

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Leticia Conceição Costa

**TIPOS DE ALEITAMENTO E SUA ASSOCIAÇÃO A FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Santa Maria, RS
2018

Leticia Conceição Costa

**TIPOS DE ALEITAMENTO E SUA ASSOCIAÇÃO A FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E SOFRIMENTO PSÍQUICO**

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: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, RS
2018

Leticia Conceição Costa

**TIPOS DE ALEITAMENTO E SUA ASSOCIAÇÃO A FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E SOFRIMENTO PSÍQUICO**

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, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)

Sheila Kocoureck, Dr. (UFSM), Dra. (UFSM)

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

Santa Maria, RS
2018

RESUMO

TIPOS DE ALEITAMENTO E SUA ASSOCIAÇÃO A FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E SOFRIMENTO PSÍQUICO

AUTORA: LETICIA CONCEIÇÃO COSTA

ORIENTADORA: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

Objetivos: Investigar a interferência dos fatores psicossociais e demográficos que podem interferir no aleitamento materno. **Método:** estudo de coorte prospectivo que acompanhou 122 díades mãe-bebê, nascidos no período entre agosto de 2014 e abril de 2017, no setor de puericultura em uma Unidade Básica de Saúde e no setor de seguimento de prematuros em um hospital universitário. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista inicial contendo as variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas, também foram utilizados dois roteiros de detecção precoce de risco psíquico: os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil nos primeiros 18 meses e Sinais PREAUT aos quatro e nove meses. **Resultado:** O aleitamento artificial e o número de consultas pré-natais menor ou igual a cinco e o nascimento pré-termo associaram-se estatisticamente com maiores percentuais de aleitamento misto e artificial do que os bebês nascidos a termo e cujas mães receberam acompanhamento pré-natal em maior número de consultas. Pode-se observar ausência de relação estatística significativa entre risco psíquico e aleitamento materno. **Conclusões:** O maior número de consultas pré-natais e o nascimento a termo se associam positivamente com o aleitamento materno.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Desenvolvimento Infantil, Prematuro, Cuidado do Lactente, Fatores socioeconômicos

ABSTRACT

TYPES OF BREASTFEEDING AND ITS ASSOCIATION WITH SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS

AUTHOR: LETICIA CONCEIÇÃO COSTA
ADVISOR: ANA PAULA RAMOS DE SOUZA

Objectives: To investigate the interference of social and demographic factors that may interfere with breastfeeding. **Methods:** A prospective cohort study that monitored 122 mother-infant dyads, born between August 2014 and April 2017, in the child care sector in a Basic Health Unit and in the sector of preterm follow-up in a university hospital. Data were collected through an initial interview containing the sociodemographic, psychosocial and obstetric variables; two psychological risk early detection routines were also used: Clinical Risk Indicators for Child Development in the first 18 months and PREAUT Signs at 4 and 9 months. **Results:** Artificial breastfeeding and the number of prenatal consultations less than or equal to five presented as well as pré-term born were statistically associated with higher percentages of mixed and artificial breast feeding than term babies whose mothers had more prenatal consultations. It can be observed absence of a statistically significant relation between psychological risk and breastfeeding. **Conclusions:** The greater number of prenatal consultations and full-term birth are positively associated with breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, child development, premature, infant care, socioeconomic factors

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	07
2 ARTIGO	08
2.1 INTRODUÇÃO	08
2.2 METODOLOGIA	10
2.3 RESULTADOS	11
2.4 DISCUSSÃO	17
2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
2.6 REFERÊNCIAS	23
APÊNDICE A - ENTREVISTA INICIAL	27
ANEXO A - INDICADORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL (IRDI)	30
ANEXO B - SINAIS PREAUT	31

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

O presente trabalho é resultado do projeto de pesquisa de conclusão de residência intitulado: Saúde Materno-infantil e alimentação do bebê nos dois primeiros anos de vida: análise da relação com variáveis sociodemográficas, obstétricas e psicossociais. O mesmo foi elaborado devido a necessidade em abordar a associação entre tipos de aleitamento (materno exclusivo, misto, artificial), fatores sociodemográficos e aspectos psicossociais.

É fundamental identificar quais fatores de risco que interferem na saúde materno-infantil e obstaculizam o aleitamento materno, a fim de adotar estratégias de redução dos mesmos e propor medidas preventivas por meio de intervenções para que se possa garantir um adequado desenvolvimento a todas as crianças.

A importância da amamentação é evidenciada em estudos epidemiológicos e biológicos, pois a decisão de não amamentar uma criança tem efeitos importantes em longo prazo na saúde, nutrição e desenvolvimento infantil, bem como na saúde da mãe. Possivelmente, nenhum outro comportamento de saúde pode afetar desfechos tão diversos nos dois indivíduos que estão envolvidos: a mãe e a criança⁽¹⁾. Para que as taxas de aleitamento materno se ampliem no país, é necessário um trabalho interdisciplinar apoiando, incentivando e empoderando as mulheres.

Nesse sentido, o cuidado para criar as condições propícias ao aleitamento materno e a boa nutrição do bebê está no centro da linha de cuidado materno-infantil realizada já no período pré-natal e que segue no pós-parto na atuação hospitalar e na puericultura realizada nas unidades de saúde.

Sabe-se que para que esse cuidado seja efetivo não basta que boas orientações sobre aspectos instrumentais da amamentação sejam dadas. É preciso levar em consideração a

disposição e o estado emocional, físico, econômico e o suporte que a mãe tem da sua família para viabilizar a dedicação necessária ao aleitamento materno.

Alguns estudos na realidade de Santa Maria demonstraram que o aleitamento misto é mais comum em situação de risco ao desenvolvimento e que não basta que a mãe esteja fisicamente disponível para amamentar, necessita desejar fazê-lo⁽²⁾. Na mesma linha, o trabalho de Vendruscolo et al⁽³⁾ demonstrou que bebês com risco psíquico ou ao desenvolvimento apresentam dificuldades maiores na transição alimentar para a consistência semi-sólida e sólida. Esses trabalhos demonstram a importância de se analisarem aspectos diversos e de um modo interdisciplinar para entender o desfecho de uma prática que, a princípio, parece tão natural como o aleitamento materno.

Nesse cenário interdisciplinar, analisar a relação que se estabelece entre aqueles que exercem a função parental e seu bebê assume relevância, pois a detecção precoce de que algo não vai bem pode auxiliar a equipe interdisciplinar a oportunizar a intervenção mais adequada e em tempo de impedir uma psicopatologia e/ou déficits instrumentais. Alguns roteiros de risco psíquico desenvolvidos no Brasil e na França têm contribuído nesse processo de detecção precoce. Entre eles estão os Indicadores de Referência para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)⁽⁴⁾ e os Sinais PREAUT (*Signes de Programme Recherche Evaluation Autisme*)^(5,6).

Conhecer a interferência de fatores como o cuidado e saúde materna pré-natal, bem como variáveis sociodemográficas e psicossociais que podem acometer o aleitamento materno, permitirá pensar em fatores de risco a saúde materno-infantil de modo a propor junto a equipes de cuidado pré-natal e puericultura a adoção de medidas protetivas a saúde materno infantil de modo a ter o desfecho adequado quanto à saúde materna, à alimentação e à nutrição do bebê, bem como favorecer a relação mãe-bebê.

Deste modo, o objetivo desta pesquisa foi analisar a relação entre tipos de aleitamentos

nos primeiros quatro meses de vida, variáveis sociodemográficas e psicossociais.

2. 2 METODOLOGIA

Este trabalho é parte de um estudo de coorte prospectivo que acompanhou bebês prematuros e a termo, nascidos no período entre agosto de 2014 e abril de 2017, 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 24 meses. Considerando os bebês que participaram da etapa de zero a quatro meses a amostra deste estudo foi constituída por 122 díades mãe-bebê. Nesse grupo há bebês nascidos a termo e pré-termo (abaixo de 37 semanas gestacionais), sendo sua maioria com idade gestacional superior a 32 semanas, ou seja, prematuros tardios, com peso superior a 1500 gramas.

O presente estudo utilizou dois roteiros de detecção precoce de risco psíquico que foram os Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) nos primeiros 12 meses (apêndice I), e os Sinais PREAUT aos quatro e nove meses (apêndice II). A forma de atribuição de risco psíquico seguiu a determinação de cada protocolo. No caso do IRDI dois ou mais indicadores ausentes e no caso dos Sinais PREAUT risco para autismo abaixo de cinco pontos e risco psíquico de outra natureza pontuação entre cinco e 14 pontos⁽⁷⁾.

As variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, dentre outros) psicossociais (suporte social, cuidador familiar, apoio da família, dentre outros), obstétricos (dados do período pré-natal) foram coletadas por meio de uma entrevista inicial com perguntas simples apresentadas à mãe e/ou quem fizesse a função materna, em caso de ausência desta (apêndice III). A entrevista foi realizada com o responsável no dia da realização do 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.

Os dados foram digitados em banco de *excell* e codificados a partir das variáveis sociodemográficas, psicossociais e obstétricas elencadas, bem como os testes padronizados para risco psíquico. Para análise estatística foi utilizado o *software Stata 9.0*.

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” autorizado em maio de 2014 no CEP – UFSM sob número de CAE: 28586914.0.0000.5346.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos responsáveis após leitura dos objetivos da pesquisa, e garantia de sigilo de dados de identificação e voluntário para a pesquisa.

2.3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características demográficas e socioeconômicas. Observam-se nos dados descritivos que o quantitativo das crianças do sexo masculino e feminino é muito próximo, sendo 63% masculino e 59% feminino, dos quais 65,57% nascidos a termo. Traçando o perfil materno foi possível identificar que a maioria das mães apresentavam de nove a onze anos de estudo (65,57%) e até oito anos de estudo (16,39%). Representada por 72,95% das mães destaca-se a faixa etária entre 20 e 34 anos, ficando aproximadamente em 13% as faixas etárias de 13 a 19 anos e de 35 a 45 anos de idade. A grande maioria (82,78%) possuía cônjuge, seguido por 15,57% que eram solteiras e/ou sem companheiros.

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas. Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2017.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	63	51,63
Feminino	59	48,36
Prematuridade		
Sim	42	34,42
Não	80	65,57
Escolaridade Materna		
0 a 8 anos de estudo	20	16,39
9 a 11 anos de estudo	80	65,57
12 ou mais anos de estudo	22	18,03
Escolaridade Paterna		
0 a 8 anos de estudo	41	33,60
9 a 11 anos de estudo	55	45,08
12 ou mais anos de estudo	19	15,57
Sem informações	7	5,73
Idade Materna		
15-19 anos	17	13,93
20-34 anos	89	72,95
35-45 anos	16	13,11
Idade Paterna		
15-19 anos	5	4,09
20-34 anos	73	59,83
35- 45 anos	39	31,96
Sem informações	5	4,09
Estado Civil Mãe		
Casada	101	82,78
Solteira	19	15,57
Separada	1	0,81
Viúva	1	0,81
Estado Civil Pai		
Casado	97	79,50
Solteiro	17	13,93
Separado	1	0,81
Sem informações	7	5,73
Nível Socioeconômico: Renda Familiar		
≤ 2 salários mínimo	50	40,98
> 2 salários mínimo	71	58,19
*sem informação	1	0,81

Tipo de residência		
Própria	82	67,21
Alugada	29	23,77
Cedida	11	9,01
Número de pessoas na casa		
2 a 4 moradores	75	61,47
5 a 7 moradores	39	31,96
8 ou mais moradores	8	6,55
Suporte Social		
Não	8	6,55
Sim	109	89,34
Sem informação	5	4,09
Cuidador		
Não	61	38,60
Sim	94	59,49
Sem informação	3	1,89
Cuidador Familiar		
Sim	68	55,73
Não	3	2,45
Sem Cuidador	48	39,34
Sem informação	3	2,45
Parentesco do Cuidador		
Avós	40	32,78
Irmãos	19	15,57
Tios	6	4,91
Primos	1	0,81
Sem cuidador	48	39,34
Não familiar/sem informação	8	6,55

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

A Quanto às variáveis paternas nota-se que 33,60% dos pais tiveram até oito anos de estudo e 45,08% de nove a 11 anos de estudo. Assim como as mães, a maioria dos pais estava na faixa etária de 20 a 34 anos (59,83%), seguido da faixa etária de 35 a 45 anos (31,96%). A grande maioria dos pais eram casados (79,50%).

O nível socioeconômico das famílias foi analisado em duas categorias: menor ou igual a dois salários mínimos, e maior do que dois salários mínimos, sendo este último

representado por 58,19% e o primeiro em 40,98%. Essa renda mantinha, em média, de dois a quatro moradores em 61,47% das famílias, e grande parte das residências eram próprias (67,21%).

Ainda no aspecto social, 89,34% disse ter suporte social, 59,49% tinham cuidador para os bebês, sendo este em sua maioria desempenhado por familiares (55,73%), com expressiva representatividade dos avós (32,78%), seguido dos irmãos mais velhos (15,57%).

Tabela 2. Tipo de aleitamento materno na relação com variáveis obstétricas e sociodemográficas. Santa Maria, Rio Grande do Sul. 2017.

Variáveis	TIPO DE ALEITAMENTO			TOTAL	P VALOR
	Materno Exclusivo	Misto	Artificial		
Prematuridade					
Sim	11	16	15	42	<0,001*
%	26,19	38,10	35,71		
Não	55	17	8	80	
%	68,75	21,25	10,00		
Idade da Mãe					
≤ 19 anos	8	4	5	17	0,644
%	47,06	23,53	29,41		
20 a 34 anos	51	23	14	88	
%	55,95	26,14	15,91		
≥ 35 anos	7	5	4	16	
%	43,75	31,25	25,00		
Estado Civil da Mãe					
Casada	57	28	16	101	0,211
%	56,44	27,72	15,84		
Solteira	9	4	6	19	
%	47,37	21,05	31,58		
Viúva	0	1	0	1	
%	0,00	100,00	0,00		
Separada	0	0	1	1	
%	0,00	0,00	100,00		
Escolaridade da Mãe					
≤ 8 anos	7	6	7	20	0,252
%	35,00	30,00	35,00		
9 a 11 anos	48	20	12	80	
%	60,00	25,00	15,00		
≥ 12 anos	11	7	4	22	
%	50,00	31,82	18,18		
Renda Familiar					
≤ 2 salários mínimos	23	13	15	51	0,038
%	45,10	25,49	29,41		
> 2 salários mínimos	43	20	8	71	
%	60,56	28,17	11,27		
Pré-Natal					
Não	7	6	11	24	0,001
%	29,17	25,00	45,83		

Sim	59	27	12	98	
%	60,20	27,55	12,24		
Início do Pré-Natal					
0 a 3 meses	54	28	16	98	
%	55,10	28,57	16,33		
4 a 6 meses	11	5	6	22	0,525
%	50,00	22,73	27,27		
7 a 9 meses	1	0	1	2	
%	50,00	0,00	50,00		
Nº de Consultas do Pré-Natal					
≤5 consultas	7	6	11	24	
%	29,17	25,00	41,83		<0,001*
≥ 6 consultas	59	27	12	98	
%	60,20	27,55	12,24		
Suporte Social					
Não	6	3	2	11	
%	54,55	27,27	18,18		0,998
Sim	60	30	21	111	
%	54,05	27,03	18,92		

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

Na Tabela 2 é possível perceber a presença de significância estatística entre o aleitamento artificial e o número de consultas pré-natais menor ou igual a cinco, e o nascimento pré-termo. Assim, mães com menor cuidado pré-natal parecem mais expostas ao nascimento prematuro de seu bebê e isso impacta as condições para aleitamento materno exclusivo, favorecendo o aleitamento artificial. Esse dado é evidenciado pelo número de 60,20% de mães com aleitamento exclusivo de seu bebê e que fizeram pré-natal mais adequado, contra o percentual de 45,83% que não tiveram esse cuidado e que alimentam o bebê por método artificial. Também se observa que quanto mais cedo o pré-natal mais favorecido o aleitamento materno exclusivo.

As demais variáveis não apresentaram significância estatística como a idade materna, embora tenha-se um número de 55,95% das mães com aleitamento materno exclusivo na faixa etária entre 20 e 34 anos. Quando analisado o aleitamento artificial se concretiza o que estudos têm demonstrado em que a idade materna menor ou igual a 19 anos (mães adolescentes) representa a maior incidência, neste estudo (30%).

meses								
Sem risco	56	54,37	26	25,24	21	20,39	103	0,427
Com risco	10	52,63	7	36,84	2	10,53	19	
Total	66		33		23		122	
IRDI 1 a 12								
meses								
Sem risco	51	59,30	21	24,42	14	16,28	86	0,199
Com risco	15	41,67	12	33,33	9	25,00	36	
Total	66		33		23		122	

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

Na tabela 3, pode-se observar ausência de relação estatística significativa entre risco psíquico e aleitamento materno visto que os percentuais estão praticamente similares entre os grupos com e sem aleitamento materno. O mesmo se observa nos aleitamentos de tipo misto e artificial.

2.4 DISCUSSÃO

Quando há referência aos fatores determinantes, que podem interferir no aleitamento materno exclusivo é importante identificá-los para que seja possível as mudanças propositivas nas políticas públicas e nos estabelecimentos de saúde, já que estes vem tendo papel fundamental para aumentar a frequência de aleitamento materno exclusivo⁽⁸⁾.

Moraes⁽⁹⁾ demonstra em seu estudo que a abordagem e apoio dos profissionais de saúde da atenção básica deve ocorrer desde o pré-natal até o pós-alta para obtenção de êxito no aleitamento materno, logo vem ao encontro quando é mencionado os cuidados em saúde na gestação, trazendo estes como favorecedores do aleitamento materno exclusivo de maneira protetiva.

Ainda sobre a importância do papel dos estabelecimentos de saúde no aleitamento

materno, Franco⁽¹⁰⁾ reporta, para o contexto da Estratégia de Saúde da Família - ESF, a importância da vinculação da mulher com o serviço, estabelecendo laços de confiança com a equipe, bem como o trabalho de educação em saúde de maneira que incentive e apoie a prática de amamentar.

Na pesquisa aqui apresentada a associação entre número de consultas pré-natais e aleitamento materno confirmou a tendência dos estudos, em que o baixo número de consultas pré – natais tem- se mostrado como fator de risco ao aleitamento⁽⁸⁾.

Além da influência das consultas de pré-natais, também é pertinente a discussão neste trabalho acerca das condições de vida das famílias, e de que forma estas incidem no tipo de aleitamento. Os estudos têm evidenciado esta interação, em que as precárias condições de vida estão associadas com a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo⁽¹¹⁾.

Essa associação se confirma ao analisar os fatores socioeconômicos, como a renda familiar, em que nas famílias com menor nível socioeconômico há maior prevalência de aleitamento misto, o que tem-se mostrado tendência nos estudos, da mesma forma que as famílias com maior renda mensal possuem prevalência maior do aleitamento materno exclusivo⁽¹²⁾.

Há grande necessidade de alerta para as tendências, mesmo que não estatísticas, observadas nesta pesquisa. Elas representam indícios confirmados em outros estudos⁽¹³⁾ que enfatizam a associação dos fatores sociodemográficos como menor escolaridade materna, menor idade materna com dificuldades no aleitamento materno. Rocha⁽¹⁴⁾ concluiu em seu estudo que é preciso deter os fatores de risco individuais, familiares e sociais para obter sucesso no aleitamento materno, uma vez que reconhecer a amamentação como uma prática natural e instintiva não é o suficiente para que ela se dê.

Nesse sentido, a rede de suporte social é uma variável que vem incidir de maneira positiva quando é abordado o aleitamento materno. A rede de suporte social, segundo

Domingues e Derntl⁽¹⁵⁾ consiste em vínculos construídos ao longo da vida, nos quais pode haver aspecto afetivo, retributivo ou de obrigação. As autoras expõem a necessidade de identificação e posterior mobilização das pessoas que compõem sua rede de suporte social. Ainda sobre a rede de suporte social, Sluzki⁽¹⁶⁾ a define como o conjunto de pessoas com quem interagimos regularmente, conversando, trocando sinais que nos corporizam, que nos tornam reais. Dessa forma, associando a rede à própria construção da identidade pessoal, o que evidencia a relevância do suporte social para o empoderamento feminino e favorecimento do aleitamento materno.

O papel do cônjuge, companheiro como um formador dessa rede de suporte, tem mostrado que as mulheres que contam com esse apoio, têm maiores chances de amamentar seus filhos, dessa maneira exercendo efeito de motivação na mãe⁽¹⁷⁾. Esse dado evidenciado como tendência percentual, em que pese a ausência de significância estatística, foi reforçado no estudo de Crestani et al⁽¹⁸⁾ que demonstrou que mães com estado civil solteira, os filhos possuíram duas vezes mais chances de risco ao desenvolvimento infantil, quando comparadas com as que tinha apoio do cônjuge. Esses estudos confirmam que nas redes de suporte social dos usuários há fatores fortemente associados à saúde, doença e cuidado⁽¹⁹⁾.

Embora outros estudos tenham destacado a relação entre risco psíquico e desenvolvimento infantil⁽²⁰⁾ e dificuldades no aleitamento exclusivo⁽²⁾, nesta pesquisa tal associação não se deu de modo descritivo ou estatístico.

Outro fator estatisticamente significativo foi a prematuridade que se associou com maiores percentuais de aleitamento misto e artificial do que os bebês nascidos a termo. A prematuridade implica uma condição de fragilidade do bebê e da mãe que pode impactar nas condições para o aleitamento materno, devido a fatores como: condições clínicas, peso ao nascer, tempo de hospitalização, desejo e condições para amamentar das mães. Fatores esses que podem interferir de forma negativa no processo de amamentar⁽²¹⁾. Nesse sentido,

Soares⁽²²⁾ destaca em seu estudo a insegurança das mães em amamentar seus filhos prematuros. Por isso, o autor apresenta a escuta materna como instrumento facilitador e fundamental no sucesso do aleitamento materno de prematuros, o que demanda sensibilidade dos profissionais para os medos e anseios vivenciados por essa população.

Assim, nesta pesquisa fatores como o cuidado pré-natal pela equipe de saúde evidenciou-se como fazendo a diferença na possibilidade de aleitamento, em combinação com o apoio familiar e condições socioeconômicas.

Nesse sentido, possibilitar o fortalecimento e mobilização da rede de suporte social dos usuários, o acompanhamento com os serviços de saúde, por meio de políticas públicas para acesso a educação, irá resultar em condições adequadas para efetivação da integralidade da atenção, cuidado à saúde materno- infantil, garantindo o sucesso do aleitamento materno, que tem impacto fundamental no desenvolvimento infantil. Este estudo reforça a importância do investimento dos órgãos competentes, Estado, governo e sociedade civil no cuidado materno-infantil no período pré-natal e pós- natal para que o aleitamento materno atinja os percentuais desejáveis⁽²³⁾.

Menciona-se também a relevância do trabalho do Assistente Social através do impacto as mulheres e seus familiares, que encontram-se em situação de vulnerabilidade sócio-econômica e de saúde, muitas vezes com dificuldades no aleitamento materno. Nesse sentido, o profissional do Serviço Social na equipe de saúde tem papel fundamental, pois é ele quem vai garantir que os usuários, na maioria das vezes dos setores mais empobrecidos da sociedade, tenham acesso ao atendimento, como um direito e com qualidade, que possa possibilitar condições adequadas para efetivação do aleitamento materno.

O Serviço Social garante, conforme afirmam Mioto e Nogueira⁽²⁴⁾, seu espaço na saúde, principalmente pela ampliação do conceito de saúde, em que agrega a dimensão social, reconhecendo a influência dos determinantes sociais no processo saúde – doença,

possibilitando intervenções mais eficientes.

A autora Jane Cruz Prates⁽²⁵⁾, com base numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana, expressa a importância de um conjunto de estratégias que dêem conta de seu processo de intervenção. Menciona também que é preciso analisar com profundidade as contradições que se ocultam ou se fetichizam na realidade.

Para realizar esta análise tão importante que a autora menciona, baseando-se em desvendar as contradições existentes na realidade dos usuários, é essencial utilizar os instrumentais do Serviço Social, pois somente munidos dos instrumentais será possível realizar um diagnóstico adequado e eficaz.

Por essas razões que o processo de trabalho do assistente social é tão importante na saúde, uma vez, que as condições sociais incidem, influenciam de maneira direta nas condições de saúde.

Desvendar a historicidade, a dinâmica familiar e as contradições que se fazem presentes na vida dos usuários são fundamentais para uma adequada intervenção dos profissionais de saúde, especialmente do assistente social nos hospitais, que possui sua atuação direcionada na busca da garantia dos direitos sociais dos usuários.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise da relação entre tipo de aleitamento nos primeiros quatro meses de vida, risco psíquico ou ao desenvolvimento e variáveis sociodemográficas e psicossociais, observou-se correlação estatística entre as variáveis presença e número de consultas pré-natais e nascimento pré-termo e aleitamento. O maior número de consultas pré-natais e o nascimento a termo se associam positivamente com o aleitamento materno.

Para diminuir a distância entre a realidade e o idealizado, devemos conhecer, qual a sua realidade social, suas demandas, potencialidades, reconhecendo em seu cotidiano,

território, local esse único para identificar os elementos da sua individualidade. Além disso, a valorização por parte dos profissionais das questões sociais, culturais e econômicas dos usuários, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos é caminho promissor para atingir melhores percentuais do aleitamento materno. Prestar assistência aos usuários, numa linha socioeducativa, incentivando a participarem do processo como protagonistas, democratizando informações terão repercussões positivas na saúde infantil.

Nesse encontro 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. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90.
2. Crestani AH, Souza APR, Beltrami L, Moraes AB. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. *J Soc Bras Fonoaudiol*. 2012;24(3):205-210.
3. Vendrusculo JF, Bolzan G, Crestani AH, Souza APR, Moraes AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os índices de risco ao desenvolvimento infantil. *Rev Distúrbios da Comunicação*. 2012;24(1):41-52.
4. Kupfer MC (2008). Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. [citado 2010 Mai 8] Available from: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMCSV_pesquisa_multicentrica_indicadores_cl%C3%ADnicos_DI.pdf
5. Ouss L, Saint-Georges C, Robel L, Bodeau N, Laznik MC, Crespín GC, et al. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(3):143-9.
6. Crespín G, Parlato-Oliveira E. Projeto PREAUT. In Jerusalinsky (Org.), Dossiê autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2015, p. 436-455.

7. 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: Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria; 2016.
8. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:49-91.
9. Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; 37(esp):2016-0044.
10. Franco SC, Silva ACA, Tamesawa CS, Ferreira GM, Feijó JMY, Macaris T, Zanotto VC. Escolaridade e conhecimento sobre duração recomendada para o aleitamento materno exclusivo entre gestantes na estratégia de saúde da família. *Arq. Catarin Med*. 2015;44(3):66-77.
11. Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, BR. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21(5):1519-1530.
12. Neu AP, Silva AMT, Mezzomo CL, Bussanello-Stella AR. Aleitamento: Relação com hábitos de sucção e aspectos socioeconômicos familiares. *Rev. CEFAC*. 2014;16(3):883-891.

13. Hernandez AR, Kohler CVF. Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*.2011;21(3): 937-953.
14. Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS . O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1293-1305.
15. Domingues AC, Derntl AM. A rede de suporte social. In: *Avaliação Global do Idoso: manual da Liga do Gamia*. São Paulo. Editora Atheneu. 2005.
16. Sluzki, CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. Trad. Cláudia Berliner. São Paulo: ed. Casa do Psicólogo; 1997.
17. Faleiros FT, Trezza EM, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr*. 2006;19(5):623-30.
18. Crestani AH, Mattana F, Moraes AB, Souza APR. Fatores socioeconômicos, obstétricos, demográficos e psicossociais como risco ao desenvolvimento infantil. *Rev. CEFAC*.2013;15(4):847-856.
19. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Família, redes sociais e saúde: O imbricamento necessário. Universidade Federal de Santa Catarina. 2008. *Anais do 8º Seminário Internacional Fazendo Gênero: corpo, violência e poder*, Florianópolis. Recuperado de :<http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST34/Gutierrez-Minayo_34.pdf>

20. Cunha ACB, Benevides J. Prática do psicólogo em intervenção precoce na saúde materno – infantil. *Psicologia em Estudo*. 2012;17 (1):111-119.
21. Scochi CG, Ferreira FY, Góes FS, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto- SP, Brasil. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(2):145-54.
22. Soares JPO, Novaes LFG, Araújo CMT, Vieira ACC. Amamentação natural de recém-nascidos pré-termo sob a ótica materna: uma revisão integrativa. *Rev. CEFAC*. 2016; 18(1):232-241.
23. Rollins NC, Lutter CKL, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504.
24. Miotto RCT, Nogueira VMR. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. *Ser Social*. 2009; 11(25):221-243.
25. Prates JCA. Questão dos instrumentos técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de Inspiração Marxiana. *Textos e Contextos*. 2003; 2(1):1-8.

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: _____ N° 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: _____

Fases	Indicadores	Presente	Ausente
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	
1) O bebê procura olhar para você?				
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
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?				
a) Na ausência de qualquer solicitação 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
ESCORE TOTAL				

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	
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)				
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
4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo substituto)				
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
ESCORE TOTAL				