Transtorno de humor G	25,61(21,12/30,10)	32,44(28,42/36,46)	0,028
Transtorno Ansiedade G	14,67 (11,04/18,3)	17,55(14,28/20,82)	0,252
Depend. Substâncias G	2,98 (01,24/4,73)	4,96(3,09/ 6,82)	0,146
Transtorno Psicótico G	2,71 (01,04/4,38)	4,19(2,47/5,92)	0,242
Transt. Personalidade G	2,17 (0,67-03,67)	2,09(0,86 /3,33)	0,939
Risco de suicídio G	5,16 (2,89/07,43)	6,67(4,53 /8,82)	0,350

A tabela 2 apresenta a diferença entre a amostra estudada e a coorte inicial. Constatou-se que violência doméstica, dependência de substâncias, os transtornos, psicótico, de ansiedade e personalidade e risco de suicídio, durante a gestação não tiveram diferença entre a amostra inicial e a estudada. Apenas o transtorno de humor foi relativamente significativo, havia mais mães com transtorno de humor na gestação na coorte inicial que na amostra estudada.

TABELA 3 – Distribuição dos fatores de estresse materno no puerpério, São Paulo 2014.

	Sub amostra	Coorte	p
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	
Transtorno de Humor 2m	13,28 (9,09/17,46)	11,81 (7,81 /15,80)	0,616
Transtorno Ansiedade 2m	09,37 (5,78/12,96)	10,62 (6,81/14,44)	0,637
Depend. Substâncias 2m	1,56 (0,03/3,09)	1,57 (0,03/ 3,11)	0,991
Transtorno Psicótico 2m	2,73 (0,72 /4,74)	6,29 (3,29/9,30)	0,052
Transt. Personalidade 2m	1,95 (0,2 /3,65)	0,78 (-0,30 /1,88)	0,258
Risco Suicídio 2m	3,51(1,24/ 5,78	2,36 (0,48/ 4,24)	0,441

Na tabela 3, comparando dependência de substâncias, risco de suicídio e o transtorno de humor, de ansiedade, psicótico e de personalidade no puerpério, verificou-se que não houve diferença entre a amostra final estudada e da amostra inicial.

TABELA 4: Caracterização sócio demográfica e de fatores de risco gestacional da amostra estudada e comparação entre o grupo seguido e o grupo com perda de seguimento numa coorte de nascimento no município de SP, 2014.

		Sub-amostra Estudada (n=365)	Amostra Inicial (n=524)	P
		% (IC 95%)	%	
Ocupação do pai	ñ braçal qualificado	16,91 (12,92 -20,90)	17,51 (14,15-20,86)	0,995
	braçal qualificado	18,37 (14,25-22,49)	17,91 (14,52-21,29)	
	braçal ñ qualificado	64,72 (59,64-69,81)	64,59 (60,37-68,81)	
Mora com o pai	S	72,40(67,80-77,00)	74,13(70,34-77,91)	0,929
Classe econômica	A+B	17,11(13,25-20,98)	65,64 (61,56-69,72)	
	C	66,84 (62,01-71,68)	16,79 (13,58-20,00)	
	D+E			
Escolaridade materna	< 8 anos	17,93 (13,99-21,87)	19,69 (16,27-23,11)	0,801
	8-10 anos			
	11 ou + anos			
Mãe adolescente	S	24,72 (20,29-29,15)	20,61 (17,13-24,08)	0,146
Não nascida em SP	S	41,64 (36,56-46,72)	45,10 (40,81-49,39)	0,307
Primigesta	S	49,86 (44,72-55,00)	46,18 (41,90-50,46)	0,279
Gestação não desejada	S	18,80 (14,78-22,81)	21,07 (17,56-24,58)	0,406
Fumo na gestação	S	13,85 (10,31-17,40)	18,58 (15,23-21,93)	0,062
Sexo do Lactente	H	47,39(42,25-52,54)	48,43 (43,60-53,26)	0,772
	M	52,60 (47,45-57,74)	51,56 (46,74-56,39)	

Na caracterização sócio demográfica e de fatores de risco gestacional da amostra estudada em comparação entre o grupo seguido e o grupo com perda de seguimento, constatou-se que não houve diferença significativa entre as amostras.

TABELA 5 – Associação de fatores de stress psíquico materno com o desenvolvimento motor aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores de stress psíquico	modelos bivariados		
	Risco Relativo*	IC 95%	p
G transtorno de humor	0,89	0.58-1,36	0.585
G transtorno de ansiedade	1.03	0.63-1.69	0.897
G dependência de subst	0.79	0.22-2.89	0.720
G Risco de suicídio	0.52	0.18-1.54	0.239
G transt pers antissocial	0.74	0.20-2.70	0.645
G transtorno psicótico	0.86	0.25-2.98	0.816
G violência física	0.75	0.38-1.49	0.417
G violência psíquica	0.92	0.59-1.44	0.717
G violência sexual	0.91	0.27-3.09	0.876
P transtorno de humor	0.77	0.42-1.41	0.393
P transtorno de ansiedade	1.01	0.57-1.77	0.972
P dependência de subst	0.61	0.10-3.68	0.587
P Risco de suicídio	0.77	0.28-2.13	0.611
P transt pers antissocial	1.24	0.46-3.41	0.669
P transtorno psicótico	0.33	0.05-2.37	0.271

G = durante a gravidez; P = durante o puerpério; IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento motor em relação à amostra

Na tabela 5 vê-se a análise de regressão em busca de fatores preditores de um menor desenvolvimento motor. Todos os fatores de risco ligados ao stress materno (na gravidez e aos 2 meses de vida do bebê) não se associaram ao desfecho.

TABELA 6 – Associação de fatores sociodemográficos materno e de comportamento durante a gestação com o desenvolvimento motor aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores sociais e Comportamento	Modelos bivariados			Modelo multivariado**		
	Risco Relativo*	IC 95%	p	Risco Relativo*	IC 95%	p
Classe Econômica	1,14	0,85-1,53	0,396	-	-	-
Escolaridade mater.	0,84	0,67-1,06	0,137	0,83	0,66-1,04	0,109
Mãe adolescente	0,80	0,51-1,24	0,316	-	-	-
Migração	1,01	0,71-1,43	0,974	-	-	-
Primípara	0,96	0,68-1,37	0,839	-	-	-
Grav. ã desejada	0,65	0,38-1,11	0,111	0,63	0,37-1,08	0,095
Fuma	0,97	0,59-1,61	0,916	-	-	-
Bebe	0,89	0,47-1,67	0,711	-	-	-

Classe econômica: A-B referência; C primeiro estrato; D-E segundo estrato (risco de mudar de estrato)

Escolaridade materna: Fundamental incompleto primeiro estrato; Médio completo segundo estrato; Médio completo ou mais, terceiro estrato (risco de mudar de estrato)

IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento motor em relação à amostra

** modelo ajustado para as variáveis que apresentaram $p < 0,20$

Na tabela 6 vê-se a análise de regressão dos fatores sociodemográficos materno e de comportamento durante a gestação. Não houve associações. A gravidez não desejada apresentou uma tendência de associação com o atraso no desenvolvimento motor aos 6 meses.

TABELA 7 – Associação de fatores do lactente com o desenvolvimento motor aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores do lactente	Modelos bivariados			Modelo multivariado**		
	Risco Relativo*	IC 95%	p	Risco Relativo*	IC 95%	p
Prematuridade	1.37	0.79-2.39	0.259	-	-	-
RCIU (quartis)	1.15	0.98-1.36	0.080	1.15	0.98-1.35	0.078
s/ aleitamento mat. 6m	1.22	0.84-1.76	0.291	-	-	-
Sexo (feminino)	0.83	0.59-1.19	0.312	-	-	-
Idade (meses)	1.57	1.18-2.08	0.002	1.45	1.08-1.96	0.015

RCIU = quartis crescentes de retardo de crescimento intrauterino

IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento motor em relação à amostra

** modelo ajustado para as variáveis que apresentaram $p < 0,20$

Na tabela 7, observamos que bebês que nasceram pequenos para a idade gestacional tem tendência a maior probabilidade em ter atraso no desenvolvimento motor quando ajustada aos fatores multivariados.

Também observamos que a idade do bebê em ocasião da avaliação do Bayley associou-se com menor escore motor. Cada mês mais velho aumentou em 57% o risco de ter baixo escore na análise univariada e 45% o risco na multivariada.

TABELA 8 – Associação de fatores de stress psíquico materno com o desenvolvimento de linguagem aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores stress psíquico	modelos bivariados			modelos multivariados**		
	Risco Relativo*	IC 95%	p	Risco Relativo*	IC 95%	p
G transtorno de humor	1,39	0,96-2,02	0,081	1,37	0,96-1,97	0,084
G transtorno de ansiedade	1,13	0,70-1,81	0,625	-	-	-
G dependência de subst	1,45	0,59-3,57	0,415	-	-	-
G Risco de suicídio	1,30	0,64-2,66	0,468	-	-	-
G transt pers antissocial	1,15	0,42-3,16	0,787	-	-	-
G transtorno psicótico	0,37	0,06-2,47	0,306	-	-	-
G violência física	1,25	0,74-2,13	0,402	-	-	-
G violência psíquica	1,39	0,95-2,05	0,091	1,37	0,94-2,00	0,105
G violência sexual	0,54	0,09-3,23	0,503	-	-	-
P transtorno de humor	1,00	0,58-1,73	0,987	-	-	-
P transtorno de ansiedade	1,01	0,57-1,82	0,965	-	-	-
P dependência de subst	0,61	0,10-3,70	0,590	-	-	-
P Risco de suicídio	0,97	0,41-2,33	0,950	-	-	-
P transt pers antissocial	1,41	0,55-3,58	0,472	-	-	-
P transtorno psicótico	0,67	0,17-2,71	0,576	-	-	-

G = durante a gravidez; P = durante o puerpério; IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento de linguagem em relação à amostra

** modelos com a exposição ajustada para classe econômica, idade materna, mãe ser primigesta, gravidez não desejada

Na tabela 8 mostra que apenas o transtorno de humor e a violência psíquica, ambos durante a gestação, têm uma tendência a serem preditores de atraso no desenvolvimento de linguagem. E após as análises multivariadas o transtorno de humor durante a gestação continuou com a tendência para a associação no atraso no desenvolvimento de linguagem.

TABELA 9 – Associação de fatores sociodemográficos e de comportamento durante a gestação materno com o desenvolvimento de linguagem aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores sociais e comportamento	modelos bivariados			modelo multivariado**		
	Risco Relativo*	IC 95%	p	Risco Relativo*	IC 95%	p
Classe Econômica	1.42	1.07-1.90	0.015	1.45	1.10-1.90	0.008
Escolaridade materna	0.91	0.72-1.15	0.426	-	-	-
Mãe adolescente	0.91	0.60-1.39	0.666	-	-	-
Migração	0.83	0.58-1.19	0.306	-	-	-
Primípara	1.23	0.86-1.76	0.259	-	-	-
Gravidez não desejada	1.07	0.68-1.68	0.763	-	-	-
Fuma	1.49	0.97-2.28	0.070	1.54	1.02-2.32	0.039
Bebe	0.85	0.43-1.65	0.625	-	-	-

Classe econômica: A-B referência; C primeiro estrato; D-E segundo estrato (risco de mudar de estrato)

Escolaridade materna: Fundamental incompleto primeiro estrato; Médio completo segundo estrato; Médio completo ou mais, terceiro estrato (risco de mudar de estrato)

IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento de linguagem em relação à amostra

** modelo ajustado para as variáveis que apresentaram $p < 0,20$

Na tabela 9, mostra que a classe econômica tem associação estatisticamente significativa com o menor escore de linguagem, tanto na bi quanto na multivariada.

Os filhos de mãe que fumaram na gravidez tiveram uma tendência à significância na associação com o menor escore de linguagem, tendência esta que se torna significativa no modelo multivariado.

TABELA 10 – Associação de fatores do lactente com o desenvolvimento de linguagem aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores do lactente	modelos bivariados			modelo multivariado**		
	Risco Relativo*	IC 95%	P	Risco Relativo*	IC 95%	p
Prematuridade	1.09	0.57-2.08	0.804	-	-	-
RCIU (quartis)	1.22	1.04-1.42	0.014	1.22	1.04-1.42	0.014
s/ aleitamento mat. 6m	1.06	0.73-1.55	0.742	-	-	-
Sexo (feminino)	0.87	0.61-1.25	0.457	-	-	-
Idade (meses)	1.48	1.11-1.97	0.007	1.39	1.02-1.90	0.037

RCIU = quartis crescentes de retardo de crescimento intrauterino

IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento de linguagem em relação à amostra

** modelo ajustado para as variáveis que apresentaram $p < 0,20$

A tabela 10 demonstra que crianças com retardo de crescimento intrauterino estão associadas ao atraso de linguagem, mesmo após o ajuste para o modelo multivariado. E quanto mais velha essa criança fica também está associada ao atraso de desenvolvimento de linguagem, mesmo após ajustes para fatores confundidores.

TABELA 11 – Associação de fatores de stress psíquico materno com o desenvolvimento cognitivo aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores stress psíquico	modelos bivariados			modelos multivariados		
	Risco Relativo*	IC 95%	p	Risco Relativo*	IC 95%	p
G transtorno de humor	1.16	0.75-1.78	0.509	-	-	-
G transtorno de ansiedade	1.61	1.03-2.53	0.038	1.66	1.07-2.59	0.024
G dependência de subst	2.15	1.04-4.44	0.039	1.76	0.74-4.16	0.198
G Risco de suicídio	1.39	0.68-2.83	0.364	-	-	-
G transt pers antissocial	2.82	1.65-4.80	<0.001	2.64	1.43-4.87	0.002
G transtorno psicótico	0.42	0.06-2.81	0.373	-	-	-
G violência física	1.34	0.76-2.34	0.310	-	-	-
G violência psíquica	1.31	0.85-2.04	0.226	-	-	-
G violência sexual	2.35	1.24-4.44	0.009	2.15	1.12-4.13	0.022
P transtorno de humor	1.06	0.61-1.84	0.839	-	-	-
P transtorno de ansiedade	1.27	0.74-2.18	0.380	-	-	-
P dependência de subst	3.04	1.83-5.05	<0.001	2.41	1.22-4.80	0.012
P Risco de suicídio	1.31	0.60-2.82	0.498	-	-	-
P transt pers antissocial	2.47	1.35-4.53	0.003	2.42	1.21-4.84	0.012
P transtorno psicótico	1.10	0.23-5.13	0.906	-	-	-

G = durante a gravidez; P = durante o puerpério; IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento cognitivo em relação à amostra

** modelos ajustados para classe econômica, escolaridade materna, idade materna, mãe ser primigesta, gravidez não desejada

Transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade antissocial e violência sexual, todos durante a gestação foram associados ao atraso no desenvolvimento cognitivo, mesmo após ajustes em modelos multivariados.

Dependência de substâncias durante a gestação também está associado ao atraso no desenvolvimento cognitivo, porém não foi associado após ajustes para confundidores. Mas dependência de substâncias no puerpério foi estatisticamente significativa para o atraso no desenvolvimento cognitivo, mesmo após esses ajustes, assim como o transtorno de personalidade antissocial.

TABELA 12 – Associação de fatores sociodemográficos e de comportamento durante a gestação materno com o desenvolvimento cognitivo aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores sociais e comportamento	modelos bivariados			modelo multivariado**		
	Risco Relativo*	IC 95%	p	Risco Relativo*	IC 95%	p
Classe Econômica	1.41	1.03-1.91	0.030	1.31	0.94-1.82	0.113
Escolaridade materna	0.74	0.57-0.96	0.022	0.80	0.61-1.06	0.114
Mãe adolescente	0.79	0.46-1.33	0.369	-	-	-
Migração	0.85	0.58-1.27	0.434	-	-	-
Primípara	0.88	0.60-1.30	0.530	-	-	-
Gravidez não desejada	1.24	0.79-1.93	0.348	-	-	-
Fuma	1.45	0.90-2.35	0.124	1.44	0.89-2.33	0.139
Bebe	1.15	0.62-2.12	0.665	-	-	-

Classe econômica: A-B referência; C primeiro estrato; D-E segundo estrato (risco de mudar de estrato)

Escolaridade materna: Fundamental incompleto primeiro estrato; Médio completo segundo estrato; Médio completo ou mais, terceiro estrato (risco de mudar de estrato)

IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento cognitivo em relação à amostra

** modelo ajustado para as variáveis que apresentaram $p < 0,20$

Classe econômica e escolaridade materna estão associados ao atraso desenvolvimento cognitivo do lactente, mas como elas são muito interacionadas elas se auto anulam, com isso não se tornam estatisticamente significante em modelos multivariados. O modelo bivariado mostra a contribuição específica daquela variável, quando colocadas juntas, não aparece algo único.

E o fumo durante a gestação teve uma tendência a diminuição dos escores no desenvolvimento cognitivo na Escala Bayley aplicada aos 6 meses.

TABELA 13 – Associação de fatores do lactente com o desenvolvimento cognitivo aos 6 meses - análise de regressão de Poisson

Fatores do lactente	modelos bivariados			modelo multivariado*		
	Risco Relativo*	IC 95%	p	Risco Relativo*	IC 95%	p
Prematuridade	0.91	0.41-2.02	0.824	-	-	-
RCIU (quartis)	1.18	0.99-1.40	0.066	1.22	1.01-1.46	0.035
s/ aleitamento mat. 6m	1.41	0.94-2.11	0.095	1.39	0.92-2.10	0.119
Sexo (feminino)	0.96	0.65-1.41	0.838	-	-	-
Idade (meses)	1.12	0.79-1.57	0.532	-	-	-

RCIU = quartis crescentes de retardo de crescimento intrauterino

IC95% = intervalo de 95% de confiança

* risco de estar no quartil inferior do escore de desenvolvimento cognitivo em relação à amostra

** modelos ajustados para todas as variáveis

Na tabela 13 vê-se que os bebês pequenos para a idade gestacional têm só uma tendência à associação com o atraso no desenvolvimento cognitivo, porém após o ajuste essa associação torna-se estatisticamente significativa.

E o aleitamento materno até os 6 meses, tem uma tendência para fatores de proteção, ou seja, crianças amamentadas até os 6 meses mostraram uma tendência associada a aumentar os escores do desenvolvimento cognitivo.

TABELA 14 – Análise da presença de interação ou mediação na associação entre os fatores identificados como preditores e o desenvolvimento cognitivo inadequado

Preditores de menor desenvolvimento cognitivo	Fatores de interação ou mediação	Interação	Mediação	
		p+	% efeito mediado*	p**
Transtorno de ansiedade G	ganho de peso gestacional	0,077	-	-
	nº consultas de pré-natal	0,602	3,2	ns
	fumo na gestação	0,550	11,2	ns
	PIG	0,848	9,9	ns
	Prematuridade	0,152	0,4	ns
	aleitamento materno 6m	0,150	6,3	ns
Transt pers antissocial G	ganho de peso gestacional	0,840	6,1	ns
	nº consultas de pré-natal	0,481	0,2	ns
	fumo na gestação	0,963	9,9	ns
	PIG	0,286	2,8	ns
	Prematuridade	0,256	4,7	ns
	aleitamento materno 6m	0,222	3,0	ns
Violência sexual G	ganho de peso gestacional	0,241	0,1	ns
	nº consultas de pré-natal	0,770	4,8	ns
	fumo na gestação	0,498	1,2	ns
	PIG	0,492	3,0	ns
	Prematuridade	insuf	insuf	insuf
	aleitamento materno 6m	0,358	10,3	<0,10
Dependência de substância P	aleitamento materno 6m	0,220	3,8	ns
Transt pers antissocial P	aleitamento materno 6m	0,131	1,4	ns
Classe econômica	ganho de peso gestacional	0,377	0	ns
	nº consultas de pré-natal	0,684	0,3	ns
	fumo na gestação	0,710	10,9	ns
	PIG	0,862	0,8	ns
	Prematuridade	0,014	-	-
	aleitamento materno 6m	0,011	-	-
Escolaridade materna	ganho de peso gestacional	0,501	4,5	ns
	nº consultas de pré-natal	0,254	1,0	ns
	fumo na gestação	0,716	6,2	ns
	PIG	0,066	-	-
	Prematuridade	0,811	1,4	ns
	aleitamento materno 6m	0,605	0,6	ns

FR= fatores de risco; G = durante a gravidez; P = durante o puerpério; RR= risco relativo da análise ajustada pelo mediador; PIG = ser pequeno para idade gestacional; ns = não significativo; insuf = N de casos por categorias insuficiente;

+ teste para presença de interação; quando sugestivo de interação (p<0,10) o teste de mediação não foi realizado

* % do efeito que passa através do mediador;

** derivado do intervalo de confiança de 90% (devido ao menor poder estatístico na pesquisa de mediadores) corrigido para viés:

A associação entre exposição e desfecho pode ser modulada por uma terceira variável. Essa variável pode atuar modificando a associação ou

mediando-a, ou seja, estando no caminho por onde se dá o efeito. No primeiro caso trata-se de uma interação. No segundo, de uma mediação.

A tabela 14 mostra a análise de possível interação ou mediação na associação entre as exposições estatisticamente associadas e o menor desenvolvimento cognitivo aos 6 meses de idade.

O efeito do transtorno de ansiedade sobre o desenvolvimento cognitivo é modificado pela variável ganho de peso gravídico; o efeito da classe econômica pela prematuridade e pelo aleitamento materno aos 6 meses; e o efeito da escolaridade materna pelo fato da criança ter nascido PIG. Essas modificações serão posteriormente ilustradas por gráficos.

Na análise da mediação, ou seja, da presença de alguma variável na via causal entre exposição e desfecho, encontrou-se significância estatística somente para violência sexual. Cerca de 10,3% do efeito desta sobre o desenvolvimento cognitivo pode ser explicado pelo fato dessas mães não manterem o aleitamento materno até os 6 meses..

Os gráficos 4 a 7 ilustram a mudança da associação entre exposições (ansiedade, classe econômica e escolaridade materna) e menor desenvolvimento cognitivo quando uma terceira variável está presente.

O efeito negativo da ansiedade sobre o desenvolvimento cognitivo do lactente é visível somente entre os filhos de mães que apresentaram maior ganho de peso gravídico (gráfico 4). Ser de uma família de baixa classe econômica aumenta muito o risco de menor desenvolvimento cognitivo, mas esse risco é praticamente anulado se a mãe estiver amamentando no sexto mês de gestação (gráfico 5). De forma semelhante, o efeito deletério da classe econômica é bem mais evidente entre prematuros que bebês nascidos a termo (gráfico 6). E, finalmente, menor escolaridade materna está associado a menor desenvolvimento cognitivo, mas de forma excessiva entre nascidos PIG (gráfico 7).

GRÁFICO 4 - Associação entre ansiedade e o menor desenvolvimento cognitivo segundo ganho de peso gravídico

Baixo ganho	Ganho adequado	Alto ganho
RR=0,40 (0,06-2,66)	1,38 (0,44-4,38)	RR=2,29 (1,30-4,03)

GRÁFICO 5 - Associação entre classe econômica e o menor desenvolvimento cognitivo segundo aleitamento materno aos 6 meses.

SEM ALEITAMENTO	COM ALEITAMENTO
RR=2,07 (1,44-2,97)	RR=0,89 (0,55-1,43)

GRÁFICO 6 - Associação entre classe econômica e o menor desenvolvimento cognitivo segundo idade gestacional

TERMO	PREMATURO
RR=1,28 (0,92-1,79)	RR=6,38 (2,34-17,37)

GRÁFICO 7 - Associação entre escolaridade materna e o menor desenvolvimento cognitivo segundo ser Pequeno para Idade Gestacional (PIG)

AIG+GIG	PIG
RR=0,78 (0,54-1,14)	RR=0,29 (0,10-0,79)

7. DISCUSSÃO

Encontramos baixa frequência de atraso no desenvolvimento aos 6 meses de idade nesta coorte de nascimento da periferia de São Paulo. Estressores psicossociais maternos, como transtornos mentais e violência foram altamente prevalentes. Em análises desse estudo, constatou-se que o desenvolvimento cognitivo foi aquele com maior associação a fatores de estresse materno, diminuindo significativamente os escores de desenvolvimento cognitivo na presença de transtornos psiquiátricos e dependência de substâncias lícitas quanto ilícitas, na gestação quanto no puerpério. Fatores psicossociais como classe social e escolaridade materna durante a gestação mostraram-se também associados ao desenvolvimento do lactente.

Conseguir manter o vínculo com as famílias, muitas vezes vulneráveis, foi essencial para a pesquisa já que, assim, foi possível prosseguir todas as etapas estipuladas e conseguir informações confiáveis e fidedignas, além de assegurar a avaliação do desenvolvimento infantil através de uma abordagem bem estabelecida. A equipe de pesquisa teve que superar desafios físicos e ambientais devido à dificuldade de acesso à comunidade e da compreensão, pelos moradores, da importância do estudo para a população. Em adição, tivemos que enfrentar os riscos relacionados ao alto nível de criminalidade da comunidade, e superar a dificuldade de acesso as mulheres e filhos da pesquisa, que muitas vezes exigiu visitas domiciliares para a continuação do projeto no tempo pré-determinado. Outra dificuldade identificada foi no espaço inadequado para a aplicação dos instrumentos nas unidades básicas de saúde, já que na indisponibilidade de sala, algumas vezes as aplicações tiveram que ser feitas em espaços improvisados ou na casa dos participantes. Este ponto torna-se ainda mais forte uma vez que os pesquisadores deveriam se certificar que essas variáveis estavam a favor de uma boa aplicação e autenticidade dos resultados e exigia atenção máxima para a preservação do sigilo das informações.

Na amostra estudada, havia um total de 46 lactentes (15,4%), com atraso de desenvolvimento, classificados como extremo baixo ou limítrofe em pelo menos um dos domínios. Lactentes classificados médio baixos não foram incluídos, devido ao fato desse atraso não ser tão relevante inicialmente. É importante verificar atrasos significativos e que possam trazer prejuízos futuros, atrasos considerados superficiais podem ser superados por outras habilidades ou possivelmente controlados com maior atenção a estimulação ambiental.

A maior frequência de atraso foi no desenvolvimento motor com 10,87% das crianças, porém o desenvolvimento cognitivo condicionou a maior associação a fatores de estresse materno.

As habilidades neuropsicomotoras desenvolvem-se a partir de movimentos inatos, controlados pelo sistema nervoso central; aperfeiçoam-se para novas habilidades e desenvolvem-se em suas complexidades. A parte motora é uma das primeiras a serem desenvolvidas no bebê, pois o desenvolvimento ocorre pela evolução estrutural do sistema nervoso central, crânio caudal, resultados da maturação de certos tecidos nervosos, que aumentam em tamanho e complexidade do sistema nervoso central, crescimento dos ossos e músculos, portanto, são comportamentos que surgem espontaneamente e se aperfeiçoam a partir condições adequadas para exercitar-se (Rotta, 2004).

Após o nascimento, o bebê passa a interagir com o ambiente, enfrentando as leis da física que restringem seus movimentos, desta forma adquirindo novas habilidades para que o bebê possa interagir de forma efetiva e eficiente com o mundo (Gallahue e Ozmun, 2001; Haywood e Getchell, 2004). Os bebês aprendem a refinar os seus movimentos por meio de experiências e mudanças físicas. Ao nascer, o bebê é submetido a tarefas, como por exemplo, a obtenção do controle sobre a musculatura, aprender a lidar com a força da gravidade e movimentar-se de maneira controlada, assim inicia-se o desenvolvimento. Estes fatores correspondem às habilidades motoras que surgem na primeira infância (Haywood e Getchell, 2004). A aquisição de habilidades motoras é constante nos primeiros anos de vida, o

que diferencia é o ritmo desse percurso, diferenciado de uma criança para outra. O desenvolvimento motor é a combinação da maturação neurológica e de um sistema auto organizado que envolve a tarefa, o ambiente e o indivíduo (Gallahue e Ozmun, 2001). Estes autores afirmam que as habilidades motoras do bebê são componentes para o desenvolvimento de habilidades mais complexas especializadas.

Habilidades motoras permitem a aquisição das outras habilidades, cognitivas e de linguagem, assim permitindo ampliar a compreensão e organização progressiva do ambiente (Escamilla, e Pollitt, 1992). Essa pode ser o motivo de uma maior associação com o déficit cognitivo nessa coorte de nascimento. Desse modo, mostra-se um “gap” de estudos, para analisar se esses escores mudam ou tendem a diminuir com a idade da criança, pois esse trajeto está associado ao acúmulo de fatores de vulnerabilidade da família para o bebê.

O desenvolvimento neuropsicológico depende principalmente de vínculos, como o cuidado adequado e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento, geralmente fornecidos pela família. A qualidade do cuidado tanto físico quanto afetivo-social decorre de condições estáveis da vida familiar (Zamberlan e Biasoli-Alves, 19965). Desse modo o desenvolvimento dos bebês vão se aperfeiçoando, e constituído novas habilidades ao percorrer dos meses.

Um ambiente desfavorável pode retardar o ritmo de desenvolvimento, o que reduziria a qualidade da interação da criança com o meio ambiente, limitando sua capacidade de aprender (Kopp e McCaall, 1982; Horowitz17, 1988). Com o passar dos meses a criança precisa de mais suporte a demandas necessárias para aprendizagem e aperfeiçoamento de novas habilidades. A estimulação é um fator fundamental para o desenvolvimento, possivelmente essa é a trajetória associada com os dados que encontramos, cujos lactentes tiveram 48% de chance de ter atraso no desenvolvimento conforme o passar dos meses, ou seja, quando aplicada a Escala Bayley aos 6 meses esses bebês obtiveram melhores escores de desenvolvimento, do que os bebês de 7 e 8 meses dessa amostra, e após os ajustes a probabilidade de

atraso é de 45% de chance da criança ter algum atraso de desenvolvimento conforme ela fica mais velha. Dependendo da gravidade das condições adversas, o desenvolvimento pode apresentar apenas uma alteração ou um dano irreversível (Kopp e Kaler, 1989).

A maternidade é complexa e envolve uma série de mudanças fisiológicas e psicológicas, nesse período é necessário uma rápida maturação e desenvolvimento psicológico para o recebimento de um novo ser. Durante o período gestacional além das alterações fisiológicas, as transformações psicológicas são fundamentais para o desenvolvimento materno adequado, essas transformações, especialmente psicológicas podem desencadear ansiedade, medo e desamparo, especial nas primigestas, quando a mudança é nova e incerta. Ser mãe envolve muito mais que cuidados básicos necessários como alimentação e higiene, envolve em desenvolver paciência, oferecer dedicação ao outro, desdobrar o tempo e novos aprendizados diários (Moreira, 1999).

A falta de estrutura familiar são causas possíveis das dificuldades de linguagem e aprendizagem (Lima e Queiroba, 2007). Eventos estressantes da vida interferem nos padrões normais do indivíduo e têm sido associados a uma grande variedade de distúrbios físicos e mentais. O atraso no desenvolvimento infantil pode ser relacionado à falta de cuidado do bebê, omissão de estímulos adequados para o desenvolvimento e negligência materna, além do autocuidado materno e no pré-natal. Todos esses fatores são preditores de risco no desenvolvimento.

Autores destacam a importância das características multifatoriais como determinantes no desenvolvimento, pois o acúmulo de fatores de risco determina um maior impacto no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, 1996; King et al, 1992 e De Andraca et al, 1998). O atraso no desenvolvimento foi mais fortemente presente quando havia concomitante transtorno mental materno.

O transtorno de humor na gestação teve uma tendência a ser associado na diminuição do escore de linguagem, mesmo após ajustes para fatores

explicativos e confundidores. Uma possível relação descrita por outros autores é a associação entre transtorno psiquiátrico e o cuidado prenatal. Esse é um fator importante, para preparação da futura mãe, riscos ligados a fatores biológicos de estresse que pode afetar o feto, além da relação entre o autocuidado dessas mães durante o prenatal (Henshaw, 1998). Nos estudos de Blehar et al (1998) e Freeman et al (2002) sobre transtorno depressivo e o período gestacional, puderam observar que quase 50% das pacientes relataram estresse emocional quanto às expectativas do cuidado ao filho, visto que 50% das gestações não são planejadas. Para Feldman et al (2009) o transtorno de humor materno deixa alguns requisitos para o cumprimento de metas específicas para o desenvolvimento, especialmente nos primeiros anos de vida, a depressão materna diminui a sensibilidade da mãe limitando-a para dar o suporte necessário ao bebê, esperado para proporcionar o melhor desenvolvimento.

Mães com diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial tanto na fase gestacional quanto no puerpério foram associados com atraso de desenvolvimento cognitivo de seus filhos aos 6 meses de idade. Em estudos de Harvard Medical School (2007) descrevem a inabilidade de relações interpessoais saudáveis ou satisfatórias desses pacientes. Assim como outros problemas relacionados, além do transtorno, como o abuso de bebidas alcoólicas e outros transtornos associados, além do alto índice de violência nesses pacientes (Fountoulaskis et al, 2008). Pessoas com transtorno de personalidade apresentam padrões diferenciados, inflexíveis e mal ajustados de relacionamento e percepção deturpada do ambiente e de si mesmo, esses sintomas são altamente prejudiciais à pessoa e também seus familiares, desta forma mães com transtorno de personalidade podem causar danos extremamente prejudiciais aos seus filhos.

Os transtornos psiquiátricos em geral tendem a afetar a disponibilidade cognitiva e emocional da mãe, com isso tendem a não ser adequadamente responsiva a seus filhos, dar estimulação adequada e demandas necessárias que a criança necessita (Field, 1995). Os atrasos associados relacionados aos

transtornos psiquiátricos maternos continuaram estatisticamente significativos mesmo após ajuste para os fatores confundidores.

O transtorno de ansiedade na gestação foi associado ao déficit no desenvolvimento cognitivo, mesmo após o ajuste para fatores confundidores. Em estudos de Feldman et al (2009) sobre mães ansiosas, mostram que elas tem menor sensibilidade a necessidade dos filhos, assim como as mães depressivas, como dificuldade de promover a competência essencial para o desenvolvimento da criança. Nesse mesmo estudo, mostra que as mães ansiosas tem um comportamento social adequado, porém não adaptadas às necessidades do bebê. Pode-se fazer referencia do estudo de Feldman sobre mães ansiosas com associação que se uma mãe tem menor sensibilidade ao filho, ela também pode ter menor sensibilidade a questões de autocuidado e suas necessidades biológicas e psicológicas. Outros estudos revelaram transtorno de ansiedade em gestantes podem levar a graves consequências baixo peso ao nascer, prematuridade e a redução do índice apgar (Wadhwa et al, 1993; Zimmer-Gembeck e Helfand, 1996; Camacho et al, 2006; Faisal-Cury e Menezes, 2006 e Araujo et al, 2007). Percorrendo os possíveis efeitos mediadores na associação entre os fatores identificados como preditores para um desenvolvimento cognitivo inadequado nos lactentes, observou-se que as mães ansiosas tem diferença no ganho de peso gestacional, o que pode estar associado à má alimentação. Os ansiosos tendem ao aumento ou perda de peso abrupta devido aos sintomas do transtorno e também o aumento do índice de hormônios de cortisol e adrenalina, que levam o aumento de gordura, possivelmente essas mães não tiveram um autocuidado com a alimentação na gestação, desta forma relacionando com o atraso no desenvolvimento do lactente aos 6 meses.

O Instituto de Medicina dos Estados Unidos e Conselho de Pesquisa Nacional dos Estados Unidos em 2009 analisaram mulheres no período pré-gestacional com índice de massa corpórea (IMC) normal e durante a gestação com o ganho de peso adequado. As análises mostraram que entre as mulheres com um alto IMC pré-gestacional e o ganho de peso foram associado à maior chance de TDAH na criança e entre mulheres magras com perda de peso

durante a gravidez, também tiveram maiores chances de ter um filho que viria a desenvolver o TDAH, em comparação com as que não perderam peso durante a gestação. Os mecanismos para estes efeitos são desconhecidas, embora os autores especulam sobre a possibilidade de transferência da neurotoxina a partir de tecido adiposo materno para o cérebro fetal em desenvolvimento. O cérebro humano desenvolve-se rapidamente durante a gestação e no período pós-natal, com isso, é possível que as reservas de gordura corporal materno e ganho de peso gestacional, possam influenciar no sistema nervoso central do feto, resultando distúrbios comportamentais a longo prazo, como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (Rodriguez et al., 2008).

O tabagismo é outro fator relacionado ao déficit cognitivo durante a gestação. O fumo durante a gestação sem outras associações também foi considerado relacionado ao atraso no desenvolvimento cognitivo e de linguagem. O fumo como o abuso de substâncias, é prejudicial ao desenvolvimento intrauterino, conseqüentemente relacionado a atrasos de conseqüências mais graves ao desenvolvimento infantil. Outros estudos também mostram a relação entre tabagismo na gestação e problemas à restrição no desenvolvimento tanto intra quanto extrauterino (Eyler, 1999; Peacock, 1999 e Ernst et al, 2001).

A violência doméstica, fator psicossocial que durante a gestação passa por sérias conseqüências biológicas e psicossociais, tanto para a gestante com sérias complicações obstétricas, e para o feto podendo ocasionar baixo peso ao nascer, prematuridade e até perdas fetais. Além disso, normalmente são gestações indesejadas, com alto índice de estresse materno, depressão, ansiedade, tentativa de suicídio e uso de drogas (Dietz et al, 1994; Berenson et al, 1994; Eilenberg e Fullilove, 1996; Jejeebhoy, 1998 e Gazmararian et al, 2000). Esses autores destacam uma série de elementos, que respondem aos resultados que encontramos e possíveis preditores a associação de violência sexual durante a gestação e o atraso no desenvolvimento cognitivo. A violência sexual é uma relação com o atraso ao desenvolvimento, mas que passam por possíveis preditores que também são associados ao atraso no desenvolvimento nessa coorte de nascimento.

A classe social um fator de risco que gera acúmulo a outros fatores, como periculosidade na moradia, falta de recursos básicos de higiene, estimulação necessária para o desenvolvimento de novas habilidades, além da associação com a escolaridade dos pais, falta de suprimentos nutricionais necessários para a maturação, crescimento infantil e prematuridade. Encontramos a prematuridade e ganho de peso, ligado a má alimentação como fatores preditores para o atraso no desenvolvimento cognitivo. Em outros estudos, verificou-se que quanto menor a renda socioeconômica da família, menores os escores do desenvolvimento de linguagem do lactente, esse resultado é compatível com diversos estudos sobre a relação entre desenvolvimento infantil e nível sócio econômico da família (Eickmann, Lira, & Lima, 2002; Spiess, Büchel & Wagner, 2003). O desenvolvimento da herança genética também depende das oportunidades oferecidas pelo ambiente (Rezende et al, 20005). Camarano, 1998 e Halpern et al, 1996 e 2000) encontraram dados semelhantes os preditores da vulnerabilidade da classe social e o déficit no desenvolvimento infantil.

A classe social é um fator intimamente ligado à escolaridade materna, fator que se mostrou associado ao desenvolvimento cognitivo e como fator preditor foi o ganho gestacional relacionado a escolaridade da mãe, relacionado a falta de nutrição e cuidados pré-natais de qualidade. Nesse estudo, verificou-se que o tempo de estudo da mãe estar ligada com o desenvolvimento da criança aos 6 meses. Essa relação pode ser associada ao tipo de estimulação diária mais qualificada, com maior repertório materno e disponibilidade frente as necessidades do bebê. O desenvolvimento da condiz com o repertório de cognitivo e de linguagem do adulto, o aperfeiçoamento das habilidades é proporcionado pelo grupo social em que a criança está inserida (Carvalho e Homem, 2001 e Rezende et al, 20005). Quanto mais elevado é o nível de escolaridade das mães, maior é o seu conhecimento acerca do desenvolvimento infantil (Biscegli et al, 2007).

Fatores biológicos e ambientais interligados aumentam a chance de problemas na maturação infantil. Associados esses problemas, podem

apresentar decorrências biológicas, ocasionando bebês pequenos para a idade gestacional, que predispõe a um menor escore de desenvolvimento linguagem e motor pela Escala Bayley de Desenvolvimento, o risco dessa criança em ter um atraso de linguagem é de 22% e aumenta após o ajuste com 24%.

Crianças pequenas para a idade gestacional são relacionados por muitos autores com a baixa estatura da mãe, desnutrição materna, mães adolescentes e mães com mais de 35 anos, mães primíparas, multíparas ou gestações múltiplas. Está também associada ao baixo nível de renda socioeconômica, menor grau de escolaridade materna, esforço excessivo durante a gestação, fumo e uso de drogas durante a gestação. (Abrams e Newman, 1991; Escamilla e Pollitt, 1992 e Berendes, 1993). Em outros estudos, também constataram que crianças que nasceram com déficit estatural ao serem avaliadas 6 meses tiveram atraso no desenvolvimento e manteve esses índices os de menor crescimento estatural associado ao menor rendimento escolar, apresentando transtornos de aprendizagem (Guimarães et al, 1999). Sameroff (1986) em revisão de literatura sobre fatores que exercem influencia sobre o desenvolvimento cognitivo da criança, constatou-se que crianças pequenas para a idade gestacional e de baixo peso, apresentam alteração no desenvolvimento neuropsicomotor, que permanecem mesmo ajustes aos efeitos dos fatores sociais. Nos estudos de Horwood et al (1998) também demonstraram que crianças pequenas para a idade gestacional apresentam pior desempenho, que persiste após controlar para fatores de risco sociais e familiares.

O estado nutricional materno na gestação é um fator relevante, dado que uma boa nutrição, antes e durante a gravidez, é uma medida preventiva a uma variedade de problemas gestacionais maternos e fetais (Perry, 2008). Para Machado (2000), o ganho de peso gestacional baseia-se em fatores maternos como: idade, raça, hábitos como tabagismo, número de fetos e a massa corporal anterior à gestação materna (Machado 2000). Segundo Warner (1998), uma medida preventiva para uma nutrição e ganho de peso adequado da gestante e do recém-nascido provém na vigilância pré-natal e através do número de consultas, com maior atenção à vulnerabilidade dessas mães.

O aleitamento materno é encontrado como um fator de proteção, aumentando os escores no desenvolvimento dos lactentes aos 6 meses, principalmente em crianças de menor classe social. Crianças vindas de classes sociais mais baixas vinham a apresentar melhores escores de desempenho cognitivo do que as que não foram amamentadas, ou seja, o aleitamento corrigiu o problema da pobreza na cognição. Em estudos verificaram que a amamentação nos primeiros três meses está associada a um melhor desenvolvimento dos bebês, esses efeitos refletem aos seis meses em testes que avaliam o desenvolvimento neuropsicomotor (Grantham-McGregor, 1995; Wachs, 1995; Levitsky e Strupp, 1995). Podemos enumerar diversos fatores, como melhor nutrição, maior cuidado materno, relação parental e estímulo entre a mãe e o bebê. Gibson-Davis e Brooks-Gunn, 2006 apontam que durante a amamentação, a mãe responde melhor às necessidades da criança, gastam maior tempo na interação com a criança ou em atividades estimulantes do que as mães que não amamentam. Além disso, o aleitamento materno ajuda para o melhor desenvolvimento motor-oral através da sucção, possibilitando a instalação de má oclusão, respiração oral e alteração motora-oral (Straub, 1961).

Programas voltados para a prevenção de fatores de risco, estimulando o desenvolvimento na primeira infância e fortalecimento da atenção básica à saúde, através de visitas domiciliares e comunitárias, sejam elas por profissionais da área ou agentes comunitários, realizadas às famílias de maior vulnerabilidade social, com a finalidade em solidificar a educação e cuidado. Há evidências de que quanto mais precoces forem os diagnósticos de atraso no desenvolvimento e intervenções adequadas, menos será o impacto desses problemas na vida futura da criança (Dworkin 1989 e Valman 1980).

Há estudos recentes de projetos de intervenção, com agentes comunitários de saúde, com enfermeiras ou um profissional especializado, visando atender as demandas da população de risco, tais como, dependências de substâncias, violência doméstica, transtornos mentais, entre outros, considera-se que um especialista poderia atender com maior preparo e tempo para necessário para abordar as questões e poder instruir de forma mais

adequada, já que esse profissional está focado nesse projeto e não nas demandas da população em geral, além de preparo para intervenções não só cotidianas, mas peculiares que pode ser melhor abordada por um profissional preparado (Pinto e Fracolli, 2010). Agentes comunitários têm demandas suficientes da população, visando uma estratégia para o melhor desempenho e qualidade do trabalho, seria mais eficaz que possam focar em atender casos menos específicos. Outro fator relevante, é que o agente comunitário faz parte da comunidade em que ele atua, e considerando que a menor interferência de pessoas próximas, especialmente em casos mais graves, seria mais ético, visando manter sigilo e interferência pessoal.

A implantação de projetos visando promover a educação e cuidados as famílias de riscos, são de extrema relevância e necessários especialmente em países em desenvolvimento, gastos com programas de assistência as famílias para prevenção são investimentos futuros, que mais tarde torna-se economia com prevenção de maiores danos a sociedade, implantação de projetos visando promover a educação e cuidados as famílias de riscos, são de extrema relevância e necessários especialmente em países em desenvolvimento, considerando que gastos como estes, futuramente tornam-se fonte de economia para o país, dado que orientação parental e educação são fatores de proteção à sociedade, favorecendo condições para que essas crianças possam tornar-se resilientes.

Esse estudo é fundamental para literatura e comunidade, sobre as características do desenvolvimento infantil, assim estabelecendo parâmetros para comparação e prevenção no atraso do desenvolvimento, estudos sobre efeitos psicossociais e ambientais no desenvolvimento dos primeiros anos de vida são raros no Brasil.

Devido à importância e o impacto dos atrasos no desenvolvimento, é fundamental a identificação precoce, o reconhecimento de grupos de maior vulnerabilidade, a fim de minimizar os efeitos negativos recorrentes. A identificação precoce de problemas do desenvolvimento é uma tarefa difícil para o profissional que trabalha com cuidados primários, necessitando um

trabalho especializado para sua verificação. Devido à grande maleabilidade e minuciosidade do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, é necessário que a avaliação seja de forma cautelosa e extremamente preparada, principalmente durante os primeiros anos de vida, quando o desenvolvimento é dinâmico e o impacto dos atrasos é mais importante.

8. CONCLUSÃO

Conclui-se que os estressores psicossociais maternos, como os transtornos psiquiátricos são preditores principais de atraso no desenvolvimento nos lactentes aos 6 meses de idade. Apesar de encontrarmos baixa frequência de atraso no desenvolvimento nessa coorte de nascimento, o desenvolvimento motor foi a área com a maior frequência de atraso entre os lactentes, mas o desenvolvimento cognitivo foi âmbito com maiores associações aos fatores de risco biológicos e psicossociais.

A interação entre ganho de peso, PIG e idade gestacional foram associados ao atraso no desenvolvimento. E a amamentação até os 6 meses foi relacionada a proteção no desenvolvimento infantil.

Os fatores de risco não são eventos isolados, mas resultantes da combinação de múltiplos fatores causais associados ao agravamento de doenças futuras, justificando assim, a importância de acompanhamento precoce e adequado à população mais suscetível.

Desse modo, verificou-se a importância de trabalhos com continuação na análise do desenvolvimento neuropsicomotor infantil nos 3 primeiros anos de vida, visando quais habilidades são mais afetadas ao longo do desenvolvimento, se esses fatores de risco causam agravos em outras habilidades ou se a estimulação adequada consegue suprir déficits encontrados inicialmente.

9. ANEXOS

9.1. **Anexo A** – Termo de consentimento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**1**

Mãe responsável pela criança
Entrevista e coleta de Dados

Mãe: _____

Filho (a): _____

**NOVAS FERRAMENTAS NA COMPREENSÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A INTERAÇÃO
GENE-AMBIENTE E A CONECTIVIDADE NEURONAL**

Você está sendo convidada como voluntária para participar de uma pesquisa sobre Desenvolvimento Infantil, *realizada pela Universidade de São Paulo – USP- nas Unidades Básicas de Saúde do Distrito do Butantã*.

Se você concordar em participar, será convidada a responder questões sobre seus sentimentos e comportamentos, os comportamentos e sentimentos de seu filho (ou filha) no dia a dia, quando vier ao Posto para consultas de rotina de pré-natal e de pediatria. Através destas conversas, poderemos identificar bem cedo se houver atraso no desenvolvimento de seu filho (ou filha) e assim agir de forma rápida. No primeiro ano de vida de seu filho estas conversas acontecerão de 3 em 3 meses, durante aproximadamente 20 minutos. No segundo ano de vida, serão a cada 6 meses, com duração de 30 minutos. No terceiro ano de vida de seu filho (ou filha) será um única vez, dividida em 2 encontros com duração de 1 hora cada. Você também responderá algumas questões sobre seus próprios sentimentos, durante a gestação, no 2º mês de vida de seu filho (a), no primeiro e no terceiro anos de vida de seu filho (a). Se nestes encontros (entrevistas), problemas emocionais ou de comportamento forem identificados, você será avisada por um membro de nossa equipe de pesquisa para que possa procurar atendimento na Unidade Básica de Saúde do seu bairro, no Hospital Universitário da USP ou no Hospital das Clínicas.

Para podermos avaliar se seu filho (filha) tem uma possibilidade aumentada de ter atraso no desenvolvimento, iremos fazer um exame genético através da saliva. A saliva de seu filho (filha) será coletada através de um tipo de “chupeta”, quando ele (a) estiver com 2 meses de idade. Para um exame completo, nesta mesma época coletaremos a sua saliva e a saliva do pai de seu filho (filha) através de um frasco. As salivas serão armazenadas no Laboratório de Patologia Clínica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, a identificação das amostras será feita através de números, ficando sua identidade e a de sua família completamente protegidas. Este procedimento poderá gerar certo desconforto pra você e sua família, porém é mínimo.

A qualquer momento você poderá decidir se quer ou não ter acesso aos resultados dos exames genéticos realizados em você e em seu filho (a) e retirá-los.

Caso seja detectada alguma síndrome genética, que são muito raras, em que haja necessidade de orientação, você e seu filho (ou filha) serão encaminhados para orientações específicas com especialistas no Instituto de Biociências da USP.

Só nos casos que encontrarmos atraso no desenvolvimento iremos fazer uma investigação mais profunda, através do exame de Ressonância Magnética, que é uma “fotografia” do cérebro. Esse exame não é prejudicial ao seu filho (filha), não tem radiação nem precisa de medicação. *Não há nenhum risco para seu filho (filha).* Você e sua família receberão orientações, sobre como colaborar na estimulação de seu filho (a). Se detectarmos (percebermos) algum problema, ele (a) será encaminhado (a) para a Unidade Básica de Saúde de seu bairro, para o Hospital Universitário da USP ou para o Hospital das Clínicas da FMUSP.

É importante ressaltar que você é livre para recusar a participar do estudo, retirar seu consentimento ou interromper sua participação e de sua família a qualquer momento, mesmo no decorrer da pesquisa, sem precisar justificar. Sua participação é voluntária e a recusa ou a desistência em participar não acarretará em qualquer penalidade, prejuízo ou perda de benefícios que você e sua família recebem do serviço de saúde do município.

Esta pesquisa vai ajudar os profissionais de saúde a conhecer melhor sobre Desenvolvimento Infantil. Não haverá despesas pessoais para participar da pesquisa e, também não haverá ganho financeiro relacionado à sua participação. Os dados levantados serão utilizados para elaboração de artigos científicos e sua identidade, assim como a de seu filho (a) será preservada. Os profissionais da Unidade Básica de Saúde de seu bairro não terão acesso às suas respostas nos questionários nem aos resultados dos exames, suas informações são totalmente sigilosas, só os componentes da equipe da pesquisa terão acesso a elas. Após você responder aos questionários, suas respostas serão transformadas em códigos, de forma que nem você nem suas respostas serão identificadas.

É necessário que você autorize o acesso a outras informações clínicas, anotadas em prontuário, bem como a resultados de exames (caso haja necessidade em se complementar dados), o armazenamento e arquivamento dos dados colhidos (seus e de sua família) incluindo os genéticos, que serão utilizados de acordo com hipóteses do presente estudo e outras informadas pela literatura, desde que seja aprovado pelo CEP e pela CONEP e que se busque contato para autorização futura.

Em qualquer etapa deste estudo, a qualquer momento, você poderá telefonar para os responsáveis pela pesquisa e tirar suas dúvidas. A Dra. Sandra J. E. F. Grisi, responsável pela pesquisa, pode ser encontrada no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, na Rua Dr. Éneas de Carvalho Aguiar, 647 Cerqueira César, telefone (11) 3069 8803. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da Pesquisa, pode entrar em contato com O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar, telefone (11) 3069 6442 ramais 16, 17, 18 ou 20; Fax: (11) 3069 6442 ramal 26; e-mail: cappesq@hcnet.usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36 Vila Buarque, 1ª andar. Telefone (11) 3397 2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Para entrar em contato com a equipe do Projeto Butantã através dos telefones: 3069 2179 ou 3069 6977 e pelo e-mail: projetobutanta@gmail.com, ou pelo telefone: _____ Falar com _____ ou _____.

Termo de Consentimento Livre e Pós- Esclarecido

Declaro que fui suficientemente esclarecido e que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, a forma como se dará a coleta e armazenamento dos dados, incluindo os genéticos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa “Novas Ferramentas na Compreensão do Desenvolvimento Infantil: a Interação Gene Ambiente e a Conectividade Neuronal”.

_____ Data ____/____/____

Assinatura da mãe

_____ Data ____/____/____

Assinatura do profissional, membro da equipe de pesquisa

9.2. Anexos B – Dados do participante da pesquisa

Dados do participante da pesquisa

Número da Família: _____

Entrevistador: _____

Data: _____

Unidade Básica de Referência: _____

EQUIPE ou ACS da Área: _____

Número do Prontuário na UBS: (mãe) _____

Criança _____

Nome da Criança: _____

D.N: _____

Nome da Mãe: _____

D.N: _____

Nome do Pai: _____

D.N: _____

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____

Bairro _____

CEP: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Recado: _____

E-mail: _____

Por favor, me diga o nome e o telefone de 3 (três) pessoas que sempre achariam você mesmo que se mudasse:

1.Nome: _____ Telefone: _____ Celular: _____

2.Nome: _____ Telefone: _____ Celular: _____

3.Nome: _____ Telefone: _____ Celular: _____

9.3. Anexo C – Questionário Socioeconômico

Questionário Sócio-Econômico (QSE) – T0

QSE1. - Você tem planos para se mudar no próximo ano: (1) Sim (0) Não

QSE1a. Se sim, qual o provável novo endereço?

QSE2. Estado Civil:

(1) Solteira (2) Casada (3) Separada (4) Divorciada (5) Viúva (6) União Estável (7) Amasiada

QSE3. Raça/Cor:

(1) Branca (2) Preta (3) Parda (entre branca e preta) (4) Amarela (Asiática) (5) Indígena

QSE4. Religião:

(1) Católico (2) Protestante (3) Judaica (4) Espírita (5) Evangélico (6) A teu (7) Outra (8) Não tem

QE 5. Escolaridade da Mãe:

(0) Analfabeta/Primário incompleto (analfabeta/3ª Série Fundamental)

(1) Primário Completo/Ginasial Incompleto (Até 4ª Série Fundamental)

(2) Primário Completo/Ginasial Completo (Até 4ª Série Fundamental)

(3) Ginásio Completo/Superior Incompleto (Médio Completo)

(4) Colegial Completo/Superior Incompleto (Médio Completo)

(8) Superior Completo (Superior Completo)

QSE6. Ocupação Pai da Cça: _____ *(mesmo que desempregado)*

QSE 6a. Se desempregado, há:

(0) Empregado (1) de 0 a 60dd (2) de 2m a 6 m (3) de 6m a 12m (4) mais de 12 m (5) Nunca trabalhou

QSE6b. 2 Horas de Trabalho: _____

QSE6c. Natural de:

(1) São Paulo (2) Norte (3) Nordeste (4) Sudeste (exceto SP) (5) Sul (6) Centro Oeste (7) outro País

QSE6d. Em São Paulo há:

(0) Nascido (1) menos de 1 ano (2) entre 1 a 5 anos (3) entre 5 e 10 anos (4) mais de 10 anos

QSE7. Ocupação Mãe da Cça: _____ *(mesmo que desempregada)*

QSE7a. Se desempregada, há:

(0) Empregado (1) de 0 a 60dd (2) de 2m a 6 m (3) de 6m a 12m (4) mais de 12 m (5) Nunca trabalhou

QSE7b. Horas de Trabalho: _____

QSE7c. Realiza Esforço Físico: (1) Sim Não (0)

QSE7d. Tem contato com produtos químicos (1) Sim Não (0) **QSE7e.** Qual: _____

QSE7f. Natural de:

(1) São Paulo (2) Norte (3) Nordeste (4) Sudeste (exceto SP) (5) Sul (6) Centro Oeste (7) outro País

QSE7g. Em São Paulo há:

(0) Nascida (1) menos de 1 ano (2) entre 1 a 5 anos (3) entre 5 e 10 anos (4) mais de 10 anos

QSE8. Casa feita de:

(1) Alvenaria (2) Madeira (3) Madeirite (4) Outros _____

Densidade Demográfica (DM) – T0

DM1. Quantas e quais são as pessoas que residem no domicílio? _____

(número total de moradores, com nome, idade e parentesco com a gestante) _____

Mora com marido/ companheiro e filhos (se tiver)? (1) Sim (0) Não

Mora com família de origem? (1) Sim (0) Não

Mora com família do marido/companheiro? (1) Sim (0) Não

DM2. Quantos cômodos existem na casa, sem contar os banheiros? _____ cômodos

DM3. Densidade Demográfica = total de moradores ÷ total de cômodos: _____

ABEP – T0

AB1. Que tipo de banheiro (com vaso sanitário) você tem na sua casa?

(pergunte se tem banheiro, quantos, dentro ou fora de casa):

(1) Não tem banheiro (2) Banheiro somente fora (3) Banheiro dentro de casa compartilhado com outros domicílios (4) Um banheiro dentro de casa para uso da família (5) Mais de um banheiro dentro de casa para uso da família

AB2. A casa que você mora tem:

1. Rede de esgoto (1) Sim (0) Não
2. Água encanada (1) Sim (0) Não
3. Energia Elétrica (1) Sim (0) Não
4. Pavimentação (piso) (1) Sim (0) Não

AB3. Nos últimos 12 meses sua família passou fome por não ter condição financeira?

(1) Sim (0) Não

AB4. Sua casa tem: *(marque todas as respostas possíveis)*

Preencher com o que a pessoa possui em casa (considerar itens quebrados há menos de 6 meses)

Quadro 1

	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio (tudo que toca música, exceto rádio de carro)	0	1	2	3	4
Banheiro (tem vaso sanitário e é privativo do domicílio)	0	4	5	6	7
Automóvel (sem uso profissional)	0	4	7	9	9
Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar (não considerar tanquinho)	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
AB4. Soma de Pontos					

AB5. Entre os moradores de sua casa, quem você considera o chefe da família? *(Não leia a lista)*

- (1) Eu sou o chefe da família (2) Meu marido (ou companheiro residente) (3) Meu pai (4) Minha mãe
 (5) Meu sogro (6) Minha sogra (7) Outro
 (7a) Especificar: _____

AB6. Até que série o chefe da família estudou? *(séries completas)* _____ série (88) Não sei
(se não tiver completado nenhuma série, codifique 00)

Quadro 2

Grau de Instrução do Chefe da Família	Última Série que completou	AB7. Pontuação
Analfabeto/Primário Incompleto	0 – 3	0
Primário Completo/Ginasial Incompleto	4 – 7	1
Ginasial Completo/Colegial Incompleto	8 – 10	2
Colegial Completo/Superior Incompleto	11 anos ou mais (superior incompleto)	4
Superior Completo	11 anos ou mais (superior completo)	8
AB7. Pontuação		

AB8. Soma de pontos = Quadro 1 + Quadro 2 (AB4 + AB7): _____

AB9. A soma dos pontos corresponde à classe econômica_____ (ver Quadro 3, abaixo)

Quadro 3

Classe Econômica*	Pontuação Total ABEP
A (1)	35-46
B (2)	23-34
C (3)	14-22
D (4)	8-13
E (5)	0-7

***Baseadas no poder de consumo da família (não são classes sociais)**

9.4. ANEXO D – Questionário sobre a gestação.

Gestação Atual (GA) – T0

DUM - Data da Última Menstruação: _____

DPP - Data Provável do Parto: _____

IG - Idade Gestacional: _____ Semanas

TG - Tipo de Gestação: (1) Única (2) Gemelar

GA - Gestações Anteriores (inclui a atual): _____ **PV** - Nº de Partos Vaginais: _____

PC - Nº de Partos Cesáreos: _____

Qual Indicação: _____

A - Nº Abortos: _____

FNV - Nº de Filhos Nascidos Vivos: _____

FVA - Filhos Vivos Atuais: _____

FNM - Nº de Filhos Nascidos Mortos: _____ Diagnóstico do Óbito: _____

CPS - Condição Prévia de Saúde: (0) Nada (1) Hipertensão (2) Diabetes (3) Outras

Qual: _____

QA - Quantos quilos você ganhou do início da gestação até hoje: _____

Hospital Provável do Parto: (1) HU – USP (2) SARA (3) Outro

Fatores de Risco (FR) – T0

FR1. Quando você descobriu estar grávida, quanto tempo de relacionamento (contando namoro, casamento ou morando junto) você tinha com o pai de seu/sua filho/a?
 (1) Menos de 1 ano (2) de 1 a 5 anos (3) de 5 a 10 anos (4) mais de 10 anos
 (5) Não tinha relacionamento estável (99) Não sabe

FR2. Que sentimentos foram despertados em você na ocasião da descoberta da gestação?
 (1) Predominância de Sentimentos Positivos

(2) Estresse passageiro ou leve associado à descoberta da gestação

(3) Estresse moderado associado à descoberta da gestação

(4) Estresse significativo associado à dificuldades em aceitar a gestação

(5) Um aborto foi seriamente considerado

(99) Não sabe

FR3. Você fuma ou fumou durante a gestação?

(0) Não fuma/fumou

(1) 1 ou 2 vezes durante a gestação

(2) Fuma/fumou de vez em quando

(3) Quase todos os dias

(99) Não sabe

FR3a. Se, *de vez em quando*, mais ou menos quantos cigarros por semana?
 _____ cigarros/sem (99) Não sabe

FR3b. Se, *quase todos os dias*, quantos cigarros por dia?
 _____ cigarros/dia (99) Não sabe

FR3c. Se fumou em algum momento, em que trimestre isso aconteceu?

FR3c1. 1º trimestre (primeiros 3 meses) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR3c2. 2º Trimestre (do 4º ao 6º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR3c3. 3º Trimestre (a partir do 7º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR4. Tirando você, alguém fuma/fumou dentro de casa durante esta gestação?

(1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR5. Durante a gestação você bebeu ou bebe algum tipo de bebida que continha álcool?

(0) Não bebeu ou bebe (1) Bebeu/bebe uma ou duas vezes durante a gestação (2) Bebeu/bebe apenas de vez em quando (3) Bebeu/bebe quase todos os dias

Referência: 1 dose é igual a 1 lata de cerveja, meia taça de vinho, 1 dose de destilados (whisky, wodka, batida)

FR5a. Se, **de vez em quando**, quantas doses por semana? _____doses/semana (99) Não sabe

FR5b. Se, **quase todos os dias**, quantas doses por dia? _____doses/dia (99) Não sabe

FR5c. Se bebeu em algum momento, em que trimestre isto aconteceu?

FR5c1. 1º trimestre (primeiros 3 meses) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR5c2. 2º Trimestre (do 4º ao 6º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR5c3. 3º Trimestre (a partir do 7º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR6. Durante a gestação você usa ou usou algum tipo de medicamento?

(1) Sim (0) Não (99) Não sabe

Se sim, quais?

FR6a. Medicamento1: _____ Motivo _____

FR6b. Medicamento2: _____ Motivo _____

FR6c. Medicamento3: _____ Motivo _____

FR6d. Medicamento4: _____ Motivo _____

FR6e. Medicamento5: _____ Motivo _____

FR6a1. Em que trimestre isto aconteceu?

FR6a1a. 1º trimestre (primeiros 3 meses) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR6a1b. 2º Trimestre (do 4º ao 6º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR6a1c. 3º Trimestre (a partir do 7º mês) (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

FR7. Precisou ir ao hospital durante a gestação: (1) Sim (2) Não **FR7a.** Motivo: _____

FR8. Precisou fazer repouso durante a gestação: (1) Sim (0) Não **FR8a.** Motivo: _____

FR9. Teve alguma queda durante a gestação: (1) Sim (0) Não

FR9a. Se sim, bateu a barriga (1) Sim (0) Não

FR10. Teve sangramento durante a gestação: (1) Sim (0) Não **FR10a.** Motivo: _____

FR11. Teve alteração da Pressão Arterial durante a gestação: (1) Sim (2) Não

FR11a. Maior alteração da Pressão: _____

9.5. ANEXO E – Questionário complementar.

Questionário Complementar (QC) T0

QC1. Algumas vezes as pessoas comportam-se muito mal fazendo com que percamos a paciência. Descreva como você lida com as pessoas quando ele/a se comporta muito mal:

1. Conversa (1) Sim (0) Não
2. Discute (1) Sim (0) Não
3. Grita/xinga (1) Sim (0) Não
4. Bate (1) Sim (0) Não
5. Chora (1) Sim (0) Não

QC2. Quando os adultos da casa discutem as crianças podem estar por perto. Seu filho/a já presenciou alguma destas discussões? (1) sim (0) não

(não perguntar se for primeiro filho)

QC3. Os adultos estavam discutindo:

(perguntar MESMO se for primeiro filho)

1. Sem agressões verbais (1) Sim (0) Não
2. Com agressões verbais (1) Sim (0) Não
3. Com agressões físicas (1) Sim (0) Não

9.6. Anexo F- Entrevista internacional sobre transtornos psiquiátricos (MINI), aplicados na gestação e no puerpério.

Nome do(a) entrevistado(a): _____	Número do protocolo: _____
Data de nascimento: _____	Hora de início da entrevista: _____
Nome do(a) entrevistador(a): _____	Hora do fim da entrevista: _____
Data da entrevista: _____	Duração total da entrevista: _____

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	☐	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	☐	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent	F32.x F33.x
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	☐	300.4	F34.1
	Passado	☐	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto	☐	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	☐	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	☐		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	☐	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	☐		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	☐	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	☐		
F AGORAFOBIA	Atual	☐	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	☐	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	☐	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	☐	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	☐	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	☐	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira	☐		
	Atual	☐		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	☐	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	☐	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	☐	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	☐	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	☐	301.7	F60.2

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	
A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg. para uma pessoa de 65 Kg)	NÃO	SIM	3
COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO				
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	9
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 <u>OU</u> A2 = "NÃO")	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM * EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL </div>		
SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:				
A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11
A5b É COTADA SIM ?		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> NÃO SIM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE </div>		

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a <u>OU</u> A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
c	Acordava pelo menos duas horas mais cedo do que o habitual, e tinha dificuldade para voltar a dormir, quase todos os dias?	NÃO	SIM	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR <i>com Características Melancólicas ATUAL</i>	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUNTE

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?	→ NÃO	SIM	
B4	Esses problemas causam - lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes ?	→ NÃO	SIM	28
B4 É COTADA SIM?		<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DISTÍMICO</p> <p>ATUAL</p> </div>		

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:</p> </div> <div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: 200px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> NÃO SIM </div> <p style="text-align: center;">RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>1-5 pontos Baixo</p> <p>6-9 pontos Moderado</p> <p>≥ 10 pontos Alto</p> </div> <div> ☐ ☐ ☐ </div> </div> </div> </div>				

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

D1 a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
	SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO DE ENERGIA”, EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
	SE D1a = SIM: b Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
D2 a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
	SE D2a = SIM: b Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?	→ NÃO	SIM	
D3	SE D1b OU D2b = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL SE D1b E D2b = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE			
	Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ?	NÃO	SIM	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3 OU 4 SE D1a = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?	→ NÃO	SIM	

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO SIM 12

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

D4 É COTADA “SIM” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2		Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3		Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4		Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c	Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e	Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k	Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l	Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m	Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5		E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
			<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6		SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		SE E6 = "SIM", PASSAR A FL.	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7		Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
			<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
			<i>Agorafobia</i>	
			<i>Atual</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “NÃO”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “SIM”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
<i>TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL</i>	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
<i>AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL</i>	

G. FOBIA SOCIAL (*Transtorno de Ansiedade Social*)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4

G4 É COTADA “SIM” ?

NÃO

SIM

FOBIA SOCIAL
(*Transtorno de Ansiedade Social*)
ATUAL

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

H1 Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)

NÃO SIM
→ passar a H4 1

NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?

NÃO SIM
→ passar a H4 2

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?

NÃO SIM 3

obsessões

H4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?

NÃO SIM 4

compulsões

H3 OU H4 SÃO COTADAS “SIM” ?

→
NÃO SIM

H5 Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?

→
NÃO SIM 5

H6 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?

NÃO SIM 6

H6 É COTADA “SIM” ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO
OBSESSIVO-COMPULSIVO
ATUAL**

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

I1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
I2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
I3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM I3 ?	→ NÃO	SIM	
I4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM I4 ?	→ NÃO	SIM	
I5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

I5 É COTADA SIM?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DE
ESTRESSE
PÓS- TRAUMÁTICO
ATUAL**

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTES

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

J2 Nos últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a) ? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM

**DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL
ATUAL**

J3 Durante os últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO SIM

**ABUSO DE ÁLCOOL
ATUAL**

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “de cabeça feita / chapado(a)”?

→
NÃO SIM

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

ESTIMULANTES : anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, ritalina, pílulas anorexígenas ou tira-fome.

COCAÍNA: “coca”, pó, “neve”, “branquinha”, pasta de coca, merla, crack, pedra

OPIÁCEOS: heroína, morfina, pó de ópio (Tintura de ópio®, Elixir Paregórico®, Elixir de Dover®), codeína (Belacodid®, Belpar®, Pambenyl®), meperidina (Dolantina®, Demerol®), propoxifeno (Algafan®, Doloxene A®), fentanil (Inoval®)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime, hoasca), Artane®.

SOLVENTES VOLÁTEIS: “cola”, éter, “lança perfume”, “cheirinho”, “loló”

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

SEDATIVOS: Valium®, Diazepam®, Dienpax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedin®, Lexotan®, Lorax®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, barbitúricos

DIVERSOS: Anabolisantes, esteróides, remédio para dormir ou para cortar o apetite sem prescrição médica.

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) A SER(EM) EXPLORADA(S) SEGUNDO OS CRITÉRIOS ABAIXO INDICADOS:

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE ☐
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA ☐
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) ☐

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM 1
- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ?
Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM 2

COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO

- c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM 3
- d Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 4
- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM 5
- f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM 6
- g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO → SIM
**DEPENDÊNCIA DE
 SUBSTÂNCIA(S)
 ATUAL**

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou "de cabeça feita / chapado(a)" com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
 COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? NÃO SIM 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO SIM
**ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
 ATUAL**

L. SÍNDROME PSICÓTICA

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA.

SÓ COTAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS OU DISTOANTES.

AVALIAR SE OS SINTOMAS DESCRITOS APRESENTAM OU NÃO CARACTERÍSTICAS "BIZARRAS" E COTAR A ALTERNATIVA APROPRIADA..

DELÍRIOS BIZARROS : SÃO AQUELES CUJO CONTEÚDO É MANIFESTAMENTE ABSURDO, IMPLAUSÍVEL, INCOMPREENSÍVEL E QUE NÃO PODE ESTAR BASEADO EM EXPERIÊNCIAS HABITUAIS DA VIDA.

ALUCINAÇÕES BIZARRAS: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					BIZARRO	
L1a	Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?	NÃO	SIM	SIM	1	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	2	
L2a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	3	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM →L6a	4	
L3a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	6	
L4a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	7	
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM →L6a	8	
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9	
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10	
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? COTAR "SIM" "BIZARRO" UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO: Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?	NÃO	SIM		11	
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM →L8a	12	

L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?	NÃO	SIM	13
	COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.			
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM	14
	<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>			
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM	15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM	16
L10b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM	17
L11	DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS : UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?	NÃO	SIM	
		SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL		
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA “SIM” ?	NÃO	SIM	
		SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA		
L13a	SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7: O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM) OU UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?			
			→ NÃO	SIM
b	SE L13a É COTADA “SIM”: Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável. Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS “SIM” DE L1 À L7) ocorreram somente durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?		→ NÃO	SIM 18
c	SE L13a É COTADA “SIM”: ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?	NÃO	SIM	
		TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL		
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?	NÃO	SIM	
		TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA		

M. ANOREXIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

M1a	Qual é a sua altura ?	_____ cm
b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?	_____ kg
c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO SIM 1

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO SIM 2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO SIM 3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO SIM 4
b	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ?	NÃO SIM 5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO SIM 6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO SIM
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO SIM 7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**ANOREXIA NERVOSA
ATUAL**

**TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ALTURA - LIMITE CRÍTICO DE PESO
(SEM SAPATOS, SEM ROUPA)**

Mulheres altura/ peso														
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51
Homens altura/ peso														
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59

Os limites de peso acima correspondem a uma redução de 15% em relação ao peso normal, segundo o gênero, como requerido pelo DSM-IV. Essa tabela reflete pesos 15% menores que o limite inferior do intervalo da distribuição normal da Tabela de Peso da Metropolitan Life Insurance.

N. BULIMIA NERVOSA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

N1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	10
N4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 N5 É COTADA "SIM" E N7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?

NÃO SIM

**BULIMIA NERVOSA
ATUAL**

N7 É COTADA "SIM" ?

NÃO SIM

**ANOREXIA NERVOSA
tipo Compulsão Periódica / Purgativa
ATUAL**

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias?	→ NÃO	SIM	2
		A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR Ex, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	NÃO	→ SIM	3
O2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4
DE O3 A O3f COTAR “NÃO” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE					
O3		Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:			
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	4
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
	d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9
HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?			<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p> </div>		

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGuinte

P1 Antes dos 15 anos:

a	Freqüentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?	NÃO	SIM	1
b	Freqüentemente mentiu, passou a perna/ enganou os outros ou roubou ?	NÃO	SIM	2
c	Provocou, ameaçou ou intimidou os outros ?	NÃO	SIM	3
d	Destruiu ou incendiou coisas de propósito ?	NÃO	SIM	4
e	Fez sofrer animais ou pessoas de propósito?	NÃO	SIM	5
f	Forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM	6

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM P1?

→
NÃO SIM

NÃO COTAR "SIM" Nas QUESTÕES ABAIXO SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ACONTECEM UNICAMENTE EM CONTEXTOS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS ESPECÍFICOS.

P2 Depois dos 15 anos:

a	Freqüentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para se sustentar ?	NÃO	SIM	7
b	Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a) ou seus filhos ?	NÃO	SIM	9
d	Freqüentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?	NÃO	SIM	10
e	Expôs pessoas a perigos sem se preocupar com elas?	NÃO	SIM	11
f	Não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém, ou destruído a propriedade alheia?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM P2 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE
ANTI-SOCIAL
VIDA INTEIRA**

9.7. Anexo G – Questionário sobre Violência Domestica (OMS).

704	Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, tratou você da seguinte forma:	A) (Se sim, continue com B. Se não, vá para o próximo item)	B) Isto aconteceu nestes últimos 12 meses de sua vida? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D).	C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)	D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?
		Sim Não	Sim Não	Uma Poucas Muitas	Uma Poucas Muitas
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
705	Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:	A) Sim Não	B) Sim Não	C) Uma Poucas Muitas	D) Uma Poucas Muitas
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3

706	<p>Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:</p> <p>a) Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?</p> <p>b) Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?</p> <p>c) Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?</p>	<p>A)</p> <p>Sim Não</p>	<p>B)</p> <p>Sim Não</p>	<p>C)</p> <p>Uma Poucas Muitas</p>	<p>D)</p> <p>Uma Poucas Muitas</p>
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
		1 0	1 0	1 2 3	1 2 3
707	<p>VERIFIQUE SE HOUVE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA QUALQUER QUESTÃO COM VIOLÊNCIA FÍSICA, VEJA A QUESTÃO 705</p>	<p>SIM, VIOLÊNCIA FÍSICA _____ 1</p> <p>NÃO _____ 0</p>			MARQUE NO BOX C
708	<p>VERIFIQUE SE HOUVE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA QUALQUER QUESTÃO COM VIOLÊNCIA SEXUAL, VEJA A QUESTÃO 706</p>	<p>SIM, VIOLÊNCIA SEXUAL _____ 1</p> <p>NÃO _____ 0</p>			MARQUE NO BOX C
Ver (Fl. Ref. Box B opção 1)	<p>JÁ ENGRAVIDOU ALGUMA VEZ ()</p> <p>↓ N. DE VEZES QUE ENGRAVIDOU (opção 5) () ()</p> <p>↓ ATUALMENTE GRÁVIDA (opção 4)</p> <p>SIM= 1 NÃO= 0</p>			<p>NUNCA ENGRAVIDOU () →</p>	→706*
709	<p>Você disse já ter engravidado NUMERO TOTAL de vezes. Houve alguma ocasião na sua vida em que você foi espancada ou, de alguma outra forma, agredida fisicamente por um companheiro quando você estava grávida?</p>	<p>SIM _____ 1</p> <p>NÃO _____ 2</p>			→706*
710	<p>Isto ocorreu em uma gravidez ou em mais de uma?</p> <p>SE EM MAIS DE UMA</p> <p>Em quantas delas você foi agredida fisicamente?</p>	<p>Nº DE GESTAÇÕES COM AGRESSÃO FÍSICA _____ () ()</p>			
711	<p>Você já levou socos ou pontapés na barriga durante a gravidez?</p>	<p>SIM _____ 1</p> <p>NÃO _____ 0</p>			
<p>SE A VIOLÊNCIA FOI RELATADA EM MAIS DO QUE EM UMA GRAVIDEZ, AS PERGUNTAS SEGUINTE IRÃO SE REFERIR À ÚLTIMA OU A MAIS RECENTE GRAVIDEZ COM VIOLÊNCIA REPORTADA</p>					
712	<p>Durante a mais recente gravidez, na qual você foi agredida, a pessoa que</p>	<p>SIM _____ 1</p>			

	agrediu era o pai da criança?	NÃO _____ 0 NÃO SABE _____ 8	
713	Você estava vivendo com esta pessoa quando isto aconteceu?	SIM _____ 1 NÃO _____ 0 NÃO SABE _____ 8	
714	Você já havia sido agredida por esta mesma pessoa antes de ficar grávida?	SIM _____ 1 NÃO _____ 0	→706*
715	Comparando sua situação antes da gravidez, você diria que a situação de violência diminuiu, não se alterou ou aumentou durante a gravidez?	DIMINUIU _____ 1 NÃO SE ALTEROU _____ 0 AUMENTOU _____ 3 NÃO SABE _____ 4	

9.8. Anexo H – Dados de Nascimento do Lactente.

Dados Sobre o Nascimento – T1 – 2 meses

ID: _____ Data Entrevista: _____

Entrevista feita por: _____

Nome da Criança: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nasc: _____ Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

UBS: _____

Dados entrados por: _____ Data: _____

Dados entrados corrigidos por: _____ Data: _____

N1. Com quantas semanas de gestação você estava quando [Nome] nasceu?

_____ semanas (99) Não sabe

N1a. (1) Conferido na carteirinha da criança (0) Não conferido na carteirinha da criança (99) Não Anotado

N2. Qual foi o tipo de Parto?

(1) Parto Normal (2) Cesáreo (99) Não sabe

N2a. Se o parto foi normal, foi usado fórceps (ferro)? (1) Sim (0) Não (99) Não sabe

N2b. Se o parto foi cesáreo, qual a indicação:

N3. [Nome] é gêmeo?

(1) Sim (0) Não

N4. Quanto [Nome] pesou nascer?

_____ kg (99) Não sabe

N4a. (1) Conferido na carteirinha da criança (0) Não conferido na carteirinha da criança (99) Não Anotado

N5. Quanto [Nome] mediu ao nascer?

_____ cm (99) Não sabe

N5a. (1) Conferido na carteirinha da criança (0) Não conferido na carteirinha da criança (99) Não Anotado

Qual foi a nota ao nascer (Apgar) no 1º minuto e no 5º minuto depois do nascimento?

N6. 1º min _____ (99) Não sabe

N7. 5º min _____ (99) Não sabe

N7a. (1) Conferido na carteirinha da criança (0) Não conferido na carteirinha da criança (99) Não Anotado

N8. [Nome] Chorou ao nascer?

(1) Sim (0) Não

N9. [Nome] foi prematuro (adiantou mais do que duas semanas da data prevista)?

(1) Sim (0) Não (99) Não sabe

N9a. (1) Conferido na carteirinha da criança (0) Não conferido na carteirinha da criança (99) Não Anotado

N10. Teve alguma complicação, dificuldade no parto?

(1) Sim (0) Não (99) Não sabe Qual:

N11. Teve alta hospitalar junto com a mãe? (1) Sim (0) Não

Motivo: _____

N12. Hospital onde nasceu:

(1) HU – USP (2) SARA (3) Outro

13. Quem cuida de [Nome]:

(1) Mãe (2) Avó Materna (3) Avó Paterna (4) Tia(o) materna (5) Tia (o) paterna (6) Creche (7) Outro

N14. Teve alguma intercorrência (problema) desde o nascimento? (1) Sim (0) Não

Qual: _____

N16. Precisou ficar internado (a)?

(1) Sim (0) Não

Qual Motivo? _____

Anotações Complementares: _____

9.9. Anexo I – Dados da saúde materna.

Saúde Materna

SM1. A senhora tem alguma queixa?

(1) Sim (0) Não

SM1a. Qual: _____

SM2. Está amamentando?

(1) Sim (0) Não

SM2a. Senão, qual o motivo: _____

SM3. A senhora teve algum problema que precisou de internação?

(1) Sim (0) Não

SM3a. O que foi? _____

SM4. Você teve algum problema emocional (como depressão ou comportamento muito diferente que outras pessoas tenham percebido) após o parto de [Nome]?

(1) Sim (0) Não

SM4a. O que foi?

9.10. Anexo J – Dia Gástrico do lactente, aplicado aos 2 e 6 meses de idade.

Dia Gástrico: Nas últimas 24 h, o que [Nome] recebeu de alimentação: *Consumo dos seguintes*

alimentos no mínimo 1 vez ao dia (registro das últimas 24h)

Alimento	Acordar	Manhã	Almoço	Tarde	Jantar	Dormir	Madrugada
Achocolatados							
Água							
Alimentos Prontos (lasanha, Nuggets)							
Arroz/Macarrão							
Batata Frita							
Bolacha Recheada							
Bolachas Salgada/Doce							
Bolos e Tortas							
Carne Branca							
Carne Vermelha							
Cereais Infantis (Farinha Láctea)							
Cereias tipo “Sucrilhos”							
Chá							
Docinhos (bala, pirulito, paçoca...)							
Embutidos (presunto, salsicha, etc)							
Feijão							
Fórmulas (NAN, Ninho, Nestogeno)							
Frituras							
Frutas							
Iogurtes (tipo Danone)							
Leite de Soja							
Leite de Vaca							
Leite Materno							
Lingüiça							
Macarrão tipo “Miojo”							
Ovos							
Pães							
Pizza							
Refrigerante							
Salgadinhos							
Sanduíches							
Sorvetes							
Suco Artificial							
Verduras/Legumes							

9.11. Anexo K – Dados do Lactente aos 6 meses de idade.

Cuidados com a Criança – T2 – 6 meses

ID: _____ Data da Entrevista: _____	
Entrevistador: _____	
Nome da Criança: _____	
Data de Nascimento: _____	Idade: _____
Nome da mãe: _____	
Prontuário: _____	
UBS: _____	
1. Quem cuida de [Nome]: _____	
1.1 Grau de Parentesco (1) Mãe (2) Avó Materna (3) Avó Paterna (4) Tia (5) Babá (6) Outro	
2. Está na creche? (1) Sim (0) Não	
2.1 Se sim, Há quanto tempo: _____	
2.2 – Período: (1) Manhã (2) Tarde (3) Dia todo	
4. Vacinação em dia: (1) Sim (0) Não	
<i>Olhar cartão de Vacinação</i>	
5. Alguma Intercorrência, precisou levá-lo ao médico ou ao hospital? (1) Sim (0) Não	
Se sim, qual motivo: _____	
6. Preciou de Internação: (1) Sim (0) Não	
Se sim, qual motivo: _____	
7. Preciou de Medicação? (1) Sim (0) Não	
Se sim, qual: _____ Dosagem/dia: _____	
8. Qual o peso da Criança: _____ g	8.1 Data: _____
9. Qual a altura da Criança: _____ cm	9.1 Data: _____

Anotações Importantes

Alteração de Endereço

1. Houve mudança em seu endereço: (1) Sim (0) Não

1.1 Se sim, qual o endereço novo (com CEP): _____

2. Houve mudança em seu número de telefone: (1) Sim (0) Não

2.1 Se sim, qual o número novo: _____

3. Me fale o telefone de 3 (três) pessoas que possam te encontrar mesmo que você se mude:

3.1. Nome: _____ Telefone: _____

3.2. Nome: _____ Telefone: _____

3.3. Nome: _____ Telefone: _____

9.12. Anexo L – Questionário da escala Bayley de desenvolvimento.

BAYLEY

**Grupo de Pesquisa em
Saúde e Nutrição
Materno Infantil UFPE**

Formulário de Pontuação

Número da Criança:

--	--	--	--

Nome da Criança:

Sexo: ☐ M ☐ F

Nome da mãe:

Nome do Examinador:

Motivo do encaminhamento:

Sumário dos Escores

Subteste	Escore Total Bruto	Escore Balanceado	Escore Composto	Percentil	Intervalo de confiança (%)
Cognitivo					
			Usar Tabela A.5		
Linguagem					
Com. Receptiva					
Com. Expressiva					
Total					
			Usar Tabelas A.4 e A.7		
Motor					
Motor Fino					
Motor Grosso					
Total					
			Usar Tabelas A.4 e A.8		

Calcular Idade e Início da Pontuação

	Ano	Mês	Dia
Data do Teste			
Data do Nascimento			
Idade			
Idade em meses e dias			
Correção para Prematuridade			
Idade corrigida			
Início da Pontuação			

Idade	Ponto Inicial
16 dias – 1 mês 15 dias	A
1 mês 16 dias – 2 meses 15 dias	B
2 meses 16 dias – 3 meses 15 dias	C
3 meses 16 dias – 4 meses 15 dias	D
4 meses 16 dias – 5 meses 15 dias	E
5 meses 16 dias – 6 meses 15 dias	F
6 meses 16 dias – 8 meses 30 dias	G
9 meses 0 dias – 10 meses 30 dias	H
11 meses 0 dias – 13 meses 15 dias	I
13 meses 16 dias – 16 meses 15 dias	J
16 meses 16 dias – 19 meses 15 dias	K
19 meses 16 dias – 22 meses 15 dias	L
22 meses 16 dias – 25 meses 15 dias	M
25 meses 16 dias – 28 meses 15 dias	N
28 meses 16 dias – 32 meses 30 dias	O
33 meses 0 dias – 38 meses 30 dias	P
39 meses 0 dias – 42 meses 15 dias	Q

Escala Cognitiva

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Regras de Base: A criança precisa obter pontuação 1 nos primeiros três itens consecutivos do ponto inicial de qualquer idade para dar continuidade ao teste. Se a criança obtiver pontuação zero em qualquer dos três primeiros itens, volte para o ponto inicial da idade anterior e administre esses itens.

Regras de Descontinuidade: Pare a administração quando a criança obtiver pontuação zero em 5 itens consecutivos.

	Item	Materiais	Crterios de pontuação e comentrios	Pontos
A	1. Se acalma quando levantada	Nenhum	Pontuação: A criança se acalma quando levantada por você ou pelo cuidador.	1 0
				1 0
2	2. Responde às séries de ambiente: inspeciona	Nenhum	Pontuação: A criança move livremente os olhos ou a cabeça em exploração visual do ambiente.	1 0
				1 0
B	3. Olha firmemente para objeto por 3 segundos	Aro com barbante, bola ou outro pequeno objeto de interesse.	Pontuação: A criança olha continuamente para o objeto por pelo menos 3 segundos.	1 0
				1 0
C	4. Acostuma-se com o chocalho	Chocalho	Tentativas: 5 Pontuação: Criança mostra resposta orientadora ao estímulo, então se acostuma durante quaisquer das tentativas.	1 0
				1 0
	5. Discrimina entre objetos	Sino e cronômetro ⊕ 5 segundos	Pontuação: Criança responde ao sino mostrando uma mudança de comportamento marcada dentro de 5 segundos depois que tocar o sino.	1 0
				1 0
	6. Reconhece o cuidador	Nenhum	Pontuação: A expressão da criança muda para indicar reconhecimento do cuidador	1 0
				1 0
D	7. Fica excitada por antecipação	Nenhum	Pontuação: A criança mostra excitação por antecipação	1 0
				1 0
	8. Olha firmemente para objeto por 5 segundos	Bloco ou outro objeto pequeno de interesse e cronômetro ⊕ 5 segundos	Pontuação: Criança fixa o objeto por pelo menos 5 segundos	1 0
				1 0
	9. Reage ao desaparecimento da face	Nenhum	Pontuação: Criança muda expressão facial ou mostra outra evidência de reação ao desaparecimento do cuidador.	1 0
				1 0
	10. Alterna atenção	Sino e chocalho	Tentativas 3: Pontuação: Os olhos da criança se movem de um objeto para o outro em resposta aos sons ou movimentos dos objetos.	1 0
				1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
11. Mostra preferência visual	Livro de Estímulo (pp.7-9) e cronômetro ⌚ 15 segundos por página	Pontuação: A criança olha por mais tempo para o padrão listrado mais complexo em ambas as páginas.	1 0
12. Habitua-se ao objeto	2 blocos sem buracos e cronômetro ⌚ 30 segundos	Pontuação: Criança se acostuma dentro dos 30 segundos, mostrando um decréscimo na atenção e interesse.	1 0
13. Prefere objeto novo	Bloco sem buraco, bola pequena e cronômetro ⌚ 15 segundos por apresentação	Pontuação: Criança olha por mais tempo para a bola do que para o bloco em ambas apresentações.	1 0
14. Habitua-se a figura (Balões)	Livro de Estímulo (p.11) e cronômetro ⌚ 30 segundos	Pontuação: Criança se acostuma dentro dos 30 segundos, mostrando um decréscimo na atenção e interesse.	1 0
15. Prefere figura nova (Bola)	Livro de Estímulo (pp.13-15) e cronômetro ⌚ 15 segundos por página	Pontuação: A criança olha por mais tempo para a bola do que para os balões em ambas apresentações.	1 0
16. Explora objeto	Chocalho ou outro objeto pequeno de interesse	Pontuação: A criança presta atenção à visão, som, ou sente o objeto balançando, tentando colocá-lo na boca em outra atividade.	1 0
17. Leva objeto à boca	Pulseira de glitter ou outro objeto pequeno de interesse	Pontuação: Criança leva o objeto à boca de propósito.	1 0
18. Inspecciona a própria mão	Nenhum	Pontuação: Criança visualmente inspecciona uma ou ambas as mãos.	1 0
19. Série - Imagem de espelho: aproxima	Espelho	Pontuação: Criança se aproxima da imagem do espelho com sua cabeça, corpo ou mãos ou toca propositalmente na imagem do espelho.	1 0
20. Série - Responde ao ambiente: consciência de novidade	Nenhum	Pontuação: Criança mostra consciência de estar em novo ambiente (ex.: se assusta, olha ao redor).	1 0
21. Tenta alcançar persistentemente	Bloco sem buraco ou outro objeto pequeno de interesse	Pontuação: Criança persistentemente tenta alcançar objeto, mesmo que não consiga obtê-lo.	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

	Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
19 22	22. Série - Imagem de espelho: responde alegremente	Espelho	Pontuação: Criança brinca com a imagem do espelho, olhando e sorrindo ou gargalhando, batendo levemente, batendo, tentando alcançar alegremente, ou tentando tocá-lo com a boca.	1 0
	23. Brinca com barbante	Aro com barbante	Pontuação: Criança brinca com o barbante pegando-o, mastigando-o, tentando colocá-lo na boca, ou manipulando-o.	1 0
	24. Bate objetos brincando	Bloco sem buraco, colher ou outro objeto rígido adequado	Pontuação: Criança propositadamente bate brincando a qualquer momento durante o teste.	1 0
	25. Procura objeto caído	Boneco de apertar	Pontuação: Criança procura objeto caído ao olhar na direção do chão.	1 0
26 31	26. Série - Sino: manipula	Sino	Pontuação: Criança manipula o sino enquanto olha para ele com interesse.	1 0
27 33 37	27. Série - Apanha blocos: tenta alcançar segundo bloco	3 blocos sem buraco	Pontuação: A criança segura o primeiro bloco e tenta alcançar, tocar ou pegar o segundo bloco.	1 0
	28. Puxa toalha para obter objeto	Toalha de mão e objeto de interesse	Pontuação: Criança puxa a toalha de propósito na sua direção para obter o objeto.	1 0
	29. Puxa barbante adaptativamente	Aro com barbante	Pontuação: Criança pega o barbante e puxa propositadamente para pegar o aro, e então segura o aro.	1 0
	30. Retém ambos os blocos	2 blocos sem buracos	Pontuação: Criança segura os blocos simultaneamente por pelo menos 3 segundos.	1 0
26 31	31. Série - Sino: toca propositalmente	Sino	Pontuação: Criança segura o sino pelo cabo e propositadamente toca-o	1 0
	32. Olha para figuras	Livro de figuras	Pontuação: Criança reconhece uma ou mais figuras com interesse ou reconhecimento.	1 0
27 33 37	33. Série - Apanha blocos: retém 2 de 3 blocos	3 blocos sem buracos	Pontuação: Criança retém os primeiros dois blocos por pelo menos três segundos depois de visualmente presta atenção ao terceiro bloco.	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

	Item	Materiais	CrITÉrios de pontuação e comentários	Pontos
J	34. Procura objetos perdidos	3 blocos sem buracos e xícara com alça	Tentativas: 2 Pontuação: Criança olha para dentro da xícara vazia procurando os blocos.	1 0
	35. Tira os blocos da xícara	3 blocos sem buracos, xícara com alça e cronômetro ⌚ 2 minutos	Pontuação: Criança retira os três blocos da xícara.	1 0
	36. Série - Blocos: 1 bloco	9 blocos e xícara com alça	Pontuação: Criança coloca pelo menos um bloco dentro ou sobre a xícara, mesmo que não a solte. Número de blocos na xícara:	1 0
	37. Série - Apanhar blocos: 3 blocos	3 blocos sem buraco	Pontuação: Criança retém os primeiros dois blocos em qualquer uma ou ambas as mãos, enquanto tenta segurar o terceiro bloco.	1 0
K	38. Explora buracos no tabuleiro de pinos	Tabuleiro de pinos	Pontuação: Criança intencionalmente coloca um dedo dentro de pelo menos um buraco.	1 0
	39. Empurra carro	Carro	Pontuação: Criança intencionalmente empurra o carro de forma que as quatro rodas continuem sobre a mesa.	1 0
	40. Encontra objeto escondido	Pulseira de glitter e 2 toalhas de mão	Tentativas: 2 Pontuação: Criança encontra a pulseira olhando primeiro embaixo da toalha de mão correta quando escondida em ambos os lados esquerdo e direito. Tentativa 1 ☐ Esquerdo ☐ Direito Tentativa 2 ☐ Esquerdo ☐ Direito	1 0
	41. Suspende o aro	Aro com barbante	Pontuação: Criança pega o aro e o suspende pelo barbante sem tocar na superfície da mesa.	1 0
	42. Remove bolinha de cereal	Bolinha de cereal e frasco (sem tampa)	Pontuação: Criança propositadamente remove a bolinha de cereal do frasco, usando alguma forma de esforço direto.	1 0
	43. Caixa transparente: frente	Caixa transparente, objeto pequeno de interesse e cronômetro ⌚ 20 segundos	Pontuação: Criança recupera objeto através da abertura da caixa em até 20 segundos.	1 0
	44. Aperta objeto	Brinquedo de apertar	Pontuação: Criança tenta apertar o brinquedo para fazer o som.	1 0

	Item	Materiais	CrITÉRIOS de pontuação e comentÁrios	Pontos
L M	45. Encontra objeto escondido (invertido)	Pulseira de glitter e 2 toalhas de mão	<p>Tentativas: 2 Pontuação: Criança encontra a pulseira olhando primeiro embaixo da toalha correta quando escondida em ambos os lados esquerdo e direito.</p> <p>Tentativa 1 ☐ Esquerdo ☐ Direito</p> <p>Tentativa 2 ☐ Esquerdo ☐ Direito</p>	1 0
	46. Remove tampa do frasco	Frasco com tampa	<p>Pontuação: Criança desrosqueia a tampa até ela sair.</p>	1 0
47 55	47. Série - Tabuleiro de pinos: 2 orifícios	Tabuleiro de pinos, 6 pinos amarelos e cronômetro. Ⓢ 70 segundos por tentativa	<p>Tentativas: 3 Pontuação: Criança coloca pelo menos um pino duas ou mais vezes no mesmo buraco ou em diferentes buracos.</p> <p>Tentativa 1 – Completa tempo (todos dos 6 pinos):</p> <p>Tentativa 2 – Completa tempo (todos dos 6 pinos):</p> <p>Tentativa 3 – Completa tempo (todos dos 6 pinos):</p>	1 0
48 53	48. Série de brincadeira relacional: com ela mesma	Boneca, urso, copos de plástico, colheres, bola pequena, toalhas de mão e diversos blocos.	<p>Pontuação: Criança demonstra brincadeira relacional, usando objetos como devem ser usados em relação à ela</p>	1 0
49 56	49. Série - Tabuleiro rosa: 1 peça	Tabuleiro rosa, conjunto de peças vermelhas (quadrado, círculo e triângulo) e cronômetro Ⓢ 180 segundos	<p>Pontuação: Criança coloca corretamente pelo menos uma peça em até 180 segundos.</p> <p># Peças colocadas corretamente (180 segundos):</p>	1 0
	50. Encontra objeto escondido (deslocamento visível)	Pulseira de glitter e 2 toalhas de mão	<p>Tentativas 2: Pontuação: Criança encontra a pulseira olhando primeiro embaixo da toalha correta quando escondida em ambos os lados esquerdo e direito</p> <p>Tentativa 1 ☐ Esquerdo ☐ Direito</p> <p>Tentativa 2 ☐ Esquerdo ☐ Direito</p>	1 0
51 58 66	51. Série - Tabuleiro azul: 1 peça	Tabuleiro azul, conjunto de peças azuis (4 redondas, 5 quadradas) e cronômetro Ⓢ 150 segundos	<p>Pontuação: coloca corretamente pelo menos uma peça em até 150 segundos.</p> <p>Tempo realizado: # de Peças:</p>	1 0
	52. Caixa transparente: laterais	Caixa transparente, objeto pequeno de interesse e cronômetro Ⓢ 20 segundos por lado	<p>Pontuação: Criança recupera o objeto pela abertura da caixa quando apresentada em ambos os lados esquerdo e direito</p>	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos	
48 53	53. Série - Brincadeira relacional: com os outros	Boneca, urso, copos de plástico, colheres, bola pequena, toalhas de mão e diversos blocos	Pontuação: Criança demonstra brincadeira relacional, usando objetos como devem ser usados, em relação a outros	1 0
36 54	54. Série - Blocos: 9 blocos	9 blocos e xícara com alça	Pontuação: Criança coloca todos os nove blocos dentro da xícara uma vez. # de blocos na xícara:	1 0
47 55	55. Série - Tabuleiro de pinos: 6 pinos	Tabuleiro de pinos, 6 pinos amarelos e cronômetro ⊕ 70 segundos	Pontuação: Criança coloca todas os seis pinos no tabuleiro em até 70 segundos Tentativa 1 – Completa tempo (todos dos 6 pinos): Tentativa 2 – Completa tempo (todos dos 6 pinos): Tentativa 3 – Completa tempo (todos dos 6 pinos):	1 0
49 56	56. Série - Tabuleiro rosa: completos	Tabuleiro rosa, conjunto de peças vermelhas (quadrado, círculo e triângulo) e cronômetro. ⊕ 180 segundos	Pontuação: Criança coloca corretamente todas as três peças em até 180 segundos. # de peças colocados corretamente (180 segundos):	1 0
51 58 66	57. Usa lápis para obter objeto	Lápis e pato vermelho Pequeno	Pontuação: Criança usa o lápis para tentar obter o pato	1 0
	58. Série - Tabuleiro azul: 4 peças	Tabuleiro azul, conjunto de peças azuis (4 redondas, 5 quadradas) e cronômetro ⊕ 150 segundos	Pontuação: Criança coloca corretamente pelo menos quatro peças em até 150 segundos. Tempo realizado: # de Peças:	1 0
	59. Presta atenção à estória	Livro de estória	Pontuação: Criança presta atenção à estória.	1 0
	60. Tabuleiro rosa invertido	Tabuleiro rosa e conjunto de peças vermelhas (quadrado, círculo, triângulo)	Pontuação: Criança coloca corretamente todas as três peças com o tabuleiro na posição invertida.	1 0
	61. Montagem de objeto (bola)	Quebra-cabeça de bola e cronômetro ⊕ 90 segundos	Pontuação: Criança monta corretamente o objeto dentro de 90 segundos em qualquer das tentativas.	1 0
	62. Completa o tabuleiro de pinos: 25 segundos	Tabuleiro de pinos, 6 pinos amarelos, e cronômetro ⊕ 25 segundos	Pontuação: Criança coloca todas os seis pinos no tabuleiro em até 25 segundos.	1 0

	Item	Materiais	CrITÉRIOS de pontuação e comentários	Pontos
P	63. Montagem de objeto (casquinha de sorvete)	Quebra-cabeça de casquinha de sorvete e cronômetro ⊕ 90 segundos	Tentativas: 2 Pontuação: Criança monta corretamente o objeto em até 90 segundos em qualquer das tentativas	1 0
	64. Pareia figuras	Livro de estímulo (pp.17-23)	Pontuação: Criança corretamente identifica (aponta, toca, olha claramente para) a figura correspondente em pelo menos três páginas. ☐ Avião ☐ Triciclo ☐ Árvore ☐ Telefone	1 0
51 58 66	65. Brincadeira representativa	Copos de plástico, colher, boneca, toalhas de mão, bloco e outros objetos de interesse.	Pontuação: Criança pega um objeto e finge que é outra coisa	1 0
	66. Série - Tabuleiro azul: completo (75 segundos)	Tabuleiro azul, conjunto de peças azuis (4 redondos, 5 quadrados), e cronômetro ⊕ 75 segundos	Pontuação: Criança coloca corretamente todas as nove peças em até 75 segundos.	1 0
Q	67. Imita ação em dois passos	Pato pequeno amarelo e colher	Tentativas: 3 Pontuação: Criança obtém sucesso em imitar ambos os passos.	1 0
	68. Pareia 3 cores	Livro de estímulo (p.25) e discos vermelho, amarelo, azul e verde	Pontuação: Criança corretamente pareia os discos amarelo, azul e verde em cima ou perto do giz de cera correspondente no Livro de Estímulo ou aponta para o giz de cera correspondente. ☐ Amarelo ☐ Azul ☐ Verde	1 0
	69. Brincadeira imaginativa	Copos de plástico, colher, boneca, urso, toalhas de mão, bola pequena, e outros objetos de interesse	Pontuação: Criança usa objetos imaginários em sua brincadeira.	1 0
	70. Entende conceito de um	3 blocos sem buracos e cronômetro ⊕ 5 segundos	Pontuação: Criança dá apenas um bloco para você nos 5 segundos.	1 0
	71. Brincadeira de combinação multi-esquemática	Copos de plástico, colher, boneca, urso, toalhas de mão, bola pequena, e outros objetos de interesse	Pontuação: Criança demonstra uma brincadeira multi-esquemática envolvendo pelo menos duas etapas.	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Crterios de pontuação e comentrios	Pontos
72. Conceito de agrupamento: cor	Patos grandes e pequenos (azuis e amarelos)	Pontuação: Criança identifica corretamente os dois patos azuis.	1 0
73. Conceito de agrupamento: tamanho	Patos grandes e pequenos (vermelhos e amarelos)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambos patos pequenos e ambos patos grandes.	1 0
74. Compara massas	2 patos grandes azuis	Tentativas: 2 Pontuação: Criança identifica corretamente o pato pesado quando colocado em ambas as mãos esquerda e direita.	1 0
75. Pareia tamanho	Pato vermelho grande, pato azul grande e pato amarelo pequeno	Pontuação: Criança identifica corretamente o pato azul grande.	1 0
76. Discrimina figuras	Livro de Estímulo (pp 27-37)	Pontuação: Criança corretamente identifica o bezerro e o burro	1 0
77. Padrão simples	Patos grandes e pequenos	Pontuação: Criança identifica corretamente o pato amarelo grande.	1 0
78. Classifica os pinos pela cor	4 pinos vermelhos, 4 pinos amarelos, 4 pinos azuis e três copos de plástico	Pontuação: Criança classifica todas os pinos pela cor colocando-os nos copos apropriados ou em pilhas separadas.	1 0
79. Conta (correspondência de um-a-um)	5 blocos	Pontuação: A criança assinala apenas um número para cada bloco enquanto conta. A criança deve contar pelo menos até 3 em sequência apropriada.	1 0
80. Discrimina tamanhos	Livro de Estímulo (pp. 39-43)	Pontuação: Criança identifica o objeto de tamanho correto para pelo menos duas das três páginas. ☐ Caixa ☐ Tigela ☐ Sapato	1 0
81. Identifica 3 figuras incompletas	Livro de Estímulo (pp.45-61)	Pontuação: Para todas as três séries, a criança identifica corretamente a imagem quando apresentada com a primeira ou segunda página daquela série. ☐ Rosto ☐ Gato ☐ Flor	1 0
82. Montagem de objeto (cachorro)	Quebra-cabeça de cachorro e cronômetro ⌚ 90 segundos	Tentativas: 2 Pontuação: Criança monta corretamente o objeto em até 90 segundos em qualquer das tentativas.	1 0
83. Discrimina padrões	Livro de Estímulo (pp. 63-67)	Pontuação: Criança identifica corretamente o objeto que está fora do lugar nas três páginas ☐ Quadrado ☐ Triângulo ☐ E	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
84. Memória espacial	Cartões de memória	Pontuação: Criança identifica corretamente os pares corretos de cartas para os primeiros dois objetos. ☐ Piões ☐ Flores ☐ Carros	1 0
85. Conta (cardinalidade)	10 blocos	Pontuação: Criança responde corretamente a ambas as questões.	1 0
86. Constância numérica	5 blocos	Pontuação: Criança responde corretamente a ambas as perguntas.	1 0
87. Enlaça cartão	Cartão de enlaçar e cadaço	Pontuação: Criança enlaça o cadaço através do cartão inteiro na ordem correta, sem pular buracos ou enlaça-lo em volta do cartão.	1 0
88. Classifica objetos	Livro de Estímulo (pp.69-73)	Pontuação: Criança identifica corretamente todos os três objetos que não pertencem. ☐ Banana ☐ Lâmpada ☐ Trem	1 0
89. Entende conceito de mais	9 blocos, 1 disco vermelho, 3 pinos vermelhos	Pontuação: Criança responde corretamente a todas as quatro administrações. ☐ Primeiro ☐ Segundo ☐ Terceiro ☐ Quarto	1 0
90. Repete seqüências numéricas	Nenhum	Pontuação: Criança repete corretamente pelo menos quatro das seqüências numéricas. ☐ A: 4 – 2 – 5 ☐ B: 3 – 1 – 4 – 2 ☐ C: 7 – 9 – 1 – 3 ☐ D: 5 – 3 – 7 – 1 – 6 ☐ E: 8 – 1 – 9 – 6 – 4	1 0
91. Completa padrões	Tabuleiro de pinos e pinos vermelhos, azuis e amarelos	Pontuação: Criança coloca os pinos corretos no tabuleiro nos três padrões. Padrão 1 ☐ VER-AZU-VER-AZU-VER-AZU Padrão 2 ☐ AMA-AZU-VER-AMA-AZU-VER Padrão 3 ☐ AMA-AMA-AZU-AMA-AMA-AZU	1 0
Escore Total Bruto (Cog)			/91

Escala Linguagem

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Subteste de Comunicação Receptiva

Regras de Base: A criança precisa obter pontuação 1 nos primeiros três itens consecutivos do ponto inicial de qualquer idade para dar continuidade ao teste. Se a criança obtiver pontuação zero em qualquer dos três primeiros itens, volte para o ponto inicial da idade anterior e administre esses itens.

Regras de Descontinuidade: Pare a administração quando a criança obtiver pontuação zero em 5 itens consecutivos.

	Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
A	1. Reconhece pessoa momentaneamente	Nenhum	Pontuação: A criança fixa o olhar na pessoa por pelo menos 2 segundos.	1 0
B				
C				
	2. Tolerar estímulos sensoriais	Nenhum	Pontuação: A criança tolera estímulos sensoriais e não mostra sinais de angústia.	1 0
D	3. Acalma-se quando se fala com ela	Nenhum	Pontuação: A criança se acalma quando se fala com ela	1 0
E				
	4. Reage a sons do ambiente	Brinquedo de apertar	Pontuação: A criança claramente reage ao som apresentado.	1 0
	5. Responde à voz da pessoa	Nenhum	Pontuação: A criança responde claramente à voz da pessoa.	1 0
F	6. Procura virando a cabeça	Sino e chocalho	Tentativas: 2 Pontuação: A criança vira a cabeça propositadamente na direção da fonte sonora	1 0
G				
H				
	7. Discrimina sons	Papel e chocalho	Pontuação: A criança claramente responde ao som do chocalho	1 0
I	8. Brincadeira mantida com objetos	Objetos de interesse e cronômetro @ 60 segundos	Pontuação: A criança interage com os objetos por pelo menos 60 segundos	1 0
	9. Responde ao nome	Nenhum	Pontuação: A criança vira a cabeça nas duas vezes que seu nome é chamado, mas não responde ao nome não familiar.	1 0
J	10. Interrompe atividade	Objetos de interesse	Pontuação: A criança olha pra cima e pára brevemente a brincadeira quando você chama seu nome.	1 0
	11. Reconhece 2 palavras familiares	Nenhuma	Pontuação: A criança responde diferentemente a, pelo menos duas palavras familiares.	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
12. Responde a não-não	Objetos de interesse	Pontuação: A criança pára de tentar alcançar o objeto em resposta a não.	1 0
13. Atende a brincadeira familiar de outro	Cronômetro ⊕ 60 segundos	Pontuação: A criança mantém atenção e aprecia interagir com você em uma brincadeira por pelo menos 60 segundos	1 0
14. Responde a rotinas sociais a pedido	Nenhum	Pontuação: A criança responde de maneira apropriada para pelo menos um pedido falado.	1 0
15. Série - Identifica objeto: 1 correto	Livro de estórias, copo plástico, colher, bola pequena e boneca	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos um dos objetos. ☐ Livro de estórias ☐ Colher ☐ Boneca ☐ Copo ☐ Bola pequena	1 0
16. Identifica objeto no ambiente	Nenhum	Pontuação: A criança identifica corretamente o objeto que você nomear	1 0
17. Série - Identifica figuras: 1 correta	Livro de estímulo (pp.1-5)	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos uma das figuras do item de teste. ☐ biscoito ☐ sapato(s) ☐ carro ☐ balão (ões) ☐ pássaro ☐ cama ☐ gatinho ☐ colher ☐ bola ☐ livro ☐ mamadeira ☐ maçã	1 0
18. Entende palavras inibitórias	2 patos e 6 blocos	Pontuação: A criança pára em resposta às palavras inibidoras durante uma brincadeira	1 0
19. Série - Identifica objetos: 3 corretos	Livro de estórias, copo plástico, colher, bola pequena e boneca	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos três dos objetos. ☐ Livro de estórias ☐ Colher ☐ Boneca ☐ Copo ☐ Bola pequena	1 0
20. Segue instruções de uma parte	Boneca ou urso, colher, pente e lenço de papel	Pontuação: A criança responde corretamente a pelo menos duas das tarefas com o urso ou a boneca.	1 0
21. Série - Identifica figuras: 3 correta	Livro de estímulo (pp.1-5)	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos três das figuras do item de teste ☐ biscoito ☐ sapato(s) ☐ carro ☐ balão (ões) ☐ pássaro ☐ cama ☐ gatinho ☐ colher ☐ bola ☐ livro ☐ mamadeira ☐ maçã	1 0

	Item	Materiais	CrITÉRIOS de pontuação e comentários	Pontos
23 26 29	22. Identifica 3 itens de vestimenta	Nenhum	Pontuação: A criança identifica pelo menos três dos itens de vestimenta.	1 0
	23. Série - Identifica figuras de ação: 1 correta	Livro de Figuras (pp. 6-9)	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos uma das figuras. ☐ dando tchau ☐ andando de bicicleta ☐ bebendo ☐ lavando ☐ dormindo ☐ comendo ☐ lendo ☐ correndo	1 0
	24. Identifica 5 partes do corpo	Boneca	Pontuação: A criança aponta corretamente para pelo menos cinco partes do corpo	1 0
23 26 29	25. Segue instruções em duas-partes	3 objetos de interesse	Pontuação: A criança segue corretamente pelo menos uma das instruções em duas partes.	1 0
	26. Série - Identifica figuras de ação: 3 corretas	Livro de Figuras (pp. 6-9)	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos três das figuras. ☐ dando tchau ☐ andando de bicicleta ☐ bebendo ☐ lavando ☐ dormindo ☐ comendo ☐ lendo ☐ correndo	1 0
	27. Entende uso de objetos	Livro de Estímulo (p. 79)	Pontuação: A criança corretamente identifica pelo menos três das figuras. ☐ triciclo ☐ tesoura ☐ sapato ☐ panela ☐ giz de cera ☐ copo	1 0
23 26 29	28. Entende relação entre parte/inteiro	Livro de estímulo (p.81)	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos três objetos nomeados.	1 0
	29. Série - Identifica figuras de ação: 5 corretas	Livro de Figuras (pp. 6-9)	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos cinco das figuras. ☐ dando tchau ☐ andando de bicicleta ☐ bebendo ☐ lavando ☐ dormindo ☐ comendo ☐ lendo ☐ correndo	1 0
	30. Entende pronomes pessoais (ele, mim, meu/minha, você, seu/sua)	Urso, 3 copos plásticos 3 colheres	Pontuação: A criança responde corretamente às instruções, indicando entendimento de pelo menos três pronomes diferentes. ☐ ele ☐ mim ☐ eu ☐ você ☐ nós	1 0
	31. Entende figuras de tamanhos diferentes	Livro de estímulo (pp.83)	Pontuação: A criança identifica corretamente ambos os objetos grandes e pequenos, em pelo menos duas das figuras. ☐ sapatos ☐ caminhões ☐ cachorros	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
32. Série - Entende preposições: 2 corretas	Xicara com alça, cadaço e bloco com buraco	Pontuação: Criança segue corretamente as instruções em pelo menos duas das tarefas. ☐ dentro ☐ ao redor ☐ entre ☐ através ☐ atrás da ☐ colocar na/ em seguida	1 0
33. Entende pronomes possessivos	Livro de Estímulo (pp.85-89)	Pontuação: Criança identifica corretamente o objeto em pelo menos duas das figuras ☐ carro do menino ☐ urso do bebê ☐ bola do gato	1 0
34. Entende Gerúndio	Livro de Estímulo (pp.91-93)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambas as figuras	1 0
35. Identifica cores	Livro de Estímulo (p 95)	Pontuação: Criança identifica corretamente pelo menos quatro das cores nomeadas. ☐ vermelho ☐ amarelo ☐ verde ☐ marrom ☐ roxo ☐ branco	1 0
36. Entende conceito de um	Livro de Estímulo (p. 97)	Pontuação: Criança identifica a figura correta	1 0
37. Entende Pronomes (Eles, Ela, Ele)	Livro de Estímulo (pp. 99-103)	Pontuação: Criança identifica corretamente pelo menos duas das figuras ☐ eles ☐ ela ☐ ele	1 0
38. Entende Pronomes (Dele, Dela)	Livro de Estímulo (p.105)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambos os pronomes em pelo menos três das quatro figuras. Sapatos ☐ dele ☐ dela Jaqueta ☐ dele ☐ dela Chapéus ☐ dele ☐ dela Blocos ☐ dele ☐ dela	1 0
39. Entende plural	Livro de Estímulo (p.107)	Pontuação: Criança identifica corretamente todas as quatro figuras	1 0
40. Entende Mais (comparativo)	Livro de Estímulo (pp. 109-111)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambas as figuras.	1 0
41. Entende Mais (superlativo)	Livro de Estímulo (pp.113-115)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambas as figuras	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
32 42. Série - Entende preposições: 4 corretas	Xícara com alça, cadaço e bloco com buraco	Pontuação: Criança segue corretamente as instruções em pelo menos quatro das tarefas. ☐ dentro ☐ ao redor ☐ entre ☐ através ☐ atrás da ☐ colocar na/ em seguida	1 0
43. Entende frases no negativo	Livro de Estímulo (pp. 117-121)	Pontuação: Criança identifica corretamente todas as três figuras. ☐ bebê ☐ galinha ☐ criança	1 0
44. Entende tempo passado	Livro de Estímulo (pp. 123-125)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambas as figuras	1 0
45. Entende conceito de peso	Livro de Estímulo (pp. 127-131)	Pontuação: Criança identifica corretamente todas as três figuras ☐ pesado ☐ leve ☐ leve	1 0
46. Entende menos (superlativo)	Livro de Estímulo (pp. 133-135)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambas as figuras.	1 0
47. Entende Menos (comparativo)	Livro de Estímulo (pp. 137-139)	Pontuação: Criança identifica corretamente ambas as figuras.	1 0
48. Entende conceitos descritivos	Livro de Estímulo (p.141)	Pontuação: Criança identifica corretamente pelo menos um animal para todas as quatro descrições	1 0
49. Identifica categorias de objetos	Livro de Estímulo (p.143-145)	Pontuação: Criança identifica corretamente todos os itens em uma categoria para todas as seis categorias, sem incluir itens estranhos ☐ alimentos ☐ vestir ☐ móveis ☐ frutas ☐ comer ☐ brinquedos	1 0
Escore Total Bruto (CR)			/49

Escala Linguagem

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Subteste de Comunicação Expressiva

Regras de Base: A criança precisa obter pontuação 1 nos primeiros três itens consecutivos do ponto inicial de qualquer idade para dar continuidade ao teste. Se a criança obtiver pontuação zero em qualquer dos três primeiros itens, volte para o ponto inicial da idade anterior e administre esses itens.

Regras de Descontinuidade: Pare a administração quando a criança obtiver pontuação zero em 5 itens consecutivos.

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
1. Sons guturais indiferenciados	Nenhum	Pontuação: A criança produz sons guturais ou de gargarejos, murmurados e suaves	1 0
2. Sorriso social	Nenhum	Pontuação: A criança sorri em resposta ao estímulo do examinador	1 0
3. Vocaliza humor	Nenhum.	Pontuação: A criança produz vocalizações que expressam pelo menos um tipo de estado de humor	1 0
4. Sons nasais indiferenciados	Nenhum.	Pontuação: A criança produz sons nasais.	1 0
5. Vocalização ou riso social	Nenhum	Pontuação: A criança vocaliza ou dá risada em resposta à atenção do examinador	1 0
6. Dois sons vocálicos	Nenhum	Pontuação: A criança vocaliza pelo menos dois sons vocálicos diferentes e distintos	1 0
7. Chama Atenção	Nenhum	Pontuação: A criança tenta chamar sua atenção ou de outros	1 0
8. Dois Sons consonantais	Objetos de interesse	Pontuação: A criança produz pelo menos dois sons consonantais diferentes	1 0
9. Usa Gestos	Nenhum	Pontuação: Criança usa pelo menos um gesto pra mostrar suas vontades.	1 0
10. Série - Combinações de consoante-vogal: 1 combinação	Nenhum	Pontuação: A criança imita pelo menos uma das combinações repetitivas de consoante-vogal.	1 0
11. Participa das brincadeiras familiares	Objetos de interesse	Pontuação: A criança participava ativamente de pelo menos uma das brincadeiras familiares.	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno-Infantil - GPMI

Item	Materiais	CrITÉRIOS de pontuação e comentÁrios	Pontos	
12. Tagarela expressivamente	Nenhum	Pontuação: A criança produz pelo menos uma vocalização que contém inflexões e é expressiva.	1 0	
10 13 K	13. Série - Combinações de consoante-vogal: 4 combinações	Nenhum	Pontuação: A criança imita pelo menos quatro combinações repetitivas de consoante-vogal	1 0
	14. Usa uma palavra aproximada	Nenhum	Pontuação: Criança produz pelo menos 1 uma palavra aproximada	1 0
	15. Direciona atenção de outro	Objetos de interesse	Pontuação: A criança aponta ou mostra para você pelo menos um objeto.	1 0
	16. Imita palavra	Nenhum	Pontuação: A criança imita pelo menos uma palavra, mesmo se a imitação consistir de apenas vogais	1 0
L	17. Inicia brincadeira de interação	Objetos de interesse	Pontuação: A criança inicia pelo menos uma brincadeira de interação	1 0
18 23	18. Série - Uso de palavras apropriadas: 2 palavras	Objetos de interesse	Pontuação: Criança usa pelo menos duas palavras diferentes e apropriadas	1 0
	19. Usa palavras para mostrar sua vontade	Nenhum	Pontuação: A criança usa pelo menos uma palavra para mostrar sua vontade.	1 0
20 27 M N	20. Série - Nomear objetos: 1 objeto	Livro de estória, bola pequena, boneca, colher e copo de plástico	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos um objeto	1 0
	21. Combina palavras e gestos	Nenhum	Pontuação: A criança usa pelo menos uma combinação de gesto e palavra	1 0
22 28	22. Série - Nomear figura: 1 figura	Livro de figuras (pp. 10-15)	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos uma figura ☐ biscoito ☐ sapato(s) ☐ carro ☐ balão (ões) ☐ pássaro ☐ cama ☐ gatinho ☐ colher ☐ bola ☐ livro ☐ mamadeira ☐ maçã	1 0
18 23 O	23. Série - Uso de palavras apropriadas: 8 palavras	Objetos de interesse	Pontuação: Criança usa pelo menos oito palavras diferentes e apropriadas	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
24. Responde sim ou não verbalmente em resposta à perguntas	Objetos de interesse	Pontuação: A criança usa <i>sim</i> ou <i>não</i> apropriadamente em pelo menos duas respostas.	1 0
25. Imita uma frase de duas palavras	Nenhum	Pontuação: A criança imita uma sentença de duas palavras ou de múltiplas palavras.	1 0
26. Usa frases de duas palavras	Nenhum	Pontuação: A criança produz pelo menos uma frase que inclui duas ou mais palavras, onde cada delas denota um conceito diferente.	1 0
27. Série - Nomear objetos: 3 objetos	Livro de estória, bola pequena, boneca, colher e copo de plástico	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos três objetos.	1 0
28. Série de Nomear Figura: 5 Figuras	Livro de figuras (pp. 10-15)	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos cinco figuras ☐ biscoito ☐ sapato(s) ☐ carro ☐ balão (ões) ☐ pássaro ☐ cama ☐ gatinho ☐ colher ☐ bola ☐ livro ☐ mamadeira ☐ maçã	1 0
29. Usa frases de múltiplas palavras	Nenhum	Pontuação: Criança usa pelo menos duas frases de múltiplas palavras	1 0
30. Usa pronomes	Objetos de interesse	Pontuação: A criança usa pelo menos um pronome	1 0
31. Série - Nomear figuras de ação: 1 Figura	Livro de figuras (pp. 16-21)	Pontuação: A criança nomeia corretamente a ação em pelo menos uma figura. ☐ Comendo ☐ Abraçando ☐ Bocejando ☐ Jogando/brincando ☐ Correndo ☐ Esfregando/brincando ☐ Dormindo ☐ Chutando ☐ Lavando ☐ Nadando ☐ Se balançando ☐ Aspirando/varrendo	1 0
32. Faz perguntas com múltiplas palavras	Nenhum	Pontuação: A criança faz, no mínimo, uma pergunta de "duas-palavras" ou "múltiplas-palavras".	1 0
33. Faz uma colocação inesperada	Nenhum	Pontuação: Criança produz no mínimo uma colocação inesperada.	1 0
34. Usa o verbo no gerúndio	Livro de estímulos (p. 151)	Pontuação: A criança usa um verbo no gerúndio para descrever no mínimo uma das ações nas figuras	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
31 35 37 35. Série - Nomear figuras de ação: 3 Figuras	Livro de figuras (pp. 16-21)	Pontuação: A criança nomeia corretamente a ação em pelo menos três figuras. ☐ Comendo ☐ Abraçando ☐ Bocejando ☐ Jogando/brincando ☐ Correndo ☐ Esfregando/brincando ☐ Dormindo ☐ Chutando ☐ Lavando ☐ Nadando ☐ Se balançando ☐ Aspirando/varrendo	1 0
36. Usa combinações diferentes de palavras	Nenhum	Pontuação: A criança produz pelo menos três sentenças que combinam com as estruturas listadas ☐ substantivo + verbo ☐ substantivo + verbo + lugar ☐ verbo + substantivo ☐ substantivo + verbo + adjetivo ☐ adjetivo + substantivo ☐ outro	1 0
31 35 37 37. Série - Nomear figuras de ação: 5 Figuras	Livro de figuras (pp. 16-21)	Pontuação: A criança nomeia corretamente a ação em pelo menos cinco figuras. ☐ Comendo ☐ Abraçando ☐ Bocejando ☐ Jogando/brincando ☐ Correndo ☐ Esfregando/brincando ☐ Dormindo ☐ Chutando ☐ Lavando ☐ Nadando ☐ Se balançando ☐ Aspirando/varrendo	1 0
38. Usa o plural	Livro de Estimulo (p.153)	Pontuação: A criança usa corretamente as formas de plural para nomear pelo menos cinco figuras ☐ livros ☐ meias ☐ biscoitos ☐ sapatos ☐ blocos ☐ cavalos ☐ bebês	1 0
39. Responde perguntas com "o que" e "onde"	Livro de Estimulo (p.155)	Pontuação: A criança responde corretamente a pelo menos duas das perguntas. ☐ O que ele vai fazer? ☐ O que ele tem? ☐ Onde está o garoto?	1 0
40. Usa pronomes possessivos	Livro de Estimulo (p.157)	Pontuação: A criança usa o pronome possessivo.	1 0
41. Nomeia 4 cores	Livro de Estimulo (p.159)	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos quatro cores. ☐ vermelho ☐ amarelo ☐ marrom ☐ verde ☐ branco ☐ roxo	1 0
42. Responde logicamente às perguntas (relacionadas a funções)	Nenhum	A criança dá respostas lógicas para, pelo menos, duas das perguntas. ☐ com sono ☐ sujo ☐ com frio	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
43. Diz como um objeto é usado	Livro de Figura (pág. 22-23)	Pontuação: A criança descreve uma função lógica para todos os cinco objetos. ☐ Xicara/copo ☐ Escova de dente ☐ Sapatos ☐ Tesouras ☐ Triciclo	1 0
44. Usa preposições/advérbios	Colher e copo de plástico	Pontuação: A criança usa pelo menos duas preposições/advérbios corretamente.	1 0
45. Usa o “presente dinâmico”	Objetos de interesse	Pontuação: A criança usa o presente dinâmico em pelo menos metade de suas colocações espontâneas, que requerem esta forma de verbo	1 0
46. Série - Descreve figuras: usa frases com 4 a 5 palavras	Livro de Estimulo (pág. 161-169)	Pontuação: A criança usa de quatro a cinco palavras por sentença pelo menos duas vezes durante o teste.	1 0
47. Série - Descreve Figuras: usa o tempo passado	Livro de Estimulo (pág. 161-169)	Pontuação: A criança usa, pelo menos, três frases em tempo passado.	1 0
48. Série - Descreve Figuras: usa o tempo futuro	Livro de Estimulo (pág. 161-169)	Pontuação: A criança usa o futuro em, pelo menos, três ocasiões.	1 0
Escore Total Bruto (CE)			/ 48

Escala Motora

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Subteste Motricidade Fina

Regras de Base: A criança precisa obter pontuação 1 nos primeiros três itens consecutivos do ponto inicial de qualquer idade para dar continuidade ao teste. Se a criança obtiver pontuação zero em qualquer dos três primeiros itens, volte para o ponto inicial da idade anterior e administre esses itens.

Regras de Descontinuidade: Pare a administração quando a criança obtiver pontuação zero em 5 itens consecutivos.

	Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
A	1. Mãos ficam fechadas	Nenhum	Pontuação: As mãos da criança ficam fechadas durante a maior parte do tempo.	1 0
B	2. Olhos seguem pessoa em movimento	Nenhum	Pontuação: Os olhos da criança acompanham os movimentos da pessoa através de uma linha média para a esquerda e para a direita.	1 0
C	3. Olhos acompanham aro (horizontal)	Aro com barbante	Tentativas: 3 Pontuação: Os olhos da criança acompanham o aro em uma excursão completa	1 0
	4. Olhos acompanham o aro (vertical)	Aro com barbante	Tentativas: 3 Pontuação: Os olhos da criança acompanham o aro em uma excursão completa	1 0
D	5. Tenta trazer a mão à boca	Nenhum	Pontuação: A criança, propositalmente, tenta levar a mão à boca.	1 0
	6. Retém o aro	Aro com barbante	Pontuação: A criança retém o aro por pelo menos 2 segundos	1 0
	7. Olhos acompanham o aro (circular)	Aro com barbante	Tentativas: 3 Pontuação: Os olhos da criança acompanham o movimento circular do aro numa excursão completa (tanto na metade superior como na inferior do círculo)	1 0
	8. Cabeça acompanha o aro	Aro com barbante	Tentativas: 3 Pontuação: A criança vira sua cabeça para acompanhar o aro, de um lado ao outro, uma excursão completa	1 0
	9. Olhos acompanham bola rolando	Bola pequena	Pontuação: Os olhos da criança acompanham a bola que rola cruzando a linha média para ambos os lados.	1 0
E	10. Mantém as mãos abertas	Nenhum	Pontuação: A criança mantém as mãos abertas a maior parte do tempo quando ela não estiver realizando uma tarefa.	1 0

Item	Materiais	Crêterios de pontuação e comentários	Pontos
11. Gira o pulso	Bloco, chocalho, sino ou outro objeto pequeno	Pontuação: A criança gira o pulso livremente para cima e para baixo enquanto manipula um objeto pequeno.	1 0
12. Segura o aro suspenso	Aro com barbante	Tentativas: 2 Pontuação: A criança usa pelo menos uma mão para segurar o aro por pelo menos 2 segundos.	1 0
13 18 14 22 15	13. Série - Blocos: tenta alcançar o bloco	Tentativas: 2 Pontuação: A criança estende um ou ambos os braços em direção ao bloco esforçando-se para alcançá-lo. A criança não precisa apreender o bloco	1 0
13 18 14 22 15	14. Série - Blocos: toca o bloco	Tentativas: 2 Pontuação: A criança estende um ou ambos os braços em direção ao bloco tocando-o com alguma parte de qualquer mão	1 0
13 18 14 22 15	15. Série - Blocos: pega com a mão inteira	Tentativas: 2 Pontuação: A criança pega o bloco usando uma ou ambas as mãos.	1 0
	16. Alcança unilateralmente	Pontuação: A criança tenta alcançar com apenas uma das mãos mais freqüentemente do que com ambas.	1 0
	17. Série - Bolinha de cereal: tenta segurar	Pontuação: A criança tenta segurar a bolinha de cereal, pretendendo pegá-la, mesmo se ela não consiga	1 0
13 18 14 22 15	18. Série - Blocos: oposição parcial do polegar	Tentativas: 2 Pontuação: A criança pega o bloco de modo que seu polegar esteja parcialmente oposto aos seus dedos.	1 0
19. Transfere aro	Pontuação: A criança transfere o aro de uma mão para a outra.	1 0
17 20 24 26	20. Série - Bolinhas de cereal: pega com a mão inteira	Pontuação: A criança usa a mão inteira para segurar a bolinha de cereal.	1 0
	21. Transfere blocos	Pontuação: A criança transfere o bloco de uma mão para a outra.	1 0
13 18 14 22 15	22. Série - Blocos: pega com as pontas dos dedos	Tentativas: 2 Pontuação: A criança pega o bloco de modo que use a ponta de seu polegar e a ponta de alguns de seus outros dedos	1 0

	Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
	23. Leva colher ou blocos para a linha média	2 colheres ou 2 blocos sem buracos	Pontuação: A criança leva as colheres ou blocos para se encontrarem na linha média.	1 0
17 20 24 26	24. Série - Bolinhas de cereal: oposição parcial do polegar	Bolinha de cereal	Pontuação: A criança segura a bolinha de cereal de forma que seu polegar esteja pelo menos parcialmente oposto aos seus dedos.	1 0
	25. Levanta a xícara pela alça	Xícara com alça	Pontuação: A criança levanta a xícara pela alça usando uma mão.	1 0
17 20 24 26	26. Série - Bolinhas de cereal: usa as pontas dos dedos	Bolinha de cereal	Pontuação: A criança usa a ponta do polegar e a ponta de algum de seus outros dedos para pegar a bolinha de cereal.	1 0
	27. Vira páginas do livro	Livro de Figura	Pontuação: A criança tenta virar uma ou algumas páginas de uma vez	1 0
28 34 37 48	28. Série – Preensão: palmar	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: A criança segura o lápis ou giz-de-cera usando a preensão palmar enquanto faz o risco no papel	1 0
	29. Estende o dedo: indicador isoladamente	Tabuleiro de pinos	Pontuação: A criança estende o dedo indicador e mantém os outros fletidos	1 0
	30. Rabisca espontaneamente	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: A criança, espontaneamente e propositalmente rabisca o papel.	1 0
31 38 54	31. Série - Empilhar blocos: 2 blocos	12 Blocos	Tentativas: 3 Pontuação: A criança empilha, no mínimo, dois blocos. Número de blocos empilhados na torre:	1 0
32 40 41 43	32. Série - Imitar traços: aleatório	2 giz-de-cera e folha de papel branca, não pautado	Pontuação: A criança produz um traço em qualquer direção.	1 0
	33. Coloca 10 bolinhas de cereal no frasco (60 segundos)	12 bolinhas de cereal, frasco sem tampa e cronômetro Ⓢ 60 segundos	Pontuação: A criança coloca 10 bolinhas de cereal dentro do frasco em 60 segundos ou menos, uma bolinha de cada vez.	1 0
28 34 37 48	34. Série Preensão: polpa - polpa	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: A criança segura o lápis ou giz-de-cera usando oposição do polegar enquanto faz o risco no papel.	1 0

Item	Materiais	CrITÉRIOS de pontuação e comentários	Pontos
35. Moedas na fenda	Cofre e 5 moedas pequenas	Pontuação: A criança coloca, pelo menos, três moedas através da fenda do cofre	1 0
36. Peças de encaixar: separadas	Conjunto de peças de encaixe	Pontuação: A criança separa todas as peças	1 0
37. Série – Preensão: tripode intermediária	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: A criança segura o lápis ou giz-de-cera usando uma preensão estática tripode (polegar e dois dedos) ou quadripode (polegar e três dedos) fazendo um risco no papel.	1 0
38. Série -Empilhar blocos: 6 blocos	12 blocos	Tentativas: 3 Pontuação: criança empilha, no mínimo, seis blocos Número de blocos empilhados na torre:	1 0
39. Usa a mão para segurar o papel no lugar	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: A criança segura o papel no lugar com uma mão, enquanto rabisca ou desenha com a outra.	1 0
40. Série - Imitar traços: horizontal	2 giz-de-cera e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: O traço horizontal feito pela criança deve estar a, aproximadamente, 30° da linha horizontal que você fez.	1 0
41. Série - Imitar traços: vertical	2 giz-de-cera e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: O traço vertical feito pela criança deve estar a, aproximadamente, 30° da linha vertical que você fez.	1 0
42. Peças de encaixar: juntas	Conjunto de peças de encaixe	Pontuação: A criança junta todas as peças. Pelo menos dois botões do conector de cada peça devem ser corretamente alinhados e fixados a uma outra peça.	1 0
43. Série - Imitar traços: circular	2 giz-de-cera e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: As criações da criança são, em sua maioria, formas curvas	1 0
44. Constrói trem com blocos	10 blocos	Pontuação: A criança coloca pelo menos quatro blocos na fileira.	1 0
45. Enfia 3 blocos	Cadarços e 3 blocos com buracos	Pontuação: A criança enfia todos os três blocos no cadarço	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
46. Imita movimentos de mão	Nenhum	Pontuação: A criança imita corretamente, pelo menos, duas das três posições. Para receber o ponto para a terceira posição, a criança deve fazer movimentos circulares, mas não precisa mover as mãos na mesma direção que você demonstrou. ☐ Posição 1 ☐ Posição 2 ☐ Posição 3	1 0
47. Retalha papel	Dois cartões brancos (8 cm x 13 cm) e tesoura segura	Pontuação: A criança faz dois cortes de pelo menos 1 centímetro de comprimento	1 0
28 34 37 48 48. Série – Preensão: tripode dinâmica (lateral)	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não pautada	Pontuação: A criança segura o giz-de-cera ou o lápis de forma madura, controlada e dinâmica enquanto faz riscos no papel	1 0
49. Discrimina formas tatilmente	2 pinos amarelos, 2 blocos sem buracos, 2 peças quadradas azuis e sacola com cordão	Pontuação: A criança identifica corretamente, pelo menos, dois objetos ☐ pino ☐ bloco ☐ quadrado	1 0
50. Constrói parede	8 blocos	Pontuação: A criança consegue reproduzir a parede.	1 0
51. Corta papel	Dois cartões brancos (8 cm x 13 cm) e tesoura segura	Pontuação: A criança corta o cartão na metade ou faz um corte de aproximadamente 10 centímetros ou mais longo	1 0
52. Constrói ponte	6 blocos	Pontuação: A criança consegue reproduzir a ponte	1 0
53. Imita sinal de adição	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não-pautada	Pontuação: A criança produz duas linhas que se dividem, uma que seja não mais que 30° da horizontal e outra que seja não mais que 30° da vertical	1 0
31 38 54 54. Série - Empilhar blocos: 8 blocos	12 blocos	Tentativas: 3 Pontuação: A criança empilha, no mínimo, oito blocos. Número de blocos empilhados na torre:	1 0
55. Corta na linha	Dois cartões brancos (8 cm x 13 cm), tesoura segura e giz-de-cera ou lápis	Pontuação: A criança corta o cartão ao longo da linha pra fazer um corte de aproximadamente 10cm, com um limite de um centímetro distante da linha.	1 0
56. Constrói T	10 blocos	Pontuação: A criança consegue reproduzir o T	1 0

Item	Materiais	CrITÉrios de pontuação e comentÁrios	Pontos
57. Abotoa 1 botão	Manga de botão	Pontuação: Abotoa 1 botão	1 0
58. Constrói degraus	12 blocos	Pontuação: A criança consegue reproduzir os degraus	1 0
59. Desenha traços	Lápis e folha para traçar desenhos (no Formulário de registro)	Pontuação: A criança traça corretamente, pelo menos, dois desenhos	1 0
60. Imita quadrado	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não-pautada	Pontuação: A criança produz uma figura de quatro lados com quatro cantos distintos e espaços não maiores que 0,5 centímetro nos cantos.	1 0
61. Copia sinal de adição	Lápis ou giz-de-cera e Folha de modelos para copiar o sinal de adição (no Formulário de registro)	Pontuação: A criança produz duas linhas que se dividem, as duas não podem ultrapassar o limite de 30° da horizontal e 30° da vertical.	1 0
62. Bate o dedo	Cronômetro ⊕ 15 segundos	Pontuação: A criança bate pelo menos 20 vezes durante os 15 segundos para cada mão	1 0
63. Coloca 20 bolinhas de cereal no frasco	Bolinhas de cereal, frasco (sem tampa) e cronômetro ⊕ 15 segundos	Pontuação: A criança coloca 20 bolinhas no frasco em 15 segundos, uma bolinha de cada vez.	1 0
64. Corta círculo	Tesoura, Folhas de modelos para cortar com círculo* e cronômetro ⊕ 60 segundos	Pontuação: A criança corta o círculo com menos de 1 centímetros de distância da linha.	1 0
65. Corta quadrado	Tesoura, Folhas de modelos para cortar com quadrado* e cronômetro ⊕ 60 segundos	Pontuação: A criança corta o quadrado com menos de 1 centímetros de distância da linha.	1 0
66. Copia quadrado	Giz-de-cera ou lápis e Folha de modelos para copiar com quadrado (no Formulário de registro)	Pontuação: A criança produz uma figura de quatro lados com quatro cantos.	1 0

* Cópia no manual de administração, Apêndice G

Escore Total Bruto (MF)

/66

Nome da Criança:

Copia desenhos

6/20023 3 219 10514

«ail/7142700 10514»

Nome da Criança: _____

Desenha traços

Escala Motora

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Subteste Motricidade Grossa

Regras de Base: A criança precisa obter pontuação 1 nos primeiros três itens consecutivos do ponto inicial de qualquer idade para dar continuidade ao teste. Se a criança obtiver pontuação zero em qualquer dos três primeiros itens, volte para o ponto inicial da idade anterior e administre esses itens.

Regras de Descontinuidade: Pare a administração quando a criança obtiver pontuação zero em 5 itens consecutivos.

Item	Materiais	CrITÉRIOS de pontuação e comentários	Pontos
A B	Nenhum	Pontuação: Espontaneamente, criança impulsiona as pernas várias vezes.	1 0
	Nenhum	Pontuação: Espontaneamente, a criança impulsiona os braços várias vezes.	1 0
3 4 9	Cronômetro	Pontuação: Intermitentemente, a criança levanta a cabeça de seu ombro sem auxílio	1 0
		Tempo de controle de cabeça:	
3 4 9	Cronômetro	Pontuação: Criança segura a cabeça ereta por, pelo menos, 3 segundos sem auxílio.	1 0
		Tempo de controle de cabeça:	
C	Objeto de interesse	Pontuação: A criança vira a cabeça de um lado para o outro levantando a cabeça da superfície de apoio o suficiente para livrar o nariz. A criança deve ser capaz de virar para ambos os lados.	1 0
	Nenhum	Pontuação: A criança faz qualquer movimento amplo alternado com as pernas.	1 0
	Nenhum	Pontuação: A criança mantém a cabeça na linha média ou levanta a cabeça levemente	1 0
	Nenhum	Pontuação: A criança mantém a cabeça na linha média ou levanta a cabeça levemente	1 0
3 4 9	Cronômetro ⊕ 15 segundos	Pontuação: A criança segura a cabeça ereta e firme por, pelo menos, 15 segundos sem auxílio.	1 0
		Tempo de controle de cabeça:	

Item	Materiais	Crítérios de pontuação e comentários	Pontos
10. Segura a cabeça na linha média	Objeto de interesse e cronômetro ⊕ 5 segundos	Pontuação: A criança segura a cabeça na linha média por, pelo menos, 5 segundos.	1 0
11. Segura a cabeça enquanto é carregada	Nenhum	Pontuação: A criança segura a cabeça ereta e estável sem suporte enquanto está se movendo	1 0
12. Série - Controle da cabeça quando em prona: 45°	Objeto de interesse.	Pontuação: A criança mantém a cabeça erguida num ângulo de, no mínimo, 45° da superfície de exame por, pelo menos, 2 segundos Se a criança mantém controle de cabeça por 90°, registrar tempo realizado:	1 0
13. Corrige a cabeça	Nenhum	Pontuação: A criança mantém a cabeça equilibrada e no mesmo plano do corpo ou ela compensa inclinando a cabeça em direção ao plano vertical	1 0
14. Vira de lado para de costas	Nenhum	Pontuação: A criança ativamente vira de ambos ou lados para as costas.	1 0
15. Série - Elevação do tronco quando em prona: cotovelos e antebraços	Objeto de interesse	Pontuação: A criança eleva a cabeça e a parte superior do tronco apoiando-se sobre os cotovelos e antebraços	1 0
16. Série - Sentar com suporte: brevemente	Cronômetro	Pontuação: A criança tenciona os músculos em esforço para manter-se em posição sentada Tempo realizado:	1 0
17. Série - Controle da cabeça quando em prona: 90°	Objeto de interesse e cronômetro ⊕ 5 segundos	Pontuação: A criança mantém a cabeça erguida num ângulo de, no mínimo, 90° da superfície de exame ou por, pelo menos, 5 segundos	1 0
18. Série - Elevação do tronco quando em prona: alterna peso	Objeto de interesse	Pontuação: A criança alterna seu peso de um braço para o outro.	1 0
19. Série - Sentar com suporte: 30 segundos	Cronômetro ⊕ 30 segundos	Pontuação: Criança senta com um leve suporte por, pelo menos, 30 segundos.	1 0
20. Vira de costas para os lados	Sino ou chocalho	Pontuação: A criança vira das costas para os dois lados	1 0
21. Série - Elevação de tronco quando em prona: estende braços	Objeto de interesse	Pontuação: Criança apoia seu peso nas duas mãos	1 0

	Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
22 26	22. Série - Sentar sem apoio: 5 segundos	Cronômetro ⊕ 5 segundos	Pontuação: A criança senta sozinha sem apoio, pelo menos por 5 segundos. Tempo realizado:	1 0
	23. Puxa-se para sentar	Nenhum	Pontuação: A criança segura em seus polegares para puxar-se para sentar	
	24. Segura o pé com as mãos	Toalha de mão	Pontuação: A criança traz um ou os dois pés para as mãos (acima dos quadris) e agarra o pé.	1 0
	25. Vira de costas para de barriga	Sino e chocalho	Pontuação: A criança vira de costas para de barriga, girando para qualquer lado	1 0
22 26	26. Série - Sentar sem apoio: 30 segundos	Cronômetro ⊕ 30 segundos	Pontuação: A criança senta sozinha sem apoio por 30 segundos pelo menos.	1 0
	27. Senta sem apoio e segura objeto	Objetos de interesse e cronômetro ⊕ 60 segundos	Pontuação: A criança permanece sentada sozinha por, no mínimo 60 segundos, manipulando um objeto.	1 0
	28. Gira o tronco enquanto permanece sentada	Sino ou objeto de interesse	Pontuação: A criança gira o tronco e tenta alcançar o objeto	1 0
	29. Faz movimentos de passos	Nenhum	Pontuação: A criança faz, pelo menos dois movimentos de passos que a impulsionam para frente, mesmo se ela não suporta o peso completamente.	1 0
30 31 34	30. Série - Engatinhar: com a barriga	Objeto de interesse	Pontuação: A criança usa os dois braços a fim de se locomover para frente se arrastando com a barriga por aproximadamente 1 metro ou mais.	1 0
30 31 34	31. Série - Engatinhar: posição de engatinhar	Objeto de interesse	Pontuação: A criança sai da posição deitada em prona para ficar sobre as mãos e os joelhos.	1 0
	32. Sai da posição sentada para ficar sobre as mãos e os joelhos	Objeto de interesse	Pontuação: A criança sai da posição sentada e sustenta-se sobre as mãos e joelhos.	1 0
	33. Suporta peso	Nenhuma	Pontuação: A criança suporta o próprio peso por, pelo menos, 2 segundos	1 0

	Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
30 31 34	34. Série - Engatinhar: move-se engatinhando	Objeto de interesse	Pontuação: A criança move-se para frente por, pelo menos, 1,5 metro engatinhando com suas mãos e joelhos.	1 0
35	35. Ergue-se sozinha	Objeto de interesse	Pontuação: A criança se levanta e fica de pé, usando uma cadeira ou outro objeto conveniente.	1 0
36	36. Balança quando está de pé	Nenhum.	Pontuação: A criança se balança para cima e para baixo pelo menos duas vezes alternadamente dobrando e esticando os joelhos	1 0
37 42 43	37. Série - Andar: com apoio	Nenhum.	Pontuação: A criança anda com passos coordenados e alternados	1 0
38	38. Anda de lado com suporte	Objeto de interesse	Pontuação: A criança anda de lado segurando no móvel para apoio e equilíbrio	1 0
39	39. Senta-se com controle	Nenhum	Pontuação: A criança se abaixa propositadamente para sentar-se de maneira controlada	1 0
40	40. Fica de pé sozinha	Nenhum	Pontuação: A criança fica de pé sozinha por, pelo menos 3 segundos depois de você soltar suas mãos	1 0
41 46	41. Série - Levantar: sozinha	Nenhum	Pontuação: A criança levanta-se, se virando primeiro para uma posição prona ou quadrúpede, sem usar suporte algum	1 0
37 42 43	42. Série - Andar: sozinha	Nenhum	Pontuação: A criança dá, pelo menos, três passos sem suporte, mesmo se o andar for desajeitado e vacilante	1 0
37 42 43	43. Série - Andar: sozinha com coordenação	Nenhum	Pontuação: A criança dá, pelo menos 5 passos independentemente, demonstrando coordenação e equilíbrio.	1 0
	44. Joga bola	Bola pequena	Pontuação: A criança joga propositadamente a bola para frente	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

	Item	Materiais	Crîtérios de pontuação e comentários	Pontos
	45. Agacha-se sem suporte	Objeto de interesse	Pontuação: A criança se agacha e se levanta novamente mantendo o equilíbrio sem usar suporte algum.	1 0
41 46	46. Série - Levantar: maduro	Nenhum	Pontuação: A criança gira para um lado e erguer-se sem usar qualquer suporte	1 0
47 57 64	47. Série - Subir escadas: os dois pés em cada degrau, com suporte.	Escada	Pontuação: A criança sobe pelo menos três degraus da escada, usando a parede ou o corrimão como auxílio e colocando os dois pés em cada degrau antes de seguir para o próximo	1 0
	48. Anda 2 passos para trás	Nenhum	Pontuação: A criança dá, pelo menos, dois passos para trás, sem assistência alguma	1 0
49 58 67	49. Série - Desce escadas: 2 pés em cada degrau, com suporte.	Escada	Pontuação: A criança desce, pelo menos, três degraus, usando a parede ou corrimão como suporte e colocando os dois pés em cada degrau antes de descer para o próximo degrau	1 0
	50. Corre com coordenação	Bola grande	Pontuação: A criança corre com boa coordenação	1 0
51 60 69	51. Série - Equilíbrio no pé direito: com suporte	Cronômetro	Pontuação: A criança se equilibra sobre o pé direito com você segurando uma de suas mãos Tempo realizado com suporte: Tempo realizado sem suporte	1 0
52 61 70	52. Série - Equilíbrio no pé esquerdo: com suporte	Cronômetro	Pontuação: A criança se equilibra sobre o pé esquerdo com você segurando uma de suas mãos Tempo realizado com suporte Tempo realizado sem suporte	1 0
	53. Anda de lado sem suporte	Nenhum	Pontuação: A criança dá, pelo menos dois passos de lado, sem assistência alguma.	1 0
	54. Pula do degrau de baixo	Escada	Pontuação: A criança pula para o chão.	1 0
	55. Chuta a bola	Bola grande	Tentativas: 3 Pontuação: A criança mantém o equilíbrio enquanto chuta a bola para frente, pelo menos 60 cm.	1 0

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
56. Anda para frente num caminho	Faixa de caminhar	Pontuação: A criança anda com pelo menos um pé na faixa (ex.: pé esquerdo ou pé direito), por uma distância de no mínimo 1,5 metros.	1 0
57. Série - Subir escadas: 2 pés em cada degrau, sozinha	Escada	Pontuação: A criança sobe pelo menos três degraus da escada sem usar a parede ou o corrimão como suporte. A criança coloca os dois pés em cada degrau antes de seguir para o próximo	1 0
58. Série - Descer escadas: os dois pés em cada degrau, sozinha	Escada	Pontuação: A criança desce pelo menos três degraus da escada sem usar a parede ou o corrimão como suporte. A criança coloca os dois pés em cada degrau antes de seguir para o próximo	1 0
59. Série - Pular para frente: 10 centímetros	Faixa de caminhar	Tentativas: 3 Pontuação: A criança pula, pelo menos, 10 centímetros em algum dos teste Distância: Tentativa 1: Tentativa 2: Tentativa 3:	1 0
60. Série - Equilíbrio no pé direito: 2 segundos, sozinha	Cronômetro	Pontuação: A criança se equilibra sozinha sobre o pé direito, por pelo menos 2 segundos Tempo realizado com suporte: Tempo realizado sem suporte:	1 0
61. Série - Equilíbrio no pé esquerdo: 2 segundos, sozinha	Cronômetro	Pontuação: A criança se equilibra sozinha sobre o pé esquerdo, por pelo menos 2 segundos Tempo realizado com suporte: Tempo realizado sem suporte:	1 0
62. Anda 4 passos na ponta dos pés	Faixa de caminhar	Pontuação: A criança dá, pelo menos, 4 passos sem ajuda e sem tocar os calcanhares no chão	1 0
63. Anda para trás numa faixa	Faixa de caminhar	Pontuação: A criança anda para trás sem auxílio perto da faixa por pelo menos 1,5 metro	1 0
64. Série - Subir escadas: alternando pés, sozinha	Escada	Pontuação: A criança sobe dois degraus da escada sem usar a parede ou o corrimão como auxílio e alterna os pés em cada degrau.	1 0
65. Imita pose	Nenhum	Pontuação: A criança imita corretamente, pelo menos, duas das posições ☐ Posição 1 ☐ Posição 2 ☐ Posição 3	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
66. Pára de uma corrida	Faixa de caminhar	Tentativas 3 Pontuação: A criança pára de uma maneira controlada, no limite de até dois passos além da faixa, no mínimo em duas tentativas.	1 0
49 58 67 67. Série - Descer escadas: alternando os pés, sozinha	Escada	Pontuação: A criança desce da escada sem usar a parede ou o corrimão como suporte e alterna os pés em cada degrau.	1 0
68. Pula por 1,5 metro	Faixa de caminhar	Pontuação: A criança pula de um pé só por uma distância de no mínimo 1,5 metro	1 0
51 60 69 69. Série - Equilíbrio no pé direito: 8 segundos, sozinha	Cronômetro ⊕ 8 segundos	Pontuação: A criança se equilibra sozinha sobre o pé direito, por pelo menos 8 segundos	1 0
52 61 70 70. Série - Equilíbrio no pé esquerdo: 8 segundos, sozinha	Cronômetro ⊕ 8 segundos	Pontuação: A criança se equilibra sozinha sobre o pé esquerdo, por pelo menos 8 segundos.	1 0
71. Anda com o calcanhar na frente dos dedos	Faixa de caminhar	Tentativas: 2 Pontuação: A criança toca o calcanhar de um pé nos dedos do outro pé para cada dois de três passos durante a faixa de caminho	1 0
59 72 72. Série - Pular para frente: 60 centímetros	Faixa de caminhar	Pontuação: A criança pula, pelo menos, 60 centímetros em algum dos testes.	1 0
Escore Total Bruto (MG)			72

Inventário da Observação do Comportamento

Responda marcando na coluna que descreve com que frequência determinado comportamento foi observado, durante o teste. Para o questionário do (a) cuidador(a), leia a descrição de cada comportamento e pergunte a ele (a) em que grau cada situação é típica do comportamento da criança no dia a dia.

Avaliação do examinador			Avaliação do cuidador			
Nunca ou raramente foi observado durante o teste	Foi observado em algum momento durante o teste	Foi observado durante a maior parte o teste	Não é absolutamente típico. Nunca ou raramente a criança é desta forma	É algo típico. Em algum momento a criança é desta forma	É muito típico. Na maioria das vezes a criança é desta forma	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sentimento positivo Sorri e ri
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Entusiasmo Mostra entusiasmo e excitação
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Exploração Explora objetos no ambiente
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Facilidade de envolvimento Prontamente toma parte em atividades
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Cooperação Coopera com solicitações de adulto
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Atividade Moderada Trabalha sem se tornar excessivamente ativo ou cansado
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Adaptação a mudança Adapta-se facilmente à mudanças na estimulação e na rotina
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Vigilância Quieto e atento, não sonolento
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Distratibilidade Incapaz de focar na tarefa; a distração interfere execução dos itens
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Tono Motor Presença de tono normal: não excessivamente rígido (tono elevado), flácido (tono baixo) ou com tremores
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Defesa Tátil Sensibilidade excessiva ao toque ou texturas
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Medo/Ansiedade Aborda novas tarefas com apreensão; olha para o cuidador para reassegurar-se
☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sentimento Negativo Chora, grita, franze oelho, geme e reclama

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, R; Dunn, VJ; Robling, SA e Paykel, ES. *Long-term outcome of offspring after maternal severe puerperal disorder*, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110 (5), 2004 (p365-373).

Abrams, B. e Newman, V. *Small for gestacional age birth: maternal predictors and comparison with risk factors of spontaneous preterm delivery in the same cohort*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 164: 785-90, 1991.

Active and Passive Tobacco Exposure: A Serious Pediatric Health Problem. *A Statement from the Committee on Atherosclerosis and Hypertension in Children*. Council on Cardiovascular Disease in the Young. American Heart Association, 1994 (90: 2581-2590).

Aerts, DRGC. *O retardo no crescimento e seus determinantes: o caso de Porto Alegre* [tese doutorado]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1996.

American Academy of Pediatrics *The psychological maltreatment of children-technical report*. *Pediatrics*, 109(4), 2002. (p. 1-3).

Amigo H, Bustos P. *Programas y políticas referentes al déficit de crecimiento: repercusiones de una línea de investigación realizada en Chile*. *Arch Latinoam Nutr* 1998; 48: 281-6.

Andraca, I; Pino, P; La Parra, A; Rivera, F; Castillo, M. *Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactantes nacidos en óptimas condiciones biológicas*. *Revista de Saúde Pública*, 32(2), 1998 (p138-147).

Andersson, L; Sundström-Poromaa, I; Bixo, M; Wulff, M; Bonde, K; Åström, M. *Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study*. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 189, Issue 1, 2003 (p148 – 154).

Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto M. *Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev. Saúde Pública. Vol.39, n.4, 2005 (p606-611).*

Angelsen K, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. *Breast feeding and cognitive development at age 1 and 5 years. Arch Dis Child. 2001; 85(3):183-8.*

Araújo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Saúde Pública. 2007; 23: 747-56.*

Avaria, MA. *Aspectos biológicos del desarrollo psicomotor. Pediatría. Santiago de Chil), 2005; 2:36-45.*

Ashworth A, Morris SS, Lira PIC. Postnatal growth patterns of full-term low birth weight infants in Northeast Brazil are related to socioeconomic status. *J Nutr 1997; 127: 1950-6.*

Azevedo ICB. *Children's growth status and adult's body size among urban poor household's: a cross-sectional study in São Luís, Maranhão. Northeast Brazil [PhD thesis]. London: University of London; 1988.*

Azevedo, MF. *Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco. [Tese de Doutorado] – Universidade Federal de São Paulo – São Paulo, 1993.*

Bacchus, L; Mezey, G; Bewley, S. *Domestic violence prevalence in pregnant woman and associations with physical and psychological health. Eur J Obstret Gynecol Reprod Biol; 113(1):6-11, 2004.*

Barnett, D. *The effects of early intervention on maltreating parents and theirs children. In: M. J. Guralnick. The effectiveness of early intervention. (pp. 147-170). Baltimore: Paul Brookes, 1997 (p147-170).*

Bayley, N. *Bayley scales of infant development (2nd Ed.) San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1993.*

Bee, HL. *The developing child* (7a ed.). New York: HarperCollins College Publishers 1995.

Bee H, *O Ciclo Vital*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Bee H. *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2003.

Belitzky R, Cruz CA, Marinho E, Tenzer SM. *Resultados perinatales en madres jóvenes: estudio comparativo en maternidades latinoamericanas* – publicación científica 489. Washington: OPAS; 1986.

Berendes, H. W. *Maternal determinants of perinatal mortality of intrauterine growth retardation and preterm delivery*. In: Baum, J.D. *Birth risks*. New York, Raven Press, 1993. p. 47-58.

Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. *Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women*. Am J Obstet Gynecol 1994; 170:1760-6.

Biscegli TS, Polis LB, Santos LM, Vicentin M. *Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche*. Rev Paul Pediatr. 2007; 25(4):337-42.

Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. JAMA 2002; 288:728-37.

Blackmore, EM; Jones, I; Monica, D; Sayeed, H; Roger, H; Brockington, I; et al. *Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis*. Br J Psychiatry. 2006;188(1):32-6.

Blehar, M.C.; Depaulo JR., J.R. et al. *Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample*. Psychopharmacol. Bull 34 (3): 239-243, 1998. *lar disorder in women*. J Clin Psychiatry 63 (4): 284-287, 2002.

Bozkaya, H; Mocan, H; Usluca, H; Beser, e HGümüstekin, D. 1996. *A retrospective analysis of adolescent pregnancies*. Gynecologic and Obstetric Investigation, 1996 (42:146-150).

Bornstein, MH, Hahn, CS., Suwalsky, JTD, & Haynes, OM. *The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations*. In M. H. Bornstein & R. H. Bradley (Orgs.), *Socioeconomic status, parenting, and child development*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 2003 (pp. 29-81).

Bradley RH, Corwyn RF. *Socioeconomic status and child development*. Annu Rev Psychol 2002; 53:371-99.

Brianeze, ACGS; Mello, TM. *Concordância entre escalas de triagem e diagnóstico do desenvolvimento motor no sexto mês de vida*, *Jornal de Pediatria*, v, 82, n6, 2006 (p 470-474).

Bronfenbrenner U: *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro CS, Cantilino A, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Rev Psiquiatr Clin*. 2006; 33: 92-102.

Camarano, AC. *Fecundidade e anticoncepção da população jovem*. In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas* (Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, org.) Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998 (p. 109-133).

Campos, D; Santos, DCC; Gonçalves, VMG; Goto, MMF; Arias, AV; Carvalho, AEV; Linhares, MBM, e Martinez, RE. *História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras de baixo peso (<1500g)*, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2001, 14 (1) 1-33.

Carlson, M; Corcoran, M. *Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes*. J Marriage Fam.; 63:779–92, 2001.

Carvalho, P, Pereira, P, Frias, PG. *Risk factors for neonatal mortality in hospital cohort of live births*. Epidemiol. Serv. Saúde, vol.16, no.3, Sept. 2007 (p185-194).

Chasnoff J, Bussy ME, Savitch R, Stack CM. *Perinatal cerebral infarction and maternal cocaine use*. J Pediatr. 1986; 108:456-9.

Chaudron, LH; Pies, RW. *The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review*. J Clin Psychiatry. 2003;64:1284-92.

Chriboga, C.A. - *Fetal effects*. Neurol Clin 11: 707-723, 1993.

Clark KM, Castilho M, Calatroni A, Walter T, Cayazzo M, Pino P, et al. *Breastfeeding and mental and motor development at 5 ½ years*. Ambulatory Pediatrics. 2006; 6(2):65-71.

Clarke-Stewart, KA. *Consequences of child-care for children's development*. In A. Booth (Ed.), *Child Care in the 1990s* Hillsdale, NJ: LEA, 1992 (pp. 63-82).

Clarke-Stewart KA, Vandell DL, McCartney K, Owen MT, Booth C. *Effects of parental separation and divorce on very young children*. J Fam Psychol.;14:304-26, 2000.

Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. *Manual de neonatologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica: Guanabara Koogan; 2005.

Coker, AL; Sanderson, M; Dong, B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. Paediatr Perinat Epidemiol,18(4):260-9, 2004.

Cole, M e Cole, S R. *O desenvolvimento da criança e do adolescente*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

Committee on Adolescence, 1989. *Adolescent pregnancy*. Pediatrics, 83:132-134.

Consonni EB. Repercussões de um programa multidisciplinar de preparo para o parto e maternidade: ansiedade materna e resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 24: 205.

Costa MCO, Pinho FJ, Martins SJ. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém, Pará. *J Pediatr (Rio J)* 1995;71:151-7.

Cunha F, Heckman JJ, Lochner L, Masterov DV. *Interpreting the evidence on life cycle skill formation*. In: Hanushek E, Welch F, editors. *Handbook of the economics of education*. Amsterdam: North-Holland; 2006 (p697-812).

Cunningham FG. *Williams Obstetrics*. 19th Ed. New Jersey: Prentice Hall International Inc.; 1993.

Day, N; Richardsong; Goldschmidt, L; Cornelius, M. *Prenatal tobacco exposure and preschooler behavior*. *Journal of Behavioral and Developmental Pediatrics* 21:180–188, 2000.

De Andraca I, Pino P, de la Parra A, Rivera F, Castillo M: *Risk factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions*. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 138-47.

De Vries NK, Erwich JJ, Bos AF. *General movements in the first fourteen days of life in extremely low birth weight (ELBW) infants*. *Early Hum Dev* 2008; 84:763-8.

Debassio WA, Kemper TL, Tonkiss J, Galler JR. *Effect of prenatal protein deprivation on postnatal granule cell generation in the hippocampal dentate gyrus*. *Brain Res Bull* 1996;41:379-83.

Delaney, D.B.; Larrabee, K.D.; Monga, M. *Preterm premature rupture of membranes associated with recent cocaine use*. *Am J Perinatol* 14: 285-288, 1997.

Diament, AJ. *Exame neurológico do lactente*. In: Diament AJ e Cypel S, editores. *Neurologia infantil*, 3rd ed. São Paulo: Atheneu; 1996 (p.33-62).

Dietz PM, Spitz AM, Anda RF, et al. *Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood*. JAMA 1999; 282:1359-64.

Dobbing J, Hopewell JW, Lynch A. *Vulnerability of the developing brain: VII - permanent deficit of neurons in cerebral and cerebellar cortex following early mild undernutrition*. Exp Neurol 1971; 32:439-47.

Dworkin, PH. *British and American recommendations for developmental monitoring: the role of surveillance*. Pediatrics; 84:1000-10, 1989.

Downey, G e Coyne, JC. *Children of depressed parents: An integrative review*. Psychological Bulletin, 108 (1), 50-76, 1990.

Eickmann SH, de Lira PI, Lima Mde C, Coutinho SB, Teixeira Mde L, Ashworth A. *Breast feeding and mental and motor development at 12 months in a low-income population in northeast Brazil*. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007; 21: 129-37.

Eilenberg J, Fullilove M. Introduction. In: Commonwealth Foundation Commission on Women's Health. *Violence Against Women in the United States: a comprehensive background paper*. 2nd ed. New York: The Commission; 1996. (p. 1-5).

Emery, RE. *Interparental conflict and the children of discord and divorce*. Psychol Bull. 1982; 92:310-30.

Engstrom EM, Anjos LA. *Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno*. Cad Saúde Pública 1999; 15: 559-67.

Escamilla, RP; e Pollitt, E. *Causes and consequences of intra-uterine growth retardation in Latin America*. Bull. Pan. Am. Health Organ. 26: 128-47, 1992.

Faisal-Cury A, Menezes PR. *Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco*. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006; 28: 171-8.

Feldman, R; Granat, A; Pariente, C; Kanety, H; Kuiny, J; Gilboa-Schechtman, E. *Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement Fear Regulation, and Stress Reactivity*. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Department of Psychology, Bar-Ilan University, Israel, 2005.

Ferreira, AMA. *Prevenção da anemia ferropriva em lactentes que frequentam creches no município de São Paulo, através de uma fórmula láctea fortificada com ferro* [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Unifesp; 2000.

Ferreira CP, Mitsushiro SS; Barros MCM; Chalem E; Guinburg R; Patel V. *The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescents mothers in São Paulo, Brazil*. BMC Public Health, 2007; (1): 209-9.

Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad Saude Publica 2003; 19(6):1691-1699.

Fischer T. *Parental divorce and children's socio-economic success: conditional effects of parental resources prior to divorce, and gender of child*. Sociology. 2007;41:475-95.

Fraga DA; Linhares MBM; Carvalho AEV; Martinez FE. *Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas*. Psicol Estud, vol 13 n2. Maringá Apr/June 2008.

Freeman M.P.; Smith, K.W. et al. - *The impact of reproductive events on the course of bipolar disorder in women*. J Clin Psychiatry 63 (4): 284-287, 2002.

Fountoulakis, KN; Leucht, S; Kaprinis, GS. *Personality disorders and violence*. Curr Opin Psychiatry. Review. 2008; 21(1):84-92.

Gallahue, DL e Ozmun, JC. *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Phorte editora, 2001, 641p.

Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:153-61.

Garcia-Montrone V; Rose, J C. *Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível sócio-econômico baixo: estudo preliminar.* Cad. Saúde Pública. 1996, vol.12, n.1, pp. 61-68.

Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO. *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence.* Lancet. 2006; 368(9543):1260-69.

Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS. *Prevalence of Violence Against Pregnant Women.* JAMA.1996; 275(24):1915-20.

Gazmararian JA, Petersen R, Spitz AM, Goodwin MM, Saltzman LE, Marks JS. *Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions.* Matern Child Health J 2000; 4:79-84.

Gertner, S; Greenbaum, C; Sadeh, A; Dolfin, Z; Sirota, L; Ben-Nun, Y. *Sleep-wake patterns in preterm infants and 6 month's home environment: implications for early cognitive development.* Early Human Development, 2002 (p93-102).

Giugliani ER, Seffrin CS, Goldani M, Ebraim JG. *The malnourished children of the urban squatter families: a study in Porto Alegre, Brazil.* J Trop Pediatrics 1987 (p33:198).

Gibson-Davis, CM, Brooks-Gunn, J. *Breastfeeding and verbal ability of 3-year-olds in a multicity sample.* Pediatrics. 2006 (118;5:444-51).

Gomella TL. *Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Guerri, C.; Renau-Piqueras J. - *Alcohol, astroglia and brain development*. Mol Neurobiol 15: 65-81, 1997.

Guimarães, LV; Latorre, MRDO; Barros, MBA. *Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares*. Cad Saúde Pública 1999; 15: 605-17.

Grantham-McGregor, S. *A review of studies of the effect of severe malnutrition on mental development*. J. Nutr. 125:2233S-2238S, 1995.

Guralnick, M. J. The effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 1998, (p319-345).

Gutteling, BM; Weerth, C, Willemsen-Swinkels, SH. Huizink, AC; Mulder EJ; Visser, GH; Buitelaar, JK. *The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers*, Eur Child Adolesc Psychiatry, 2005; 14(1):41-51.

Hack, M; Taylor, H; Drotar, DM; Lydia Cartar, L; Wilson-Costello, D; Klein, N; Friedman, H; Mercuri-Minich, N; Morrow, M. *Poor Predictive Validity of the Bayley Scales of Infant Development for Cognitive Function of Extremely Low Birth Weight Children at School Ag*. Pediatrics. Vol 116, No2, August 1, 2005.

Halbreich, U. - *Prevalence of mood symptoms and depressions during pregnancy: implications for clinical practice and research*. CNS Spectr 9 (3): 177-184, 2004.

Halpern, R; Barros, FC; Horta, BL; Victora, CG. *Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar*, Cad, Saúde Públ, Rio de Janeiro, 1996. 12(Supl,1): (p73-78).

Halpern R, Giugliani ERJ, Victoria CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para a suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. Rev Chil Pediatr 2000 set; 7 (6): 421-8.

Halpern, R; Giugliani ERJ; Victora CG; Barros, FC; Horta, BL. *Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida*, Jornal de Pediatria Vol, 76, Nº6, 2 Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000.

Haywood, K.M e Getchell, N. *Desenvolvimento motor ao longo da vida*. Porto Alegre: Artmed Editora, 3ª ed. 2004, 344, p. 11.

Harvard Medical School. *Dependent personality disorder*. Harv Ment Health Lett. 2007; 23(10):1-4.

Heron, J; McGuinness, M; Blackmore, ER; Craddock, N; Jones, I. *Early postpartum symptoms in puerperal psychosis*. BJOG. 2008; 115(3): 348-53.

Holden, GW; Geffner, R e Jouriles, EN. *Children exposed to marital violence: theory, research, and applied issues*. Washington: American Psychology Association, 1998.

Horwood LJ, Mogridge N, Darlow BA. Cognitive educational and behavioral outcomes at 7 to 8 years in a national very low birthweight cohort. Arch Dis Child Fetal Neonatal 1998; 79: 12- 20.

Huttly S, Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. The timing of nutritional status determination: implications for intervention and growth monitoring. Eur J Clin Nutr 1991; 45: 85-95.

Hutz, CS, Koller, SH e Bandeira, DR. *Resiliência e vulnerabilidade em crianças em situação de risco*. Coletâneas da ANPEPP, 1996 (p79-86).

Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines; Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 6, Consequences of Gestational Weight Gain for the Child. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32816/>

Jejeebhoy SJ. *Associations between wife-beating and fetal and infant death: impressions from a survey in rural India*. Stud Fam Plann 1998; 29:300-8.

Johnson FC, Rogers BL. Children's nutritional *status* in female-headed households in the Dominican Republic. Soc Sci Med 1993; 37: 1293-301.

Kaplan, HI; Sadock, BJ; Grebb, JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 8a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.

Keller W. Epidemiologia del retraso del crecimiento. In: Waterlow JC. Retraso del crecimiento lineal en los países en vías de desarrollo. Ginebra: Nestlé-Nutrition; 1987. p. 9-12.

Kendrick, J.S.; Merritt, R.K. - Women and smoking: an update for the 1990s. Am J Obstet Gynecol 175: 528-535, 1996.

Kim-Cohen, J; Moffitt, TE; Caspi, A. e Taylor, A. *Genetic and environmental processes in young children's resilience and vulnerability to socioeconomic deprivation*. Child Developmen. 2004 (p651-668).

King EH, Logsdon DA, Schroeder SR: *Risk factors for developmental delay among infants and toddlers*. Child Health Care 1992; 21: 39-52.

Koller, SH. *Violência doméstica: uma visão ecológica*. In: AMENCAR (Org.). *Violência doméstica*. Brasília: UNICEF, 1999 (32-42).

Kopp, CB e McCall, RB. *Predicting later mental performance for normal, at risk and handicapped infants*. In: Baltes, P.B. & Brim, O.G. ed. *Life span development and behavior*. New York, Academic Press, 1982. V. 4, p. 33-60.

Kopp, CB e Kaler, SR. *Risk in infancy: origins and implications*. Am. Psychol., 44: 224-30, 1989.

Krishna, R.B.; Levitz, M.; Dancis, J. Transfer of cocaine by the perfused human placenta: the effect of binding to serum proteins. *Am J Obstet Gynecol* 169: 1418-1423, 1993.

Lamounier JA, Vieira GO, Gouvêa LC. Composição do leite humano - Fatores nutricionais. In: Rego JD. *Aleitamento Materno*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 47-58.

Landre FT, Bobbio TG, Gonçalves VMG, Barros Filho, AA. *Escala de Avaliação Neuromotora em pré-escolares: revisão bibliográfica. Temas sobre desenvolvimento*. 2005 (p46-52).

Lemoine, P; Harrousseau, H; Borteyrn, JP. *Les enfants de parents alcooliques: anomalies observées – A propos de 127 cases*. *Quest Med* 25: 477-482, 1968.

Levitsky, D.A. e Strupp, B. (1995) *Malnutrition and the brain: changing concepts, changing concerns*. *J. Nutr.* 125:2212S-2220S, 1995.

Liaw, FR e Brooks-Gunn, J. *Patterns of low-birth-weight children's cognitive development*, *Developmental Psychology*, 1993 (p1024- 1035).

Linhares, MBM; Carvalho AEV; Machado, C; Martinez, FE. *Desenvolvimento de bebê nascido pré termo no primeiro ano de vida*, *Paidéia*, 2003 (p59-72).

Loebstein R, Koren G. *Pregnancy outcome neurodevelopment of children exposed in utero to psychoactive drugs: The mother risk experience*. *J psychiatry Neurosci.* 1997; 22(3)192-6.

Lopes, RCS; Oliveira, DS; Vivian, AG; Bohmgahren, LMC; Piccinini, CA; Tudge, J. *Sentimentos Maternos frente ao Desenvolvimento da Criança aos 12 Meses: Convivendo com as Novas Aquisições Infantis*, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol 23, n1, Jan-Mar 2007 (p 05-016).

Lopes, R; Nascimento, R; Souza, S; Mallet L. *Desenvolvimento Cognitivo e Motor de Criança de Zero a Quinza Meses: Um Estudo de Revisão*. 2010.

Lordelo, ER; Chalhub, AA; Guirra, RC, Carvalho, C. *Contexto e desenvolvimento cognitivo: frequência à creche e evolução do desenvolvimento mental*. Psicol. Reflex. Crit. Vol.20, n.2, 2007 (p324-334).

Lovejoy, MC; Graczyk, PA; O'Hare, E; Neuman, G. *Maternal behavior and parenting behavior: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review. 2000 (p561-592).

Machado, MH. *Assistencia Pré –natal*. Medicina Materno-Fetal-1. 2 edição. Lisboa: Lidel, 2000. (cap 13)

Magalhães, LC; Fonseca, K; Martins, LDT, Braga; Dornelas, LF. *Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso segundo o teste Denver-II*. Rev Bras Saude Mater Infant. Vol11, no4, Recife Oct-Dec 2011.

Massey, SJ; Hird, KM; Simmer, K. *Relationship between early feeding and communication development in infants: Birth To 12 months*, Paper presented at the 2nd World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, France, Jul 2004.

McGregor, SG; Cheung, YB; Cueto, S; Glewwe, P; Richter, L; Strupp ,B. And the International Child Development Steering Group, *Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries*. Lancet; 2007 (p60–70).

Meio, MDB; Lopes, CS; Morsch, DS. *Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso*. Rev Saúde Pública 2003 dez 2; 37 (3): 311-8.

Miller, JE; Korenman, S. *Poverty and children's nutritional status in the United States*. Am J Epidemiol 1994; 3: 233-42.

Minayo, MCS. *Violência e Saúde*. Editora Fiocruz – Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro-RJ, 2006.

Ministério da Saúde. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Miranda, LP; Resegue, R.; Figueiras, ACM. *A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de Pediatria*. J Pediatr 2003, 79(S1): S33-S42.

Molina, MCB; Gross, R; Schell, B; Leal, M; Strack, U; Brunken, B. *Nutritional status of children of urban low-income communities, Brazil: 1986*. Rev Saúde Pública 1989; 23: 89-97.

Monte, C. *Desnutrição: um desafio secular à saúde infantil*. J Pediatr (Rio J) 2000; 76(Suppl 3):S285-97.

Monteiro, CA. *O panorama da nutrição infantil nos anos 90*. Brasília (DF): UNICEF; (Cadernos de Políticas Sociais. Série Documentos para Discussão, 1), 1997.

Monteiro, CA; Freitas, ICM. *Evolução de condicionantes socioeconômicos da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996)*. Rev Saúde Pública 2000; 34: [Supl 6]: 8-12.

Moore, T.R.; Sorg, J.; Miller, L. *Hemodynamic effects of intravenous cocaine on the pregnant ewe and fetus*. Am J Obstet Gynecol 155: 883-888, 1986.

Moreira, CC. *O assunto é o Dia das Mães*. Revista: Pediatria Moderna. 1999; 35(5).

Morrow-Tlucak, M; Haude, RH; Ernhart, CB. *Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life*. Soc Sci Med. 1988; 26: 635-9.

Murahovschi, J; Teruya, KM; Nascimento, ET; Bueno, LGS; Pinheiro, L; Maneta, ME. *Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de 0-6 meses de idade alimentados exclusivamente com leite materno*. J Pediatr (Rio J). 1987; 63:153-75.

Myers, R. *The Twelve Who survive*. Michigan: High/Scope Press, 1995.

Murahovschi, J. *Pediatria: diagnóstico + tratamento*. 6ª Edição. São Paulo: Sarvier; 2006.

Nager, A; Sundquist, K; Ramirez-Leoon, V; Johansson, M. Obstetric complications and postpartum psychosis: a follow-up study of 1.1 million first-time mothers between 1975 and 2003 in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117(1):12-9.

Neubauer AP, Voss W, Kattner E. Outcome of extremely low birth weight survivors at school age: the influence of perinatal parameters on neurodevelopment. *Eur J Pediatr* 2008; 167:87-95.

Newman, L.M. -*The chemically dependent parturient*. *Sem Anesth* 11: 66-75, 1992.

Nóbrega, FJ; Vítolo, MR; Queiroz, SS; Magrini, JE. *Crianças desnutridas internadas - relação com variáveis maternas*. *Rev Paul Pediatr* 1994; 12: 286-90.

Nóbrega, FJ; Campos, ALR; Nascimento, CFL. *Vínculo mãe/filho na desnutrição*. In: Nóbrega FJ, Campos ALR, Nascimento CFL, editores. *Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe/filho*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. (p. 55-65).

Organización Mundial de La Salud. Risk approach for maternal and child health care. Geneva: WHO; 1978.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

Papalia, DE; Olds, SW; Feldman, R. *Desenvolvimento Humano*. MC Graw, 2008.

Pedroso, FS. *Respostas reflexas à compressão apendicular do recém-nascido de termo*. [Tese de doutorado] – Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre. 2000.

Perry, SE. *Nutrição Materna Fetal*. Enfermagem na Maternidade. Loures: Lusociência, 2008. (p. 304-332)

Piaget, J. *A construção do real na criança*. 3.ed. São Paulo: Ática, 1996.

Piaget, J. *Epistemologia genética*. 1. Ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Pietrantoni, N; Knuppel, RA. *Alcohol use in pregnancy*. Clin Perinatol, 1991 (p. 93-111).

Plaza B, Brito NI, Torrejón HP, Gloor VC, Medina JMJ, Díaz TT et al. Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. Alan, mar 2001; 51(1).

Pinto, EB. *O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida*. Psicol Reflex Crit. vol 22, no1, Porto Alegre, 2009.

Pinto, I; Padovani, F; Linhares, MB. *Ansiedade e Depressão Materna e Relatos sobre o Bebê Prematuro, Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol25, n1, Jan-Mar 2009 (pp 075-083).

Pinazo-Duran, M.D.; Renau-Piqueras, J.; Guerri, C. *Optic nerve hypoplasia in fetal alcohol syndrome: an update*. Eur J Ophthalmol, 1997(p. 262-270).

Pinheiro, SN; Laprega, MR; Furtado, EF. *Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde*. Rev Saúde Pública, 2005 (p. 593-598).

Pinazo-Duran, MD.; Renau-Piqueras, J; Guerri, C. *Optic nerve hypoplasia in fetal alcohol syndrome: an update*. Eur J Ophthalmol, 1997 (p. 262-270).

Pinto AAM, Fracolli LA. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):766-9.

Puffer RR, Serrano CV. *Patterns of birthweights: scientific publication nº 504*. Washington: PAHO; 1987.

Rae-Grant, N; Thomas, BE; Offord, DR; Boyle, MH. *Protective factors, and the prevalence of behavior and emotional disorders in children and adolescents*. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28(2), 1989 (p262-268).

Reppold, CT; Pacheco, J; Bardagi, M.; Hutz, C. *Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e*

adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: C. S., São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002 (pp. 7-51).

Resnick, PL. Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry*. 1969;126:325-34.

Richardson, GA.; Day, N.L.; McGauhey, P.J. *The impact of prenatal marijuana and cocaine use on the infant and child*. *Clin Obstet Gynecol* 36: 302-318, 1993.

Richardson, GA; Day, NL; McGauhey, PJ. The impact of prenatal marijuana and cocaine use on the infant and child. *Clin Obstet Gynecol* 36: 302-318, 1993.

Rodriguez A, Miettunen J, Henriksen TB, Olsen J, Obel C, Taanila A, Ebeling H, Linnet KM, Moilanen I, Jarvelin MR. *Maternal adiposity prior to pregnancy is associated with ADHD symptoms in offspring: evidence from three prospective pregnancy cohorts*. *International Journal of Obesity (London)* 2008;32(3):550–557

Rodrigues, OMPR. *Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês*. Educar Revista Curitiba, Brasil, n43, p 81-100, Editora UFPR, jan-mar 2012.

Romero, MI; Yetzen, G; Molina, R; Alarcón, G; González, E; Arestizába, E. *Características del primer año de vida de hijos de madres adolescentes: un estudio descriptivo de seguimiento*. *Cuad Med-Soc (Santiago de Chile)* 1984; 25:124-9.

Rosa Neto F, Caon G, Bissani C, Silva CA, Silva MSE. *Psychomotor characteristics of high neurological risk children from a follow-up program*. *Rev Bras de Med* 2010; 11: 52-58

Rosemberg, J; Rosemberg, AMA.; Moraes, MA. *Nicotina: droga universal*. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”, São Paulo. 2003.

Rotta, NT. *Desenvolvimento psicomotor*. *Pesq Méd*; 1993, 9:617-28.

Rotta, NT; Pedroso, FS. *Desenvolvimento Neurológico: Avaliação Evolutiva*. Revista AMRIGS, Porto Alegre, jul-set 2004; 48 (3): 175-179,.

Rozenak, D; Diamant, YZ; Yaffe, H. Cocaine: maternal use during pregnancy and its effects on the mother, the fetus and the infant. *Obstet Gynecol Survey* 45: 348-359, 1990.

Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 2000; 12:265-96.

Saccani, R; Brizola, E; Giordani, AP; Bach, S; Resende, TL; Almeida, CS; *Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre*. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v17, n3, jul/set, 2007 (p.130-137).

Sameroff, AJ; Chandler, MJ. *Reproductive risk the continuum of caretaking casualty*. In: Horowitz FD, Scarr-Salapatek MH, Siegel G, eds, *Review of child development research*, Chicago: University of Chicago Press; 1975 (p. 187-244).

Sameroff, AJ. *Environmental context of child development*. *J Pediatr*, 109(1):192-9, 1986.

Santos, AM; Benetti SPC; *Maternidade e depressão: impacto na trajetória de desenvolvimento* *Psicol, estud*, vol 13, no 2, Maringá Apr./June 2008.

Sansavini, A; Rizzardi, M; Alessandroni, R; Giovanelli, G. *The development of Italian low and very low birthweight infants from birth to 5 years: the role of biological and social risks*, *International Journal of Behavioral Development*, 1996 (p. 533-547).

Scarr, S. e Eisenberg, M. *Child care research: issues, perspectives, and results*. *Annual Review of Psychology*, 1993 (p. 613-644).

Schermann, L; Alafaya, C. *Depressão pós-parto, tendências atuais*. *Revista Medicina da PUCRS*, 2000 (p. 130-248).

Schwengber, DDS; Piccinini, CA. *Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida*. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 2004 (p.233-240).

Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília: Ministério da Saúde. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Série Cadernos de Atenção Básica; n, 11 - Série A, Normas e Manuais Técnicos, 2002.

Sexton M, Fox N, Hebel J. *Prenatal exposure to tobacco: II. Effects on cognitive function at age three*. International Journal of Epidemiology, 1990 (p. 72–77).

Shore R. *Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro*. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

Silva, FC; Sousa; et al. *Depressão pós-parto em puérperas: conhecendo interações entre mãe, filho e família*. Acta paul. enferm. vol23, n3, 2003 (p 411-416).

Silva, ET; Botti, NCL. *Depressão puerperal: uma revisão de literatura*. Rev Eletrônica Enferm. 7(2): 231-8, 2005.

Silva, LMP; Venâncio SI; Marchioni, DML; *Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados*. Revm Nutr, vol23, no6, Campinas, Nov/Dec, 2010.

Sinclair, D. *Understanding wife assault: a training manual for counselors and advocates*. Toronto: Ontario. Publishing Company, 1985.

Sousa FJPS. *Pobreza, desnutrição e mortalidade infantil: condicionantes socioeconômicos*. Fortaleza: UNICEF; 1992.

Steinmetz, N. *The development of children and the health of societies* Paediatr Child Health. Vol 15, No 1, January 2010.

Straub, WJ. *Malfunction of the tongue*. Part II. Am J Orthodon 1961 (p. 596-617).

Strauss, RS. Adult functional outcome of those born small for gestational age: twenty-six-year follow-up of the 1970 British Birth Cohort. JAMA 2000; 283: 625-32.

Sucupira, ACSL; Kobinger, MEBA, Saito, MI; Bourrol, MLM; Zuccolotto, SMC. *Pediatria em Consultório*. Sarvier Editoras Livros Médicos. 5 edição. São Paulo - SP. 2010.

Taylor, HG; Klein, N; Hack, M. *School-age consequences of birth weight less than 750 g: a review and update*. Dev Neuropsychol 2000;17:289-321.

Teachman, J; Paach, K. *Financial impact of divorce on children and their families*. Future Child. 1994 (p. 4:63-83).

Thorburn, JM. Practical aspects of programme development (1): *Prevention and early intervention at the community level*. In: Thorburn KM, Marfo J, eds. *Practical Approaches to childhood disability in developing countries: insights from experience and research*. St John's: Project Seredec Memorial University of Newfoundland; 1990 (p.31-54).

Tjossem, TD. *Intervention Strategies for High Risk Infants and Young Children*. Baltimore: University Park Press, 1976.

Tornero B, Tortajada J F , Colomer J D , Garcia AA O, Mmirales AV. *Factores de riesgo asociados a los tumores neonatales. Experiencia de una unidad de salud medioambiental pediátrica*. An Pediatr (Barc) 2006 (p. 64: 439 – 448).

Tourinho, AB; Reis, BSMR; *Peso ao Nascer: Uma Abordagem Nutricional*. Com. Ciências Saúde. 2013 (p. 19-30)

Turkheimer, E; Haley, A; Waldron, M; D'Onofrio, B; Gottesman, II. *Socioeconomic status modifies heritability of IQ in young children*. Psychol Sci; 2003 (14:623-8).

Valman HB. Develop Valman HB. *Development surveillance at 6 weeks*. Br Med J 1980 (p. 280:1000-2).

Victora, CG.; Barros, FC. e Vaughan, JP. *Epidemiologia da Desigualdade: Um Estudo Longitudinal de 6000 Crianças Brasileiras*. 2a Ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/ Editora Hucitec, 1989.

Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG. *Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil*. Lancet, 1987, (p. 2:319-22).

Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Crescimento e desnutrição*. In: Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6.000 crianças brasileiras*. São Paulo: Hucitec; 1988 (p. 94-116).

Victora, CG; Horta, BL; de Mola, CL; Quevedo, L; Pinheiro, RT; Gigante, DP; Gonçalves, H; Barros, FC. *Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil*. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul. Lancet Glob Health, 2015 (p. 199–205).

Vohr BR, Wright LL, Dusick AM, Mele L, Verter J, Steichen JJ. *Neurodevelopmental and functional outcomes of extremely low birth weight infants in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network*. 1993–1994. Pediatrics 2000 (p.105:1216-26).

Volpe JJ. *Neurology of the newborn*. 4 ed nd. Philadelphia: Saunders; 2001.

Wachs, TD. *Relation of mild-to-moderate malnutrition in human development: correlational studies*. J Nutr. 125:2245S-2254S, 1995.

Wadhwa, PD; Sandman, CA. et al. *Placental CRH modulates maternal pituitary adrenal function in human pregnancy*. Ann N Y Acad Sci, 1997 (p. 276-281).

Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Shetter-Dunkel C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. Am J Obstet Gynecol. 1993; 169: 858-65.

Walker, SPK; Wachs, TD; Gardner, ML; Lozoff, B; Wasserman, GA; Pollitt, E; Carter, JA. *The International Child Development Steering Group, Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries*. Lancet 369: 145–57, 2007.

Warner, G. Birthweight Productivity of Prenatal care. Southern Economic Journal; 65 (1); ABI/INFORM Global, Jul/ 1998. (p 42-63)

Waterlow JC. *Observaciones sobre la historia natural del retraso del crecimiento*. In: Waterlow JC Retraso del crecimiento lineal en los países en vías de desarrollo. Ginebra: Nestlé-Nutrition; 1987 (p. 5-11).

Watts, C; Zimmerman, C. *Violence against women: global scope and magnitude*. Lancet. 359(9313):1232-7, 2002.

Williams RL, Creasy RK, Cunningham GC, Hawes WE, Norris FD, Tashiro M. Fetal Growth and perinatal Viability in California. Obstet Gynecol 1982;59(5):624-632.

Yamaguichi, ET. et al. Drogas de abuso e gravidez. Rev. Psiqu. Clín 35, supl 1, 2008 (p.44-47).

Yavas, MS. *Padrões na aquisição da fonologia do português*. Letras de Hoje PUCRS 1988; (p. 7-30)

Yonkers, K.A.; Wisner, K.L. et al. *Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period*. Am J Psychiatry, 2004 (p. 608-620).

Zamberlan MAT, Biasoli-Alves ZMM. *Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina (UEL); 1996.

Zimmer-Gembeck MJ, Helfand M. Low birth-weight in a public prenatal care program: behavioral and psychosocial risk factors and psychosocial intervention. Soc Sci Med. 1996; 43: 187-97.