

PATRÍCIA CONSTANTINO DE TELLA

**A trajetória do desenvolvimento no primeiro ano de vida em comunidades
de alta vulnerabilidade social: um estudo longitudinal**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutora em Ciências

Programa de Pediatria

Orientador: Prof. Dr. Alexandre
Archanjo Ferraro

São Paulo

2021

PATRÍCIA CONSTANTINO DE TELLA

**A trajetória do desenvolvimento no primeiro ano de vida em comunidades
de alta vulnerabilidade social: um estudo longitudinal**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Doutora em Ciências

Programa de Pediatria

Orientador: Prof. Dr. Alexandre
Archanjo Ferraro

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 5890, de 20 de dezembro de 2010. A
versão original está disponível na Bbibloteca FMUSP)

São Paulo

2021

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição de uma amostra de lactentes (n = 313) e suas mães na região oeste do município de São Paulo, 2012.....	23
Tabela 2 - Frequência das categorias de desenvolvimento, segundo Bayley, em uma amostra de lactentes (n = 313) do município de São Paulo, 2012	24
Tabela 3 - Frequência (N) da classificação do desenvolvimento motor, linguístico e cognitivo, aos 6 e 12 meses, numa amostra da região oeste do município de São Paulo, 2012.....	25
Tabela 4 - Associação entre fatores ambientais, comportamentais e de saúde com a diferença nos escores de desenvolvimento, entre os 6 e os 12 meses de idade, de lactentes (n = 313), município de São Paulo, 2012	27
Tabela 5 - Análise da associação entre a inclinação do desenvolvimento cognitivo bruto e a análise ajustada, entre 6 e 12 meses, das variáveis biológicas e ambientais no município de São Paulo, 2012	29
Tabela 6 - Análise da associação entre a inclinação do desenvolvimento de linguagem bruto e a análise ajustada, entre 6 e 12 meses, das variáveis biológicas e ambientais no município de São Paulo, 2012	30
Tabela 7 - Análise da associação entre a inclinação do desenvolvimento motor bruto e a análise ajustada, entre 6 e 12 meses, das variáveis biológicas e ambientais no município de São Paulo, 2012	31

RESUMO

Tella PC. *A evolução do desenvolvimento no primeiro ano de vida em comunidades de alta vulnerabilidade social: um estudo longitudinal* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Em países desenvolvidos, 13% das crianças apresentam algum tipo de déficit no desenvolvimento. Já em países de baixa e média renda socioeconômica, estima-se 250 milhões de crianças com alto risco de não atingirem seu potencial de desenvolvimento na primeira infância, um período da vida considerado sensível, em cujo desenvolvimento cerebral atinge 80% da sua capacidade total. O objetivo deste trabalho foi analisar a trajetória latente aos 6 e 12 meses do desenvolvimento cognitivo, linguagem e motor através da Escala Bayley de Desenvolvimento. Além disso, investigou-se a ação preditora e mediadora de fatores gestacionais, psicossociais e ambientais no primeiro ano de vida. Trata-se de um estudo epidemiológico longitudinal, uma coorte de nascimento de base populacional com quatro momentos de avaliação: terceiro trimestre da gestação, aos dois meses, seis e doze meses do lactente. Foi analisado o desenvolvimento neuropsicomotor dos lactentes aos 6 meses e 1 ano de idade, além de dados sociodemográficos, saúde materna, violência, alimentação e cuidados do lactente. Analisamos o desenvolvimento de 313 lactentes, encontramos a prevalência de 25% de lactentes abaixo da média no desenvolvimento motor aos 6 meses, e 19,5% aos 12 meses; 23% de déficit de linguagem aos 6 meses, e 26% aos 12 meses. A menor prevalência, porém, extremamente significativo no o desenvolvimento cognitivo, 9% de atraso aos 6 meses e 11,5% aos 12 meses. As análises mostram que os lactentes do sexo masculino tiveram uma melhor trajetória quando inseridos na creche quando comparados com os do sexo feminino, porém, os meninos com irmãos mais velhos mostram uma queda na trajetória, e as meninas tiveram uma melhor trajetória no desenvolvimento no caso de mães com maior escolaridade. Também encontramos associações negativas do uso de substâncias, doenças psiquiátricas e peso do nascimento em relação ao desenvolvimento, e fatores como amamentação e mães adolescentes sendo associados positivamente no desenvolvimento dos lactentes. Conclui-se que o desenvolvimento neuropsicomotor dos diferentes domínios estão intimamente relacionados, os fatores biológicos vão perdendo força com o passar do tempo, e os fatores ambientais vão se fortalecendo, sendo que os fatores biológicos e psicossociais impactam no percurso do desenvolvimento. Encontramos uma alta prevalência de atraso no desenvolvimento, a área motora teve a maior frequência de atraso e a prevalência do atraso no desenvolvimento cognitivo e de linguagem aumentou com o passar dos meses.

Descritores: Desenvolvimento infantil; Escala Bayley; Fatores maternos; Neuropsicologia; Pediatria.

ABSTRACT

Tella PC. *Infant development evolution in the first year of life in communities with high social vulnerability: a longitudinal study* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

The aim was to analyze a latent trajectory at 6 and 12 months of cognitive, language and motor development through the Bayley Scale; And the predictive and mediation of gestational, psychosocial and environmental factors in the first year of life. This is a longitudinal epidemiological study, a population-based birth cohort with four evaluation moments: third trimester of pregnancy, at two months, six months and 1 year of the infant. We analyzed the neuropsychomotor development of infants at 6 and 12 months, sociodemographic, maternal health, violence, feeding and care child care. We analyzed the development of 313 infants. We found a prevalence of 25% of infants below average in motor development at 6 months and 19.5% at 12 months, 23% of language deficit at 6 months and 26% at 12 months. lower prevalence, but extremely significant in cognitive development, 9% delay at 6 months and 11.5% at 12 months. The analyzes showed that male infants who went to daycare had a better developmental trajectory when compared to girls, but boys show a decrease in the trajectory of infants with older siblings. And girls had a better development trajectory of mothers with higher education. We found maternal associations as substance abuse and psychiatric illness, also infants birth weight associated to low infant development. And breastfeeding and teenage mothers being positively associated with infant neurodevelopment. We concluded that the neuropsychomotor development of the different domains are closely related. Biological and psychosocial factors impact on infant milestones. We found a high prevalence of developmental delay on motor and the prevalence in language and cognitive development increased over the months. This study shows the importance of screenings to identify possible development delays, for subsequent intervention programs to prevent or minimize future hazards and allow the child to develop to their full potential.

Descriptors: Child development; Bayley scale; Maternal factors; Neuropsychology; Pediatrics.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Tella, Patrícia Constantino de

A evolução do desenvolvimento no primeiro ano de vida em comunidades de alta vulnerabilidade social : um estudo longitudinal / Patrícia Constantino de Tella. -- São Paulo, 2021.

Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Pediatria.

Orientador: Alexandre Archanjo Ferraro.

Descritores: 1.Desenvolvimento infantil 2.Escala Bayley 3.Fatores maternos 4.Neuropsicologia 5.Pediatria

USP/FM/DBD-393/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*Aos meus filhos, Benjamin e Gabriel,
que me fizeram ver o mundo com outros olhos.*

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer à minha família, meu pai, mãe e meu irmão, pois sem vocês nada disso teria acontecido. Principalmente ao meu marido, que está sempre ao meu lado, me apoiando e incentivando para que eu consiga conquistar o máximo do meu potencial.

Meu orientador, Alexandre Ferrado, muito obrigada por estar me guiando desde 2012 e ajudando a trilhar a minha carreira.

A toda a equipe do INPD (Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento) do projeto Butantã, que participou da coleta de dados, e aos profissionais que nos orientaram nesta jornada. às psicólogas, Adriana Argeu, Ana Elisa, Beatriz Monteiro, Mariana Hernandez, Bianca Dalmaso, Gabriela, Lucineide Silva e Mariana Cintra. As digitadoras, Ana Carolina e Lalik, e a psiquiatra, Dra. Bacy Bylik, que nos concedeu seu vasto conhecimento durante todo esse tempo.

E, por fim, meu profundo agradecimento a todas as famílias participantes deste estudo, principalmente às mães tão dedicadas aos cuidados de seus filhos, minha admiração pela garra de cada uma delas.

Normalização adotada

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

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Desenvolvimento: da concepção até os 12 meses	1
1.2 Fatores associados ao desenvolvimento	3
1.3 Avaliação do DNPM	11
1.4 Monitoramento na primeira infância	12
1.5 Justificativa	14
1.6 Hipótese	14
2 OBJETIVOS	15
3 METODOLOGIA	16
3.1 Delineamento do estudo	16
3.2 Amostragem	16
3.3 Instrumentos – medidas utilizadas	17
3.4 Variáveis Explicativas	18
3.5 Análise Estatística	20
3.6 Procedimentos éticos	21
3.7 Origem dos recursos financeiros	21
4 RESULTADOS	22
5 DISCUSSÃO	34
6 CONCLUSÃO	44
7 ANEXOS	46
8 REFERÊNCIAS	130

1 INTRODUÇÃO

1.1 Desenvolvimento: da concepção até os 12 meses

O recém-nascido é mais do que uma “folha em branco”, assim como pensava-se. O lactente já está rodeado de estímulos e experiências desde antes do nascimento. Durante a gestação, o feto é capaz de responder a estímulos externos. Estudos mostram que, à medida que o feto escuta a voz materna, seu batimento cardíaco fica mais forte e, horas após o nascimento, os recém-nascidos são capazes de discriminar sons da língua nativa, ou seja: os lactentes conseguem absorver informações do idioma materno enquanto ainda estão no útero (Eimas et al., 1971; Hepper et al., 1993; Moon et al., 1993; Partanen et al., 2003; Lenroot e Giedd, 2006; Moon, et al. 2012; Marx e Nagy, 2015). Esses estudos mostram o quão sofisticado é o desenvolvimento cerebral desde a concepção. Desta forma, as experiências pré-natais são significativamente associadas ao desenvolvimento futuro.

Um estudo de Meltzoff e Moore de 1977 revolucionou o conceito de que o recém-nascido é incapaz de aprender tão cedo. Esse estudo revelou que recém-nascidos sete dias após o nascimento são capazes de fazer imitações. Eles afirmam que o lactente foi capaz de copiar o movimento de protusão da língua do pesquisador. Oostenbroek et al. (2016) mostraram que lactentes de uma a nove semanas não são capazes de imitar comportamentos faciais e/ou gestos. Meltzof, em 2018, publicou um artigo demonstrando o porquê de os estudos de Oostenbroek não terem obtido um resultado satisfatório, afirmando que os recém-nascidos já são capazes de imitar alguns movimentos, dentro de limitações da fase em que eles se encontram.

No primeiro mês de vida, os cuidadores dos lactentes respondem a certos comportamentos e, conseqüentemente, os lactentes começam a ter algumas dicas de como se comportar para conseguirem seus objetivos. Cole e Cole (2003) citam que Piaget acreditava que os reflexos presentes no nascimento proporcionam a conexão inicial entre os recém-nascidos e seu ambiente. Dessa forma, os lactentes começam a distinguir seu corpo e os eventos externos, de modo que, mais tarde, relacionam suas ações e as conseqüências, iniciando sua

trajetória de aprendizados. A partir do segundo mês de vida, os lactentes começam a demonstrar irritabilidade, especialmente no período noturno, o que se deve ao fato de terem uma diminuição na habilidade cerebral de armazenar os estímulos ambientais — o que mostra que os lactentes recebem e armazenam informações (Satter et al., 1987; Dixon et al., 2006).

Aos três meses, os lactentes começam a se engajar cada vez mais com o cuidador. Nessa fase, é comum eles começarem a brincar, sorrir, desenvolver comportamentos de linguagem, balbuciando as primeiras vogais e consoantes, e o desenvolvimento motor ganhar força, capacitando o lactente a segurar objetos (Papalia et al. 2006; Dixon et al. 2006).

A partir dos quatro meses, os lactentes dirigem sua atenção ao mundo externo, tanto aos objetos quanto aos resultados de suas ações. Para Piaget, o lactente começa a entender comportamentos e consequências. Nesse momento, a criança percebe o ambiente, repetindo suas ações intencionalmente (Bee, 1989). À medida que o lactente vai repetindo ações e entendendo que cada comportamento tem uma consequência, quando um comportamento é reforçado pelo cuidador, ele repete e, com isso, também consegue refinar suas habilidades (Bee, 2003).

Aos seis meses, os lactentes aprendem através da visão e do tato, além de também já conseguirem sentar sem apoio, prontos para explorar o ambiente com as duas mãos. O desenvolvimento de linguagem avança, de forma que o lactente começa a reconhecer palavras habituais (Bee, 2003).

Entre os seis e dez meses, os lactentes podem começar a engatinhar, o que traz a eles novas oportunidades e descobertas. Assim, conseguem explorar melhor o ambiente, instigando uma série de descobertas e ajudando outros fatores do desenvolvimento, como a percepção, a cognição e o domínio social (Adolph e Franchak, 2017). Aos nove meses, os lactentes entendem melhor a distância entre os objetos, de modo que, mesmo quando estes encontram-se fora do seu campo visual, eles sabem que estão ali. Dessa forma, os lactentes entendem a constância em que os objetos podem reaparecer — uma capacidade de memória. Nessa fase, é comum ocorrer a ansiedade de separação, em que o cuidador se torna sua base segura, e, também nessa fase, reconhecem melhor as faces mais habituais (Liu et al., 2018), tornando-os inseguros ao verem rostos

desconhecidos. Além disso, muito do que os lactentes aprendem e como eles lidam com a situação se dá através da relação com o cuidador e as pessoas mais presentes no seu dia a dia. As primeiras palavras acontecem entre oito e catorze meses de idade. Aos doze meses, além das habilidades motoras, como andar sem apoio, as crianças começam a ficar mais independentes e conseguem escolher o que elas querem explorar. Representação gestual, variedade e a frequência da predição o nível de linguagem (Dixon e Stein, 2006; Mc Cain et al., 2007; Landy, 2009; Crais et al., 2009; Sheldrick et al., 2011).

Nesse sentido, os primeiros anos de vida é uma fase fundamental para o aprendizado e para a aquisição de novas habilidades no decorrer da trajetória de desenvolvimento da criança (Rescorla, 1989; Shore, 1997; Halpern, 2000). O desenvolvimento nesse período é demasiadamente acelerado, o cérebro aumenta em quatro vezes, chegando a aproximadamente 90% do volume do cérebro do adulto (Reiss et al. 1996).

1.2 Fatores associados ao desenvolvimento

Desenvolvimento é o termo utilizado para descrever áreas funcionais do ser humano, como cognição, linguagem expressiva e receptiva, desenvolvimento motor fino e grosso, emocional e social (Bayley, 2003). Essa trajetória é influenciada por fatores biológicos e psicossociais.

Há um grande debate sobre as teorias do desenvolvimento e a influência da natureza, o ambiente e a genética e os fatores biológicos. Se assumirmos a genética como predominante, o desenvolvimento seria uma evolução basicamente programada, influenciada apenas pelos riscos dos marcadores biológicos. Por outro lado, se o ambiente é considerado mais importante, o desenvolvimento seria predominantemente influenciado pelos cuidadores, comunidade e lugar em que essa criança está inserida (OMS, 2012).

Pesquisas apontam que os fatores biológicos que mais influenciam o desenvolvimento são: prematuridade, baixo peso, uso de substâncias (lícitas e ilícitas) pela mãe e estado nutricional, assim como o acompanhamento em consultas pré-natais. Os fatores psicossociais podem ser: nível socioeconômico, escolaridade, interação com o cuidador, mães adolescentes, mães com mais de

35 anos, primíparas, múltiparas ou gestações múltiplas e menor grau de escolaridade materna e são associados ao crescimento e desenvolvimento. Esses fatores são imprescindíveis para compreender o desenvolvimento infantil em seus diferentes contextos (Rutter, 1977; Lewis, 1988; Abrams e Newman, 1991; Escamilla e Pollitt, 1992, Berendes, 1993; Bronfenbrenner, 1996; Almeida et al., 2002; Brock et al., 2008).

Fatores biológicos, como prematuridade e peso, são os primeiros a serem considerados na saúde do lactente. Dentro da prematuridade, há o prematuro moderado, nascido entre 32 e 36 semanas, grave, entre 28 e 31 semanas, e com menos de 28 semanas, considerado extremo. Assim como o peso do nascimento, um recém-nascido com peso moderado entre 1,500kg e 2,499kg, baixo peso seria com menos de 2,5kg e muito baixo peso menos que 1,5kg.

Estima-se que 15 milhões de recém-nascidos nascem prematuros, associados a mortes neonatais ou por uma causa secundária até os 5 anos de idade (OMS, 2015). A incidência de recém-nascidos prematuros tem crescido nos últimos tempos, muitas vezes com sequelas neurológicas, fator extremamente relevante para intensificar ações terapêuticas na primeira infância (Wong et al., 2013). A estimativa da sobrevivência de lactentes nascidos pré-termo tem crescido nos últimos anos (OMS, 2017). Estudos mostram que a prematuridade e o baixo peso são associados a efeitos na maturação cerebral e no desenvolvimento (Ribeiro et al., 2011; Rechia et al., 2016), estudos indicam que fatores socioeconômico e escolaridade materna estão associados a prematuridade (Benavente-Fernández et al., 2020).

Peso inadequado durante o nascimento também enquadra grandes para idade gestacional (GIG). Já recém-nascidos GIG são aqueles nascidos maiores que o percentil 90 para a idade gestacional e sexo. Estudos mostram que esses lactentes são associados a complicações obstétricas, hipoxia cerebral, além de poder causar riscos na infância e na vida adulta, como diabetes, síndrome metabólica, asma, entre outras complicações, e até morte intrauterina (Schellong, 2012; Kim et al., 2014).

Chiavaroli et al. (2015) publicaram na revista Nature que lactentes nascidos GIG continuaram grandes aos 3 meses de vida, mas aos 6 meses não tiveram mais diferenças em relação ao grupo de lactentes nascidos com tamanho

adequado, pois recém-nascidos GIG tiveram um crescimento lento, comparado aos outros lactentes.

O tamanho para a idade gestacional é um fator importante para o desenvolvimento, tanto para lactentes pequenos para a idade gestacional quanto para GIG, é associado a déficit de atenção e hiperatividade, depressão na vida adulta e autismo (Herva et al., 2008; Halmoy et al., 2011; Colman et al., 2012; Moore et al. 2012).

A presença de condições adversas, tanto socioeconômicas quanto psicossociais, é considerada fator de risco e ameaça ao desenvolvimento da criança (Carvalho et al., 2007). Crianças que vivem em países em desenvolvimento estão expostas a vários riscos, entre os quais o de apresentarem gestações desfavoráveis e fatores socioeconômicas que podem dificultar o desenvolvimento adequado por uma série de eventos negativos causados por esses fatores (Escalona, 1982; Garbarino, 1990; Lipman et al., 1994; Werner, 1997).

A maior parte do mundo vive em condições desfavoráveis, entre média e baixa renda socioeconômica (OMS, 2012). Em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, cerca de 13% das crianças de 3 a dezessete anos apresenta algum tipo de déficit no desenvolvimento, como autismo, deficiência intelectual e transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (Boulet et al., 2009; Boyle et al., 2011). Já em países de baixa e média renda socioeconômica, estima-se que 200 milhões de crianças menores de 5 anos de idade têm alto risco de não atingir seu potencial desenvolvimento humano (Grantham-Mcgregor et al., 2007). Em estudo mais recente, a prevalência subiu para 250 milhões de crianças que correm o risco de não atingir o desenvolvimento esperado (Black et al., 2016). O fator socioeconômico gera um acúmulo de fatores que agravam os riscos determinantes para o desenvolvimento criança (Bronfenbrenner, 1996; King et al., 1992; De Andraca et al., 1998).

A medida do status socioeconômico refere-se a inúmeras condições sociais, como condição de moradia, escolaridade da família, educação e ocupação materna e paterna. Essas medidas de educação parental tem um importante resultado, tanto no status socioeconômico quanto na educação, e há

resultados inadequados em testes cognitivos da criança (ABEP, 2009; Piccolo et al., 2016; Weinberg et al., 2019).

A escolaridade dos pais tem efeitos no desenvolvimento infantil. Uma pesquisa mostrou os efeitos da educação materna utilizando a escala Bayley de Desenvolvimento, as crianças vindas de famílias em que as mães tinham pouca escolaridade tiveram impacto no desenvolvimento cognitivo, linguagem e motor aos 20 meses (Patra, 2016).

Outro estudo demonstrou o mesmo resultado da associação entre a escolaridade materna e o desenvolvimento dos 3 aos 12 meses. Quanto maior a escolaridade materna, melhor era o desempenho da criança (Ivanans, 1975). A hipótese é de que, quanto maior a escolaridade materna, mais a mãe tende a passar tempo com a criança, tendo uma maior disponibilidade, maior cuidado e tempo em brincadeiras necessárias, estimulando melhor a criança, além de possibilitar maiores recursos (McLanahan, 2004; Kalil, et al., 2012). Atualmente, encontram-se poucos estudos referentes à escolaridade paterna, mas o nível de educação do pai também tem efeitos significativos para a contribuição no desenvolvimento da criança, principalmente na linguagem, mesmo vindo de uma classe social baixa (Hoff, 2006).

Outro fator a que a condição socioeconômica está associada é a saúde mental. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), 10% das grávidas e 13% das puérperas têm alguma experiência de transtornos psiquiátricos. Em países em desenvolvimento, esse número sobe para 15,6% das gestantes e 19,8% das puérperas.

A gravidez e o puerpério já são biológica e psicologicamente estressantes com a grande mudança na vida da mulher. A isso já é por si só associado o aumento no risco de doenças psiquiátricas. Esse número se agrava em mulheres jovens, solteiras e que vivem em situações adversas (Vegas-Lopez et al., 2008; Meltzer-Brody, et al. 2018).

Em uma coorte de nascimento, foi verificado que os eventos estressores psicossociais maternos foram altamente prevalentes em mães que vivem em alta vulnerabilidade social. As análises desse estudo mostraram que os transtornos psiquiátricos, tanto na gestação quanto no puerpério, tiveram associações com o desenvolvimento cognitivo dos lactentes aos 6 meses. 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; Tella, 2015).

O estado mental materno está intimamente ligado com o nível de atenção e responsividade da mãe com o lactente. O comportamento adequado materno diante das necessidades dos seus filhos tem uma influência significativa no desenvolvimento. Um estudo de metanálise sobre a ansiedade, a autoestima e a depressão mostrou associações desses fatores com o relacionamento materno e o nível de apego da mãe com seu filho (Sedmen et al., 2006; Yarcheski et al., 2009).

Outro fator psiquiátrico importante a ser acompanhado durante a gestação é o abuso e a dependência de substâncias. O uso de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, durante a gestação tem grandes associações a danos no sistema nervoso central do feto, com consequências de déficits cognitivos, má formações, síndromes de abstinência e retardo no desenvolvimento do lactente (Lemoine et al., 1968; Pietrantonio e Knuppel, 1991; Newman, 1992; Richardson et al., 1993). As drogas atravessam a barreira placentária sem sofrer metabolização, determinando uma série de malformações fetais, agindo diretamente no sistema nervoso central, cardiovascular, entre outros (Krishna et al., 1993). Estudos apontaram que aproximadamente 10% das gestantes norte-americanas que usaram cocaína tiveram descolamento prematuro de placenta, entre outras complicações maternas e perinatais (Rozenak, et al., 1990; Delaney et al., 1997; Pinheiro et al. 2005; Yamaguchi et al., 2008). Tanto no período gestacional quanto no puerpério, as drogas são conseqüentemente relacionadas a atrasos ao desenvolvimento infantil, estudos mostraram uma forte associação do atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em filhos de usuárias (Eyler, 1999; Peacock, 1999; Ernst et al., 2001; Tella, 2015).

O uso de substâncias e a violência doméstica são fatores inerentemente conectados. Em uma pesquisa feita em 2000, Bennet mostrou que 46% dos agressores eram homens dependentes de substâncias ilícitas, 60% das vítimas também faziam abuso de substâncias e 42% das mulheres que vivem em programas de violência doméstica eram dependentes.

A violência durante a gestação tem recebido bastante atenção devido ao impacto na mulher e na vida da criança, levando a consequências biológicas e psicossociais, tanto para a gestante, com sérias complicações obstétricas e até perdas fetais, quanto para o lactente, com prematuridade e baixo peso ao nascer. Além disso, normalmente são gestações indesejadas, com alto índice de estresse materno, depressão, ansiedade, tentativa de suicídio e uso de drogas, podendo resultar em atrasos no desenvolvimento infantil (Dietz et al., 1994; Berenson et al., 1994; Eilenberg e Fullilove, 1996; Jejeebhoy, 1998; Gazmararian et al., 2000; Tella, 2015). Esses atrasos podem ser também consequentes ao fato de que a violência doméstica tem grande impacto na vida da mulher, deixando-a com autoestima baixa e frequentemente com medo, sentimentos que dificultam a mãe a ter um comportamento apropriado diante das necessidades da criança (Schechter et al., 2005). Esse fator deixa clara a importância de uma relação saudável dentro de casa para o desenvolvimento dessa criança.

Ainda há poucos estudos em relação a contribuição paterna para o desenvolvimento infantil. No entanto, os resultados de pesquisas atuais mostraram o quanto os pais que interagem mais e são mais sensíveis têm filhos com maiores resultados nos escores de desenvolvimento (Sethna et al., 2017). Durante os primeiros anos, a estimulação dos pais é essencial para o desenvolvimento. Em análises do desenvolvimento infantil aos 6 meses, verificaram-se que lactentes que receberam maior tempo de estimulação tinham maior frequência no olhar e de manipulação tátil em comparação aos lactentes que receberam menor tempo de estimulação (Rubenstein, 1976).

Pesquisas mostram que quanto maior a disponibilidade dos pais, como um comportamento adequado, estimulando e atendendo as necessidades da criança, são considerados fatores de proteção no desenvolvimento infantil (Halpern, 2000; Rae-Grant et al., 1989). No entanto, a qualidade do cuidado afetivo-social decorre de condições estáveis da vida familiar (Zamberlan e Biasoli-Alves, 1965).

O cuidador, assim como o ambiente em que a criança está inserida, são essenciais para a compreensão da trajetória no desenvolvimento. O tipo de ambiente em que a criança está inserida, da mesma forma como o espaço reduzido e a falta de estimulação, diminuem a oportunidade das crianças em

interagir com o meio de maneira eficiente. Esses fatores são frequentemente observados em crianças institucionalizadas (Rubenstein, 1967; Collard, 1971; Mccall, 1974; Castanho e Blascovi-Assis, 2004) e nas crianças de baixa classe econômica (Collard, 1971). Crianças que frequentam creches permanecem nela geralmente de oito a dez horas por dia, acabam recebendo uma menor orientação psicopedagógica e nutricional do que a necessária (Biscegli et al., 2006).

O desenvolvimento da criança está relacionado com a estimulação do seu comportamento exploratório e o suporte da demanda para a aquisição de novas habilidades. Um ambiente desfavorável pode retardar o ritmo de desenvolvimento, reduzindo a qualidade da interação da criança com o meio ambiente, limitando sua capacidade de aprender (Kopp e Mccaal, 1982; Horowitz, 1988). Com o passar dos meses, a criança precisa de mais suporte a demandas necessárias para aprendizagem e aperfeiçoamento de novas habilidades. Tella (2015) verificou que os 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 lactentes obtiveram melhores escores de desenvolvimento do que os lactentes 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).

Durante os primeiros anos, a estimulação materna ou do cuidador primário é essencial para o desenvolvimento. Rubenstein (1976), em análise sobre estimulação materna aos 6 meses, verificou que lactentes que receberam maior tempo de estimulação tinham maior frequência no olhar e de manipulação tátil em comparação aos lactentes que receberam menor tempo de estimulação.

Pesquisas mostram que quanto maior a disponibilidade materna para dar atenção à criança, assim como o temperamento positivo do cuidador, inteligência acima da média, realização acadêmica e competência social são considerados fatores de proteção no desenvolvimento infantil (Halpern, 2000; Rae-Grant et al., 1989).

Nos primeiros anos de vida, o leite materno é um importante alimento para o desenvolvimento do lactente, contendo os nutrientes essenciais para o desenvolvimento imunológico e psicológico, essenciais na diminuição da morbidade e mortalidade infantil (Lamounier et al., 2001). O aleitamento materno também está relacionado à estimulação adequada do lactente, constituindo um fator fundamental para o desenvolvimento neuropsicomotor e psicossocial. 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 da renda na idade adulta. Estudos mostram que lactentes que tiveram o leite materno exclusivo até os 6 meses tiveram um aumento nos escores no desenvolvimento cognitivo. A classe social está sempre relacionada a variáveis importantes no desenvolvimento infantil. Em 2015, Tella descreveu que crianças vindas de classes sociais mais baixas apresentaram melhores escores de desempenho cognitivo aos 6 meses do que as que não foram amamentadas, ou seja, o aleitamento corrigiu o problema da pobreza na cognição.

Recentemente, novos dados, como o de Choi et al. (2018), comparou lactentes amamentados exclusivamente, amamentação mista e fórmula, e analisou que, após os 6 meses de vida, a amamentação exclusiva não tem mais impacto no desenvolvimento.

Outro fator interessante porém ainda pouco estudado é a relação do sexo do lactente e a trajetória do desenvolvimento. Em um estudo de Adani e Capanec de 2019 eles verificaram a diferença no desenvolvimento da linguagem em relação ao sexo masculino e feminino. Nesse estudo foi analisado que há diferença biológica no desenvolvimento cerebral e que menina tem um avanço no desenvolvimento de linguagem em relação aos meninos. Além do mais, o processo de socialização entre o sexo masculino e feminino pode ser diferenciado pela sociedade, dessa forma o processo de interação e desenvolvimento da criança pode ter diferenças em relação ao gênero (Campbell e Eaton, 1999).

Os trajetos que o desenvolvimento percorre são devidos às variações dos fatores biológicos, psicossociais e ambientais. Ao longo do tempo, a criança fica

mais exposta aos fatores ambientais, desta forma, podendo mudar os fatores biológicos tanto positivamente quanto negativamente. Por isso a importância de estudos longitudinais, podendo verificar as variáveis que podem estar associadas aos déficits e a interação com o ambiente, o que pode retardar ou favorecer esse processo.

1.3 Avaliação do DNPM

Devido ao impacto dos atrasos no desenvolvimento no que se refere à morbidade infantil, é fundamental que se possa, o mais precocemente possível, identificar as crianças de maior risco, a fim de minimizar os efeitos negativos decorrentes. Existem evidências suficientes de que quanto mais precoces forem os diagnósticos de atraso no desenvolvimento e a intervenção, menores serão as consequências na vida futura da criança, pois, ao passar dos anos, fica cada vez mais difícil o reconhecimento das habilidades necessárias a serem atingidas para que possa complementar o que foi perdido (Dworkin, 1989; Valman, 1980; Heckman, 2012).

Para o acompanhamento do desenvolvimento, é necessário o uso de avaliações criteriosas a fim de investigar fidedignamente todas as habilidades da criança e se estas estão dentro da idade em que ela se encontra. A primeira avaliação a ser publicada foi o teste de triagem Denver, em 1967. Em 1992, houve uma revisão, a Denver II, avaliando o desenvolvimento de lactentes e crianças de 0 a 6 anos, composta por desenvolvimento motor fino e grosso, linguagem e social (Jeong et al., 2017).

Alguns anos após a publicação da escala Denver, foi difundida a Escala Bayley de Desenvolvimento, em 1969, desenvolvida para avaliar criteriosamente as mudanças significantes que ocorrem durante os primeiros anos de vida (Stein e Lukasik, 2009). No ano de 1993, publicaram sua primeira revisão a Bayley II. E em 2006 a segunda revisão dessa mesma escala, a Bayley III, que foi considerada um instrumento de muita precisão, avaliando minuciosamente lactentes e crianças entre 1 a 42 meses de idade, dividida em 5 sessões: desenvolvimento mental, motor fino e grosso, linguagem expressiva e receptiva, desenvolvimento social e emocional e o comportamento adaptativo (Stein e

Lukasik, 2009; Jeong et al., 2017). A Bayley III é principalmente utilizada para avaliar os estágios de desenvolvimento, usada especialmente para avaliar lactentes de alto risco (Lennon et al., 2008), pois ela é capaz de converter os escores para idade, além de corrigir a idade de acordo com a idade gestacional (Jeong, 2017). Por esses critérios, a escala Bayley é considerada “padrão ouro”, por ser uma avaliação bem completa e minuciosa do desenvolvimento neuropsicomotor (Madaschi e Paula, 2011).

1.4 Monitoramento na primeira infância

Em uma coorte de nascimento, investigaram que 14% das crianças com 24 meses têm algum atraso no desenvolvimento e são elegíveis à intervenção precoce (Rosenberg et al., 2008). Tendo em vista a importância da avaliação do desenvolvimento, em 2001 a Associação Americana de Pediatria recomendou que todas as crianças deveriam passar por uma avaliação padronizada do desenvolvimento, medida de saúde e prevenção ao cuidado da criança. Ela é definida como uma avaliação breve para identificar as crianças que necessitam de diagnósticos mais complexos e outras avaliações mais específicas (Pediatrics, 2001).

A maior parte dos países em desenvolvimento, assim como o Brasil, não tem um modelo de avaliação seguro no Sistema de Saúde, de prevenção e verificação de grupos vulneráveis que possam trazer danos ao desenvolvimento infantil. E para que se inicie um monitoramento para possíveis intervenções precoces, é necessário entender o problema e suas consequências, que podem ser desastrosas (OMS, 2012).

Os estudos sobre os fatores de risco e o impacto no desenvolvimento ainda são recentes nos países em desenvolvimento, consequentemente, o investimento na primeira infância é escasso. Para Heckman, a falta de conhecimento faz com que países com menos recursos financeiros não invistam na primeira infância por não terem o conhecimento dos prejuízos que a falta de atenção nessa fase pode causar no futuro. Em análises sobre o investimento e a taxa de retorno da intervenção precoce no desenvolvimento da primeira infância em países desenvolvidos, Heckman mostra que, quanto mais cedo o

investimento — desde o nascimento até a idade de cinco anos —, mais benefícios terão, mostrando que há um retorno futuro desse investimento para a sociedade. Esses resultados demonstram que, mesmo em países em crise, investir na primeira infância é uma estratégia eficaz para reduzir os custos sociais (Heckman et al., 2007, 2008, 2010, 2012).

Para que se faça um melhor investimento, é importante ter pesquisas sobre o desenvolvimento neuropsicomotor para que se tenha consciência e dimensão das consequências do atraso no desenvolvimento. São raros os levantamentos com base populacional e não clínica, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde o desenvolvimento infantil é influenciado negativamente por múltiplos fatores de risco associados à pobreza, sendo, dessa forma, essencial caracterizar os grupos mais vulneráveis (Grantham-McGregor et al., 2007; Collins et al., 2011).

É essencial que as mesmas crianças sejam acompanhadas por um período maior, podendo, assim, acompanhar o seu desenvolvimento e entender as consequências, a fim de contribuir na avaliação da trajetória dos primeiros anos de vida, fundamental para a literatura e comunidade. Desta forma, estudar as características da evolução do desenvolvimento, inclui estudar o efeito modificador de outros eventos que acontecem no primeiro ano de vida, aleitamento materno, convívio parental e outros estresses ambientais e efeitos que podem ser mais evidentes nos dois primeiros anos de vida — numa fase em que o lactente precisa de mais estímulos, dado que os fatores biológicos são influenciados tanto positivamente quanto negativamente no desenvolvimento.

Em análises dessa mesma coorte de nascimento aos seis meses mostrou-se que o desenvolvimento cognitivo foi o fator com maior associação a fatores de estresse materno. Os transtornos psiquiátricos, como os transtornos de humor durante a gestação, transtorno psicótico e transtorno de ansiedade no puerpério foram preditores de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. A classe econômica, escolaridade materna, mãe adolescente e fumo durante a gestação foram associados ao atraso no desenvolvimento, mesmo após ajustes para fatores confundidores. Contudo, essa foi uma visão pontual aos seis meses; seria necessário compreender como esses achados se mantiveram ou se alteraram no tempo (Tella, 2015).

É importante estabelecer parâmetros para comparação do desenvolvimento e indicar fatores com efeitos deletérios para prevenção em atrasos no desenvolvimento. Há evidências de que, quanto mais precoce o diagnóstico e a intervenção ocorrerem, menor será o impacto na vida da criança. Ademais, a assistência preventiva, com avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor para 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.

1.5 Justificativa

Por causa do exposto anteriormente, é importante que possamos olhar a trajetória do desenvolvimento e não apenas avaliações pontuais, mas em um estudo longitudinal de base populacional. Igualmente importante é conhecer os fatores associados a trajetórias menos satisfatórias, assim como os fatores que interagem nessa associação.

1.6 Hipótese

A presente pesquisa apresenta a hipótese de fatores maternos, ambientais, estão associados à trajetória latente do desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida, sofrendo interação do sexo.

2 OBJETIVOS

- A. Descrever o desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor de lactentes aos seis e aos doze meses de vida;
- B. Descrever a trajetória do desenvolvimento nesses mesmos lactentes;
- C. Identificar os fatores gestacionais, psicossociais e ambientais no primeiro ano de vida associados com essa trajetória de desenvolvimento;
- D. Identificar se há diferenças nessas associações conforme o sexo do lactente.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo longitudinal, inserido em um projeto maior, uma coorte de nascimento de 900 gestantes. As avaliações pertinentes a este trabalho ocorreram no terceiro trimestre da gestação; aos dois meses de idade do lactente; aos 6 meses e aos 12 meses de idade. A coleta dos dados se iniciou em julho de 2010.

3.2 Amostragem

Trata-se de uma amostra não probabilística. A base populacional para a amostragem são mães frequentadoras de Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região Oeste do município de São Paulo. As cinco primeiras gestantes que apareciam por semana em cada UBS para consulta ou qualquer outro motivo, como acompanhante de algum familiar, vacina ou para marcar uma consulta, e que estivessem entre a 26^a e 34^a semanas de gestação, foram convidadas a participar do estudo. Todas as avaliações ocorreram nas UBSs: 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 realizava visitas domiciliares. Sendo uma área com cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o acesso ao serviço pré-natal era facilitado, ocorrendo busca ativa de gestantes.

Considerando uma probabilidade de ocorrer o erro alfa de 5%, uma prevalência de retardo de desenvolvimento aos doze meses de 34% e uma razão de chances de 4,0 na associação entre peso de nascimento e retardo de desenvolvimento em uma amostra da região sul do Brasil (Halpern et al., 1996), seriam necessários 270 casos para se ter um poder estatístico de 90%. Assim, considerando as perdas durante o seguimento, foram analisados 313 casos.

Os critérios de inclusão foram: 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.

O critério de exclusão (da análise deste estudo, não do acompanhamento): ser portador de algum transtorno congênito que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor e ser gêmeo.

3.3 Instrumentos – medidas utilizadas

Desfecho:

O desfecho deste estudo foi a evolução do desenvolvimento infantil, medido pela Escala Bayley de Desenvolvimento, Bayley Scale of Infant Development (Bayley, 1993).

A Bayley pode ser aplicada em crianças entre 1 e 42 meses de idade, e essa aplicação tem duração média de 100 minutos.

A 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 (Escala Bayley II) e em 2006 (Escala Bayley III), nos Estados Unidos, e elas constituem-se em um instrumento adequado para a avaliação de crianças de um a 42 meses de idade, com e sem deficiências, e são amplamente reconhecidas e utilizadas em estudos sobre o desenvolvimento infantil (Campos et al., 2004).

A Escala Bayley fornece resultados confiáveis e válidos e sua utilidade como instrumento de pesquisa tem recebido grande suporte da comunidade científica. Ela avalia cinco domínios do desenvolvimento: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. É frequentemente utilizada para avaliar o impacto de condições biológicas, como prematuridade e baixo peso, condições ambientais, características maternas, como ansiedade, e para avaliar procedimentos de intervenção junto a bebês muito prematuros (Linhares, 2003).

A Escala Bayley III fornece a capacidade de ajustar as pontuações para prematuridade até 24 meses, sendo uma das características mais notáveis da escala. Para lactentes nascidos prematuros, antes das 37 semanas, foi feito, através da Escala Bayley, o cálculo da prematuridade por meio da data gestacional do nascimento. O ajuste corrige a idade cronológica esperada se

tivesse nascido a termo e, dessa forma, consegue-se fazer uma comparação mais adequada entre seus pares e compreender o nível de desenvolvimento (Weiss et al., 2017).

Essa escala possibilita, ainda, a classificação clínica do desenvolvimento conforme o escore obtido: extremo-baixo; limítrofe; médio-baixo; médio; médio-alto; superior; muito superior.

A Escala Bayley foi traduzida e validada para o Brasil por Madaschi (2012). Na presente análise, o desenvolvimento motor fino e grosso foi agrupado em um só; o mesmo aconteceu com o desenvolvimento de linguagem expressiva e receptiva.

3.4 Variáveis explicativas

1. Questionário socioeconômico: escolaridade materna e paterna (última série completada), condições de moradia (casa própria ou alugada, de alvenaria ou madeira) e classe social, segundo as categorias de padrões de consumo (ABEP, 2008).

2. MINI International Neuropsychiatric Interview – MINI – (David V. Sheehan/Yves Lecrubier, 1994): Entrevista Breve Diagnóstica em Psiquiatria, priorizando transtornos atuais. O Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) é uma entrevista estruturada de diagnóstico curto (15-30 minutos de duração), desenvolvida em clínico (MINI-CR) e (MINI-PR) formatos classificados-paciente, para 17 Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM)-III-R Eixo I distúrbios psiquiátricos. As medidas de exposição foram adaptadas para a população brasileira. Esta medida foi feita durante a gestação e repetida no puerpério. Essa avaliação aconteceu em dois momentos: durante a gestação e no puerpério. Distúrbios de metais foram agrupados nos seguintes grupos:

A. Transtorno de humor (que incluíram episódio atual hipomaníaco, atual episódio maníaco, transtorno distímico atual, depressão maior atual);

B. Transtorno de ansiedade (que incluíram transtorno do pânico atual sem agorafobia, transtorno do pânico atual com agorafobia, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade geral);

3. Violência doméstica (perpetrada pelo parceiro íntimo) durante a gestação, medida de acordo com o Questionário sobre Violência Doméstica – OMS (2006), perguntas 704 a 715. A violência foi classificada conforme suas manifestações empíricas (física, psicológica, sexual) (OMS, 2002). Questionário aplicado no 3º trimestre de gestação.

4. Escala Edinburgh para depressão materna, aplicado durante a gestação.

5. Relato de uso de tabaco e álcool durante a gestação.

6. Sentimentos maternos diante a gestação, categorizados como: grande alegria; inesperada, mas positiva; inesperada, lentamente positiva; grande stress; pensou em aborto.

7. Qualidade do pré-natal: adequado quando o número de consultas realizado até o momento da entrevista era o preconizado para aquela idade gestacional.

8. Baixo ganho de peso materno na gestação: quando o ganho referido estava abaixo do preconizado para a idade gestacional do momento da avaliação.

9. Peso ao nascer. Desta medida derivou-se uma segunda variável dicotômica, restrição de crescimento intrauterino (RCIU), definida pelo índice de Kramer (peso de nascimento/percentil 50 do peso de nascimento para idade gestacional e sexo). Essa variável foi padronizada e tratada ora de forma dicotômica (quando o interesse era uma frequência) ora de forma contínua (nas análises de associação). O padrão de referência foi o proposto pela Intergrowth21 (Villa et al., 2015)

10. Idade gestacional: conforme o ultrassom realizado no primeiro semestre ou, na ausência deste, segundo a data da última menstruação.

11. Tipo de amamentação aos dois e seis meses de idade.

12. Mãe como cuidadora principal (sim ou não).

13. Filho único (sim ou não).

14. Creche (frequenta aos 12 meses ou não frequenta).

3.5 Análise estatística

As variáveis categóricas foram descritas pela sua frequência em %. As contínuas, por não garantirem distribuição normal, pela mediana, percentil 25 e 75.

Para o estudo da evolução da variável desfecho, a partir das duas medidas disponíveis, foram utilizadas três formas analíticas.

A primeira foi a comparação das classificações clínicas fornecidas pelo instrumento, portanto uma apresentação categórica do desfecho. Utilizou-se o teste dos sinais para verificar se as diferenças eram estatisticamente significativas.

A segunda foi a diferença no score composto do desenvolvimento nos dois momentos (escore aos doze meses subtraído do escore aos seis meses). Quando positiva ela significava uma pontuação maior na segunda avaliação. Quando negativa, ela significava uma pontuação menor. Derivou-se, portanto, uma variável contínua dos dois escores. Nessa forma analítica foi possível ver o coeficiente de correlação das diferentes variáveis explicativas com a aceleração ou desaceleração do desenvolvimento. Optou-se por calcular tanto o coeficiente de Pearson.

A terceira forma foi através do cálculo da inclinação da curva da trajetória entre as avaliações aos seis e doze meses. Nessa forma analítica a distância entre um ponto e outro (tempo entre as avaliações) era igualmente considerada, e não só a diferença entre os escores. O intercepto e a inclinação foram calculados transformando o banco em “long form dataframe” e utilizando análise de efeitos mistos. Foram construídos modelos lineares generalizados com a variável desfecho “inclinação”, primeiramente bivariados e em seguida multivariados. Os multivariados continham ajustes para potenciais confundidores e só foram feitos quando o bivariado apresentou um $p < 0,20$. Os confundidores, identificados através de um gráfico acíclico direto, foram a escolaridade materna, a classe social, os sentimentos maternos diante a gestação e a idade materna.

É útil recordar que tanto a diferença entre os escores quanto a inclinação referem-se à trajetória. O lactente pode apresentar escores normais, mas com

diferenças ou inclinações negativas, ou seja, escores menores aos doze meses comparados com os de seis meses.

Para se testar a hipótese da diferença das inclinações do desenvolvimento conforme o sexo do lactente, verificou-se a presença de interação sexo – variável de exposição em todas as associações estudadas.

Fixou-se em 5% a probabilidade de se rejeitar a hipótese de nulidade.

3.6 Procedimentos éticos

Todas as gestantes e, posteriormente, mães candidatas foram convidadas a participar do estudo através de um termo de consentimento livre e esclarecido, 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). Para aplicação dos instrumentos de violência e saúde mental, realizou-se treinamento de psicólogos, que eram o corpo dos entrevistadores.

O número do protocolo de aprovação ética da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPESQ), do complexo HC-FMUSP é 0054/09; o número equivalente do CEP da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo é 122/10.

3.7 Origem dos recursos financeiros

A pesquisa pertence a um Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) denominado “Novas Ferramentas na Compreensão do Desenvolvimento Infantil: a Interação Gene-Ambiente e Conectividade Neuronal”, financiado pelo CNPq e FAPESP.

4 RESULTADOS

Esta pesquisa foi feita com mães e filhos residentes de comunidades da Zona Oeste, uma área vulnerável da cidade de São Paulo com alta taxa de criminalidade e famílias que vivem em situações adversas. Nessa região, a maioria das famílias são de classe social C (69%), e 15% pertencem à classe D e E. Encontramos um alto índice de mulheres que sofreram algum tipo de violência doméstica, com 22% das gestantes relatando violência psicológica e/ou física e/ou sexual (dessas, 21,0% violência psicológica; 12,1% violência física; 1,8% violência sexual).

Aproximadamente 10% das gestantes consumiram álcool durante a gestação e 13,5% declararam ser tabagistas (Tabela 1).

Sobre a escolaridade dessas mães, 43% estudaram mais de 11 anos, e 16% estudaram 8 anos ou menos. Mães adolescente correspondiam a 21% da amostra e 43% não tinham nascido em São Paulo (migrantes). Em relação ao cuidado materno gestacional, aproximadamente 7% relataram um número de consultas de pré-natal inferior ao recomendado para a idade gestacional e 44% tiveram um ganho de peso menor que o esperado. Ao saber que estavam grávidas, 7% das mães pensaram em aborto e cerca de 12% relataram ter tido um grande estresse (Tabela 1).

Tabela 1- Descrição de uma amostra de lactentes (n = 313) e suas mães na região oeste do município de São Paulo, 2012

VARIÁVEIS AMBIENTAIS, COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE	N	%		
Ser primípara	159	50,8		
Sentimentos Gestação – grande alegria	133	42,63		
Sentimentos Gestação – inesperada, mas positiva	77	24,68		
Sentimentos Gestação – inesperada, lentamente positiva	43	13,78		
Sentimentos Gestação – grande stress	37	11,86		
Sentimentos Gestação – pensou em aborto	22	7,05		
Mãe migrante	135	43,55		
Escolaridade Materna – + 11 anos	135	43,13		
Escolaridade Materna – 9-11 anos	126	40,26		
Escolaridade Materna – 5-8 anos	47	15,02		
Escolaridade Materna – <= 4 anos	5	1,6		
Mãe Adolescente	67	21,41		
Classe Econômica – A+B	49	15,65		
Classe Econômica – C	217	69,33		
Classe Econômica – D+E	47	15,02		
Habitar com o companheiro	228	73,79		
Baixo ganho de peso gestacional	93	44,08		
Transtorno Ansiedade Gestacional	56	17,89		
Transtorno Humor Gestacional	39	12,46		
Escala Edinburgh – Sintomas depressão	17	11,97		
Violência Doméstica	68	22,22		
Pré-natal inadequado (menor nº consultas)	20	7,30		
Beber na Gestação	30	9,58		
Fumar na Gestação	42	13,42		
RCIU	29	9,35		
Transtorno Ansiedade Puerperal	34	10,9		
Transtorno Humor Puerperal	46	14,74		
Aleitamento exclusivo aos 2 meses	158	50,8		
Aleitamento materno misto aos 6 meses	187	61,72		
	mediana	p25	p75	
Idade gestacional (meses)	9,1	8,9	9,3	
Peso ao Nascer **	-0,07	-0,73	0,57	

** Padronizado para sexo e idade gestacional conforme a curva de referência do Intergrowth-21; RCIU=restrição de crescimento intrauterino; Escala de Edinburgh = pontuar acima de 12. Diferença no total devido a dados faltantes

A segunda parte da Tabela 1 mostra a mediana da idade gestacional ao nascimento (9,1 meses) e do peso do lactente ao nascer (escore Z -0,07).

A tabela 2 traz a classificação clínica do desenvolvimento nas avaliações de seis e dose meses. O tempo exato dessas avaliações dependeu de vários fatores que facilitaram o dificultaram o trabalho de campo e o agendamento da

avaliação. A mediana do intervalo entre as avaliações foi de 6,4 meses, com um intervalo interquartil de 5,6 a 7,9 meses.

Consideramos atraso no desenvolvimento aqueles classificados como médio-baixo, limítrofe e extremo-baixo. Aos 6 meses, 24,93% tiveram atraso motor, 23,33% tiveram atraso de linguagem e 9,33% tiveram atraso cognitivo. Aos 12 meses, 19,55% apresentaram atraso motor, 26,2% tiveram déficit de linguagem e 11,53% atraso cognitivo.

Tabela 2 - Frequência das categorias de desenvolvimento, segundo Bayley, em uma amostra de lactentes (n = 313) do município de São Paulo, 2012

IDADE	Motor		Linguagem		Cognitivo	
	N	%	N	%	N	%
6 MESES						
Extremo-baixo	5	1,6	4	1,28	4	1,29
Limítrofe	25	7,99	24	7,67	2	0,64
Médio-baixo	48	15,34	45	14,38	23	7,4
Médio	158	50,48	177	56,55	202	64,95
Médio-alto	60	19,17	40	12,78	68	21,86
Superior	13	4,15	19	6,07	11	3,54
Muito superior	4	1,28	4	1,28	1	0,32
12 MESES						
Extremo-baixo	5	1,6	11	3,51	5	1,6
Limítrofe	14	4,49	29	9,27	5	1,6
Médio-baixo	42	13,46	42	13,42	26	8,33
Médio	160	51,28	179	57,19	145	46,47
Médio-alto	66	21,15	35	11,18	92	29,49
Superior	14	4,49	12	3,83	32	10,26
Muito superior	11	3,53	5	1,6	7	2,24

* Diferença no total devido a dados faltantes.

A Tabela 2 compara as avaliações de cada lactente nos dois momentos, analisando quantos tiveram melhora, estabilidade ou piora na sua classificação clínica.

Tabela 3 - Frequência (N) da classificação do desenvolvimento motor, linguístico e cognitivo, aos 6 e 12 meses, numa amostra da região oeste do município de São Paulo, 2012

MOTOR								
12 meses	Extremo-baixo	Limítrofe	Médio-baixo	Médio	Médio-alto	Superior	Muito Superior	Total
6 meses								
Extremo-baixo	3	0	1	0	1	0	0	5
Limítrofe	0	6	2	15	2	0	0	25
Médio-baixo	0	2	11	27	8	1	1	50
Médio	4	3	19	81	40	6	8	161
Médio-alto	0	0	8	33	13	5	2	61
Superior	0	0	2	6	2	0	0	10
Muito superior	0	0	0	3	0	2	0	5
Total	7	11	43	165	66	14	11	317

LINGUAGEM								
12 meses	Extremo-baixo	Limítrofe	Médio-baixo	Médio	Médio-alto	Superior	Muito Superior	Total
6 meses								
Extremo baixo	3	2	0	0	0	0	0	5
Limítrofe	1	5	2	10	1	0	0	19
Médio baixo	2	5	12	21	4	2	0	46
Médio	5	11	22	106	21	12	1	178
Médio alto	2	4	3	21	8	1	3	42
Superior	0	2	2	15	2	1	0	22
Muito superior	0	0	1	2	2	0	0	5
Total	13	29	42	175	38	16	4	317

COGNITIVO								
12 meses	Extremo-baixo	Limítrofe	Médio-baixo	Médio	Médio-alto	Superior	Muito superior	Total
6 meses								
Extremo baixo	1	1	1	1	0	0	0	4
Limítrofe	0	0	1	1	1	0	0	3
Médio baixo	1	0	2	13	5	0	0	21
Médio	5	2	17	98	56	22	6	206
Médio alto	0	2	4	30	27	7	1	71
Superior	0	1	0	7	3	0	0	11
Muito superior	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	7	6	25	151	92	29	7	317

* Teste dos sinais: motor p=0,0094; linguagem p=0.0504; cognitivo p=0.0023

Na Tabela 3, observando o desenvolvimento motor dos lactentes, percebemos que 84 deles (26,5%) tiveram uma piora no desenvolvimento,

enquanto 114 continuaram com o desenvolvimento estável e 119 (37,5%) tiveram uma melhora. Analisando a frequência da trajetória do desenvolvimento de linguagem, observamos que 102 (32,2%) lactentes tiveram uma piora na trajetória; já 80 (25,2%) melhoraram o desenvolvimento e 135 tiveram uma constância no desenvolvimento. Na análise da trajetória do desenvolvimento cognitivo observamos que o desenvolvimento de 74 lactentes (23,3%) decaiu ao longo dos 6 meses e 116 (36,6%) tiveram uma melhor trajetória. Com exceção da evolução da linguagem que apresentou uma tendência à significância, as diferenças na evolução motora e cognitiva foram estatisticamente significativas.

As medianas e respectivos intervalos interquartis da diferença entre os escores das duas avaliações foram: motor 0,5 (-8,8 / 15); linguagem -2 (-12 / 8); cognição -5 (-15 / 10). Todas as três diferenças apresentaram diferença estatística, ou seja, houve real aumento no escore motor, e real diminuição nos escores de linguagem e cognição.

Tabela 4 - Associação entre fatores ambientais, comportamentais e de saúde com a diferença nos escores de desenvolvimento, entre os 6 e os 12 meses de idade, de lactentes (n = 313), município de São Paulo, 2012

Desenvolvimento	COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO		
	Motor	Linguagem	Cognitivo
Aceleração motora	1,00	0,36	0,46
Aceleração de linguagem	-	1,00	0,37
Aceleração cognitiva	-	-	1,00
Ser primípara	0,16	0,15	0,02
Sentimentos diante da Gestação*	-0,07	-0,30	-0,02
Mãe migrante	-0,10	-0,13	-0,02
Escolaridade Materna	0,09	0,06	0,08
Mãe Adolescente	0,26	0,11	0,10
Classe Econômica	0,01	-0,05	-0,18
Habitar com o companheiro	0,09	0,01	0,24
IMC pré-gestacional	-0,03	0,16	0,04
Ganho Peso Gestacional adequado	-0,03	-0,11	-0,13
Transtorno Ansiedade G	-0,29	-0,19	-0,13
Transtorno Humor G	-0,14	0,00	-0,03
Edinburgh - Depressão G	-0,09	-0,22	-0,01
Violência Doméstica G	-0,13	-0,06	0,01
Pré-natal inadequado	-0,03	-0,14	-0,06
Beber na Gestação	-0,05	-0,08	-0,10
Fumar na Gestação	-0,26	-0,26	-0,23
Idade gestacional ao nascer	-0,01	-0,03	0,01
RCIU	-0,17	-0,15	-0,23
Peso ao Nascer **	0,12	0,11	-0,01
Transtorno Ansiedade P	-0,04	0,04	0,07
Transtorno Humor P	-0,24	-0,03	-0,09
Aleitamento materno (6 meses)	-0,03	-0,01	0,18

Em vermelho, os coeficientes com $p < 0,05$; IMC = Índice de Massa Corporal; G = gestacional; P = puerperal. * Escala de 1 a 5, em que 1 significava grande felicidade e 5 pensar seriamente em abortar. ** Padronizado para sexo e idade gestacional conforme a curva de referência do Intergrowth-21. RCIU= restrição de crescimento intrauterino

A diferença entre os escores da primeira e segunda avaliação foi utilizada na Tabela 4 para as análises de correlação com as variáveis explicativas. Assim, foi visto que, quanto mais o desenvolvimento motor aumentou entre os seis e doze meses, mais o desenvolvimento de linguagem também aumentou. O mesmo resultado foi encontrado entre os escores cognitivo e de linguagem. Os três tipos de desenvolvimento estão ligados positivamente, estabelecendo uma correlação entre si: quanto mais um cresce, mais o outro também se desenvolve.

Analisando os outros fatores, vimos que, quanto mais negativo foi o sentimento da mulher em relação à gestação (isto é, quanto menos desejada a gestação), menor foi a diferença (pior trajetória) entre os escores de desenvolvimento de linguagem, de forma estatisticamente significativa. Ser mãe adolescente, por sua vez, foi correlacionado a uma melhora na pontuação do desenvolvimento motor, assim como habitar com o companheiro e a pontuação cognitiva.

A análise dos transtornos mentais durante a gestação demonstrou a ocorrência de consequências a longo prazo. A ansiedade materna na gestação foi ligada a uma piora trajetória no desenvolvimento motor. Mães que pontuaram depressão na escala de Edinburgh apresentaram correlação negativa com a trajetória da linguagem.

O pré-natal inadequado se correlacionou negativamente com o desenvolvimento de linguagem e fumar na gestação foi significativamente correlacionado a uma trajetória negativa nas três esferas de desenvolvimento.

Em relação ao nascimento, apresentar restrição de crescimento intrauterino correlacionou-se negativamente com a trajetória da cognição.

Por fim, na análise dos transtornos mentais maternos no puerpério apenas o transtorno de humor apresentou correlação negativa com a trajetória do desenvolvimento motor.

As Tabelas 5, 6 e 7 reportam as associações, brutas e ajustadas, entre as variáveis explicativas e a inclinação da trajetória existente entre as duas avaliações. Uma inclinação igual a zero significaria igual pontuação entre os escores de desenvolvimento aos seis e doze meses. A mediana da inclinação da trajetória do desenvolvimento motor foi 0,21 (intervalo interquartil -0,33 a 0,95). A mediana da inclinação da linguagem foi -0,35 (intervalo interquartil -1,40 a 0,58). A mediana da inclinação da cognição foi 0,42 (intervalo interquartil -1,44 a 2,36).

Na Tabela 5 (desenvolvimento cognitivo), encontramos uma associação positiva entre a inclinação da trajetória do desenvolvimento e a restrição de crescimento intrauterino: quanto mais restrito ao nascimento, mais ganhos o lactente apresentou entre as idades de 6 e 12 meses. Na Tabela 6 (desenvolvimento linguagem), encontramos o oposto: uma associação negativa

entre a inclinação do desenvolvimento e a classe social: quanto mais baixa a classe social, mais danos o lactente apresentou entre as idades de seis e doze meses. Na tabela 7 (desenvolvimento motor), não foram evidenciadas associações.

Tabela 5 - Análise da associação entre a inclinação do desenvolvimento cognitivo bruto e a análise ajustada, entre 6 e 12 meses, das variáveis biológicas e ambientais no município de São Paulo, 2012

	Categoria	Coef	P	IC 95%	Coef	P	IC 95%
Mãe migrante		0,02	0,95	-0,70 0,75	-	-	- -
Desejos pela Gest		-0,07	0,631	-0,37 0,23			
Pai		-0,11	0,79	-0,92 0,7	-	-	- -
Filhos		-0,24	0,52	-0,96 0,48	-	-	- -
Sexo		0,23	0,54	-0,50 0,95	-	-	- -
Mãe cuidadora		-0,21	0,62	-1,03 0,61	-	-	- -
Creche		-0,71	0,17	-1,73 0,31	-0,70	0,19	1,75 0,35
Prematuridade		-0,60	0,44	-2,10 0,91	-	-	- -
Ansiedade G		-0,04	0,94	-0,99 0,92	-	-	- -
Transtorno de Humor G		-0,73	0,21	-1,86 0,41	-	-	- -
Edinburgh - Depressão		0,04	0,281	-0,03 0,12			
Sentimentos pela Gest		0,27	0,60	-0,74 1,28	-	-	- -
Escolaridade mat	0 a 4 anos	0,0	-	- -	-	-	- -
	5 a 8	0,04	0,94	-1,02 1,10	-	-	- -
	8 ou mais	-0,07	0,90	-1,12 0,98	-	-	- -
Idade materna	Adolescent	0,0	-	- -	-	-	- -
	20-35 anos	-0,14	0,75	-1,01 0,73	-	-	- -
	+35 anos	-0,13	0,86	-1,53 1,27	-	-	- -
Classe social	A+B	0,0	-	- -	-	-	- -
	C	-0,13	0,80	-1,11 0,86	-	-	- -
	D+E	-0,50	0,46	-1,81 0,81	-	-	- -
Fumo		-0,29	0,61	-1,40 0,82	-	-	- -
Álcool		-0,16	0,80	-1,42 1,09	-	-	- -
Violência		-0,03	0,96	-1,01 0,95	-	-	- -
Pré-natal		-0,49	0,53	-2,00 1,03	-	-	- -
Ganho peso Gest		-0,31	0,36	-0,99 0,36	-	-	- -
RCIU		0,35	0,06	-0,01 0,72	0,40	0,04	0,03 0,77
Ansiedade P		-0,16	0,795	-1,38 1,06			
Transtorno de Humor P		-0,28	0,58	-1,26 0,70			
Aleitamento mat (6 m)		0,89	0,019	0,15 1,63	0,84	0,031	0,08 1,59

Pai= Habitar com o companheiro; RCIU=retardo de crescimento intrauterino. Modelos ajustados para o efeito confundidor da idade materna, escolaridade materna, desejos diante da gestação e classe social; G=gestacional; P=puerperal.

Tabela 6 - Análise da associação entre a inclinação do desenvolvimento de linguagem bruto e a análise ajustada, entre 6 e 12 meses, das variáveis biológicas e ambientais no município de São Paulo, 2012

	Categoria	Coef	P	IC	95%	Coef	P	IC	95%
Mãe migrante		-0,21	0,26	-0,57	0,15	-	-	-	-
Desejos pela Gest		-0,18	0,017	-0,33	-0,03	-0,17	0,025	-0,32	-0,02
Pai		-0,03	0,88	-0,43	0,37	-	-	-	-
Filhos		-0,35	0,06	-0,70	0,01	-0,35	0,10	0,76	0,06
Sexo		0,27	0,15	-0,09	0,63	0,29	0,12	0,07	0,66
Mãe cuidadora		0,33	0,11	-0,07	0,74	0,21	0,32	0,20	0,62
Creche		-0,21	0,42	-0,72	0,30	-	-	-	-
Prematuridade		-0,34	0,37	-1,09	0,40	-	-	-	-
Ansiedade G		-0,12	0,62	-0,59	0,36	-	-	-	-
Transtorno de Humor G		-0,45	0,12	-1,01	0,11	-0,31	0,28	0,88	0,25
Edinburgh - Depressão		-0,01	0,693	-0,04	0,03	-	-	-	-
Sentimentos pela Gest		-0,23	0,38	-0,73	0,28	-	-	-	-
Escolaridade mat	0 a 4 anos	0,0	-	-	-	-	-	-	-
	5 a 8	0,25	0,35	-0,27	0,77	-	-	-	-
	8 ou mais	0,48	0,07	-0,04	1,00	0,18	0,17	0,08	0,44
Idade materna	Adolescent	0,0	-	-	-	-	-	-	-
	20-35 anos	0,05	0,81	-0,38	0,49	-	-	-	-
	+35 anos	0,01	0,98	-0,69	0,70	-	-	-	-
Classe social	A+B	0,0	-	-	-	-	-	-	-
	C	-0,52	0,037	-1,00	-0,03	-0,44	0,083	-0,93	0,06
	D+E	-0,88	0,007	-1,53	-0,24	-0,68	0,049	-1,36	-0,01
Fumo		0,29	0,31	-0,26	0,84	-	-	-	-
Álcool		0,43	0,18	-0,19	1,05	0,55	0,08	0,07	1,16
Violência		-0,14	0,59	-0,62	0,35	-	-	-	-
Pré-natal		-0,37	0,33	-1,12	0,38	-	-	-	-
Ganho peso Gest		-0,08	0,65	-0,40	0,25	-	-	-	-
RCIU		0,05	0,58	-0,13	0,23	-	-	-	-
Ansiedade P		0,32	0,30	-0,29	0,93	-	-	-	-
Transtorno de Humor P		0,08	0,74	-0,40	0,57	-	-	-	-
Aleitamento mat (6 m)		0,11	0,55	-0,26	0,49	-	-	-	-

Pai= Habitar com o companheiro; RCIU=retardo de crescimento intrauterino. Modelos ajustados para o efeito confundidor da idade materna, escolaridade materna, desejos diante da gestação e classe social; G=gestacional; P=puerperal.

Tabela 7 - Análise da associação entre a inclinação do desenvolvimento motor bruto e a análise ajustada, entre 6 e 12 meses, das variáveis biológicas e ambientais no município de São Paulo, 2012

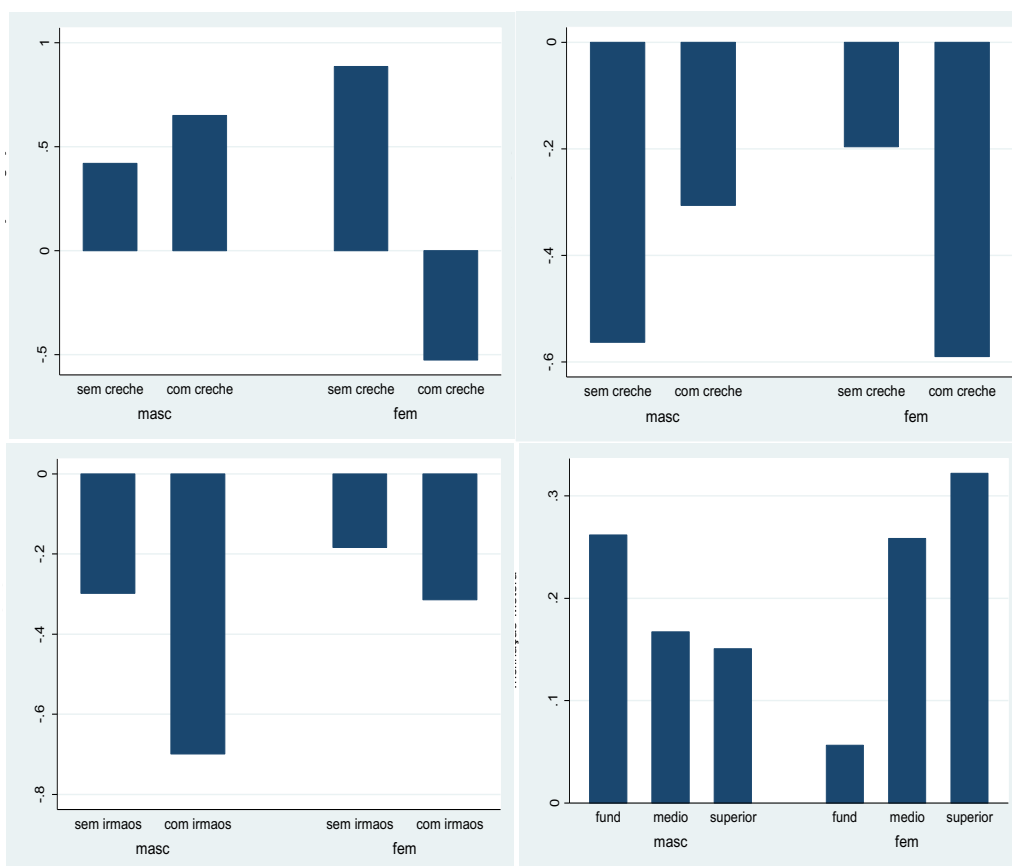
	Categoria	Coef	P	IC	95%	Coef	P	IC	95%
Mãe migrante		-0,12	0,32	-0,37	0,12	-	-	-	-
Desejos pela Gest		-0,02	0,657	-0,13	0,08				
Pai		-0,15	0,28	-0,42	0,12	-	-	-	-
Filhos		-0,17	0,17	-0,41	0,07	-0,12	0,42	-0,40	0,17
Sexo		0,15	0,25	-0,10	0,40	-	-	-	-
Mãe cuidadora		-0,13	0,35	-0,41	0,14	-	-	-	-
Creche		0,30	0,09	-0,05	0,65	0,30	0,10	-0,06	0,65
Prematuridade		-0,10	0,72	-0,62	0,42	-	-	-	-
Ansiedade G		-0,27	0,10	-0,59	0,05	-0,23	0,16	-0,56	0,09
Transtorno de Humor G		-0,12	0,54	-0,51	0,27	-	-	-	-
Edinburgh - Depressão		-0,00	0,966	-0,02	0,02				
Sentimentos pela Gest		0,06	0,72	-0,41	0,28	-	-	-	-
Escolaridade mat	0 a 4 anos	0,0	-	-	-	-	-	-	-
	5 a 8	0,11	0,57	-0,25	0,46	-	-	-	-
	8 ou mais	0,16	0,39	-0,20	0,51	-	-	-	-
Idade materna	Adolescent	0,0	-	-	-	-	-	-	-
	20-35 anos	-0,07	0,66	-0,36	0,23	-	-	-	-
	+35 anos	-0,27	0,26	-0,75	0,20	-	-	-	-
Classe social	A+B	0,0	-	-	-	-	-	-	-
	C	0,02	0,90	-0,31	0,36	-	-	-	-
	D+E	-0,39	0,09	-0,83	0,06	-0,18	0,14	-0,41	0,06
Fumo		-0,07	0,73	-0,44	0,31	-	-	-	-
Álcool		0,14	0,52	-0,28	0,57	-	-	-	-
Violência		-0,01	0,94	-0,35	0,32	-	-	-	-
Pré-natal		0,44	0,08	-0,05	0,92	0,45	0,074	-0,04	0,94
Ganho peso Gest		-0,05	0,63	-0,27	0,16	-	-	-	-
RCIU		-0,12	0,32	-0,37	0,12	-	-	-	-
Ansiedade P		-0,19	0,38	-0,61	0,23				
Transtorno de Humor P		-0,23	0,181	-0,57	0,11	-0,23	0,210	-0,58	0,13
Aleitamento mat (6 m)		0,10	0,48	-0,17	0,36				

Pai= Habitar com o companheiro; RCIU=retardo de crescimento intrauterino. Modelos ajustados para o efeito confundidor da idade materna, escolaridade materna, desejos diante da gestação e classe social; G=gestacional; P=puerperal.

Ao comparar os escores de desenvolvimento conforme o sexo, não se observaram diferenças estatisticamente significantes. O desenvolvimento motor inicial teve uma mediana de 97 para o sexo masculino e 97,5 para o feminino; na segunda avaliação as medianas foram idênticas: 100. O desenvolvimento de linguagem inicial teve uma mediana de 100 para ambos os sexos e, na segunda avaliação, uma mediana de 97 para o sexo masculino e 100 para o feminino. Já o desenvolvimento cognitivo inicial teve mediana de 100 para o masculino e 105 para o feminino. Na avaliação final esses valores foram idênticos: 105.

A Figura 1 mostra as interações estatisticamente significantes com o sexo do lactente nas associações estudadas entre as inclinações e as variáveis explicativas. A trajetória do desenvolvimento cognitivo teve uma inclinação positiva entre meninos, mas foi mais positiva entre os que frequentaram creche. O mesmo não se observou entre meninas: as que frequentaram creche chegaram a ter uma inclinação não só inferior, mas mesmo negativa. No caso da trajetória do desenvolvimento da linguagem, a inclinação mostrou-se em todos os casos negativa. No entanto, enquanto meninos ligados a creche tiveram essa inclinação menos inadequada em relação as meninas. A trajetória de inclinação negativa da linguagem também foi pior entre meninos que tinham irmãos mais velhos, quando comparados com as meninas. Por fim, a trajetória do desenvolvimento motor teve sempre inclinações positivas, mas a maior escolaridade materna associou-se com uma melhor inclinação entre meninas.

Figura 1: Gráficos da associação entre inclinação (mediana) do desenvolvimento e variáveis ambientais (creche, irmãos, escolaridade materna) conforme o sexo do lactente, município de São Paulo, 2012



5 DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a estudar a evolução do desenvolvimento infantil em uma população característica dos bairros periféricos do município de São Paulo, onde há alta concentração populacional, escassez de recursos e serviços, assim como nichos de alta criminalidade.

Encontramos cerca de um quarto desses lactentes com atrasos motor e de linguagem, e 10% com atraso cognitivo, nas duas avaliações. Houve grupos que melhoram o escore de desenvolvimento, grupos que mantiveram sua classificação clínica, e grupos que pioraram.

Os três tipos de desenvolvimento demonstraram uma grande correlação entre si. Os sentimentos da mãe diante da gestação, sua saúde mental, o uso de tabaco, a qualidade do pré-natal, a idade materna, o fato de viver com o pai da criança e o estado nutricional do recém-nascido foram fatores preditores da evolução do desenvolvimento.

O estudo da inclinação da curva de desenvolvimento pôde aperfeiçoar essa análise, encontrando associação com algumas das variáveis já mencionadas, acrescidas da classe social e aleitamento materno.

Por fim, documentamos um efeito modificador do sexo do lactente sobre algumas associações, fato importante e raramente pesquisado.

Fatores biológicos e ambientais têm um grande impacto no desenvolvimento nos primeiros anos de vida, de modo que são fortemente responsáveis pela trajetória de vida da criança, explicando boa parte da prevalência que encontramos no atraso do desenvolvimento neuropsicomotor dos 313 lactentes. Encontramos uma alta prevalência de atraso no desenvolvimento, sendo que 25% dos lactentes encontraram-se abaixo da média no desenvolvimento motor, ou seja, uma em cada quatro crianças tiveram resultados médio baixo, limítrofe ou um desenvolvimento motor extremo baixo. Aos doze meses esse índice caiu para 19,5%, o que continua sendo alarmante, especialmente devido à gravidade e consequências geradas disso. Também tivemos um índice elevado de déficit de linguagem, com 23%, e subiu para 26% aos doze meses. O índice de menor prevalência, porém extremamente significativo para o futuro de todas as outras habilidades, é o desenvolvimento

cognitivo: encontramos 9% de atraso aos seis meses, que subiu para 11,5% aos doze meses.

Os primeiros anos de vida são considerados períodos sensíveis para o desenvolvimento humano. Apesar de existir a plasticidade cerebral em toda a vida, nessa fase formam-se as trajetórias neurais, fazendo com que as experiências na infância sejam particularmente importantes (Tottenham, 2014). Além disso, ocorre também o desenvolvimento motor e crítico para a aquisição dos outros domínios no primeiro ano de vida.

Para Piaget (Bee, 1997), o lactente nasce apenas com esquemas básicos sensoriais e motor, como o sugar e outros movimentos inicialmente instintivos, e os reflexos, de modo que, com o tempo, ele vai aprendendo a se mover voluntariamente. Em seguida, as habilidades do lactente vão se aperfeiçoando e adquirindo novas capacidades, a partir de comportamentos já aprendidos e de alguns comportamentos que vão surgindo espontaneamente, aperfeiçoando-se, a partir condições adequadas (Rotta, 2004).

Nesse sentido, as primeiras habilidades que mais progridem no início são as habilidades motoras, de modo que a aquisição adequada desse domínio permite a preparação para outras habilidades, como as cognitivas e as de linguagem, permitindo, assim, ampliar a compreensão e organização progressiva do ambiente (Escamilla, Pollitt, 1992). A Tabela 3 mostra que o domínio motor, de linguagem e cognitivo estão conectados. Fazendo uma associação entre eles, pode-se afirmar que à medida em que uma categoria acelera, as outras também evoluem. Dessa forma, lactentes que estavam atrasados no desenvolvimento motor foram retardando ainda mais o desenvolvimento em outras áreas.

O desenvolvimento motor ganha mais força entre seis e dez meses, pois é um período em que o lactente tem avanços significativos na área motora, conseguindo se sustentar melhor, sentar e engatinhar, explorando o ambiente independentemente e, assim, ganhando novos conhecimentos, ajudando a desenvolver a linguagem e principalmente a cognição (Soska et al., 2010; Libertus et al., 2010). À medida que o lactente demora para engatinhar ou chega a não adquirir essa habilidade, ele pode, conseqüentemente, diminuir o seu repertório exploratório, prejudicando o desenvolvimento futuro. Há, dessa forma,

uma hipótese da prevalência do atraso do desenvolvimento de linguagem e cognitivo ter aumentado ao longo do tempo, já que, nos primeiros seis meses, a maior prevalência de atraso foi no desenvolvimento motor.

A pesquisa de Adolph et al. (2019) mostra quatro características do desenvolvimento motor que refletem nas outras funções do desenvolvimento neuropsicomotor, possibilitando, dessa forma, os avanços cognitivos do lactente. Sendo assim, as oportunidades dos estímulos dependem do avanço motor, criando e possibilitando a exploração e aprendizado, instigando, assim, os diversos domínios.

Faz-se importante apresentar que o conceito dos primeiros 1000 dias se refere ao período desde a concepção até a idade de dois anos. Esse período é crucial para o crescimento e desenvolvimento do feto da criança e de seus resultados de saúde a longo prazo. Muitos fatores influenciam esse período, incluindo saúde materna, aleitamento materno e alimentação complementar, além de fatores socioeconômicos. Nesse sentido, estudos mostram associações maternas como principais porque, ainda nos dias de hoje, na maior parte das vezes, é a mãe que passa mais tempo com o lactente nos primeiros anos de vida. Além disso, encontramos associações como a escolaridade, amamentação e saúde da mulher relacionadas ao desenvolvimento.

Tottenham (2012), em seus estudos, também descreve o quão sensível são os primeiros anos para o desenvolvimento cerebral, que é particularmente maleável por sua plasticidade e pronto para mudanças, além de também apontar o quanto as experiências nessa fase são importantes para a formação cerebral. Em seus estudos observando a relação materna e o desenvolvimento infantil, através de ressonâncias magnéticas, a autora observa déficits em crianças que foram institucionalizadas (Tottenham, 2012). Em nosso estudo, conseguimos analisar os efeitos das crianças frequentadoras de creche, lugar onde algumas delas passam uma grande parte da semana. A creche é um ambiente em que as crianças podem interagir com outras pessoas que não sejam só os familiares do seu dia a dia, estabelecendo relações com crianças e outros adultos, com contribuições importantes para novos aprendizados, principalmente quanto ao desenvolvimento da linguagem. Analisando o efeito da creche no desenvolvimento infantil, observamos que o desenvolvimento cognitivo e de

linguagem dos meninos que frequentavam a creche foi beneficiado, porém vimos uma queda no desenvolvimento das meninas.

Estudos epidemiológicos citados no artigo de Adani e Capanec (2019) mostram que as meninas têm desenvolvimento de linguagem superior ao desenvolvimento dos meninos. Dessa forma, sabendo que as crianças aprendem basicamente por imitação, podemos supor que, quando colocados no mesmo contexto, os meninos se beneficiariam dos estímulos dados ao grupo, imitando os pares que têm um melhor desenvolvimento que o seu. Nessa mesma linha, analisando a diferença do desenvolvimento entre os sexos, vimos que os meninos com irmãos mais velhos tiveram uma queda no desenvolvimento de linguagem, de modo que, quanto maior o número de filhos, há menos recursos parentais disponíveis por criança, além de cada uma delas receber menos atenção dos cuidadores (Blake, 1987; Woollett, 1986). Ademais, alguns resultados mostram que as mães ainda gastavam menos tempo interagindo com seus filhos nascidos mais tarde (Putnick, Suwalsky, Bornstein, 2007).

Em uma revisão sistemática, podemos notar a diferença no desenvolvimento em relação aos sexos devido à maturação cerebral (Etchell et al., 2018). Análises de Campbell e Eaton (1999) mostraram que meninos são mais ativos que as meninas. Nessa mesma linha, analisando os diferentes efeitos em meninos e meninas, vimos que a escolaridade materna está associada com o desenvolvimento motor nas meninas; nessa premissa, a hipótese é que as meninas precisariam de mais estímulos refinados para um melhor desenvolvimento motor.

Nesta amostra, tivemos uma alta prevalência de transtornos mentais durante a gestação, e esse número diminuiu no puerpério. No período gestacional, verificou-se uma prevalência de 18% de transtorno de ansiedade, 12% de transtorno de humor. Já no puerpério, o transtorno de ansiedade caiu para 11%, porém a prevalência do transtorno de humor aumentou para 14%.

Analisando o uso de substâncias lícitas, verificamos que 10% das gestantes beberam durante a gestação, 13,5% fumaram, já no puerpério, esses números caíram. A estimativa do consumo de substâncias no puerpério pode ter diminuído devido ao fato da conexão mãe-lactente, fazendo com que essa mãe tenha uma maior consciência dos riscos. Os estudos de Feldman, através de análises de

oxitocina, mostram que quanto mais a mãe tem contato com o seu filho isso faz com que aumente o seu nível de oxitocina, promovendo o substrato neuro-hormonal; conseqüentemente, pode ser uma hipótese para uma maior consciência no cuidado puerperal e com os cuidados ao lactente, dado o aumento do afeto e maior relação mãe-lactente.

Os transtornos mentais gestacionais também tiveram associações com o desenvolvimento infantil. Os filhos de mães com transtornos ansiosos apresentaram uma desaceleração no desenvolvimento motor, e os lactentes das mães com sintomas depressivos durante a gestação foram associados à desaceleração de linguagem. Isso porque mães com transtornos mentais têm um menor engajamento e disposição em relação aos cuidados e necessidades do outro, dando uma menor acessibilidade e suporte às demandas necessárias para a estimulação adequada ao desenvolvimento da criança. Outros estudos mostram os mesmos achados em relação ao desenvolvimento infantil e os transtornos mentais durante o período pré-natal. Em uma pesquisa analisando 2,891 mães e seus filhos, observou-se que a depressão e a ansiedade no período gestacional estão relacionadas a uma série de problemas emocionais e comportamentais na vida da criança (Leis et al., 2014). Em outra pesquisa analisando a saúde mental materna na 26ª semana de gestação, encontraram efeitos associados no desenvolvimento cognitivo e de linguagem da criança aos 12, 18 e 24 meses (Phua et al., 2017).

Ademais, a presença de sentimentos negativos em relação à gestação foi associada a um risco maior de os lactentes apresentarem problemas neuropsicomotores, de modo que quanto mais negativo for o sentimento da mãe, maior será o risco de a criança apresentar problemas em seu desenvolvimento.

Observamos que no caso de mães que tiveram uma gestação não desejada, com sentimentos negativos, desacelerava-se o desenvolvimento do lactente, uma vez que a desaceleração no desenvolvimento de linguagem foi significativa nessa coorte de nascimento. Mostrou-se, também, que o estado psicológico materno durante a gestação influencia tanto no crescimento, quanto no desenvolvimento, e uma das associações para isso pode ser a atuação do cortisol causada pelo estresse, tendo em vista que estudos indicam que um alto

nível de cortisol está associado ao desenvolvimento infantil (LeWinn et al., 2009, Nath, 2017).

Os estudos enfatizam associações a respeito da relação materna com o desenvolvimento infantil, dado que a mãe, na maioria das vezes, é o principal o cuidador da criança. Assim, sendo ela a referência para o desenvolvimento da criança, é extremamente importante acompanhar a saúde dessa mulher, tanto a física, quanto a psicológica. Esse acompanhamento pode ser feito por meio de consultas pré-natais, por exemplo, contudo, nesta coorte, encontramos um alto índice de baixa frequência nas consultas obstétricas — dado coletado através do número de consultas com o obstetra. Muitas vezes pela falta de informações sobre os benefícios e/ou vergonha dos procedimentos médicos, essas mulheres acabam deixando de lado o cuidado em um momento tão delicado da vida delas e de seus filhos, e o cuidado no pré-natal reflete o comportamento materno em relação à saúde da mãe e do lactente. Dessa forma, pode-se explicar a associação que encontramos a respeito do atraso na aceleração do desenvolvimento de linguagem nos lactentes.

Além disso, a consulta pré-natal é importante para poder mapear e advertir os comportamentos de risco que impactam na vida da mulher e do feto, como, por exemplo, o uso de substâncias lícitas e ilícitas durante a gestação. As análises dos comportamentos maternos gestacionais mostram as consequências a longo prazo na vida da criança. Fumar durante a gestação foi significativamente associado à desaceleração do desenvolvimento motor, de linguagem e cognitivo. Outros estudos também encontraram os mesmos resultados no desempenho cognitivo (Jodi, 2007).

Quanto a fatores protetores, encontramos que o nascimento do lactente, como idade gestacional e peso ao nascer, são associados no desenvolvimento neuropsicomotor, e analisamos que quanto maior era a semana de gestação no nascimento, melhor era a aceleração no desenvolvimento motor e cognitivo da criança. O peso adequado ao nascer também foi associado à maior aceleração motora, consequências já bem estabelecidas na literatura.

A Organização Mundial da Saúde e a Associação Americana de Pediatria recomendam o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida. O leite materno é considerado a melhor fonte alimentar para o lactente pelas

suas questões nutricionais, mas também uma fonte de prevenção no desenvolvimento infantil. Estudos têm apoiado a associação da amamentação com a cognição do lactente (Horta et al., 2013; Horta et al., 2015). Nossas análises mostraram que o aleitamento materno protegeu contra a desaceleração do desenvolvimento cognitivo (risco relativo 71%). Esses resultados podem ocorrer devido às diferenças nutricionais do leite materno quando comparado com a fórmula infantil, já que o desenvolvimento cerebral também é influenciado pelos fatores nutricionais. Os nutrientes do leite materno, ausentes nas fórmulas, podem explicar a diferença do benefício do leite materno para o lactente (Belford, 2017). O leite materno contém fatores anti-inflamatórios, dando proteção nutricional e imune para o lactente (Palmeira e Carreiro-Sampaio, 2020). Dessa forma, por meio da amamentação também pode-se prevenir de muitas doenças e reduzir substancialmente as hospitalizações nos primeiros 6 meses de vida fora da barriga, quando os lactentes são mais vulneráveis (Tarrant et al., 2010). Dado que hospitalizações em repetição pode atrapalhar o processo de desenvolvimento do lactente, pois, durante a hospitalização, há pouca ou nenhuma estimulação (Slusher, McClure, 1992).

Outra hipótese seria a de que a mãe que amamenta passa a ter uma maior resposta aos sinais do lactente. Através de ressonâncias magnéticas verificaram ativações cerebrais relacionadas com o vínculo mãe-lactente, dado que a mãe que amamenta passa mais horas com o lactente devido à demanda da amamentação, resultando numa melhor empatia e maior sensibilidade da mãe com o filho durante o pós-parto (Kim et al., 2011). No pós-parto, tanto mães que amamentam, quanto as que dão fórmula têm uma grande ativação cerebral no giro frontal superior (planejamento, organização e autopercepção) e amígdala (habilidade para sentir emoções e empatia), associadas a uma maior sensibilidade materna entre 3-4 meses do lactente; porém, mães que amamentaram mostraram uma maior ativação cerebral no giro superior frontal, na ínsula (autoconsciência, função cognitiva e experiências interpessoais), no pré-cuneo (estratégias mentais, percepção do ambiente e resposta afetiva à dor), estriato (planejamento motor, tomada de decisões, percepção das recompensas) e amígdala enquanto escutavam o seu filho chorando comparado com as mães que dão fórmula (Kim et al., 2011).

Um fator interessante que encontramos relacionado ao desenvolvimento é o de que mães adolescentes estão associadas ao aceleração no desenvolvimento motor. Adolescentes são biologicamente imaturas, com menor escolaridade e, na maioria das vezes, com menor renda, aumentando a vulnerabilidade e, conseqüentemente, o risco de terem filhos com problemas comportamentais e algum atraso no desenvolvimento. Por outro lado, apesar dessa vulnerabilidade, mães adolescentes tendem a se adaptar e aprender com mais facilidade e, na maioria das vezes, têm maior suporte familiar (Queiroz, 2014).

Quanto aos dados referentes aos pais dos lactentes, tivemos pouco acesso devido à falta de conhecimento que as mães tinham a respeito desses dados — e os dados da pesquisa foram coletados a partir de informações delas, mesmo que a maioria dos pais (73%) residem na mesma casa que as mulheres e seus filhos. Em análises, observamos que habitar com o companheiro foi associado à aceleração do desenvolvimento cognitivo. Pais têm influência direta e indireta no desenvolvimento do lactente, de forma que sua influência indireta se dá através do suporte, proteção e facilitação mãe-lactente (Pruett, 1988). A influência direta, por outro lado, se caracterizaria pelo envolvimento nas habilidades cognitivas (Rolle et al., 2019). Sendo assim, os pais têm um papel crucial, contribuindo na estimulação e suporte necessário para o desenvolvimento da criança (Bandura, 1993).

Há pontos fortes e limitações no presente trabalho. O seguimento de mais de 300 lactentes foi realizado em suas comunidades, o que facilita a amostra ser representativa da população. Os bairros estudados tinham grande cobertura da Estratégia de Saúde da Família, que trabalha com uma busca ativa de casos, diminuindo, assim, a perda durante o recrutamento. O desenvolvimento foi avaliado de forma internacionalmente reconhecida, feito por psicólogos treinados. A utilização de diagnóstico de saúde mental, e não uma simples triagem, assim como uma avaliação de violência doméstica testada em ambientes multiculturais, ampliaram o poder de diagnóstico. Houve um grande preparo da equipe de campo para lidar com essas questões.

As principais limitações dizem respeito à existência de dados faltantes em algumas variáveis e a não coleta de informações importantes, como a rede social da família.

Este estudo apresentou grandes desafios. Para que conseguíssemos acompanhar o desenvolvimento dos lactentes e coletar todos os dados familiares, a equipe de pesquisa precisou estabelecer uma conexão com as famílias, mantendo vínculos especialmente com as mães, assim certificando-se de que todas as informações fossem fidedignas e as etapas estipuladas. Foi desafiador conseguir manter todas as fases previamente definidas para o andamento da pesquisa, desde a gestação até o primeiro ano de vida, mantendo encontros a cada 3 meses nas unidades básicas de saúde e visitas domiciliares. Para que isso acontecesse, a equipe precisou conscientizar as famílias da importância do acompanhamento e apoio especializado que eles estavam recebendo naquele momento tão importante que é a primeira infância. Além disso, a equipe de pesquisa teve que superar desafios físicos, ambientais e psicológicos no decorrer da pesquisa, em razão do alto índice de criminalidade no local.

Coletar os dados nas UBSs fez com que a equipe conseguisse compreender a dimensão da falta de recursos desses locais, desde espaços inadequados, como falta de salas e materiais básicos, e até o quanto, infelizmente, há uma falta de profissionais especializados que atuem na primeira infância, além de programas de prevenção à saúde na primeira infância. Esses programas voltados para a prevenção de fatores de risco e fortalecimento da atenção básica à saúde, através de um acompanhamento especial para as famílias de maior vulnerabilidade social, têm a finalidade de dar apoio às necessidades dessa família e conscientizar sobre a importância do cuidado na primeira infância, já que quanto mais precoces forem os diagnósticos e o início das intervenções, menor será o impacto dos problemas na vida futura da criança. Dessa forma, a implantação de projetos visando promover a educação e cuidados às famílias de riscos são de extrema relevância, especialmente em países em desenvolvimento. Os gastos com programas de assistência às famílias para prevenção são investimentos futuros, prevenindo maiores danos à

sociedade e favorecendo condições para que essas crianças possam tornar-se resilientes.

Estudos como este são fundamentais para a literatura e a comunidade. Por meio deles, podemos entender a trajetória do desenvolvimento e os fatores associados ao atraso no desenvolvimento infantil para que, assim, possamos estabelecer parâmetros de comparação e para que haja uma prevenção nos fatores de risco, já que estudos sobre efeitos psicossociais e ambientais em amostras populacionais no desenvolvimento dos primeiros anos de vida são raros no Brasil.

Além disso, devido à importância e ao impacto dos atrasos no desenvolvimento, são fundamentais a identificação precoce e o reconhecimento de grupos de maior vulnerabilidade, a fim de minimizar os efeitos deletérios recorrentes. Devido à grande minuciosidade do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, é necessário que a avaliação seja feita de forma cautelosa e por profissionais especializados, principalmente durante os primeiros anos de vida, quando o desenvolvimento é dinâmico e o impacto dos atrasos é tão importante.

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, concluímos que o desenvolvimento motor, de linguagem e cognitivo estão conectados, dado que o progresso de um domínio está intimamente ligado com o avanço geral no desenvolvimento da criança. Além disso, os fatores biológicos e psicossociais são altamente associados ao desenvolvimento, impactando tanto positivamente quanto negativamente na vida do indivíduo.

Encontramos uma alta prevalência de atraso no desenvolvimento nesta coorte de nascimento, e o desenvolvimento motor foi a área com a maior frequência de atraso entre os lactentes. Pudemos observar que a prevalência do desenvolvimento cognitivo e de linguagem aumentou ao longo do tempo.

A classe social, os sentimentos diante da gravidez, o estado nutricional do recém-nascido e o aleitamento materno foram relacionados à curva de evolução do desenvolvimento infantil. Observamos também que fatores como creche, ter irmãos mais velhos e a escolaridade materna desempenham estímulos diferentes conforme o sexo.

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

PROCEDIMENTOS APÓS A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Os dados colhidos durante a pesquisa estão armazenados no banco de dados do Instituto de Psiquiatria, da Coorte Butantã, projeto 9, aos cuidados dos pesquisadores responsáveis.

7 ANEXOS

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@hcnnet.usp.br ou O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Rua general Jardim, 36 Vila Buarque, 1º 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

Anexos B – 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: _____

Anexo C – Questionário Socioeconômico (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/Ginásial Incompleto	4 – 7	1
Ginásial 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)**

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 - N° de Partos Vaginais: _____
PC - N° de Partos Cesáreos: _____
Qual Indicação: _____
A - N° Abortos: _____
FNV - N° de Filhos Nascidos Vivos: _____
FVA - Filhos Vivos Atuais: _____
FNM - N° 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 (wisky, 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: _____

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

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)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
	Recorrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
D EPISÓDIO MANÍACO F31.9	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO F31.9/F34.0	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO F41.0	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL ABUSO DE ALCÓOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool) ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
L SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
	Atual	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	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, ou 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)
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)?
- 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?
- d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?
- e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?
- f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?
- 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)?

- A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO SIM *

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO MAIOR
ATUAL**

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]?
- 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 10

A5b É COTADA SIM ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO DEPRESSIVO
MAIOR RECORRENTE**

* 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 OU 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 com Características Melancólicas ATUAL	

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL								

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 ?				
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:				

NÃO	SIM	
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL		
1-5 pontos	Baixo	<input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA “SIM” ?

SE SIM, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

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 Póstrans 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
----	---	-----	-----	----

Agorafobia Atual

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 → passar a H4	SIM	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 → passar a H4	SIM	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 SEGUINTE

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”, hasish, 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], frequentemente 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
<i>DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

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
<i>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</i>	

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.

			BIZARRO		
Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre experiências pouco comuns ou estranhas que algumas pessoas podem ter.					
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 HIPOCONDRIÁCAS 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? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO SIM	13
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês? <u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>	NÃO SIM	14
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" (<u>NÃO BIZARRO</u>) ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL</i>	
L12	DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS: UMA QUESTÃO « a » COTADA "SIM" BIZARRO OU DUAS QUESTÕES « a » COTADAS "SIM" (<u>NÃO BIZARRO</u>) ? (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO) OU L11 É COTADA "SIM" ?	NÃO SIM <i>SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA</i>	
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 <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL</i>	
d	L13b OU L13c SÃO COTADAS "SIM"?	NÃO SIM <i>TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA</i>	

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	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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)?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL	
NÃO	SIM							
BULIMIA NERVOSA ATUAL								
	N7 É COTADA “SIM” ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	ANOREXIA NERVOSA tipo Compulsão Periódica / Purgativa ATUAL	
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 ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DE
ANSIEDADE
GENERALIZADA ATUAL**

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**

Anexo G – Questionário sobre Violência Doméstica (OMS)

704	<p>Eu quero que você me diga se o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, alguma vez, tratou você da seguinte forma:</p> <p>a) Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?</p> <p>b) Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?</p> <p>c) Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito (p.ex: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)?</p> <p>d) Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?</p>	<p>A) (Se sim, continue com B. Se não, vá para o próximo item)</p>	<p>B) Isto aconteceu nestes últimos 12 meses de sua vida? (Se sim, pergunte somente a C. Se não, somente a D).</p>	<p>C) Nos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes? (depois de responder a C, pule o D)</p>	<p>D) Antes dos últimos 12 meses você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?</p>
		<p>Sim Não</p>	<p>Sim Não</p>	<p>Uma Poucas Muitas</p>	<p>Uma Poucas Muitas</p>
		<p>1 0</p> <p>1 0</p> <p>1 0</p>	<p>1 0</p> <p>1 0</p> <p>1 0</p>	<p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p>	<p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p>
		<p>1 0</p>	<p>1 0</p>	<p>1 2 3</p>	<p>1 2 3</p>
705	<p>Alguma vez, o seu atual marido/companheiro, ou qualquer outro companheiro, tratou você da seguinte forma:</p> <p>a) Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?</p> <p>b) Empurrou-a ou deu-lhe um tranco /chacoalhão?</p> <p>c) Machucou-a com um soco ou com algum objeto?</p> <p>d) Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?</p> <p>e) Estrangulou ou queimou você de propósito?</p> <p>f) Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?</p>	<p>A) Sim Não</p>	<p>B) Sim Não</p>	<p>C) Uma Poucas Muitas</p>	<p>D) Uma Poucas Muitas</p>
		<p>1 0</p>	<p>1 0</p>	<p>1 2 3</p>	<p>1 2 3</p>
		<p>1 0</p> <p>1 0</p> <p>1 0</p>	<p>1 0</p> <p>1 0</p> <p>1 0</p>	<p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p>	<p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p>
		<p>1 0</p>	<p>1 0</p>	<p>1 2 3</p>	<p>1 2 3</p>
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) Sim Não</p>	<p>B) Sim Não</p>	<p>C) Uma Poucas Muitas</p>	<p>D) Uma Poucas Muitas</p>
		<p>1 0</p> <p>1 0</p>	<p>1 0</p> <p>1 0</p>	<p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p>	<p>1 2 3</p> <p>1 2 3</p>
		<p>1 0</p>	<p>1 0</p>	<p>1 2 3</p>	<p>1 2 3</p>
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>			<p>MARQUE NO BOX C</p>

708	VERIFIQUE SE HOUVE RESPOSTA AFIRMATIVA PARA QUALQUER QUESTÃO COM VIOLÊNCIA SEXUAL, VEJA A QUESTÃO 706	SIM, VIOLÊNCIA SEXUAL _____ 1 NÃO _____ 0	MARQUE NO BOX C
Ver (Fl. Ref. Box B opção 1)	JÁ ENGRAVIDOU ALGUMA VEZ () ↓ N. DE VEZES QUE ENGRAVIDOU (opção 5) () () ↓ ATUALMENTE GRÁVIDA (opção 4) SIM= 1 NÃO= 0	NUNCA ENGRAVIDOU () →	→706*
709	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?	SIM _____ 1 NÃO _____ 2	→706*
710	Isto ocorreu em uma gravidez ou em mais de uma? SE EM MAIS DE UMA Em quantas delas você foi agredida fisicamente?	Nº DE GESTAÇÕES COM AGRESSÃO FÍSICA _____ () ()	
711	Você já levou socos ou pontapés na barriga durante a gravidez?	SIM _____ 1 NÃO _____ 0	
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			
712	Durante a mais recente gravidez, na qual você foi agredida, a pessoa que agrediu era o pai da criança?	SIM _____ 1 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	

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: _____

Anexo I – Dados da 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?			

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							

Anexo K – Dados do Lactente aos 6 meses de idade.**Cuidados com a Criança – T2 – 6 meses**

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

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: _____

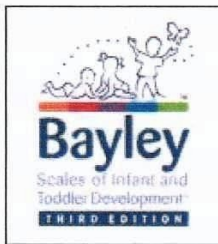
3. Me fale o telefone de 3 (três) pessoas que possam te encontrar mesmo que você se mude:

3.1. Nome: _____ Telefone: _____

3.2. Nome: _____ Telefone: _____

3.3. Nome: _____ Telefone: _____

Anexo L – Questionário da escala Bayley de desenvolvimento



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:

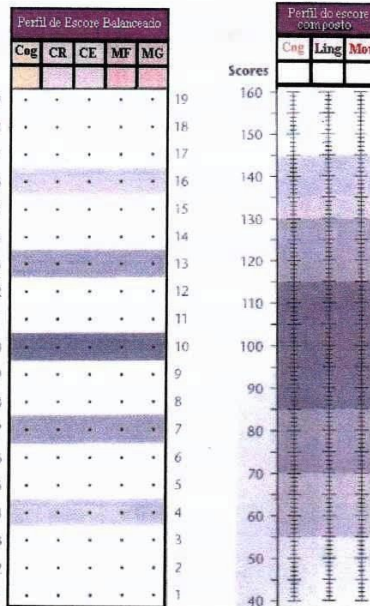
Sumário dos Escores

Subteste	Escore Total Bruto	Escore Balanceado	Escore Composto	Percentil	Intervalo de confiança (%)
Cognitivo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Usar Tabela A.5					
Linguagem					
Com. Receptiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Com. Expressiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Usar Tabelas A.4 e A.7					
Motor					
Motor Fino	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Motor Grosso	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Total	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Usar Tabelas A.4 e A.8					

Calcular Idade e Início da Pontuação

	Ano	Mês	Dia
Data do Teste	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data do Nascimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Idade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Idade em meses e dias	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correção para Prematuridade	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Idade corrigida	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Início da Pontuação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
A 1. Se acalma quando levantada	Nenhum	Pontuação: A criança se acalma quando levantada por você ou pelo cuidador.	1 0
2 20 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
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
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
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
6. Reconhece o cuidador	Nenhum	Pontuação: A expressão da criança muda para indicar reconhecimento do cuidador	1 0
D 7. Fica excitada por antecipação	Nenhum	Pontuação: A criança mostra excitação por antecipação	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
9. Reage ao desaparecimento da face	Nenhum	Pontuação: Criança muda expressão facial ou mostra outra evidência de reação ao desaparecimento do cuidador.	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

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Crítérios de pontuação e comentários	Pontos
11. Mostra preferência visual	Livro de Estimulo (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 Estimulo (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 Estimulo (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 inspeciona 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

19
222
20

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

	Item	Materiais	Crterios de pontuao e comentrios	Pontos
19 22	22. Srie - Imagem de espelho: responde alegremente	Espelho	Pontuao: Criana brinca com a imagem do espelho, olhando e sorrindo ou gargalhando, batendo levemente, batendo, tentando alcanar alegremente, ou tentando toc-lo com a boca.	1 0
	23. Brinca com barbante	Aro com barbante	Pontuao: Criana brinca com o barbante pegando-o, mastigando-o, tentando coloc-lo na boca, ou manipulando-o.	1 0
	24. Bate objetos brincando	Bloco sem buraco, colher ou outro objeto rigido adequado	Pontuao: Criana propositadamente bate brincando a qualquer momento durante o teste.	1 0
	25. Procura objeto caido	Boneco de apertar	Pontuao: Criana procura objeto caido ao olhar na direao do cho.	1 0
26 31	26. Srie - Sino: manipula	Sino	Pontuao: Criana manipula o sino enquanto olha para ele com interesse.	1 0
27 33 37	27. Srie - Apanha blocos: tenta alcanar segundo bloco	3 blocos sem buraco	Pontuao: A criana segura o primeiro bloco e tenta alcanar, tocar ou pegar o segundo bloco.	1 0
	28. Puxa toalha para obter objeto	Toalha de mo e objeto de interesse	Pontuao: Criana puxa a toalha de propoito na sua direao para obter o objeto.	1 0
	29. Puxa barbante adaptativamente	Aro com barbante	Pontuao: Criana pega o barbante e puxa propositadamente para pegar o aro, e ento segura o aro.	1 0
	30. Retm ambos os blocos	2 blocos sem buracos	Pontuao: Criana segura os blocos simultaneamente por pelo menos 3 segundos.	1 0
26 31	31. Srie - Sino: toca propositalmente	Sino	Pontuao: Criana segura o sino pelo cabo e propositadamente toca-o	1 0
	32. Olha para figuras	Livro de figuras	Pontuao: Criana reconhece uma ou mais figuras com interesse ou reconhecimento.	1 0
27 33 37	33. Srie - Apanha blocos: retm 2 de 3 blocos	3 blocos sem buracos	Pontuao: Criana retm os primeiros dois blocos por pelo menos trs segundos depois de visualmente presta ateno ao terceiro bloco.	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
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
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 <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> Direito Tentativa 2 <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/> 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

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

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

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

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: CrianÇa 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 xicara com alÇa	PontuaÇão: CrianÇa coloca todos os nove blocos dentro da xicara uma vez. # de blocos na xicara: 1 0
47 55	55. Série - Tabuleiro de pinos: 6 pinos	Tabuleiro de pinos, 6 pinos amarelos e cronômetro ⊕ 70 segundos	PontuaÇão: CrianÇa 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 peÇas vermelhas (quadrado, círculo e triângulo) e cronômetro. ⊕ 180 segundos	PontuaÇão: CrianÇa coloca corretamente todas as três peÇas em até 180 segundos. # de peÇas colocados corretamente (180 segundos): 1 0
	57. Usa lápis para obter objeto	Lápis e pato vermelho Pequeno	PontuaÇão: CrianÇa usa o lápis para tentar obter o pato 1 0
51 58 66	58. Série - Tabuleiro azul: 4 peÇas	Tabuleiro azul, conjunto de peÇas azuis (4 redondas, 5 quadradas) e cronômetro ⊕ 150 segundos	PontuaÇão: CrianÇa coloca corretamente pelo menos quatro peÇas em até 150 segundos. Tempo realizado: # de PeÇas: 1 0
	59. Presta atenÇão  estória	Livro de estória	PontuaÇão: CrianÇa presta atenÇão  estória. 1 0
60	60. Tabuleiro rosa invertido	Tabuleiro rosa e conjunto de peÇas vermelhas (quadrado, círculo, triângulo)	PontuaÇão: CrianÇa coloca corretamente todas as três peÇas com o tabuleiro na posiÇão invertida. 1 0
	61. Montagem de objeto (bola)	Quebra-cabeÇa de bola e cronômetro ⊕ 90 segundos	PontuaÇão: CrianÇa 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: CrianÇa coloca todas os seis pinos no tabuleiro em até 25 segundos. 1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
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. <input type="checkbox"/> Avião <input type="checkbox"/> Triciclo <input type="checkbox"/> Árvore <input type="checkbox"/> Telefone	1 0
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
51 58 66 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
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. <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> 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 pontuao e comentrios	Pontos
72. Conceito de agrupamento: cor	Patos grandes e pequenos (azuis e amarelos)	Pontuao: Crianca identifica corretamente os dois patos azuis.	1 0
73. Conceito de agrupamento: tamanho	Patos grandes e pequenos (vermelhos e amarelos)	Pontuao: Crianca identifica corretamente ambos patos pequenos e ambos patos grandes.	1 0
74. Compara massas	2 patos grandes azuis	Tentativas: 2 Pontuao: Crianca identifica corretamente o pato pesado quando colocado em ambas as mos esquerda e direita.	1 0
75. Pareia tamanho	Pato vermelho grande, pato azul grande e pato amarelo pequeno	Pontuao: Crianca identifica corretamente o pato azul grande.	1 0
76. Discrimina figuras	Livro de Estmulo (pp 27-37)	Pontuao: Crianca corretamente identifica o bezerro e o burro	1 0
77. Padrão simples	Patos grandes e pequenos	Pontuao: Crianca identifica corretamente o pato amarelo grande.	1 0
78. Classifica os pinos pela cor	4 pinos vermelhos, 4 pinos amarelos, 4 pinos azuis e trs copos de plstico	Pontuao: Crianca classifica todas os pinos pela cor colocando-os nos copos apropriados ou em pilhas separadas.	1 0
79. Conta (correspondncia de um-a-um)	5 blocos	Pontuao: A crianca assinala apenas um nmero para cada bloco enquanto conta. A crianca deve contar pelo menos at 3 em seqncia apropriada.	1 0
80. Discrimina tamanhos	Livro de Estmulo (pp. 39-43)	Pontuao: Crianca identifica o objeto de tamanho correto para pelo menos duas das trs pginas. <input type="checkbox"/> Caixa <input type="checkbox"/> Tigela <input type="checkbox"/> Sapato	1 0
81. Identifica 3 figuras incompletas	Livro de Estmulo (pp.45-61)	Pontuao: Para todas as trs sries, a crianca identifica corretamente a imagem quando apresentada com a primeira ou segunda pgina daquela srie. <input type="checkbox"/> Rosto <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Flor	1 0
82. Montagem de objeto (cachorro)	Quebra-cabea de cachorro e cronmetro Ⓢ 90 segundos	Tentativas: 2 Pontuao: Crianca monta corretamente o objeto em at 90 segundos em qualquer das tentativas.	1 0
83. Discrimina padres	Livro de Estmulo (pp. 63-67)	Pontuao: Crianca identifica corretamente o objeto que est fora do lugar nas trs pginas <input type="checkbox"/> Quadrado <input type="checkbox"/> Triângulo <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Piões <input type="checkbox"/> Flores <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Banana <input type="checkbox"/> Lâmpada <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Primeiro <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Terceiro <input type="checkbox"/> Quarto	1 0
90. Repete seqüências numéricas	Nenhum	Pontuação: Criança repete corretamente pelo menos quatro das seqüências numéricas. <input type="checkbox"/> A: 4 – 2 – 5 <input type="checkbox"/> B: 3 – 1 – 4 – 2 <input type="checkbox"/> C: 7 – 9 – 1 – 3 <input type="checkbox"/> D: 5 – 3 – 7 – 1 – 6 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> VER-AZU-VER-AZU-VER-AZU Padrão 2 <input type="checkbox"/> AMA-AZU-VER-AMA-AZU-VER Padrão 3 <input type="checkbox"/> AMA-AMA-AZU-AMA-AMA-AZU	1 0
Score 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	Crítérios de pontuação e comentários	Pontos
A B C 1. Reconhece pessoa momentaneamente	Nenhum	Pontuação: A criança fixa o olhar na pessoa por pelo menos 2 segundos.	1 0
2. Tolerar estímulos sensoriais	Nenhum	Pontuação: A criança tolera estímulos sensoriais e não mostra sinais de angústia.	1 0
D E 3. Acalma-se quando se fala com ela	Nenhum.	Pontuação: A criança se acalma quando se fala com ela	1 0
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 G H 6. Procura virando a cabeça	Sino e chocalho	Tentativas: 2 Pontuação: A criança vira a cabeça propositadamente na direção da fonte sonora	1 0
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

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

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. <input type="checkbox"/> Livro de estórias <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Boneca <input type="checkbox"/> Copo <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> biscoito <input type="checkbox"/> sapato(s) <input type="checkbox"/> carro <input type="checkbox"/> balão (ões) <input type="checkbox"/> pássaro <input type="checkbox"/> cama <input type="checkbox"/> gatinho <input type="checkbox"/> colher <input type="checkbox"/> bola <input type="checkbox"/> livro <input type="checkbox"/> mamadeira <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Livro de estórias <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Boneca <input type="checkbox"/> Copo <input type="checkbox"/> 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 corretas	Livro de estímulo (pp.1-5)	Pontuação: A criança identifica corretamente pelo menos três das figuras do item de teste <input type="checkbox"/> biscoito <input type="checkbox"/> sapato(s) <input type="checkbox"/> carro <input type="checkbox"/> balão (ões) <input type="checkbox"/> pássaro <input type="checkbox"/> cama <input type="checkbox"/> gatinho <input type="checkbox"/> colher <input type="checkbox"/> bola <input type="checkbox"/> livro <input type="checkbox"/> mamadeira <input type="checkbox"/> maçã	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
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. <input type="checkbox"/> dando tchau <input type="checkbox"/> andando de bicicleta <input type="checkbox"/> bebendo <input type="checkbox"/> lavando <input type="checkbox"/> dormindo <input type="checkbox"/> comendo <input type="checkbox"/> lendo <input type="checkbox"/> correndo	1 0
24. Identifica 5 partes do corpo	Boneca	Pontuação: A criança aponta corretamente para pelo menos cinco partes do corpo	1 0
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. <input type="checkbox"/> dando tchau <input type="checkbox"/> andando de bicicleta <input type="checkbox"/> bebendo <input type="checkbox"/> lavando <input type="checkbox"/> dormindo <input type="checkbox"/> comendo <input type="checkbox"/> lendo <input type="checkbox"/> correndo	1 0
27. Entende uso de objetos	Livro de Estímulo (p. 79)	Pontuação: A criança corretamente identifica pelo menos três das figuras. <input type="checkbox"/> triciclo <input type="checkbox"/> tesoura <input type="checkbox"/> sapato <input type="checkbox"/> panela <input type="checkbox"/> giz de cera <input type="checkbox"/> copo	1 0
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. <input type="checkbox"/> dando tchau <input type="checkbox"/> andando de bicicleta <input type="checkbox"/> bebendo <input type="checkbox"/> lavando <input type="checkbox"/> dormindo <input type="checkbox"/> comendo <input type="checkbox"/> lendo <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> ele <input type="checkbox"/> mim <input type="checkbox"/> eu <input type="checkbox"/> você <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> sapatos <input type="checkbox"/> caminhões <input type="checkbox"/> cachorros	1 0

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

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Crítérios de pontuação e comentários	Pontos
32 42 42. Série - Entende preposições: 4 corretas	Xícara com alça, cadarço e bloco com buraco	Pontuação: Criança segue corretamente as instruções em pelo menos quatro das tarefas. <input type="checkbox"/> dentro <input type="checkbox"/> ao redor <input type="checkbox"/> entre <input type="checkbox"/> através <input type="checkbox"/> atrás da <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> bebê <input type="checkbox"/> galinha <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> pesado <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> alimentos <input type="checkbox"/> vestir <input type="checkbox"/> móveis <input type="checkbox"/> frutas <input type="checkbox"/> comer <input type="checkbox"/> brinquedos	1 0
Score 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	Crítérios de pontuação e comentários	Pontos
A B C D 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
E F G H 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
I 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 13 J 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

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	
22 28	22. Série - Nomear figura: 1 figura	Livro de figuras (pp. 10-15)	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos uma figura <input type="checkbox"/> biscoito <input type="checkbox"/> sapato(s) <input type="checkbox"/> carro <input type="checkbox"/> balão (ões) <input type="checkbox"/> pássaro <input type="checkbox"/> cama <input type="checkbox"/> gatinho <input type="checkbox"/> colher <input type="checkbox"/> bola <input type="checkbox"/> livro <input type="checkbox"/> mamadeira <input type="checkbox"/> 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	
20 27	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
22 28	28. Série de Nomear Figura: 5 Figuras	Livro de figuras (pp. 10-15)	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos cinco figuras <input type="checkbox"/> biscoito <input type="checkbox"/> sapato(s) <input type="checkbox"/> carro <input type="checkbox"/> balão (ões) <input type="checkbox"/> pássaro <input type="checkbox"/> cama <input type="checkbox"/> gatinho <input type="checkbox"/> colher <input type="checkbox"/> bola <input type="checkbox"/> livro <input type="checkbox"/> mamadeira <input type="checkbox"/> 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 35 37	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. <input type="checkbox"/> Comendo <input type="checkbox"/> Abraçando <input type="checkbox"/> Bocejando <input type="checkbox"/> Jogando/brincando <input type="checkbox"/> Correndo <input type="checkbox"/> Esfregando/brincando <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Chutando <input type="checkbox"/> Lavando <input type="checkbox"/> Nadando <input type="checkbox"/> Se balançando <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Comendo <input type="checkbox"/> Abraçando <input type="checkbox"/> Bocejando <input type="checkbox"/> Jogando/brincando <input type="checkbox"/> Correndo <input type="checkbox"/> Esfregando/brincando <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Chutando <input type="checkbox"/> Lavando <input type="checkbox"/> Nadando <input type="checkbox"/> Se balançando <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> substantivo + verbo <input type="checkbox"/> substantivo + verbo + lugar <input type="checkbox"/> verbo + substantivo <input type="checkbox"/> substantivo + verbo + adjetivo <input type="checkbox"/> adjetivo + substantivo <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Comendo <input type="checkbox"/> Abraçando <input type="checkbox"/> Bocejando <input type="checkbox"/> Jogando/brincando <input type="checkbox"/> Correndo <input type="checkbox"/> Esfregando/brincando <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Chutando <input type="checkbox"/> Lavando <input type="checkbox"/> Nadando <input type="checkbox"/> Se balançando <input type="checkbox"/> Aspirando/varrendo	1 0
	38. Usa o plural Livro de Estímulo (p.153)	Pontuação: A criança usa corretamente as formas de plural para nomear pelo menos cinco figuras <input type="checkbox"/> livros <input type="checkbox"/> meias <input type="checkbox"/> biscoitos <input type="checkbox"/> sapatos <input type="checkbox"/> blocos <input type="checkbox"/> cavalos <input type="checkbox"/> bebês	1 0
	39. Responde perguntas com "o que" e "onde" Livro de Estímulo (p.155)	Pontuação: A criança responde corretamente a pelo menos duas das perguntas. <input type="checkbox"/> O que ele vai fazer? <input type="checkbox"/> O que ele tem? <input type="checkbox"/> Onde está o garoto?	1 0
	40. Usa pronomes possessivos Livro de Estímulo (p.157)	Pontuação: A criança usa o pronome possessivo.	1 0
	41. Nomeia 4 cores Livro de Estímulo (p.159)	Pontuação: A criança nomeia corretamente pelo menos quatro cores. <input type="checkbox"/> vermelho <input type="checkbox"/> amarelo <input type="checkbox"/> marrom <input type="checkbox"/> verde <input type="checkbox"/> branco <input type="checkbox"/> roxo	1 0
	42. Responde logicamente às perguntas (relacionadas a funções) Nenhum	A criança dá respostas lógicas para, pelo menos, duas das perguntas. <input type="checkbox"/> com sono <input type="checkbox"/> sujo <input type="checkbox"/> com frio	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Crítérios 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. <input type="checkbox"/> Xicara/copo <input type="checkbox"/> Escova de dente <input type="checkbox"/> Sapatos <input type="checkbox"/> Tesouras <input type="checkbox"/> 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 47 48	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
46 47 48	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
46 47 48	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	

Escola 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 B C 1. Mãos ficam fechadas	Nenhum	Pontuação: As mãos da criança ficam fechadas durante a maior parte do tempo.	1 0
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
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

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	CrITÉrios de pontuaÇão e comentÁrios	Pontos	
	11. Gira o pulso	Bloco, chocalho, sino ou outro objeto pequeno	PontuaÇão: A crianÇa 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 crianÇa 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 alcanÇar o bloco	Bloco sem buracos.	Tentativas: 2 PontuaÇão: A crianÇa estende um ou ambos os braÇos em direÇão ao bloco esforÇando-se para alcanÇ-lo. A crianÇa não precisa apreender o bloco	1 0
13 18 14 22 15	14. Série - Blocos: toca o bloco	Bloco sem buracos.	Tentativas: 2 PontuaÇão: A crianÇa estende um ou ambos os braÇos 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	Bloco sem buracos.	Tentativas: 2 PontuaÇão: A crianÇa pega o bloco usando uma ou ambas as mãos.	1 0
	16. AlcanÇa unilateralmente	Objetos de interesse	PontuaÇão: A crianÇa tenta alcanÇar com apenas uma das mãos mais freqüentemente do que com ambas.	1 0
	17. Série - Bolinha de cereal: tenta segurar	Bolinha de cereal	PontuaÇão: A crianÇa 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	Bloco sem buracos	Tentativas: 2 PontuaÇão: A crianÇa pega o bloco de modo que seu polegar esteja parcialmente oposto aos seus dedos.	1 0
	19. Transfere aro	Aro (sem barbante)	PontuaÇão: A crianÇa 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	Bolinha de cereal	PontuaÇão: A crianÇa usa a mão inteira para segurar a bolinha de cereal.	1 0
	21. Transfere blocos	Bloco sem buracos	PontuaÇão: A crianÇa 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	Bloco sem buracos	Tentativas: 2 PontuaÇão: A crianÇa 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	
28 34 37 48 31 38 54	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
32 40 41 43	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
32 40 41 43	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
32 40 41 43	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	Crítérios 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. <input type="checkbox"/> Posição 1 <input type="checkbox"/> Posição 2 <input type="checkbox"/> 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
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 <input type="checkbox"/> pino <input type="checkbox"/> bloco <input type="checkbox"/> 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
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

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	CrITÉrios de pontuação e comentÁrios	Pontos
57. Abotoa 1 botão	Manga de botão	Pontuao: Abotoa 1 botão	1 0
58. Constrói degraus	12 blocos	Pontuao: A criança consegue reproduzir os degraus	1 0
59. Desenha traços	Lápis e folha para traçar desenhos (no Formulário de registro)	Pontuao: A criança traça corretamente, pelo menos, dois desenhos	1 0
60. Limita quadrado	Giz-de-cera ou lápis e folha de papel branca, não-pautada	Pontuao: 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 adio	Lápis ou giz-de-cera e Folha de modelos para copiar o sinal de adio (no Formulário de registro)	Pontuao: 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	Pontuao: 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	Pontuao: 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	Pontuao: 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	Pontuao: 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)	Pontuao: A criança produz uma figura de quatro lados com quatro cantos.	1 0

* Cópia no manual de administrao, Apêndice G

Score Total Bruto (MF)

/66

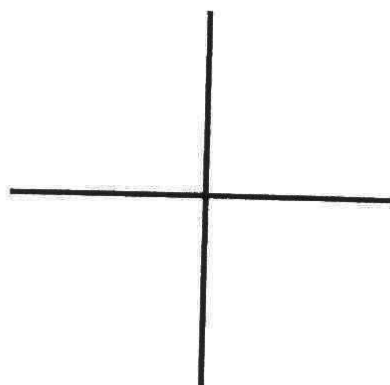
Nome da Criança:

Copia desenhos



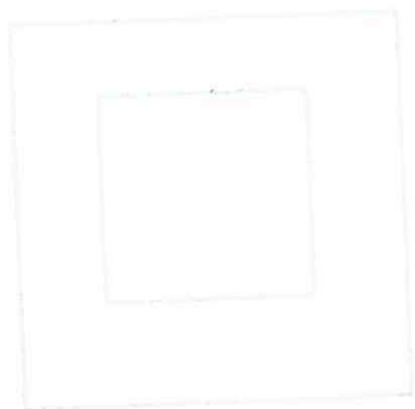
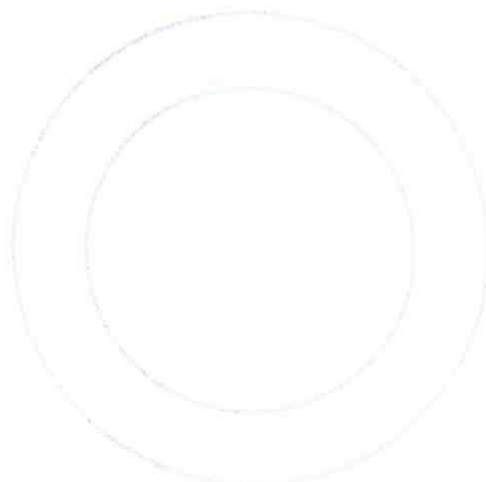
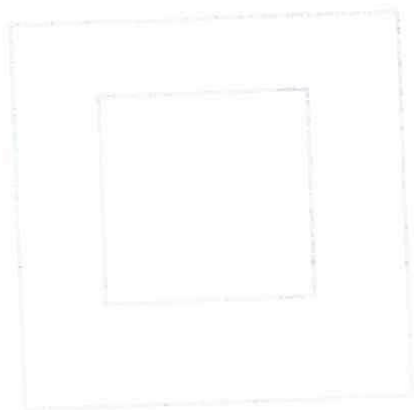
6.2000 0 070 0000

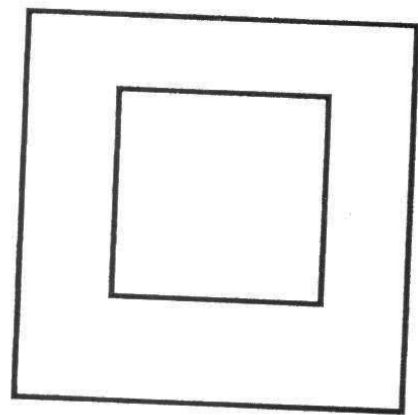
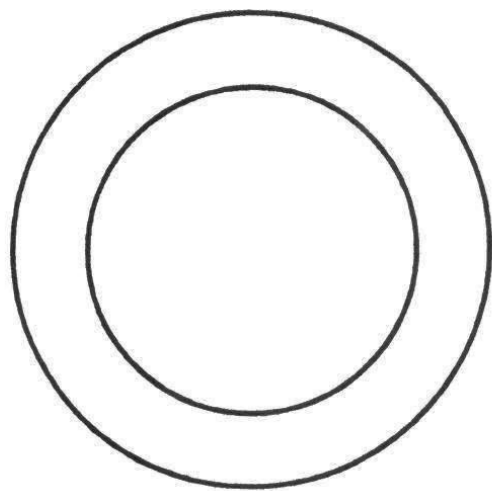
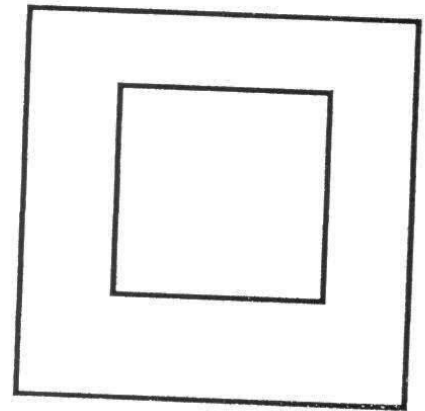
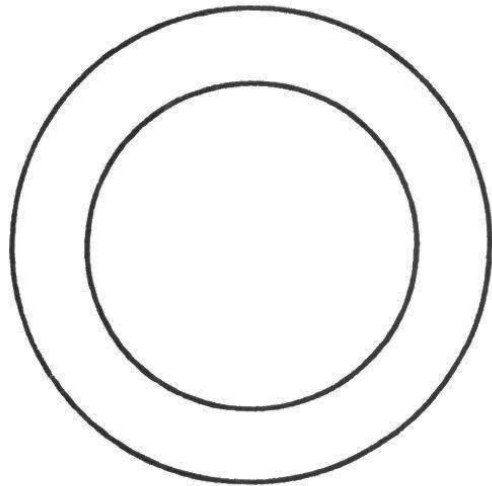
00000000000000000000

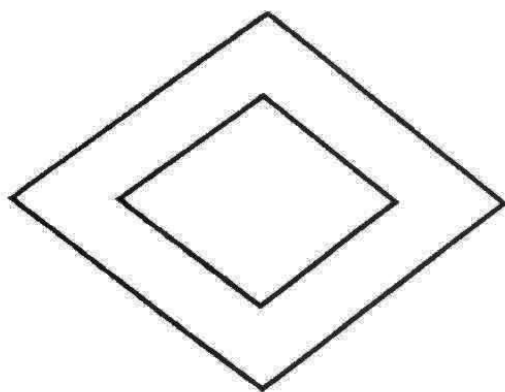
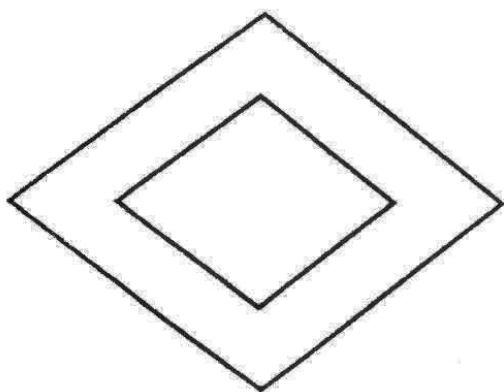


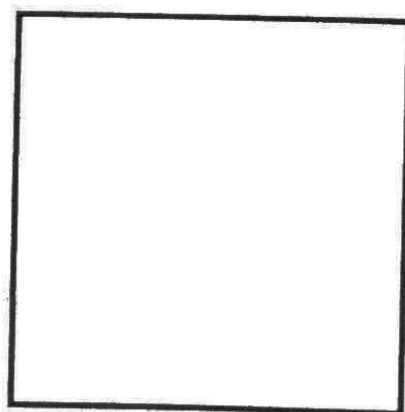
Nome da Criança: _____

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	Crterios de pontuação e comentrios	Pontos
A 1. Impulsiona as pernas para frente enquanto brinca	Nenhum	Pontuação: Espontaneamente, criança impulsiona as pernas várias vezes.	1 0
B 2. Impulsiona os braços para frente enquanto brinca	Nenhum	Pontuação: Espontaneamente, a criança impulsiona os braços várias vezes.	1 0
3 4 9 3. Série -Controle da cabeça enquanto na vertical: levanta a cabeça	Cronômetro	Pontuação: Intermitentemente, a criança levanta a cabeça de seu ombro sem auxílio Tempo de controle de cabeça:	1 0
3 4 9 4. Série - Controle da cabeça enquanto na vertical: 3 segundos	Cronômetro	Pontuação: Criança segura a cabeça ereta por, pelo menos, 3 segundos sem auxílio. Tempo de controle de cabeça:	1 0
C 5. Vira cabeça para os lados	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
6. Faz movimentos de se arrastar	Nenhum	Pontuação: A criança faz qualquer movimento amplo alternado com as pernas.	1 0
7. Controla cabeça em suspensão dorsal	Nenhum	Pontuação: A criança mantém a cabeça na linha média ou levanta a cabeça levemente	1 0
8. Controla cabeça em suspensão ventral	Nenhum	Pontuação: A criança mantém a cabeça na linha média ou levanta a cabeça levemente	1 0
3 4 9 D E 9. Série controle da cabeça na vertical: 15 segundos	Cronômetro ⊕ 15 segundos	Pontuação: A criança segura a cabeça ereta e firme por, pelo menos, 15 segundos sem auxílio. Tempo de controle de cabeça:	1 0

Item	Materiais	Critérios 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	Pontuação: A criança segura em seus polegares para puxar-se para sentar	
	24. Segura o pé com as mãos	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	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	Pontuação: A criança permanece sentada sozinha por, no mínimo 60 segundos, manipulando um objeto.	1 0
	28. Gira o tronco enquanto permanece sentada	Pontuação: A criança gira o tronco e tenta alcançar o objeto	1 0
	29. Faz movimentos de passos	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	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	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	Pontuação: A criança sai da posição sentada e sustenta-se sobre as mãos e joelhos.	1 0
	33. Suporta peso	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	Objeto de interesse	Pontuação: A criança move-se para frente por, pelo menos, 1,5 metro engatinhando com suas mãos e joelhos.	1 0
	Objeto de interesse	Pontuação: A criança se levanta e fica de pé, usando uma cadeira ou outro objeto conveniente.	1 0
	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	Nenhum.	Pontuação: A criança anda com passos coordenados e alternados	1 0
	Objeto de interesse	Pontuação: A criança anda de lado segurando no móvel para apoio e equilíbrio	1 0
	Nenhum	Pontuação: A criança se abaixa proposadamente para sentar-se de maneira controlada	1 0
	Nenhum	Pontuação: A criança fica de pé sozinha por, pelo menos 3 segundos depois de você soltar suas mãos	1 0
41 46	Nenhum	Pontuação: A criança levanta-se, se virando primeiro para uma posição prona ou quadrúpede, sem usar suporte algum	1 0
37 42 43	Nenhum	Pontuação: A criança dá, pelo menos, três passos sem suporte, mesmo se o andar for desajeitado e vacilante	1 0
37 42 43	Nenhum	Pontuação: A criança dá, pelo menos 5 passos independentemente, demonstrando coordenação e equilíbrio.	1 0
	Bola pequena	Pontuação: A criança joga proposadamente a bola para frente	1 0

Item	Materiais	CrITÉrios de pontuaÇão e comentÁrios	Pontos
45. Agacha-se sem suporte	Objeto de interesse	PontuaÇão: A crianÇa se agacha e se levanta novamente mantendo o equilÍbrio sem usar suporte algum.	1 0
41 46 46. SÉrie - Levantar: maduro	Nenhum	PontuaÇão: A crianÇa 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 crianÇa 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 trs	Nenhum	PontuaÇão: A crianÇa dá, pelo menos, dois passos para trs, sem assistÊncia alguma	1 0
49 58 67 49. SÉrie - Desce escadas: 2 pÉs em cada degrau, com suporte.	Escada	PontuaÇão: A crianÇa 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 crianÇa corre com boa coordenaÇão	1 0
51 60 69 51. SÉrie - EquilÍbrio no pÉ direito: com suporte	Cronômetro	PontuaÇão: A crianÇa 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 crianÇa 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 crianÇa dá, pelo menos dois passos de lado, sem assistÊncia alguma.	1 0
54. Pula do degrau de baixo	Escada	PontuaÇão: A crianÇa pula para o chão.	1 0
55. Chuta a bola	Bola grande	Tentativas: 3 PontuaÇão: A crianÇa mantÊm 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
47 57 64	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
49 58 67	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 72	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
51 61 70	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
52 61 70	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
47 57 64	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 <input type="checkbox"/> Posição 1 <input type="checkbox"/> Posição 2 <input type="checkbox"/> Posição 3	1 0

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
49 58 67	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
51 60 69	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
52 61 70	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
59 72	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
	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
	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)			172

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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentimento positivo Sorri e ri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entusiasmo Mostra entusiasmo e excitação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exploração Explora objetos no ambiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facilidade de envolvimento Prontamente toma parte em atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cooperação Coopera com solicitações de adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atividade Moderada Trabalha sem se tornar excessivamente ativo ou cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adaptação a mudança Adapta-se facilmente à mudanças na estimulação e na rotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigilância Quieto e atento, não sonolento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distratibilidade Incapaz de focar na tarefa; a distração interfere execução dos itens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tono Motor Presença de tono normal: não excessivamente rígido (tono elevado), flácido (tono baixo) ou com tremores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defesa Tátil Sensibilidade excessiva ao toque ou texturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medo/Ansiedade Aborda novas tarefas com apreensão; olha para o cuidador para reassegurar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sentimento Negativo Chora, grita, franze o enho, geme e reclama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 REFERÊNCIAS

Abreu LC, De Souza AMB, De Oliveira AG, Selestrin CC, Guerra MSB, et al. Incidência de hemorragia peri-intraventricular em recém-nascidos pré-termo e a relação com o peso ao nascer. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* 2007;17(2):24-30. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000200004.

Adani S, Capanec M. Sex differences in early communication development: behavioral and neurobiological indicators of more vulnerable communication system development in boys. *Croatian medical journal*,2019;60(2):141-49. <https://doi.org/10.3325/cmj.2019.60.141>

Adolph KE, Franchak JM. The development of motor behavior. *Wiley interdisciplinary reviews. Cognitive science.* 2017;8(1-2). doi: <https://doi.org/10.1002/wcs.1430>.

Adolph KE, Hoch JE. Motor Development: Embodied, Embedded, Enculturated, and Enabling. *Annu Rev Psychol.* 2019;70:141-164. doi:10.1146/annurev-psych-010418-102836

Alexander GR, Kotelchuck M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges and directions for future research. *Public Health Reports.* 2001;116(4):306-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497343/pdf/12037259.pdf>.

Alexandre D, Vieira M. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. *Psicologia em Estudo.* Maringá. 2004;9(2):207-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a07.pdf>.

Almeida MF, et al. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev. bras. epidemiol.* 2002;5(1):93-107. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2002000100011&lng=en&nrm=iso.

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.* 2012;129(3), e827-e841. Available in: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827>

Anchieta LM, Xavier CC, Colosimo EA. Crescimento de recém-nascidos pré-termo nas primeiras 12 semanas de vida. *J. Pediatr.* 2004;80(4):267-76. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000500005.

Anderson D. Nutritional assessment and therapeutic interventions for the preterm infant. *Clinics in Perinatology.* 2002;29(2):313-26. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0095510802000088?via%3Dihub>

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2009). Critério de Classificação Econômica Brasil. Recuperado em 30 setembro, 2013. Disponível em: <http://www.abep.org/>.

Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educ. Psychol.* 1993;28:117-48. doi:10.1207/s15326985ep2802_3

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

Bayley N. *Bayley scales of infant development*. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.

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

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

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

Belfort MB. The Science of Breastfeeding and Brain Development. *Breastfeed Med.* 2017;12:459-61. doi: 10.1089/bfm.2017.0122.

Benavente-Fernández I, Siddiqi A, Miller SP. Socioeconomic status and brain injury in children born preterm: modifying neurodevelopmental outcome. *Pediatric Research.* 2020;87:391-98. doi: <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0646-7>

Bennett L, Lawson M. Barriers to cooperation between domestic-violence and substance-abuse programs. *Families in Society.* 1994;75(5):277-86.

Bijou SW, Baer DM. *Child Development: A systematic and Empyrical theory*, vol. I. USA: Appleton-Century -Crofts;1961.

Bijou SW, Baer DM. *Child Development: Universal stage of infancy*, vol. II. USA: Meredith Publishing Company; 1965.

Biscegli TS, et al. Estado nutricional e carência de ferro em crianças frequentadoras de creche antes e 15 meses após intervenção nutricional. *Rev. paul. pediatr.* 2008;26(2):124-9. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000200005

Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, Digirolamo AM, Lu C et al. Early childhood development coming of age: science through the life course.

The Lancet. 2017;389(10064):77-90. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31389-7).

Blake J. Differential parental investment: Its effects on child quality and status attainment. In: Lancaster JB, Altmann J, Rossi AS, Sherrod LR, editors. *Parenting across the Lifespan*. Hawthorne, NY: Aldine De Gruyter; 1987.

Blurton JN. Characteristics of ethological studies of human behavior. In: Jones NB, editor. *Ethological Studies of Child Behaviour*. London: Cambridge University Press; 1972.

Boulet SL, Boyle CA, Schieve LA. Health Care Use and Health and Functional Impact of Developmental Disabilities Among US Children, 1997-2005. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2009;163(1):19-26.
doi: 10.1001/archpediatrics.2008.506.

Boyle CA, Boulet S, Schieve L, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008. *Pediatrics*. 2011;127(6), p.1034-42, 2011. doi: 10.1542/peds.2010-2989.

Bradley RH, Caldwell BM. Home environment, cognitive style, and sex differences. *Child Development*, in press; 1981.

Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2004;9(2):457-67. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000200021>.

Bruner JS. *Eye, hand, and mind*. Studies in cognitive development. New York: Oxford University Press; 1970(a).

Bruner JS. *Nature and uses of immaturity. Play: its role in development and evolution*. England: Penguin Books; 1976.

Bruner JS. Organization of early skilled action. *Child Development*. 1973(44):1-11.

Bruner JS. The growth and structure of skill. In: Conolly K, editor. Mechanisms of motor skill development. London: Academic Press; 1970(b).

Caldwell BM, Bradley E, Robert H. Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual. *Tempe*: Family & Human Dynamics Research Institute, Arizona State University; 2016.

Campbell DW, Eaton WO. Sex differences in the activity level of infants1. *Inf. Child Develop*. 1999;8:1-17. doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1522-7219\(199903\)8:1<1::AID-ICD186>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1522-7219(199903)8:1<1::AID-ICD186>3.0.CO;2-O)

Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American journal of preventive medicine*. 2016;50(3):344-52. doi: 10.1016/j.amepre.2015.07.022.

Campos TM; Gonçalves VMG; Santos DCC. Escalas padronizadas de avaliação do desenvolvimento motor de lactentes. *Temas sobre Desenvolvimento*. 2004;13(77): 5-11.

Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras de baixo peso (<1500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2001;14(1):1-33. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/05/desenvolvimento-em-criancas-pre-termo.pdf>.

Carvalho PI, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília. 2007;16(3):185-94. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742007000300005&lng=en&nrm=is.

Castanho AAG, Blascovi-Assis SM. Caracterização do desenvolvimento motor da criança institucionalizada. *Fisioterapia Brasil*. 2004;5(6):437-42. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/3185/5032>.

Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Gonzalez-Chica DA, Mano PS, Goulart-Filha SM. Características sociodemográficas e de assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):985-94.

Chiavaroli V, Cutfield WS, Derraik J, Pan J, et al. Infants born large-for-gestational-age display slower growth in early infancy, but no epigenetic changes at birth. *Scientific Reports*. 2015;5:14540. doi: <https://doi.org/10.1038/srep14540>.

Choi HJ, Kang SK, Chung MR. The relationship between exclusive breastfeeding and infant development: A 6- and 12-month follow-up study. *Early Human Development*, 2018;127:42-7. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2018.08.011

Cohen LB, Deloache JS, Rissman MW. The effect of stimulus complexity on infant visual attention and habituation. *Child Development*. 1975;46(3):611-17.

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

Collard RR. Exploratory and play behaviors on infants reared in an institution and in lower - and middle - class homes. *Child Development*. 1971;42:1003-15.

Comitê de Nutrição da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Avaliação do estado nutricional das crianças. *Revista Paulista de Pediatria*. 1992;10:102-3.

Committee on Children with Disabilities. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001;108(1):192-219

Connolly K, Elliott JE. The evolution and ontogeny of hand function. In: Jones NB, editor. *Ethological Studies of Child Behaviour*. London: Cambridge University Press; 1972.

Connolly K. Skill development: problems and plans. In: Connolly K, editor. *Mechanisms of motor skill development*. London: Academic Press; 1970.

Cooke RWI, Foulder-Hughes L. Growth impairment in the very preterm and cognitive and motor performance at 7 years. *Archives of disease in childhood*. 2003;88:482-7. doi: 10.1136/adc.88.6.482.

Crais ER, Watson LR, Baranek GT. Use of gesture development in profiling children's prelinguistic communication skills. *American journal of speech-language pathology*. 2009;18:95-108. doi: <https://doi.org/10.1044/1058-0360>.

Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of Exclusive Breastfeeding for Four versus Six Months on Maternal Nutritional Status and Infant Motor Development: Results of Two Randomized Trials in Honduras. *The Journal of Nutrition*. 2001;131:262-7. doi: <https://doi.org/10.1093/jn/131.2.262>

Dixon SD, Stein MT. *Encounters with Children: Pediatric Behavior and Development*. 4a ed. Philadelphia: Mosby; 2006.

Eimas PD, Siqueland ER, Jusczyk P, Vigorito J. Speech perception in infants. *Science*. 1971;171(3968):303-06. doi:10.1126/science.171.3968.303

Engle PL, Fernald LCH, Alderman H et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378:1339-53. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60889-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60889-1).

Escalona SK. Babies at double hazard: early development of infants at biologic and social risk. *Pediatrics*. 1982;70:670-6.

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

Etchell A, Adhikari A, Weinberg LS, Choo AL, Garnett EO, Chow HM, Chang SE. A systematic literature review of sex differences in childhood language and brain development. *Neuropsychologia*. 2018 jun;114:19-31. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2018.04.011. Epub 2018 Apr 11. PMID: 29654881; PMCID: PMC5988993.

Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(9):919-27. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181b21651. PMID: 19625979.

Feldman R. Oxytocin and social affiliation in humans. *Horm Behav*. 2012 mar.;61(3):380-91. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.01.008. Epub 2012 Jan 20. PMID: 22285934.

Fenson L, Kagan J, Kearsley RB, Zelazo PR. *The Child Development*. 1976;47:232-6.

Ferreira MCR. Centros de pesquisa sobre Psicologia do Desenvolvimento na Grã-Bretanha. *Psicologia*. 1977;3(3):1-13.

Field J. Relation of young infants reaching behavior to stimulus distance and solidity. *Developmental Psychology*, v.12, n.5, p.444-8, 1976(b).

Field J. The adjustment of reaching behavior to object distance in early infancy. *Child Development*. 1976a;47:304-8.

Formiga CKM, Linhares MMB. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2009;43(2):472-80. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200030>.

Foss B, editor. *New Perspectives in Child Development*. Harmondsworth: Penguin Education; 1975.

Fredrickson WT, BrownJV. Posture as a determinant of visual behavior in newborns. *Child Development*. 1975;46:579-82.

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

Garbarino J. The human ecology of early risk. In: Meisels SJS, Shonkoff JP, editors. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Melbourne, Australia: Cambridge Univ. Press; 1990, p. 78-96

Grantham-Mcgregor SM, Cheung Y, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. For the International Child Development Steering Group. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007;369:60-70.

Halmøy A, Klungsøyr K, Skjærven R, Haavik J. Pre- and Perinatal Risk Factors in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 2011;71(5): 474-81. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.11.013.

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. *J Pediatr* 2000;76(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*. 2000;76(6):421-28.

Heckman JJ, Malofeeva L, Pinto R, Savelyev P. *Understanding the Mechanisms Through Which an Influential Early Childhood Program Boosted Adult Outcomes*. [Manuscript non published]. Chicago: University of Chicago, Department of Economics; 2010.

Heckman JJ, Vytlacil EJ. Econometric evaluation of social programs, part II: Using the marginal treatment effect to organize alternative economic estimators to evaluate social programs and to forecast their effects in new environments. In: Heckman JJ, Leamer EE, editors. *Handbook of Econometrics*. Amsterdam: Elsevier. 2007;6B:4875-143.

Heckman JJ. Schools, Skills and Synapses. *Economic Inquiry estern Economic Association International*. 2008;46(3):289-24.

Hepper PG, Scott D, Shahidullah BS. Newborn and fetal response to maternal voice. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 1993:147-53.

Herva A, Pouta A, Hakko H, Läksy K, Joukamaa M, Veijola J. Birth measures and depression at age 31 years: The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Psychiatry Research*. 2008;160(3):263-70. doi: 10.1016/j.psychres.2007.07.020.

Hirai, AH, Kogan MD, Kandasamy V, Reuland C, Bethell C. Prevalence and Variation of Developmental Screening and Surveillance in Early Childhood. *JAMA Pediatr*. 2018;172(9):857-66. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.1524

Hoff E. How social contexts support and shape language development. *Developmental review*. 2006;26(1):55-88.

Horta B, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediat*. 2015;104:14-9.

Horta B, Victora CG. *Long-term effects of breastfeeding: A systematic review*. Geneva: World Health Organization; 2013.

Hulst J, Joosten K, Zimmermann L, et al. Malnutrition in critically ill children: from admission to 6 months after discharge. *Clinical nutrition*. Edinburg, Scotland. 2004;23(2):223-32.

Ivanans T. Effect of maternal education and ethnic background on infant development. *Archives of disease in childhood*. 1975;50(6):454-57. doi: 10.1136/adc.50.6.454.

Jeong, SUK, Kim GC, Jeong HJ, Kim DK, Hong YR, Kim HD, Park SG, Sim Y. The Validity of the Bayley-III and DDST-II in Preterm Infants with Neurodevelopmental Impairment: A Pilot Study. *Annals of rehabilitation medicine*. 2017;41(5):851-7. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.5.851>

Julvez J, Ribas-Fitó N, Torrent M, Fornes M, Garcia-Esteban R, Sunyer J. Maternal smoking habits and cognitive development of children at age 4 years in a population-based birth cohort, *International Journal of Epidemiology*, 2007;36(4):825-32. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dym107>

Kalil A, Ryan R, Corey M. Diverging destinies: maternal education and the developmental gradient in time with children. *Demography*. 2012;49(4):1361-83. doi: <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0129-5>

Kim P, Feldman R, Mayes LC, et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52(8):907-915. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x

Kim SY, Sharma AJ, Sappenfield W, Wilson HG, Salihu HM. Association of maternal body mass index, excessive weight gain, and gestational diabetes mellitus with large-for-gestational-age births. *Obstetrics and gynecology*. 2014;123(4):737-44.

King E, Logsdon D, Schroeder S. Risk factors for developmental delay among infants and toddlers. *Child Health Care*. 1992;21:39-52.
doi: 10.1207/s15326888chc2101_6.

Klausing KR, Duca MF, Neves MC. Dificuldades encontradas na aplicação do teste de triagem do desenvolvimento de Denver pelos alunos do projeto Creche das Rosinhas. *Anais do 7o Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte, Minas Gerais; 2004.

Kramer MS, McLean FH, Oliver M, Willis DM, Usher RH. Body proportionality and head and length 'sparing' in growth-retarded neonates: a critical reappraisal. *Pediatrics*. 1989;84(4):717-23.

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

Landy S. *Pathways to Competence: Encouraging Healthy Social and Emotional Development in Young Children*. 2nd ed. Baltimore: Paul H Brookes Publishing Co Inc; 2009.

Leis JA, Heron J, Stuart, EA et al. Associations Between Maternal Mental Health and Child Emotional and Behavioral Problems: Does Prenatal Mental

Health Matter? *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42:161-71. doi:
<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9766-4>

Lennon EM, Gardner JM, Karmel BZ, Flory MJ. Bayley Scales of Infant Development. *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development.* 2008. p.145-56.

Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience Biobehavioral Review.* 2006;30:718-29.

LeWinn KZ, Stroud LR, Molnar BE, Ware JH, Koenen KC, Buka SL. Elevated maternal cortisol levels during pregnancy are associated with reduced childhood IQ. *Int J Epidemiol.* 2009;38(6):1700-10. doi:10.1093/ije/dyp200

Lewis RJ, Dlugokinski EL, Caputo LM, Griffin RB. Children at risk for emotional disorders: risk and resource dimensions. *Clinical Psychology Review.* 1998;8:417-40.

Libertus K, Violi DA. Sit to Talk: Relation between Motor Skills and Language Development in Infancy. *Front Psychol.* 2016;7:475. doi:10.3389/fpsyg.2016.00475

Linhares MBM, Carvalho AEV, Machado C, Martinez FE. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. *Paidéia.* Ribeirão Preto. 2003;13(25):59-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200006>.

Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Relation between economic disadvantage and psychosocial morbidity in children. *CMAJ.* 1994;151:431-7.

Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, et al. Intrauterine growth as estimated from live-born birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics.* 1963;32:793-800.

Madaschi V, Silvestre CP. Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.* São Paulo. 2011;11(1):52-6.

Madaschi VE, Silvestre CP. Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.* 2011;11(1):52-6.

Martins MFD, et al. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(3):710-8.

Marx V; Nagy E. Fetal Behavioural Responses to Maternal Voice and Touch. *PLoS One.* 2015;10(6):e0129118. doi:10.1371/journal.pone.0129118.

Mc Kay, HE; Mc Ray, A, Sinisterra L. *Estudios de intervención en la conducta de niños desnutridos: análisis de las experiencias*. En: Kallen DJ, editor. *Nutrición de sarrollo y comportamiento social*. USA: OPS/OMS, publ. Científica. 1973;269.

Mc Kenzie, BE, Day RH. Object distance as a determinant of visual fixation in early infancy. *Science*. 1972;178(4064):1108-10.

Mccain M, Mustard J, Shanker S. *Early Years Study 2: Putting Science into Action*. Toronto: Council for Early Child Development; 2007.

Mccall RB. Exploratory manipulation and play in the human infant. *Monographe of the Society for Research in Child Development*. 1974;39(2).

Mclanahan S. Diverging destinies: how children are faring under the second demographic transition. *Demography*. 2004;41(4):607-27.

Meltzer-Brody S, Howard L, Bergink V, et al. Postpartum psychiatric disorders. *Nature reviews. Disease primers*. 2018;4, 18022. doi: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>

Meltzoff AN, Moore MK. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*. 1997;198:75-8. doi: 10.1126/science.198.4312.75

Monte C. Desnutrição: um desafio secular à saúde infantil. *Jornal de Pediatria*, supl. 32000;76:285-97.

Moon CM, Cooper RP, Fifer WP. Two-day-olds prefer their native language. *Infant Behavior Development*. 1993;16:495-500. doi: [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(93\)80007-U](https://doi.org/10.1016/0163-6383(93)80007-U).

Moon CM, Lagercrantz H, Kuhl P. Language experienced in utero affects vowel perception after birth: a two-country study. *Acta Paediatrica*. 2012;102(2). doi: 10.1111/apa.12098

Moore Gs, Kneitel AW, Walker CK, Gilbert Wm, Xing G. Autism risk in small- and large-for-gestational-age infants. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2012;206(314):1-9.

Nath A, Murthy GVS, Babu GR, Di Renzo GC. Effect of prenatal exposure to maternal cortisol and psychological distress on infant development in Bengaluru, southern India: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):255. doi:10.1186/s12888-017-1424-x

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.

Oostenbroek J, Suddendorf NM, Redshaw J, Kennedy-Costantini S, Davis J, Slaughter V. Comprehensive longitudinal study challenges the existence of neonatal imitation in humans. *Current Biology*. 2016;26:1334-8.

Organização Mundial Da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO). Developmental difficulties in early childhood: prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. ISBN 978 92 4 150354 9; 2012.

Organização Mundial Da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO). Preterm birth: fact sheet n.363; 2014.

Organização Mundial Da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO). *WHO Recommendations on Interventions to Improve Preterm Birth Outcomes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2015.

Palmeira P, Carneiro-Sampaio M. Immunology of breast milk. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 nov. 13]; 62(6): 584-93. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.584>.

Partanen E, Kujala T, Tervaniemi M, Huotilainen M. Pré-natal music exposure induces long-term neural effects. *PLoS One*. 2013;8(10):e78946. doi:10.1371/journal.pone.0078946.

Patra K, Greene MM, Patel AL, Meier P. Maternal Education Level Predicts Cognitive, Language, and Motor Outcome in Preterm Infants in the Second Year of Life. *American journal of perinatology*. 2016;33(8):738-44. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1572532>.

Phua DY, Kee MKZ, Koh DXP, Rifkin-Graboi A, Daniels M, Chen H. The Growing Up in Singapore Towards Healthy Outcomes Study Group. Positive maternal mental health during pregnancy associated with specific forms of adaptive development in early childhood: Evidence from a longitudinal study. *Development & Psychopathology*, 2017;29:1573-87.

Piccolo LR, Arteche AX, Fonseca RP, Grassi-Oliveira R, Salles JF. Influence of family socioeconomic status on IQ, language, memory and executive functions of Brazilian children. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2016;29(23). doi: <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0016-x>.

Pruett KD. Father's influence in the development of infant's relationships. *Acta Paediatr Scand Suppl*. 1988;344:43-53. doi: 10.1111/j.1651-2227.1988.tb10860.x. PMID: 3067507.

Putnick DL, Suwalsky J, Bornstein MH. *Firstborn and second born infants and their mothers: Differential behaviors*. Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Boston, MA; 2007.

Queiroz MVO, Brasil EGM, Alcântara CMD, Carneiro MDGO. Perfil da gravidez na adolescência e ocorrências clínico-obstétricas. *Rev Rene*. 2014;15(3).

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*. 1989;28(2):262-8.

Rechia IC, et al. Efeitos da prematuridade na aquisição da linguagem e na maturação auditiva: revisão sistemática. *CoDAS*, 2016;28(6):843-54.

Reiss AL, Abrams MT, Singer HS, Ross JL, Denckla MB. Brain development, gender and IQ in children: A volumetric imaging study. *Brain*. 1996;119(5):1763-74. doi: <https://doi.org/10.1093/brain/119.5.1763>.

Rescorla L. The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1989;54(4):587-99.

Ribeiro LA, Zachrisson HD, Schjolberg S, Aase H, Rohrer-Baumgartner N, Magnus P. Attention problems and language development in preterm low-birth-weight children: cross-lagged relations from 18 to 36 months. *BMC Pediatrics*. 2011;11(5929). doi:10.1186/1471-2431-11-59

Rollè L, Gullotta G, Trombetta T, et al. Father Involvement and Cognitive Development in Early and Middle Childhood: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2019;10:2405. doi:10.3389/fpsyg.2019.02405

Rosenberg SA, Zhang D, Robinson CC. Prevalence of developmental delays and participation in early intervention services for young children. *Pediatrics*. 2008;121(6). Available in: www.pediatrics.org/cgi/content/full/121/6/e1503.

Ross HS, Rheingold HL, Eckerman CO. Approach and exploration of a novel alternative by 12-month-old infants. *Journal of Experimental Child Psychology*. 1972;13:85-93.

Rotta NT, Pedroso FS. Desenvolvimento Neurológico: Avaliação Evolutiva. *Revista AMRIGS*. Porto Alegre. 2004; 48(3):175-9.

Rubenstein J. Maternal attentiveness and subsequent exploratory behavior in the infant. *Child Development*. 1967;38:1089-100.

Ruff HA. Developmental changes in the infant's attention to pattern detail. *Perceptual and Motor Skill*. 1976;43:351-8.

Rutter M, Quinton D. Psychiatric disorder - ecological factors and concepts of causation. In: McGurk M, editor. *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North Holland; 1977.

Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987;5(3):313-31.

Satter E. *How to Get Your Kid to Eat...But Not Too Much: From Birth to Adolescence*. Boulder: Bull Publishing Company; 1987.

Sayegh Y, Dennis W. The effect of supplementary experiences upon the behavioral development of infants in institutions. *Child Development*. 1965;36:81-90.

Schechter DS, Coots T, Zeanah CH, Davies M, Coates SW, Trabka KA, Myers MM. Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment and Human Development*. 2005;7:313-31.

Schellong K, Schulz S, Harder T, Plagemann A. Birth weight and long-term overweight risk: systematic review and a meta-analysis including 643,902 persons from 66 studies and 26 countries globally. *PLoS One*. 2012;7(10):e47776. doi: 10.1371/journal.pone.0047776.

Sedgmen B, McMahon C, Cairns D, Benzie RJ, Woodfield RL. The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in obstetrics & gynecology Mar*. 2006;27(3):245-51.

Sethna V, Perry E, Domoney J, Iles J, Psychogiou L, Rowbotham NS, Tein A, Murray L, Ramchandani PG. Father-child interactions at 3 months and 24 months: contributions to children's cognitive development at 24 months. *Infant mental health journal*. 2017;38(3):378-90. doi: <https://doi.org/10.1002/imhj.21642>.

Sheldrick RC, Merchant S, Perrin EC. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review. *Pediatrics*. 2011;128:356-63.

Shin EK, LeWinn K, Bush N, Tylavsky FA, Davis RL, Shaban-Nejad A. Association of Maternal Social Relationships with Cognitive Development in Early Childhood. *JAMA Netw Open*. 2019;2(1):e186963. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.6963

Shore R. *Rethinking the brain: new insights into early development*. New York: Families and Work Institute; 1997.

Silva ES, Nunes ML. The influence of gestational age and birth weight in the clinical assessment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2005;63(4):956-62.

Slusher IL, McClure MJ. Infant stimulation during hospitalization. *J Pediatr Nurs*. 1992 Aug;7(4):276-9. PMID: 1507063.

Smith JP, Ellwood M. Feeding patterns and emotional care in breastfed infants. *Soc Indic Res.* 2011;101:227-31.

Soska KC, Adolph KE, Johnson SP. Systems in development: motor skill acquisition facilitates three-dimensional object completion. *Dev Psychol.* 2010 jan;46(1):129-38. doi: 10.1037/a0014618. PMID: 20053012; PMCID: PMC2805173.

Stein MT, Lukasik MK. Developmental Screening and Assessment. *Developmental-Behavioral Pediatrics.* 4a ed. 2009:785-96.

Tarrant M, Kwok MK, Lam TH, Leung GM, Schooling CM. Breast-feeding and Childhood Hospitalizations for Infections. *Epidemiology*21. 2010(6): 847-54. Available in: <http://www.jstor.org/stable/20788238> Accessed: nov. 13, 2020.

Tella P, Piccolo LDR, Rangel ML, Rohde LA, Polanczyk GV, Miguel EC, Grisi SJFE, Fleitlich-Bilyk B, Ferraro AA. Socioeconomic diversities and infant development at 6 to 9 months in a poverty area of São Paulo, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40(3):232-40. doi: 10.1590/2237-6089-2017-0008.

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.* 2015. Dissertação (Mestrado em Pediatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/D.5.2016.tde-03022016-112004.

Tottenham N. Human amygdala development in the absence of species-expected caregiving. *Dev Psychobiol.* 2012 sep;54(6):598-611. doi: 10.1002/dev.20531. Epub 2012 Jun 19. PMID: 22714586; PMCID: PMC3404246.

Tottenham N. The Fundamental Role of Early Environments to Developing an Emotionally Healthy Brain. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences.* 2018;5(1):98-103. doi:10.1177/2372732217745098

Tottenham N. The importance of early experiences for neuro-affective development. *Curr Top Behav Neurosci.* 2014;16:109-129. doi:10.1007/7854_2013_254

Unicef/UNU/WHO/MI. *Preventing iron deficiency in women and children: background and consensus on key technical issues and resources for advocacy, planning and implementing national programs.* New York: International Nutrition Foundation and Micronutrient Initiative; 1998:1-60. Disponível em: http://www.inffoundation.org/pdf/prevent_iron_def.pdf.

United States Department of H, Human Services. Substance A, Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health S Quality: National Survey on Drug Use and Health, 2012. Inter-university Consortium for Political and Social Research (ICPSR) [distributor].2013. doi:10.3886/ICPSR34933.v3

Valman HB. Development surveillance at 6 weeks. *Br Med J*. 1980;280(6219):1000-2.

Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*. 2008;65(7):805-815. doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>.

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*, 2015:199-205.

Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros AJ, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan*. 2010;25(4):253-61. doi:10.1093/heapol/czp065

Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, Bertino E, Ohuma EO, Ismail LC et al. Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21(st) Project. *Lancet Glob Health*. 2015;3(11):681-91.

Walker S, Wachs TD, Grantham-Mcgregor S. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*. 2011;378:1325-38.

Weinberg D, Stevens GWJM, Finkenauer C, Brunekreef B, Smit HA, Wijga AH. The pathways from parental and neighbourhood socioeconomic status to adolescent educational attainment: An examination of the role of cognitive ability, teacher assessment, and educational expectations. *PLoS One*. 2019;14(5) e0216803. doi: 10.1371/journal.pone.0216803.

Weiss LG, Oakland T, Ayland GP. *Bayley III: Uso clínico e interpretação*. Pearson Clinical Brasil; 2017.

Werner EE. Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta paediatrica*, supl. 422, 1997:103-5.

Wong HS, Edwards P. Nature or nurture: a systematic review of the effect of socio-economic status on the developmental and cognitive outcomes of children born preterm. *Matern Child Health J*. 2013;17(9):1689-700. doi: 10.1007/s10995-012-1183-8.

Woollett A. The influence of older siblings on the language environment of young children. *British Journal of Developmental Psychology*. 1986;4:235-45.

World Health Organization. *The World Health Organization's infant feeding recommendation*. 2001. Retrieved January 28, 2016, Available in: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/index.html

Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International journal of nursing studies*. 2009;46(5):708-15.

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

Ziegler EE, Thureen PJ, Carlson SJ. Aggressive nutrition of the very low birthweight infant. *Clinics in perinatology*. 2002;29(2)225-44.