

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO  
HOSPITALAR E SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Carla Ribeiro Ciochetto

**MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR E FATORES DE RISCO  
PSÍQUICO AOS DOIS ANOS DE IDADE**

Santa Maria, RS  
2018

**Carla Ribeiro Ciochetto**

**MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR E FATORES DE RISCO PSÍQUICO  
AOS DOIS ANOS DE IDADE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Materno Infantil.**

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, RS  
2018

**Carla Ribeiro Ciochetto**

**MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR E FATORES DE RISCO PSÍQUICO  
AOS DOIS ANOS DE IDADE**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Materno Infantil.**

**Aprovado em 22 de fevereiro de 2018**

---

**Ana Paula Ramos de Souza, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientadora)

---

**Giovana Cristina Ceni, Dr. (UFSM), Dra. (UFSM)**

---

**Maclaine de Oliveira Roos, Esp.(4ªCRS)**

]

Santa Maria, RS  
2018

## RESUMO

### MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR E FATORES DE RISCO PSÍQUICO AOS DOIS ANOS DE IDADE

AUTORA: CARLA RIBEIRO CIOCHETTO  
ORIENTADORA: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

Objetivos: descrever os marcadores de consumo alimentar em crianças aos dois anos de idade e verificar as possíveis relações com a presença ou ausência de fatores de risco ao desenvolvimento infantil. Métodos: estudo de coorte prospectivo que acompanhou 35 díades mãe-bebê de um mês até os dois anos de idade. Sendo utilizados os seguintes instrumentos: o Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar, do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, os sinais *Programme Recherche Evaluation Autisme* e o *Modified Checklist for Autism in Toddlers*. Sendo esses três instrumentos de detecção precoce de risco psíquico. Resultados: A maioria das crianças consumia leite materno (60%), frutas frescas (82,8%), verduras ou legumes (62,8%), feijão (82,8%), bebidas adoçadas (74,3%), biscoito recheado, doces ou guloseimas (62,8%) no dia anterior a entrevista. A avaliação entre consumo alimentar e risco psíquico indicou percentuais superiores para alimentação não saudável aos dois anos para os bebês que apresentaram risco, embora não tenha havido significância estatística. Conclusões: As crianças do estudo apresentam um percentual elevado de consumo não saudável aos dois anos de idade. Embora não tenha havido correlação estatística significativa com risco psíquico, um elevado percentual, sobretudo os casos de risco para autismo, apresentou consumo alimentar inadequado.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil, Consumo Alimentar, Detecção Precoce, Fatores de Risco

## **ABSTRACT**

### **MARKERS OF FOOD CONSUMPTION AND PSYCHIC RISK FACTORS AT TWO YEARS OF AGE**

**AUTHOR: CARLA RIBEIRO CIOCHETTO**  
**ADVISOR: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA**

**Objectives:** To describe food consumption markers in two years old children and to verify possible relationships with the presence or absence of risk factors for child development. **Methods:** A prospective cohort study that monitored 35 mother-infant dyads from one month to 2 years of age. The following instruments are used: the Form of Markers Food Consumption, the Food and Nutrition Surveillance System, the Clinical Indicators Risk for Child Development, the PREAUT gride and Autistic and the Modified Checklist for Autism in Toddlers. Being the three instruments for the early detection of psychic risk. **Results:** Most of the children consumed breast milk (60%), fresh fruits (82.8%), vegetables or vegetables (62.8%), beans (82.8%), sweetened beverages (74.3%), filled cookies, candy or treats (62.8%) the day before the interview. The evaluation between food consumption and psychic risk indicated higher percentages for unhealthy eating at two years for infants who presented risk, although there was no statistical significance. **Conclusions:** The children in the study presented a high percentage of unhealthy consumption at two years of age, although there was no significant statistical correlation with psychic risk, a high percentage, especially cases of risk for autism, presented inadequate food intake.

**Keywords:** Child Development, Food Consumption, Early Detection, Risk Factors

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	07
<b>2 ARTIGO</b> .....	08
2.1 INTRODUÇÃO .....	08
2.2 METODOLOGIA .....	09
2.3 RESULTADOS .....	11
2.4 DISCUSSÃO .....	15
2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	17
2.6 REFERÊNCIAS .....	19
<b>APÊNDICE A - ENTREVISTA INICIAL</b> .....	22
<b>ANEXO A - INDICADORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)</b> .....	25
<b>ANEXO B - SINAIS PREAUT</b> .....	26
<b>ANEXO C - M-CHAT</b> .....	27

## **1 APRESENTAÇÃO**

O desenvolvimento infantil é objeto de investigação de diversas especialidades do campo da saúde, dentre elas o Serviço Social, a Fonoaudiologia e a Nutrição. Independentemente da ótica sobre a qual lançam seu olhar sobre o tema, os diferentes profissionais dessas especialidades concordam que a investigação a respeito do bebê envolve uma série de fatores, incluindo a relação dialética que se estabelece entre ele e seu principal cuidador, geralmente a mãe. O presente trabalho é requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Materno Infantil. Sendo o artigo submetido a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, em janeiro de 2018.

## 2 ARTIGO

### 2.1 INTRODUÇÃO

Uma alimentação saudável ajuda a proteger contra doenças não transmissíveis, como diabetes, doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, entre outros. Essas práticas alimentares devem iniciar no início da vida, desde a amamentação, promovendo assim um crescimento saudável e melhor desenvolvimento cognitivo, podendo ter benefícios a longo prazo.<sup>1</sup> Deste modo, a Organização Mundial da Saúde recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses, e após esse período deve-se iniciar a complementação com outros alimentos, mantendo o aleitamento materno até dois anos ou mais.<sup>2</sup> Sendo este o primeiro passo para alimentação saudável e adequada.

Após a inclusão da alimentação, o Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde, recomenda que para uma dieta ser considerada saudável, deva haver o consumo preferencial de alimentos *in natura* ou minimamente processados, em vez de produtos alimentícios ultraprocessados.<sup>3</sup> Composto assim refeições balanceadas e saudáveis.

Para que seja avaliado o consumo alimentar, desde 2008 o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) disponibiliza os Formulários de Marcadores de Consumo Alimentar, permitindo identificar práticas alimentares saudáveis e não saudáveis na rotina da Atenção Básica dos indivíduos atendidos pelo Sistema Único de Saúde.<sup>4</sup>

O ato de cuidar das crianças deve ter sua perspectiva ampliada, pois, além do consumo alimentar, o desenvolvimento infantil deve ser acompanhado com atenção nos primeiros anos de vida. Desse modo, foram desenvolvidos protocolos para a detecção precoce de problemas de desenvolvimento na primeira infância, como por exemplo o protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs),<sup>5</sup> os Sinais PREAUT (Programme Recherche Evaluation Autisme)<sup>6</sup> e M-Chat (Modified Checklist for Autism in Toddlers).<sup>7</sup> A identificação precoce de

problemas de desenvolvimento infantil, permite que as intervenções sejam iniciadas precocemente, podendo alcançar resultados mais expressivos, visto que as janelas de oportunidades estão abertas nos primeiros anos de vida e a velocidade de formação de conexões cerebrais e neuroplasticidade estão na fase de maior desenvolvimento no cérebro.<sup>8,9</sup>

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi descrever os marcadores de consumo alimentar em crianças aos dois anos e verificar as possíveis relações com a presença ou ausência de fatores de risco ao desenvolvimento infantil.

## **2. 2 METODOLOGIA**

O presente trabalho é parte de um estudo de coorte prospectivo que acompanhou bebês prematuros e a termo, nascidos no período entre agosto de 2014 e maio de 2015, acompanhados no setor de puericultura em uma Unidade Básica de Saúde e no setor de seguimento de prematuros em um hospital universitário, em pesquisa ampla sobre desenvolvimento infantil, que contou com a captação de 140 bebês quando estavam com um mês de idade e o acompanhamento de seu desenvolvimento até os dois anos. Considerando os bebês que participaram do acompanhamento de dois anos, a amostra deste estudo foi constituída por 35 díades mãe-bebê, sendo que para análise dos Sinais PREAUT duas crianças não realizaram acompanhamento.

O presente estudo utilizou quatro instrumentos, sendo que para análise do consumo alimentar aos dois anos foi utilizado o Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar do SISVAN,<sup>4</sup> sendo utilizado o bloco do questionário para maiores de dois anos. São considerados marcadores saudáveis o consumo de frutas, verduras e feijão; e não saudável o consumo de embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e biscoitos salgados, bem como o consumo de doces, guloseimas e biscoitos recheados. Foi considerado como padrão de consumo não saudável quando a criança consumiu no dia anterior a pesquisa dois ou mais alimentos não saudáveis.

Demais três instrumentos se referem a detecção precoce de risco psíquico, os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) nos primeiros 18 meses (ANEXO A), os sinais PREAUT (*Programme Recherche Evaluation Autisme*) aos 4 e 9 meses (ANEXO B) e o M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*) aos 18 e aos 24 meses (ANEXO C). A forma de atribuição de risco psíquico seguiu a determinação de cada protocolo, conforme segue:

- IRDI- dois ou mais indicadores ausentes em 18 analisados entre 1 e 18 meses. Assim bebês com 16 ou menos indicadores foram considerados como caso de risco;

- Sinais PREAUT- aplicados aos 4 e 9 meses foram considerados bebês em risco para autismo os bebês com menos de 5 pontos, com risco psíquico mas não necessariamente para autismo com pontuação entre 5 e 14 e sem risco psíquico bebês com pontuação igual a 15; segundo utilizado por Roth.<sup>10</sup>

- M-CHAT - é um instrumento de triagem de indicadores do Transtorno do Espectro Autista, podendo ser aplicado em crianças entre 18 e 24 meses. De acordo com o M-CHAT, uma criança é considerada com risco quando falha em três dos 23 itens positivos do desenvolvimento ou dois dos itens críticos. São considerados críticos os itens que se referem à relação com os pares.<sup>7</sup> Para esta análise foi utilizado o M-CHAT de 24 meses, composto por 19 itens relativos à presença/ausência de competência e de 4 itens relativos à presença/ausência de comportamentos atípicos, cuja resposta esperada é o “NÃO” e 15 itens que identificam competências sociais, a partir da resposta dos pais “SIM”.

As variáveis demográficas, socioeconômicas e alimentares iniciais foram coletadas por meio de uma entrevista (APÊNDICE A) realizada com o responsável, que acompanhou o bebê no teste do pezinho na unidade de saúde ou na consulta pediátrica, no seguimento de prematuros do hospital universitário. Essa coleta foi realizada por pesquisadoras treinadas, membros do grupo de pesquisa.

O nível socioeconômico foi coletado segundo as categorias utilizadas pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas.<sup>11</sup> Devido ao reduzido número de indivíduos pertencentes às classes A e E, as variáveis foram agrupadas em A/B, C e D/E.

Os dados foram digitados em planilha de banco de dados no excel e codificados a partir das variáveis sociodemográficas elencadas, bem como os testes padronizados para risco psíquico, dificuldades alimentares e consumo de alimentos aos dois anos. Para análise estatística foi utilizado o *software STATISTIC 10.0*, foram realizados teste qui-quadrado de heterogeneidade, assumiu-se um nível de significância de 5% (valor  $p < 0,005$ ).

Conforme normas regulamentadas pela Resolução 466/2012 (BRASIL, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012), passou por Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Saúde (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria e obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde, sendo esse estudo inserido no projeto maior intitulado “Análise Comparativa do Desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção” aprovado em 2014 com número de CAE: 28586914.0.0000.5346. Durante o primeiro contato com os pais nos setores mencionados, houve a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, com esclarecimento dos objetivos da pesquisa e, em caso de voluntariado, houve a assinatura do mesmo, com ciência de se tratar de pesquisa sem risco e com desconforto mínimo, com garantia de voluntariado e sigilo de identidade de participantes.

### **2.3 RESULTADOS**

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e de consumo alimentar aos dois anos de vida. Observa-se que a maioria das crianças era do sexo masculino (51,4%) e não era prematura (62,8%). Aproximadamente metade das mães (51,4%) possuíam ensino médio completo ou superior incompleto, e 68,6% das mães tinham idades entre 20 a 34 anos. Quanto

ao consumo alimentar realizado no dia anterior da pesquisa, a maioria das crianças recebeu leite materno (60%), frutas frescas (82,8%), verduras ou legumes (62,8%), feijão (82,8%), mas também consumiram bebidas adoçadas (74,3%) e biscoito recheado, doces ou guloseimas (62,8%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e marcadores de consumo alimentar aos dois anos. Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Masculino	18	51,4
Feminino	17	48,6
<b>Prematuridade</b>		
Sim	13	37,2
Não	22	62,8
<b>Escolaridade Materna</b>		
Analfabeto / Fundamental I incompleto	3	8,6
Fundamental II completo / Médio incompleto	12	34,3
Médio completo / Superior incompleto	18	51,4
Superior completo	2	5,7
<b>Nível Socioeconômico</b>		
A/B	14	40,0
C	16	45,7
D/E	5	14,3
<b>Idade materna</b>		
15-19 anos	4	11,4
20-34 anos	24	68,6
35- 45 anos	7	20,0
<b>Consumo Alimentar no dia anterior</b>		
Leite Materno	21	60,0
Feijão	29	82,8
Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	31	88,6
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	22	62,8
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	6	17,1
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	26	74,3
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	13	37,1

Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	22	62,8
---	----	------

Análise descritiva dos dados. n=número; %=porcentagem.

A análise de uma possível relação entre o consumo alimentar não saudável e risco psíquico é descrita na Tabela 2, na qual se pode perceber percentuais superiores para alimentação não saudável aos dois anos para os bebês que apresentaram risco, embora não tenha havido significância estatística na comparação dos grupos com e sem risco psíquico. Entre as crianças que apresentam os sinais PREAUT com risco aos 4 e 9 meses, houve predominância no padrão de consumo de alimentos não saudáveis, sendo 64,3% e 100%, respectivamente.

Tabela 2. Consumo alimentar aos dois anos e Risco Psíquico. Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2017.

	Alimentação Saudável		Alimentação não Saudável		Total	Valor p
	n	%	N	%		
<b>PREAUT 4 meses</b>						
Sem risco	4	21,0	15	79,0	19	0,351
Com risco	5	35,7	9	64,3	14	
Total	9		24		33	
<b>PREAUT 9 meses</b>						
Sem risco	9	23,0	22	71,0	31	0,250
Com risco	0	0	2	100,0	2	
Total	9		24		33	
<b>IRDI 1a 18meses</b>						
Sem risco	5	33,3	10	66,7	15	0,373
Com risco	4	17,7	16	82,3	20	
Total	9		26		35	
<b>MCHAT 24meses</b>						
Sem risco	9	26,47	25	73,53	34	0,436
Com risco	0	0	1	100	1	
<b>Total</b>	9		26		35	

Teste Qui-quadrado. P valor  $\leq 0,05$ . n= número; %=porcentagem.

O mesmo padrão de consumo de alimentos não saudáveis foi mais predominante nas que apresentaram risco no IRDI (82,3%). No grupo avaliado com M-CHAT novamente houve maior percentual geral para alimentação não saudável, sobretudo quando analisado o caso de risco para autismo que também ficou nesta categoria alimentar. Outro dado importante é que a

alimentação não saudável atingiu, de um modo geral, percentuais elevadíssimos no grupo sem risco entre 66,7 e 79 %.

Na Tabela 3 são observados resultados sobre a relação entre padrão de alimentação aos dois anos, relacionado à dificuldade alimentar ao nascer e ser ou não prematuro. Embora não tenha sido encontrada significância estatística observa-se que há um equilíbrio maior no número de bebês com e sem dificuldade alimentar no grupo de alimentação saudável, que representa só 26,47 % da amostra total. Através dessa análise foi possível identificar que 73,53% dos bebês não possuíam uma alimentação classificada como saudável. Quando comparado este aspecto considerando o fato de os bebês serem ou não prematuros, observa-se que os bebês nascidos pré-termo apresentam percentual de aproximadamente 7% superior na alimentação saudável do que os nascidos a termo embora a diferença não seja significativa estatisticamente. É importante ressaltar que a maior parte dos bebês eram prematuros tardios e com peso ao nascer que nunca esteve menor do que 1220 gramas. A média de peso para os nascidos a termo foi de 3130 gramas (desvio padrão 494 gramas) e para os prematuros de 2040 gramas (desvio padrão 612 gramas). Portanto, prematuros de menor risco.

Tabela 3. Consumo alimentar aos dois anos, dificuldade de alimentação ao nascimento e prematuridade. Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2017.

	Alimentação Saudável		Alimentação não saudável		Total N	Valor p
	n	%	N	%		
<b>Dificuldade Alimentar ao nascer</b>						
Sem	5	22,8	17	77,2	22	0,601
Com	4	30,8	9	69,2	13	
Total	9		25		35	
<b>Prematuridade</b>						
Sim	4	30,8	9	69,2	13	0,601
Não	5	22,7	17	77,3	22	
Total	9		25		35	

Teste Qui-quadrado. P valor  $\leq 0,05$ . n= número; %=porcentagem.

## 2.4 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram, em relação aos marcadores de consumo alimentar, que a maioria das crianças aos dois anos idade, receberam leite materno e consumiram alimentos marcadores de alimentação saudável como feijão, frutas frescas e verduras e/ou legumes, mas também consumiram marcadores de alimentação não saudáveis.

O consumo alimentar de crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses, foi investigado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006/2007, a maior prevalência de consumo diário de frutas (48,7%), verduras de folhas (16,8%) e legumes (28,3%) foram encontrados nas crianças que residiam na região Sul do país.<sup>12</sup> A presente pesquisa encontrou valores superiores de consumo desses alimentos, que são importantes para o crescimento e desenvolvimento infantil.

O consumo de alimentos considerados não saudáveis é composto por alimentos ultraprocessados, que apresentem elevada densidade energética e não agregarem valor nutricional. O hábito alimentar da família acaba influenciando o comportamento alimentar da criança. Quando as famílias possuem um padrão saudável e equilibrado as chances da criança aprender bons hábitos alimentares são maiores, caso contrário a criança está exposta ao risco de iniciar a alimentação com hábitos alimentares incorretos, podendo levar a graves sérios riscos à saúde atual e futura.<sup>13</sup> Na literatura citada, como no presente estudo podemos observar um padrão de consumo inadequado sendo introduzido precocemente, como bebidas adoçadas e biscoito recheado, doces ou guloseimas, alimentos que devem ser evitados nos primeiros anos de vida.

A presente pesquisa encontrou prevalência elevada de aleitamento materno aos 24 meses. Esses dados divergem de estudo realizado em São Paulo, com crianças menores de dois anos que frequentam Unidades Básicas de Saúde, utilizando o SISVAN, que encontrou uma prevalência de aleitamento materno de 33,6% em crianças de 12 a 23 meses, introdução

alimentar precoce e frequentes práticas alimentares inadequadas com consumo de suco/refresco industrializado, refrigerante, mingau com leite ou leite engrossado com farinha.<sup>14</sup>

Em estudo realizado por Vendrúscolo e colaboradores (2012),<sup>15</sup> ao investigar a relação do aleitamento e da transição alimentar com a presença de risco ao desenvolvimento infantil em crianças de zero a 18 meses de vida, as autoras encontraram correlações entre as dificuldades na transição alimentar e de aleitamento materno com a presença de risco ao desenvolvimento infantil na faixa etária entre 12 e 18 meses, demonstrando que as interações iniciais se relacionam ao processo de alimentação. Nesta pesquisa, esse resultado não se replicou, talvez porque os padrões alimentares não saudáveis atingem a todas as crianças tanto com ou sem risco psíquico, o que é muito preocupante considerando o aspecto nutricional. Possivelmente, à médio prazo os efeitos da má alimentação poderão ser sentidos na saúde geral das crianças.

Estudo recente recomenda a utilização do PREAUT para detecção precoce de transtorno de espectro autista e quando combinada ao CHAT pode melhorar o diagnóstico precoce deste e de outros distúrbios do desenvolvimento neurológico.<sup>16</sup> Ajudando assim crianças e famílias que necessitam de suporte precoce a melhorar interação entre mãe-bebe. Evidenciando assim, a necessidade de cuidarmos do desenvolvimento infantil desde muito cedo, sendo os protocolos de detecção precoce de risco psíquico instrumentos que permitem esse cuidado.

Estudos apontam que crianças com transtorno do espectro autista apresentam maior prevalência de problemas gastrointestinais<sup>17,18</sup> e maiores taxas de diarreia, constipação e dor abdominal quando comparadas a um grupo controle.<sup>19</sup> É importante observar que no presente estudo as duas crianças com risco nos Sinais PREAUT aos 9 meses, são crianças com alimentação não saudável, sendo necessário orientações a família quanto ao consumo alimentar e desenvolvimento infantil.

Estudo de revisão sobre transição alimentar em crianças prematuras destaca que a introdução precoce da alimentação complementar (aos três e quatro meses de idade corrigida)

favorece a ocorrência de problemas como a irritabilidade, estresse, engasgo, náusea e vômito. Além disso, crianças prematuras que nasceram com muito baixo peso, são mais propensas a apresentar problemas de alimentação nos estágios iniciais pós-natal e durante a infância quando comparados com crianças a termo.<sup>20</sup>

Considerando os marcadores de consumo alimentar, observou-se que um percentual elevado das crianças apresenta consumo não saudável aos dois anos de idade na amostra estudada. Embora não tenha havido correlação estatística significativa entre risco psíquico e alimentação não saudável, houve um percentual maior das crianças com risco psíquico e alimentação não saudável sobretudo nos casos de risco para autismo. Deste modo, programas de intervenção precoce com vistas a melhorar o desenvolvimento infantil e educação nutricional, são necessários para melhoria da qualidade de vida das crianças brasileiras.

## **2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da análise dos resultados encontrados no referido artigo, foi possível realizar uma intervenção, cujo objetivo é qualificar o olhar dos profissionais da saúde sobre o risco psíquico e aspectos relacionados em bebês. Esta intervenção, faz parte da formação dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no sistema público de saúde. Consolidando assim, uma parceria entre a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde da Ênfase Materno-Infantil da Universidade Federal de Santa Maria e o Núcleo de Intervenção e Detecção Interdisciplinar da Universidade Federal de Santa Maria. .

A intervenção foi realizada dia 13 de dezembro no auditório da 4ª CRS, em Santa Maria titulado como: “I Encontro sobre Desenvolvimento Infantil em risco: como detectar e intervir em tempo”, fortalecendo as ações e serviços da Rede de Atenção à Saúde Infantil da região. O encontro foi ministrado pela Prof. Ana Paula Ramos, e participaram do encontro 70 pessoas de 19 municípios da

região, sendo os municípios que mais enviaram representantes: Santa Maria, Restinga Seca, São Sepé e Jaguari. Sendo esse um importante passo para a qualificação dos profissionais na atenção e cuidado dos bebês da nossa região.

## 2.6 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Healthy diet. Fact sheet 394; 2015.
2. World Health Organization. The World health report: 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Kupfer MCM, Jerusalinsky AN, Bernardino LML, Wanderley D, Rocha PSB, Molina SE, Sales LM, Stellin R, Pesaro ME, Lerner R. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. In Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. 2009; 6 (1): 48-68.
6. Crespim G, Parlato-Oliveira E. Projeto PREAUT. In JERUSALINSKY, A. Dossiê autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2015.
7. Muratori F. O diagnóstico precoce no autismo: guia prático para pediatras. Salvador: Núcleo interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia, 2014.

8. Anagnostou E, Zwaigenbaum L, Szatmari P, Fombonne E, Fernandez BA, Woodbury, et al. Autism spectrum disorder: advances in evidencebased practice. *CMAJ*. 2014; 186 (7): 509-19.
9. Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis PA, et al. Early Screening of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*. 2015; 136 (1): 41-59.
10. Roth AM. Sinais de risco psíquico em bebês na faixa etária de 3 a 9 meses e sua relação com variáveis obstétricas, sociodemográficas e psicossociais [dissertação]. Santa Maria: Programa de Pós-graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria; 2016.
11. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. São Paulo: ABEP; 2016.
12. Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (9): 1759-1771.
13. Quaioti TC, Almeida SS. Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicol USP*. 2006; 17: 193-211.
14. Coelho LC, Asakura L, Sachs A, Erbert I, Novaes CRL, Gimeno SGA. Sistema de Vigilância alimentar e Nutricional/SISVNN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20 (3): 727-738.

15. Vendruscolo JF, Bolzan GM, Crestani AH, Souza APR, Moraes AB de. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrb Comum*. 2012; 24(1): 41-52.
16. Olliac B, Crespín G, Laznik M-C, Cherif Idrissi El, Ganouni O, Sarradet J-L, Bauby C, et al. Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. *PLoS One*. 2017; 12(12): e0188831.
17. Pinho MA, Silva LR. Manifestações digestórias em portadores de transtornos do espectro autístico necessidade de ampliar as perguntas e respostas. *R. Ci. med. biol*. 2011; 10 (3): 304-309.
18. Wang LW, Tancredi DJ, Thomas DW. The Prevalence of Gastrointestinal Problems in Children Across the United States With Autism Spectrum Disorders From Families With Multiple Affected Members. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2011; 32 (5): 351-360.
19. McElhanon BO, McCracken C, Karpen S, Sharp WG. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014; 133 (5): 872-83.
20. Pagliaro CL, Bühler KE, Ibidi SM, Limongi SC. Dietary transition difficulties in preterm infants: critical literature review. *J Pediatr*. 2016; 92 (1): 7-14.

## APÊNDICE A - ENTREVISTA INICIAL

AVALIADOR: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PREAUT: \_\_\_\_\_ Nº DA COLETA: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome da criança: \_\_\_\_\_ ( ) M ( ) F

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ DN-corrigida\*: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\*Cálculo: número de semanas que faltam para completar 40 semanas somadas à data de nascimento.

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

### DADOS FAMILIARES

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: solteira ( ) casada ( ) divorciada ( ) viúva ( )

E escolaridade materna: EFI ( ) EFC ( ) EMI ( ) ESI ( ) ESC ( )

Profissão materna: dona de casa ( ) Outra ( ). Especificar: \_\_\_\_\_

Situação profissional: licença materna ( ) desempregada ( ) não trabalha ( )

Número de filhos: \_\_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( )

E escolaridade paterna: EFI ( ) EFC ( ) EMI ( ) ESI ( ) ESC ( )

Profissão paterna: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_

Outro cuidador: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Parentesco do bebê: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: solteiro ( ) casado ( ) divorciado ( ) viúvo ( )

E escolaridade: EFI ( ) EFC ( ) EMI ( ) ESI ( ) ESC ( )

Número de pessoas que residem na casa: 2 a 4 ( ) 5 a 7 ( ) 8 a 10 ( ) + de 11 ( )

Renda Familiar\*: Até R\$500,00 ( ) Até R\$1.000,00 ( ) Até 2.000,00 ( ) Até R\$3.000,00 Até R\$ 4.000,00 ( ) Até R\$ R\$5.000,00 Até R\$6.000,00 ( ) Até R\$7.000,00( ) Mais R\$ 7.001,00( ) \*Salário mínimo nacional 2014: 724,00

Residência: Própria ( ) Alugada ( ) Cedida/Emprestada ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Iluminação: Muito escura ( ) Escura ( ) Clara ( ) Muito clara ( ) Não possui ( )

Possui (nº): Televisão( ) DVD ( ) Rádio ( ) Geladeira ( ) Freezer\* ( ) Máq.Lavar ( )

Carro ( ) Moto ( ) Banheiro ( ) Empregada mensalista ( ) Diarista ( )

\*Geladeiras com congelador, tipo duplex, conta como 1 geladeira e 1 freezer.

### VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS:

Nº consultas pré-natal: \_\_\_ A partir de: 0-3 meses ( ) 4-6 meses ( ) 7-9 meses ( )

Intercorrências: ( ) Sim ( ) Não Quais: \_\_\_\_\_

Ruptura prematura da membrana (bolsa): SIM ( ) NÃO ( ) Quando: \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos: SIM ( ) NÃO ( ) Quais: \_\_\_\_\_

Uso de drogas ( ) álcool ( ) cigarro ( )

INFECÇÕES INTRA-UTERINAS (identificação em meses):

Citomegalovírus ( ) Quando: \_\_\_\_\_ Rubéola ( ) Quando: \_\_\_\_\_

Toxoplasmose ( ) Quando: \_\_\_\_\_ Herpes ( ) Quando: \_\_\_\_\_

Sífilis ( ) Quando: \_\_\_\_\_ HIV ( ) Quando: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_ Quando: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO OBSTÉTRICO (considerar o bebê avaliado na contagem):

Número de gestações: \_\_\_\_\_ Número de abortos: \_\_\_\_\_ Número de partos: \_\_\_\_\_

Histórico de parto prematuro anterior: Sim ( ) Não ( ) Quantos: \_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

Gestação: Planejada ( ) Não planejada ( ) Desejada ( ) Indesejada ( )

**DADOS DO NASCIMENTO**

Parto: ( ) Normal/Vaginal ( ) Cesárea Peso: \_\_\_\_\_ Apgar: 1' \_\_\_\_ 5' \_\_\_\_

Etnia: branco ( ) negro ( ) hispânico ( ) asiático ( ) índio ( )

INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS

UTI neonatal: SIM ( ) NÃO ( ) Tempo de UTI: \_\_\_\_\_

Ventilação Mecânica: SIM ( ) NÃO ( ) Tempo ventil: \_\_\_\_\_

Medicação Ototóxica: SIM ( ) NÃO ( ) Qual: Penicilina ( ) Gentamicina ( ) Amicacina ( ) Agentes quimioterápicos ( )  
Ceftriaxone ( ) Vancomicina ( )Hiperbilirrubinemia: SIM ( ) NÃO ( ) Nível: Leve ( ) Discreto ( ) Infeccioso ( ) Zona: I ( ) II ( ) III ( )  
IV ( ) Tempo: Precoce (24h) ( ) Tardio (após 24h) ( ) Procedimentos: Fototerapia ( ) Ex-sanguíneo transfusão ( )

Demais intercorrências: SIM ( ) NÃO ( ) Meningite Bacteriana ( ) Distúrbios Metabólicos ( ) Convulsões neonatais ( )

Hipoglicemia ( ) Hemorragia intra-ventricular ( ) Traumat. Craniano ( ) Pneumonia ( ) Bronquiolite ( ) Otite ( )

TIPO DE ALEITAMENTO

Materno exclusivo ( ) Artificial ( ) Misto ( ) Usa mamadeira desde: \_\_\_\_\_

Qual o tipo de leite artificial utilizado: \_\_\_\_\_

Dificuldade de alimentação: SIM ( ) NÃO ( ) Tosse ( ) Engasgo ( ) Refluxo ( )

Usa chupeta: SIM ( ) NÃO ( ) Desde quando: \_\_\_\_\_

Frequência: Sempre ( ) Às vezes ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

**VARIÁVEIS SOCIAIS**

Quem permanece mais tempo com a criança: \_\_\_\_\_

Suporte social: nenhum ( ) marido ( ) mãe ( ) sogra ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Tem contato com outras crianças/adultos (que não os pais e/ou irmãos):

SIM ( ) NÃO ( ) Quem/idade: \_\_\_\_\_

Tem brinquedos: SIM ( ) NÃO ( ) Quais: \_\_\_\_\_

Tem preferência por algum brinquedo? Qual: \_\_\_\_\_

Quando acordado o bebê **permanece** a maior parte do tempo:

Deitado de barriga para baixo ( ) Sentado com apoio ( ) Sentado sem apoio ( )

Livre para movimentar-se ( ) Deitado de barriga pra cima ( ) Onde: \_\_\_\_\_

Como ele **gosta** de ficar:

Deitado de barriga para baixo ( ) Sentado com apoio ( ) Sentado sem apoio ( )

Livre para movimentar-se ( ) Deitado de barriga pra cima ( ) Onde: \_\_\_\_\_

Experimenta **diferentes posições** quando acordado: ( ) SIM ( ) NÃO

Deitado de barriga para baixo ( ) Sentado ( )

Deitado de barriga pra cima ( ) De lado ( )

Ela chama você: ( ) SIM ( ) NÃO

Como: ( ) chora ( ) grita ( ) resmunga ( ) vocaliza ( ) olha

Você o chama: ( ) SIM ( ) NÃO Como: \_\_\_\_\_

Tem um jeito diferente de chamar outras pessoas: SIM ( ) NÃO ( ) Quem: \_\_\_

Como: ( ) chora ( ) grita ( ) resmunga ( ) vocaliza ( ) olha

Ele responde ao seu chamado: ( ) SIM ( ) NÃO

Como: ( ) olha ( ) vocaliza ( ) se movimenta

Você conversa com o seu bebê: ( ) Sempre ( ) Às vezes ( ) Nunca

Em que situações: ( ) Sempre que acordado ( ) Troca fralda/roupa ( ) No banho

( ) Quando alimenta ( ) Quando faz dormir ( ) Quando brinca com ele

O que incomoda o bebê: \_\_\_\_\_

Como ele informa: ( ) chora ( ) grita ( ) resmunga ( ) vocaliza ( ) olha

Participa da dinâmica familiar: SIM ( ) NÃO ( ) Acorda/dorme nos mesmos horários ( )

faz refeições junto com a família ( ) acompanha a família em passeios ( )

Como é a rotina dele: \_\_\_\_\_

Como dorme à noite, horário/ritual: \_\_\_\_\_

Onde ele dorme: berço ( ) Cama dos pais ( ) Carrinho ( ) Colo ( )

Com quem ele dorme: Sozinho ( ) Com a mãe ( ) Com os pais ( ) Com outra pessoa ( )

Enfrentou alguma crise no período de gestação: SIM ( ) NÃO ( ) Quais: \_\_\_\_\_

Está enfrentando alguma crise situacional: SIM ( ) NÃO ( ) \_\_\_\_\_

Como a mãe está se sentindo com a chegada do bebê: \_\_\_\_\_

Como o pai está se sentindo com a chegada do bebê: \_\_\_\_\_

Histórico familiar de doença mental na família: SIM ( ) NÃO ( ) Quem: \_\_\_\_\_

### INVESTIGAÇÃO AUDITIVA

Perda auditiva/familiares (desde a infância): SIM ( ) NÃO ( ) Quem: \_\_\_\_\_

Realizou teste da orelhinha (TAN): SIM ( ) NÃO ( )

Profissional que indicou: Médico ( ) Enfermeiro ( ) Fonoaudiólogo ( )

Já teve infecção de ouvido: SIM ( ) NÃO ( )

Reação aos sons: Se assusta com barulho ( ) Procura a voz materna ( )

Tem atenção aos sons ( ) Se acalma com a voz materna ( )

Na residência você tem hábito de ouvir música: SIM ( ) NÃO ( )

Com que frequência: ( ) Todos os dias ( ) Fins de semana Outros: \_\_\_\_\_

## ANEXO A - INDICADORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Nº Préaut: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Datas da coleta e idade:

Fase I: \_\_\_\_\_ Idade cronológica: \_\_\_\_\_ Idade corrigida: \_\_\_\_\_

Fase II: \_\_\_\_\_ Idade cronológica: \_\_\_\_\_ Idade corrigida: \_\_\_\_\_

Fase III: \_\_\_\_\_ Idade cronológica: \_\_\_\_\_ Idade corrigida: \_\_\_\_\_

Fase IV: \_\_\_\_\_ Idade cronológica: \_\_\_\_\_ Idade corrigida: \_\_\_\_\_

<b>Fases</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Presente</b>	<b>Ausente</b>
0 a 4 meses incompletos:	1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.		
	2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).		
	3. A criança reage ao manhês.		
	4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		
	5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.		
4 a 8 meses incompletos:	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.		
	7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou a outra pessoa está se dirigindo a ela.		
	8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.		
8 a 12 meses Incompletos:	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a atenção.		
	10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.		
	11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.		
	12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.		
	13. A criança faz gracinhas.		
	14. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.		
De 12 a 18 Meses	15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.		
	16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.		
	17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.		
	18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.		

## ANEXO B - SINAIS PREAUT

NOME DA CRIANÇA \_\_\_\_\_

Nº da ficha: \_\_\_\_\_ Nº Préaut: \_\_\_\_\_

DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade Gestacional: \_\_\_\_\_ DN. corrigida: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Datas da coleta e idade:

4º MÊS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade cronológica: \_\_\_\_\_ Idade corrigida: \_\_\_\_\_

9º MÊS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade cronológica: \_\_\_\_\_ Idade corrigida: \_\_\_\_\_

4º e 9º mês: 1ª parte do questionário	4º MÊS		9º MÊS	
<b>1) O bebê procura olhar para você?</b>				
a) Espontaneamente	Sim Não	4 0	Sim Não	4 0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	Sim Não	1 0	Sim Não	1 0
<b>2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?</b>				
a) Na ausência de qualquer sollicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que olha intensamente.	Sim Não	8 0	Sim Não	8 0
b) Quando ela fala com ele (proto-conversaço)	Sim Não	2 0	Sim Não	2 0
<b>ESCORE TOTAL</b>				

*Se o escore é superior a 3, não responda às questões 3 e 4.*

4º e 9º mês: 2ª parte do questionário	4º MÊS		9º MÊS	
<b>3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)</b>				
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim Não	1 0	Sim Não	1 0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim Não	2 0	Sim Não	2 0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim Não	4 0	Sim Não	4 0
<b>4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo substituto)</b>				
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim Não	1 0	Sim Não	1 0
b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim Não	2 0	Sim Não	2 0
c) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto), por exemplo se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim Não	4 0	Sim Não	4 0
<b>ESCORE TOTAL</b>				

### ANEXO C - M-CHAT

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex: você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.	
1. Seu filho gosta de balançar, de pular no seu joelho, etc.?	SIM NÃO
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	SIM NÃO
3. Seu filho gosta de subir em coisa, como escadas ou móveis?	SIM NÃO
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	SIM NÃO
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como, por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	SIM NÃO
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	SIM NÃO
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?	SIM NÃO
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex: carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, mexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	SIM NÃO
9. O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhes mostrar este objeto?	SIM NÃO
10. O seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	SIM NÃO
11. O seu filho já apareceu muito sensível ao barulho? (ex.: tapando os ouvidos).	SIM NÃO
12. O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?	SIM NÃO
13. O seu filho irrita você (ex.: você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	SIM NÃO
14. O seu filho responde quando você o chama pelo nome?	SIM NÃO
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para eles?	SIM NÃO
16. Seu filho já sabe andar?	SIM NÃO
17. O seu filho olha para coisas que você está olhando?	SIM NÃO
18. O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	SIM NÃO
19. O seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	SIM NÃO
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	SIM NÃO
21. O seu filho entende o que as pessoas dizem?	SIM NÃO
22. O seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	SIM NÃO
23. O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	SIM NÃO

#### PONTUAÇÃO M-CHAT

1. NÃO
2. NÃO
3. NÃO
4. NÃO
5. NÃO
6. NÃO
7. NÃO
8. NÃO

<b>9. NÃO</b>
10. NÃO
11. SIM
12. NÃO
<b>13. NÃO</b>
<b>14. NÃO</b>
<b>15. NÃO</b>
16. NÃO
17. NÃO
18. SIM
19. NÃO
20. SIM
21. NÃO
22. SIM
23. NÃO