

MARIA SORAIDA SILVA CRUZ

CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE DESENVOLVIMENTO  
INFANTIL E QUALIDADE DA ESTIMULAÇÃO NO AMBIENTE  
DOMICILIAR

RECIFE

2017

MARIA SORAIDA SILVA CRUZ

CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE DESENVOLVIMENTO  
INFANTIL E QUALIDADE DA ESTIMULAÇÃO NO AMBIENTE  
DOMICILIAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup> Sophie Helena Eickmann

Co-orientadora: Professora Marília de Carvalho Lima

Área de concentração: Abordagens Quantitativas em Saúde

Linha de Pesquisa: Crescimento e Desenvolvimento

RECIFE

2017

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária: Mônica Uchôa- CRB4-1010

C957c Cruz, Maria Soraida Silva.  
Conhecimento parental sobre desenvolvimento infantil e qualidade da  
estimulação no ambiente domiciliar / Maria Soraida Silva Cruz. – 2017.  
77 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Sophie Helena Eickmann.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife,  
2017.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde da família. 2. Comportamento materno. 3. Desenvolvimento  
infantil. 4. Cuidado do lactente. 5. Depressão. I. Eickmann, Sophie Helena  
(Orientadora). II. Título.

618.92                      CDD (23.ed.)                      UFPE (CCS2017-115)

MARIA SORAIDA SILVA CRUZ

**CONHECIMENTO PARENTAL SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL E  
QUALIDADE DA ESTIMULAÇÃO NO AMBIENTE DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

**Aprovada em:** 20/02/2017.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sophie Helena Eickmann (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Carine Carolina Wiesiolek (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Profª. Drª. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

**PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

**DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**VICE-DIRETORA**

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

**COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS**

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**COLEGIADO**

**CORPO DOCENTE PERMANENTE**

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Cordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Prof. Dr. José Ângelo Rizzo

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Maria de Fátima Cordeiro Trajano - Representante discente - Doutorado)

(Rhayssa Ferreira Brito - Representante discente -Mestrado)

**CORPO DOCENTE COLABORADOR**

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Profa. Dra. Silvia Regina Jamelli

**SECRETARIA**

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliane Gomes Brasileiro

Leandro Cabral da Costa

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais essa conquista! É necessária muita fé para não desistir perante tantos obstáculos. E Ele olhou por mim, me deu a mão para que eu continuasse a seguir em frente.

Meus pais também são mais que merecedores dos meus agradecimentos, pelo apoio, caronas, conversas, conselhos e incentivos de que iria dar certo e valeria a pena persistir. E com certeza a toda família, que vibrou junto em cada etapa vencida ao longo desses dois anos. Em especial a minha irmã, que ainda arranjou um tempo para me ajudar na construção dessa dissertação, tentando extrair ao máximo minhas ideias para transformá-las em palavras.

Com certeza sempre vou agradecer muito o apoio da minha equipe do “Nasf das Flores”: Janaína, Luana, Bruna e Aline. Essas pessoas mais que especiais são muito além de colegas de trabalho, são minhas amigas. Souberam escutar e entender as dificuldades que passei, sempre com palavras amigas de incentivo. E, principalmente, souberam entender meu afastamento durante o difícil período de coleta.

Agradeço muito minha turma do mestrado, nossa que turma ímpar! Sempre apoiando, dividindo surtos, e comemorando cada fase que passamos! Nunca esquecerei as comemorações dos aniversariantes do mês, dos estudos para bioestatística e epidemiologia, da construção dos seminários, nossa prática docente. Passamos juntos momentos maravilhosos!

A gente idealiza um trabalho, constrói um projeto e uma parte fundamental é a coleta de dados. Para mim essa fase foi muito significativa, por vários motivos. Primeiro por me permitir conhecer melhor o território da Unidade de Saúde da Família Vila do Sesi, a qual trabalho como membro da equipe Nasf. Segundo, por me aproximar das equipes que trabalham nessa Unidade. E terceiro, por saber o quanto essa pesquisa pode contribuir para a comunidade, em especial para tantas famílias e crianças que pudemos identificar com dificuldades. Também foi possível ampliar o olhar dos profissionais dessas equipes em relação à vigilância do desenvolvimento infantil.

Dessa forma, só tenho a agradecer o apoio das equipes de Saúde da Família da Vila do Sesi, em especial a cada Agente Comunitário de Saúde. Sem vocês, não teria sido possível. Vocês receberam essa pesquisa de braços abertos e ajudaram não só a mim, mas também a equipe da pesquisa: Rebeca e Giselle. Muito obrigada! Agradeço também a cada famíli

nos recebeu em suas residências e pacientemente respondeu aos nossos questionários e se disponibilizaram a levar suas crianças para avaliação do desenvolvimento, que foi a segunda etapa do projeto.

Agradeço também a minha orientadora, professora Sophie Eickmann, por ter aceitado me orientar e por tantos ensinamentos sobre a construção do pensamento e escrita científica. Também agradeço à professora Marília Lima, sempre presente em cada etapa desse trabalho, com suas contribuições riquíssimas, principalmente nas análises estatísticas. Aprendi muito com vocês duas!

Como não lembrar os meus amigos Leandro e Drielly, que sempre estiveram juntos a mim nesse caminho! Ajudando da melhor forma que um mestrando precisa, nos divertindo muito juntos! Aliviar a mente nos momentos de lazer com vocês foi importantíssimo! Obrigada por sentirem orgulho de mim e vibrarem junto em cada conquista!

Agradeço muito a minhas amigas do IMIP, que desde quando eu pensei em fazer a seleção do mestrado me apoiaram, me passaram muita confiança! E ao longo de cada etapa se preocuparam e me ajudaram no que podiam. Foi muito importante contar com o apoio de Karla, Luana, Weldma, Roberta, Catharina e Ada!

Meus professores de inglês merecem estar nessa página. Foram parte fundamental de meu aprendizado nesse idioma, essencial desde minha aprovação na seleção do mestrado até na leitura dos vários artigos e construção do “abstract”. Gilvânia e Wesley vocês tiveram muita paciência para aguardar minhas lições atrasadas. Obrigada por entenderem. Agradeço por me apoiarem nessa fase também.

*"Você não sabe o quanto eu caminhei  
Pra chegar até aqui  
Percorri milhas e milhas antes de dormir  
Eu não cochilei  
Os mais belos montes escalei  
Nas noites escuras de frio chorei..."*

*"A Estrada" Cidade Negra*

## RESUMO

A vigilância da saúde da criança é realizada no Brasil principalmente através da Estratégia de Saúde da Família, cujos profissionais de saúde monitoram o crescimento e desenvolvimento infantil, utilizando a caderneta de saúde da criança. Nesse sentido, destacam-se as orientações realizadas aos pais/cuidadores, devido à importância da família como promotora do desenvolvimento neuropsicomotor, através da rotina de cuidados e organização do ambiente domiciliar rico em estímulos positivos. Os objetivos desse estudo foram verificar a associação entre a situação sociodemográfica e de saúde mental com o conhecimento sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil de pais/cuidadores, assim como a associação entre esse conhecimento com a qualidade da estimulação do ambiente domiciliar. Este é um estudo transversal com componente analítico, realizado no território coberto pela Unidade de Saúde da Família (USF) Vila do Sesi, localizada no bairro do Ibura, Recife. A amostra consistiu de 161 pais/cuidadores de crianças entre 6 meses a 3 anos de idade. A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2016 através de entrevistas durante visitas domiciliares. As informações foram coletadas através dos instrumentos padronizados: a) *Opinions about babies* para obter o conhecimento dos pais/cuidadores sobre saúde e desenvolvimento da criança; b) *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* (HOME) para avaliar a qualidade de estimulação do ambiente domiciliar; c) Índice Socioeconômico das famílias; d) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) para avaliar o estado de saúde mental materna. A média percentual de acertos em relação ao conhecimento dos pais/cuidadores sobre saúde e desenvolvimento infantil foi 71,6%. Na análise multivariada, o melhor nível educacional e socioeconômico foram as variáveis que tiveram efeito significativo na variação do conhecimento dos pais/cuidadores em saúde e desenvolvimento infantil, explicando juntas 6,2% dessa variação. A média da qualidade da estimulação do ambiente domiciliar foi significativamente maior entre os pais/cuidadores que tiveram maior percentual de acertos do conhecimento em saúde e desenvolvimento neuropsicomotor. Concluiu-se que mesmo em condições de baixa renda, pais/cuidadores com maior conhecimento sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento neuropsicomotor podem realizar uma melhor prática de cuidados e organização do ambiente domiciliar.

**Palavras-chave:** Saúde da família. Comportamento materno. Desenvolvimento infantil. Cuidado do lactente. Depressão.

## ABSTRACT

Child health surveillance is conducted in Brazil mainly through the Family Health Strategy, whose health professionals monitor child growth and development using the child health notebook. In this sense, the orientations given to parents/caregivers are highlighted, due to the importance of the family as a promoter of psychomotor development, through the routine of care and organization of the home environment rich in stimuli. The objectives of this study were to verify the association between the sociodemographic situation and mental health and the knowledge about health care and child development of parents/caregivers, as well as the association between this knowledge and the quality of the home environment stimulation. This is a cross-sectional study with an analytical component, performed in the area covered by a Family Health Unit (USF), Vila do Sesi, located in the Ibura neighborhood, Recife. The sample consisted of 161 parents/ caregivers of children aged from 6 months to 3 years-old. Data collection was conducted from February to August 2016 by means of interviews during household visits. The information was collected through the following standardized instruments: a) Opinions about babies to get parents/caregivers knowledge on child health and development; b) Home Observation for Measurement of the Environment Inventory (HOME) to assess the quality of the home environment; c) Family Socioeconomic Index; d) Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) for maternal mental health status. The mean percentage of correct answers regarding to the knowledge of parents/caregivers about health and child development was 71.6%. In the multivariate analysis, the best educational and socioeconomic level were the variables that had a significant effect on the variation of the knowledge of parents /caregivers in health and child development, explaining together 6.2% of this variation. The mean of quality of home environment stimulation was significantly higher among the parents/caregivers who had the highest percentage of knowledge in health and child development. It was concluded that even in low-income conditions, parents/caregivers with greater knowledge about health care and psychomotor can perform a better practice of care and organization of the home environment.

**Keywords:** Family health. Maternal behavior. Child development. Infant care. Depression.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Conhecimento sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife -PE, 2016.	36
<b>Tabela 2 -</b>	Características sociodemográficas familiares e de saúde mental materna em relação à média do percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife -PE, 2016.	37
<b>Tabela 3 -</b>	Características biológicas e sociodemográfica das crianças em relação à média do percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife - PE, 2016.	38
<b>Tabela 4 -</b>	Média da qualidade da estimulação do ambiente domiciliar (Índice do HOME) segundo o percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife - PE, 2016.	38
<b>Tabela 5 -</b>	Regressão linear múltipla das variáveis associadas ao percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi -PE, Recife, 2016.	39

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AAP</b> -	Associação Americana de Pediatria
<b>AB</b> -	Atenção Básica
<b>ABNT</b> -	Associação Brasileira de Normas Técnicas
<b>ACS</b> -	Agente Comunitário de Saúde
<b>BSID</b> -	Bayley Scales of Infant Development
<b>DNPM</b> -	Desenvolvimento Neuropsicomotor
<b>DSM-IV</b> -	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>ESF</b> -	Estratégia de Saúde da Família
<b>HOME</b> -	Home Observation for Measurement of the Environment Inventory
<b>KIDI</b> -	Inventário de Conhecimento do Desenvolvimento Infantil
<b>NASF</b> -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b> -	Organização Mundial de Saúde
<b>SRQ-20</b> -	Self-Reporting Questionnaire
<b>SUS</b> -	Sistema Único de Saúde
<b>SPSS</b> -	Statistical Package for the Social Sciences
<b>TCLE</b> -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TALE</b> -	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
<b>TCM</b> -	Transtorno Mental Comum
<b>USF</b> -	Unidade de Saúde da Família
<b>WHO</b> -	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b>	15
1.1 Perguntas Conductoras	16
1.2 Objetivos	16
1.3 Estrutura da Dissertação	16
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	18
2.1 Vigilância do Desenvolvimento Neuropsicomotor na Estratégia de Saúde da Família	18
2.2 Conhecimento parental sobre cuidados e desenvolvimento infantil	21
2.3 Conhecimento parental e qualidade do ambiente domiciliar	25
<b>3 MÉTODO</b>	28
3.1 Delineamento, Local do Estudo e Período de Coleta	28
3.2 Definição da População	28
3.3 Variáveis do Estudo	28
3.4 Método de Coleta de Dados	29
3.5 Instrumentos de Pesquisa	30
3.5.1 <i>Opinions about babies</i>	30
3.5.2 <i>The Home Observation for Measurement of the Environment Inventory (HOME)</i>	31
3.5.3 <i>Índice Socioeconômico</i>	31
3.5.4 <i>Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)</i>	32
3.6 Análise dos Dados	32
3.7 Aspectos Éticos	33
3.8 Problemas Metodológicos	34
<b>4 RESULTADOS</b>	35
<b>5 DISCUSSÃO</b>	40

<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b>	46
<b>REFERÊNCIAS</b>	48
<b>APÊNDICE A - Formulário para Coleta de Dados</b>	53
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	57
<b>APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	59
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEIS LEGAIS</b>	61
<b>ANEXO A - Opinião sobre bebês</b>	63
<b>ANEXO B - HOME</b>	68
<b>ANEXO C - Índice Socioeconômico</b>	73
<b>ANEXO D - SRQ-20</b>	75
<b>ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CCS/UFPE</b>	76
<b>ANEXO F - Carta de Anuência</b>	77

## 1 APRESENTAÇÃO

Para realizar o acompanhamento do desenvolvimento infantil é importante compreender que os primeiros anos de vida constituem um período de grande vulnerabilidade, cujos aspectos como baixa idade e escolaridade maternas e precária assistência no pré-natal são fatores de risco que podem levar à criança a apresentar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) (ZEPPONE; VOLPON; DEL CIAMPO, 2012).

A vigilância da saúde da criança é realizada no Brasil, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) durante as consultas de puericultura (RIBEIRO, SILVA, PUCCINI, 2010; ASSIS et al, 2011; REICHERT et al, 2015). Destaca-se nesse contexto de atenção à saúde da criança o papel da família como importante cuidadora, principalmente nos primeiros anos de vida. Os profissionais de saúde precisam voltar à atenção para o núcleo familiar e contexto social que a criança faz parte para melhor orientar pais/cuidadores sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012; ANDRADE et al, 2013).

Dessa forma, quando esses pais/cuidadores conhecem e compreendem mais sobre os fatores envolvidos no desenvolvimento infantil, são capazes de organizar a rotina de cuidados para promover um ambiente domiciliar com melhor qualidade em estímulos para favorecer o desenvolvimento (BENASICH; BROOKS-GUNN, 1996; HUANG et al, 2005).

Estudos apontam que fatores sociodemográficos como nível de escolaridade, condição de renda, nível socioeconômico dos pais/cuidadores e também o estado de saúde mental materno se relacionam com o conhecimento que estes possuem sobre saúde e desenvolvimento infantil (RIBAS; MOURA; BORNSTEIN, 2003; REICH, 2005; HUANG, 2005; BORNSTEIN, 2010).

No Brasil, a literatura ainda é escassa quanto ao tema do conhecimento materno ou de pais/cuidadores sobre saúde e desenvolvimento infantil. Esse assunto merece atenção, pois, ao se considerar que grande parte da população acompanhada pela ESF é de risco social como a baixa renda e o baixo nível de escolaridade (REGO et al, 2016), maior a importância do profissional de saúde enquanto educador para orientar os familiares sobre a vigilância da saúde infantil. (DEL CIAMPO et al, 2006).

Partindo dessas afirmativas, e como Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município do Recife, percebi a necessidade de pesquisar sobre

essa temática em uma população coberta pela ESF, observando a relação de variáveis sociodemográficas com o conhecimento de pais/cuidadores sobre saúde e desenvolvimento infantil, assim como, se o maior conhecimento favorece um ambiente domiciliar estimulador para o desenvolvimento.

Os resultados dessa pesquisa poderão apontar para as dúvidas que pais/cuidadores mais frequentemente apresentam sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil e subsidiar o trabalho em educação em saúde, realizado pelos profissionais da ESF.

### **1.1 Perguntas Conductoras**

- A situação socioeconômica e demográfica familiar e de saúde mental materna influenciam o conhecimento dos pais/cuidadores sobre os cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil?
- O conhecimento de pais/cuidadores sobre cuidados e desenvolvimento infantil está associado à qualidade da estimulação no ambiente domiciliar?

### **1.2 Objetivos**

- Verificar a associação entre a situação socioeconômica e demográfica familiar e de saúde mental materna e o conhecimento de pais/cuidadores sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil.
- Verificar a associação entre o conhecimento de pais/cuidadores sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil com qualidade da estimulação do ambiente domiciliar.

### **1.3 Estrutura da Dissertação**

Essa dissertação se insere na linha de pesquisa de Crescimento e Desenvolvimento, do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco e está estruturada em seis capítulos. O primeiro consiste na apresentação do estudo; o segundo contém a revisão da literatura sobre a vigilância em saúde da criança realizada na ESF, abordando também os fatores de risco e proteção para o desenvolvimento

infantil, a importância da família como principal promotora desse desenvolvimento e a relação entre os fatores sociodemográficos e o conhecimento dos pais/cuidadores. Abrange ainda a associação entre o conhecimento dos pais/cuidadores e a organização do ambiente domiciliar favorecedor de estímulos ao desenvolvimento. O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico utilizado para a coleta de dados da pesquisa. O quarto demonstra os resultados, seguindo como o quinto e sexto capítulos contendo a discussão e as considerações finais, respectivamente. A formatação do documento e das referências seguiu o padrão da ABNT.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

A Atenção Básica (AB) que é o primeiro nível de contato entre o indivíduo, a família ou a comunidade e o sistema de saúde devem primar por ações individuais e coletivas, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, devendo considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural (COSTA et al, 2009; FREITAS; SANTOS, 2014). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um componente da AB e visa o trabalho em equipe multidisciplinar, cadastramento e acompanhamento longitudinal da população no território de abrangência (NASCIMENTO et al, 2013; ALENCAR et al, 2014). Portanto, nesta revisão abordaremos inicialmente o modo como é realizada a vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, destacando a importância do contexto ambiental, social e econômico das famílias acompanhadas pela ESF. Em continuidade, o segundo tópico aborda a importância do conhecimento dos pais/cuidadores sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento neuropsicomotor e, em seguida, o terceiro tópico discorre, como esse conhecimento influencia a qualidade de estimulação no ambiente domiciliar.

### **2.1 Vigilância do Desenvolvimento Neuropsicomotor na Estratégia de Saúde da Família**

A vigilância da saúde da criança é realizada no Brasil principalmente na Atenção Básica. Para realizar essa vigilância, a ESF dispõe da caderneta de saúde da criança para que sejam monitorados o crescimento e o desenvolvimento infantil. Esse instrumento também é utilizado pelos profissionais de saúde para o acompanhamento do esquema vacinal, aleitamento materno, nutricional, prevenção de agravos, promoção da saúde, detecção de situações de violência e incentivo ao vínculo familiar (REICHERT et al, 2012; BENÍCIO et al, 2016).

Entretanto, os profissionais que trabalham com saúde da criança precisam conhecer, além dos assuntos abordados pela caderneta de saúde, como é o ambiente social e familiar que a criança está inserida, bem como seu contexto econômico e cultural. Assim, podem oferecer orientações que realmente se enquadrem à realidade vivida pela família e minimizar o impacto que esses possíveis fatores de risco possam trazer para o desenvolvimento infantil (DEL CIAMPO et al, 2006).

Nesse contexto, devem estar incluídas ações preventivas e de promoção de acordo com a situação da comunidade assistida, através da prática dialogada com os indivíduos, estimulando-os a desenvolver a autonomia e a responsabilidade no cuidado com sua saúde (ALVES, 2005).

De acordo com a Associação Americana de Pediatria (AAP), vigilância do desenvolvimento é definida como todas as ações realizadas por profissionais de saúde que visam identificar fatores de risco, prevenção de agravos e promoção ao desenvolvimento saudável, com práticas educativas e registro adequado do acompanhamento (AAP, 2006).

Os primeiros anos de vida constituem o período mais importante para o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), devido à intensa plasticidade neuronal tornando-se, portanto, um período crítico para a estimulação. Ao mesmo tempo, é também uma fase de maior vulnerabilidade, o que reforça a importância de sua vigilância, principalmente na primeira infância (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012; FIGUEIRAS; PUCCINI; SILVA, 2014).

Vale salientar que o DNPM é um processo contínuo e dinâmico que se inicia no período intra-uterino e envolve a aquisição de várias habilidades nas áreas motora, cognitiva, social e de linguagem (SIGOLLO; AIELLO, 2011). Apresenta componentes biológicos que interagem com fatores sociais, como o contexto familiar e as oportunidades de experiências que o ambiente favorece (RIBEIRO; SILVA; PUCCINI, 2010).

Entre os promotores do DNPM, destaca-se o papel da família que na maioria dos casos é a principal fonte de estímulos para a criança. Além disso, oferece uma rotina de cuidados, interação social, organização do espaço físico e disposição de brinquedos. Um ambiente domiciliar rico em estímulos e interação será fator de proteção para crescimento e desenvolvimento saudáveis (PAULA et al, 2013).

Programas educativos têm sido direcionados para pais, com o objetivo de orientá-los sobre o desenvolvimento infantil, melhorando a compreensão das habilidades da criança, além de ajuda-los na rotina de cuidados. Antes disso, no entanto, é necessário entender quais crenças e conceitos os pais possuem acerca do assunto, no intuito de proporcionar programas contextualizados com a realidade social e cultural de cada núcleo familiar (BOND; BURNS, 2006).

Sabendo-se que a qualidade do ambiente domiciliar pode ser influenciada por fatores vinculados aos pais ou cuidadores, a relação entre o conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil e práticas parentais tem sido pesquisada desde décadas passadas. Esses estudos investigaram os fatores que favorecem a oferta de estímulo, a interação e tornam as expectativas parentais mais precisas em relação ao comportamento de seus filhos (STEVENS JR, 1984; BENASICH; BROOKS-GUNN, 1996).

O conhecimento dos pais sobre cuidados e desenvolvimento infantil tem relevância porque estes são os principais cuidadores das crianças e, portanto, também contribuem para a promoção de um DNPM saudável (LIMA VALE-DIAS; MENDES, 2012). O conhecimento dos pais possibilita que os mesmos tenham atitudes mais adequadas para manter e promover a saúde das crianças, está relacionado à sensação de satisfação na criação dos filhos e à capacidade de antecipar e melhor se adaptar às mudanças em cada fase. Por serem os principais cuidadores, eles podem melhor identificar alterações no desenvolvimento e reportar preocupações mais acuradas nas consultas médicas (BORNSTEIN et al, 2010).

Dentre os diversos fatores que privam as crianças de atingirem seu desenvolvimento de forma plena, destaca-se a pobreza. Uma vez que esta é frequentemente associada à inadequada alimentação, precárias condições de higiene, além da baixa escolaridade e estresse maternos. Esses fatores tendem a reduzir a qualidade de estimulação ambiental com implicações para o desenvolvimento cognitivo, motor e socioemocional, numa etapa de grande potencial de aprendizagem da primeira infância à fase escolar (GRANTHAM-MCGREGOR et al, 2007).

Na maioria dos estudos, apesar de população pobre ser agrupada em uma ampla categoria (“socioeconômica baixa”), sabe-se ainda que esta apresenta diferentes níveis socioeconômicos e oferecem experiências diversas, seja em relação aos recursos financeiros, seja em relação às oportunidades educacionais, ou até mesmo em relação à qualidade de vida dos indivíduos (PAIVA et al, 2010; JUNIOR et al, 2014).

Com o objetivo de investigar como diferentes níveis de pobreza em uma população de baixa renda influencia o DNPM, Paiva et al (2010) realizaram estudo transversal em 2008 com uma população assistida pela ESF em Recife/PE, utilizando como instrumento de avaliação das crianças a *Bayley III screening test*. Identificaram que situação de desemprego materno e paterno e a falta de bens de consumo no ambiente doméstico se relacionou com atraso no desenvolvimento da comunicação receptiva e cognição. Também foi verificado que

o maior número de crianças menores de cinco anos na família está associado ao atraso da comunicação receptiva. Esses fatores sociais podem implicar em menor condição dos pais em oferecerem estímulos ao desenvolvimento da criança.

Portanto, o contexto que a criança e a família vivem precisa ser considerado quanto às condições de acesso à saúde, educação, saneamento básico e renda, pois mesmo em situação de risco, fatores de proteção como as relações familiares e organização de ambiente domiciliar estimulador podem ser detectados e potencializados para favorecer o desenvolvimento infantil (ANDRADE et al, 2005; SILVA et al, 2013; WOTTRICH; ARPINI, 2014).

## **2.2 Conhecimento parental sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil**

Dados da literatura apontam que características da relação mãe-bebê, da qualidade do ambiente em que a criança vive, do nível de estresse e da escolaridade materna são importantes determinantes para o desenvolvimento infantil, sendo preditivos para a evolução social, emocional, cognitiva e da linguagem. Os efeitos positivos desses fatores podem ser observados no comportamento, na inteligência, no nível de escolaridade, na saúde e no bem-estar desde a infância perdurando até a idade adulta (SMITH, 2010; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ; CANALS SANS; FERNÁNDEZ-BALLART, 2011; LLOYD; MASUR, 2014).

Entre os aspectos que favorecem uma boa relação da mãe com seu filho durante toda a infância está o conhecimento materno sobre marcos do desenvolvimento infantil, cuidados com a saúde, estratégias de segurança e educação. Esse conhecimento ajuda as mães em suas decisões diárias para realizar uma prática materna positiva e oferecer um ambiente estimulador para a criança (AL-MAADADI; IKHLEF, 2015).

De modo geral, as práticas positivas em relação aos cuidados e educação na primeira infância envolvem expressões de afeto, atenção às demandas da criança, monitoramento e organização de suas atividades; enquanto as negativas envolvem a falta de atenção, negligência, ameaças, abuso físico como castigos e outras punições, sendo considerados fatores de risco para o desenvolvimento, podendo a criança apresentar depressão, ansiedade e inabilidade social (ALTAFIM; RODRIGUES, 2015).

Com o objetivo de investigar o conhecimento materno sobre o desenvolvimento das habilidades nas áreas de cognição, linguagem, motricidade, social e habilidade para brincar, Tamis-Lemonda, Shannon e Spellmann (2002) avaliaram uma amostra de mães adolescentes americanas de baixa renda. Os autores desenvolveram um instrumento que consiste de uma lista de perguntas (*checklist*) para as mães estimarem em meses o início do aparecimento das habilidades acima listadas, baseado na *Bayley Scales of Infant Development (BSID)*, segunda edição. Os resultados apontaram que essas mães apresentaram precisão em reconhecer a ordem de aparecimento das habilidades, porém foram imprecisas quanto às idades aproximadas do início de marcos do desenvolvimento em relação a cada domínio: cognição, linguagem, motor, social e brincar. O conhecimento sobre DNPM é importante para orientar as mães no modo de organizar o ambiente para estimular seus filhos e também interagir com eles. Esse conhecimento também está relacionado com a experiência materna em relação ao cuidado com crianças, pois para essa amostra, a melhor precisão na estimativa das habilidades se relacionou com a maior idade dos filhos no momento da pesquisa.

Outro instrumento denominado Inventário de Conhecimento do Desenvolvimento Infantil – *KIDI* foi desenvolvido por MacPhee em 1981, com o objetivo de avaliar a precisão do conhecimento dos pais ou principais cuidadores em relação à idade de aquisição de habilidades do desenvolvimento, além das práticas parentais quanto à rotina de cuidados, alimentação, higiene e segurança (RIBAS; BORNSTEIN, 2005).

Pesquisa longitudinal, utilizando o *KIDI* e a Bayley (*BSID*), com mães e seus lactentes prematuros de extremo baixo peso encontrou associação significativa entre conhecimento materno verificado no momento da alta da maternidade com o melhor desempenho motor e cognitivo em bebês avaliados aos oito meses de idade corrigida. Na análise de regressão linear o melhor conhecimento representou 15% da variância no desempenho motor e 13% no desempenho cognitivo dos bebês (DICHTELMILLER et al, 1992).

Jahromi et al (2014) realizaram estudo longitudinal com mães adolescentes e seus filhos para verificar a relação entre o nível de conhecimento materno e o desenvolvimento infantil. Utilizaram o *KIDI* e o *BSID-II*. O conhecimento materno foi avaliado quando os bebês estavam com dez meses, e a avaliação do desenvolvimento foi realizada aos dez meses e dois anos de idade. Entre os principais desfechos, esses autores encontraram que a maior precisão no conhecimento materno foi associada ao melhor desenvolvimento dos bebês aos dois anos de idade. Observou-se que essas mães apresentaram diferenças na precisão do

conhecimento em relação aos domínios do desenvolvimento, com o melhor desempenho em relação ao cognitivo, seguindo o social, a linguagem e o motor.

Estudos apontam que o conhecimento dos pais/cuidadores sobre desenvolvimento infantil também está relacionado às condições sociais, econômicas e demográficas como renda, escolaridade, idade, quantidade de filhos menores de cinco anos e experiência anterior no cuidado com crianças (SANTOS et al, 2008; KIERNAN; HUERTA, 2008; LAMY-FILHO et al 2011; LIMA; VALE-DIAS; MENDES, 2012, GAZMARARIAN et al, 2014).

O menor nível de escolaridade e a menor renda influenciam negativamente as atitudes maternas em relação ao cuidado infantil, como por exemplo, menor duração do período recomendado para a amamentação e antecipação da introdução de outros alimentos (GAZMARARIAN et al, 2014). Esses fatores se relacionam a insegurança materna em relação à compreensão e utilização das informações recebidas nas consultas da puericultura para a rotina domiciliar. O tempo disponível dos pais para interagir e estimular seus filhos também é afetado pela condição de baixa renda, assim como ausência de bens domésticos utilizados para estimular seus filhos (PAULA et al, 2013).

Por isso, destaca-se o papel educacional do profissional de saúde da ESF para acompanhar mães e bebês e realizar orientações específicas a cada contexto. O acompanhamento longitudinal das famílias cadastradas na USF permite que o profissional conheça as particularidades e favoreça o vínculo com cada família, condições essas que facilitam a realização da vigilância da saúde da criança em sua completude (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012).

Kiernan e Huerta (2008), em estudo realizado com famílias de baixa renda do Reino Unido, encontraram que a baixa condição socioeconômica das famílias se associou ao menor desenvolvimento cognitivo das crianças avaliadas, visto que essas famílias pouco se engajavam em atividades de leitura com os filhos. Outro resultado encontrado foi que baixa renda familiar foi associada à depressão materna.

A depressão materna por sua vez, influencia negativamente o modo como as mães interagem e percebem as necessidades de seus filhos, além de as tornarem mais propensas a atitudes punitivas (MARTINS et al, 2004; LETOURNEAU; TRAMONTE; WILLMS, 2013). Sintomas depressivos ou de ansiedade, denominados transtornos mentais comuns (TMC), mesmo não preenchendo todos os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

*Disorders* (DSM-IV) para o diagnóstico de depressão maior ou transtorno de ansiedade, trazem importantes limitações funcionais para as atividades diárias (COUTINHO et al, 2014).

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) é um instrumento utilizado para rastreamento de TMC, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se de um questionário com 20 perguntas do tipo sim/não, cujos maiores escores são indicativos de presença de TMC. Estudos utilizando o SRQ-20 encontraram prevalência em torno de 35% a 50% de pessoas com transtorno mental comum em algumas capitais brasileiras, estando esses sintomas presentes na população adulta e idosa, em especial nas mulheres e em pessoas com menor nível socioeconômico e de escolaridade (MARAGNO et al, 2006; LIMA et al, 2008).

Em relação à escolaridade, Ribas, Moura e Bornstein (2003) e Moura et al (2004) realizaram pesquisa com mães brasileiras, com o objetivo de investigar a associação entre o conhecimento materno sobre desenvolvimento infantil e práticas parentais, utilizando o KIDI, com o nível socioeconômico familiar de escolaridade. Encontraram que o maior nível de escolaridade materna foi a variável preditora para maior percentual de acertos no instrumento.

Quando o conhecimento materno sobre cuidados e desenvolvimento infantil foi comparado ao paterno, Ribas e Bornstein (2005) encontraram em uma amostra de casais brasileiros, que a pontuação materna foi significativamente superior à paterna, possivelmente explicado pelo fato de que, no Brasil, ainda são as mulheres as principais cuidadoras das crianças. Quanto às variáveis sociodemográficas, maior nível de educação se relacionou com melhor conhecimento tanto em pais como em mães.

Bornstein et al (2010) e Zand et al (2015), em amostra com mães americanas, encontraram que as maiores idade e escolaridade maternas e renda familiar foram características associadas ao melhor conhecimento materno. De acordo com Bornstein et al (2010), a educação materna influencia na busca e acesso a informações direcionadas para uma melhor prática parental.

Baseada em critérios da Associação Americana de Pediatria (AAP) sobre o que pediatras acreditam que as mães devem saber sobre desenvolvimento e cuidados na infância, Reich (2005) construiu o instrumento *Opinions About Babies*. Trata-se de uma lista de itens (*checklist*) para resposta dos pais/cuidadores que investiga o conhecimento sobre aspectos do desenvolvimento físico e cognitivo, segurança, disciplina, alimentação/nutrição, rotinas diárias, saúde materna e infantil, e hábitos de dormir dos lactentes. A autora investigou ainda

a relação de conhecimento materno com variáveis sociodemográficas familiares (idade e nível de escolaridade maternos, renda da família, número de pessoas no domicílio, assistência pública à saúde), encontrando a escolaridade materna como a variável mais preditora para o melhor conhecimento materno.

### **2.3 Conhecimento parental e qualidade do ambiente domiciliar**

O contexto ambiental que a criança vive pode ser dividido em nível distal (aspectos sociais e histórico-culturais da comunidade e família) e em nível proximal, que são as interações diárias mais imediatas da criança com outras pessoas, principalmente no ambiente domiciliar (SANTOS et al, 2008; TREYVAUD et al, 2012).

O ambiente domiciliar e as relações familiares formam um conjunto para favorecer o desenvolvimento infantil. Estudos apontam que o desenvolvimento infantil é facilitado pela boa qualidade da interação mãe-filho, qualidade da assistência à criança, organização familiar e organização do ambiente para que este forneça oportunidades à criança interagir e aprender. Ambientes pobres em estímulos podem levar a déficits cognitivos além de problemas sociais e emocionais ao longo do desenvolvimento (NADEEM et al, 2014).

Assim, um ambiente domiciliar estimulador é aquele em que os pais interagem e se engajam em atividades com seus filhos como brincar, jogar, cantar, ler, conversar e ensinar palavras. Em estudo com lactentes nascidos pré-termo e de risco social, a boa qualidade do ambiente domiciliar esteve relacionada com o melhor desenvolvimento cognitivo aos dois anos de idade corrigida. Esse resultado demonstra que, mesmo em população de risco, o fator ambiental pode ser protetor para o desenvolvimento (TREYVAUD et al, 2012; NADEEM et al, 2014).

Por outro lado, ambientes considerados de risco para o desenvolvimento são aqueles onde existe pouca ou nenhuma interação e envolvimento social entre adultos e crianças, atitudes punitivas por parte dos pais e pouca organização familiar (ANDRADE et al 2005).

A baixa renda familiar e o menor nível de escolaridade dos pais têm sido associados ao precário desenvolvimento de competências cognitivas, emocionais, sociais e, como

consequência, o baixo rendimento escolar em crianças. A relação desses fatores socioeconômicos no desenvolvimento infantil pode ser explicada pela influência do comportamento parental em relação aos cuidados e estimulação que esses provêm aos seus filhos, ou seja, a qualidade do ambiente domiciliar (SARSOUR et al, 2011; MERZ et al, 2014).

Um instrumento bastante utilizado em pesquisa para avaliar o ambiente domiciliar é o *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* (HOME). O HOME busca avaliar a qualidade e quantidade de estimulação ofertada à criança em seu ambiente doméstico. As informações são obtidas através de entrevista com os pais ou outros cuidadores, além da observação direta do ambiente pelo avaliador. Esta avaliação domiciliar permite entender o contexto em que a criança está inserida e a relação com o desenvolvimento, a fim de que estratégias de intervenção também sejam direcionadas para esse aspecto (TOTSIKA; SYLVA, 2004).

Com o objetivo de identificar quais fatores de risco estão associados à qualidade do ambiente domiciliar, avaliado através do HOME, Martins et al (2004) realizaram um estudo longitudinal com crianças e suas respectivas mães na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram encontradas associações significantes entre maior renda e maior escolaridade materna com melhor qualidade do ambiente doméstico. Por outro lado, mães com transtornos mentais comuns foram associadas a ambientes com menor estimulação.

Lamy Filho et al (2011) analisaram a associação de fatores socioeconômicos, qualidade do ambiente domiciliar e o nível de desenvolvimento infantil em crianças de baixa renda aos dois anos de idade, residentes em São Luís, Maranhão, Brasil. Menor renda familiar e baixa escolaridade materna e paterna foram fatores associados a pior qualidade de estimulação do ambiente. Esta, por sua vez, associou-se com a suspeita de atraso no desenvolvimento, demonstrando assim, como o contexto domiciliar está relacionado com o desenvolvimento global das crianças avaliadas.

Por sua vez, Benasich e Brooks-Gunn (1996) realizaram estudo longitudinal com mães e lactentes prematuros para analisar a relação entre conhecimento materno sobre DNPM, utilizando o KIDI como instrumento, e a qualidade do ambiente domiciliar, através do HOME. O conhecimento materno, avaliado quando os bebês estavam com doze meses, foi preditor de melhor qualidade do ambiente doméstico aos três anos. Quando consideradas as

variáveis socioeconômicas, os autores encontraram que características maternas como melhor educação, maior idade e renda se relacionaram com melhor conhecimento materno e com maior pontuação no índice do HOME, demonstrando o quanto essas características maternas influenciam essas duas variáveis.

Huang et al (2005) estudaram a relação do conhecimento materno sobre desenvolvimento infantil de diferentes grupos étnicos/raciais com a qualidade do estímulo doméstico e prática parental. O conhecimento do desenvolvimento da criança não foi associado com a qualidade da estimulação do ambiente domiciliar no grupo como um todo. Porém, considerando a variável raça/etnia, após ajustar para as características sociodemográficas, foi possível observar diferença entre os grupos. Para mães hispânicas e afro-americanas, o maior conhecimento se relacionou com a melhor qualidade do estímulo domiciliar. Já entre as mães brancas, o maior conhecimento se mostrou associado com melhor interação com os filhos.

O ambiente domiciliar é um espaço importante no qual o desenvolvimento infantil acontece. Fatores socioeconômicos, psicológicos dos pais, a qualidade e quantidade do estímulo e a interação que os pais propiciam nesse contexto podem se relacionar positivamente ou negativamente com o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Além disso, é importante entender e considerar qual o conhecimento que os pais possuem sobre o DNPM, cuidados de saúde, segurança, alimentação/nutrição e rotinas diárias com a criança. Por isso, em estudos sobre desenvolvimento infantil, é necessário levar em consideração essas variáveis, ampliando o conceito do ambiente familiar.

A relevância dessa temática está na possibilidade do entendimento dessas relações em ampliar a visão dos determinantes de saúde em relação à criança e suas implicações com o desenvolvimento infantil, fortalecendo as políticas públicas no referente à atenção integral à criança e à família. Os resultados do presente estudo podem fundamentar intervenções realizadas pelos profissionais da rede de Atenção Básica em ações de educação em saúde, com atendimentos e visitas domiciliares, orientando os pais ou cuidadores sobre a importância da vigilância do desenvolvimento infantil.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Delineamento, Local do Estudo e Período de Coleta**

Trata-se de estudo transversal com componente analítico. O estudo foi realizado no território coberto pela Unidade Saúde da Família (USF) Vila do Sesi, que possui três equipes de Saúde da Família, pertencente ao Distrito Sanitário VIII, localizada no bairro do Ibura, cidade do Recife/PE, Brasil. A coleta aconteceu no período de fevereiro a agosto de 2016.

#### **3.2 Definição da população**

A população foi composta por mães, pais ou familiares (avós, tios) de crianças, na faixa etária entre seis meses e três anos, pertencentes a comunidade assistida pela USF acima citada. Além da faixa etária, foram adotados como critérios de inclusão: residir na comunidade da Vila do Sesi e estar cadastrados na USF da área.

Não foram incluídas crianças fruto de gestação gemelar, com suspeita de infecções congênitas, síndromes genéticas, alterações neurológicas, malformações e distúrbios sensoriais graves. Fatores esses identificados a partir do prontuário da USF, caderneta da criança, resumo de alta da maternidade.

Foram entrevistados 161 (88,4%) pais/cuidadores elegíveis, com 21 perdas por impossibilidade de realizar a entrevista pela ausência dos pais/cuidadores ou da criança no momento da visita domiciliar. Ressalta-se que houve agendamento da visita para a pesquisa. As perdas aconteceram por motivo de trabalho externo dos cuidadores principais e/ou da criança frequentar creche/escola no horário da coleta.

#### **3.3 Variáveis do Estudo**

##### **Para responder à Pergunta Condutora um.**

##### Variável Dependente

- Conhecimento parental sobre cuidados com a saúde do bebê e do desenvolvimento infantil.

##### Variáveis Independentes

- Condição sociodemográfica e econômica da família

- Saúde Mental Materna
- Suporte à saúde pelo ACS
- Participação no Programa Bolsa Família
- Frequência à creche
- Idade e sexo da criança

**Para responder à Pergunta Condutora dois.**

Variável Dependente

- Qualidade da estimulação do ambiente domiciliar

Variável Independente

- Conhecimento parental sobre cuidados com a saúde e desenvolvimento infantil.

### **3.4 Método de Coleta de Dados**

As informações a respeito das variáveis foram obtidas a partir de dados coletados através de instrumentos padronizados: *Opinions about babies* (ANEXO A), *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* (HOME) (ANEXO B), questionário estruturado aplicado à família sobre condições socioeconômicas (APÊNDICE A), Índice Socioeconômico (ANEXO C) e *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO D).

A equipe da pesquisa foi composta por duas pesquisadoras mestrandas do Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, sendo uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. Foi realizado treinamento interno entre as avaliadoras para equiparação no uso dos instrumentos.

Foi solicitado que cada ACS preenchesse uma planilha contendo número do prontuário de todas as crianças entre seis meses e três anos pertencentes a sua área de cobertura, com seus nomes e datas de nascimento, além do nome da mãe. A partir dessa planilha, as pesquisadoras fizeram o recrutamento dos pais/cuidadores das crianças para

participar do estudo, após verificar o preenchimento dos critérios de inclusão estabelecidos, por pesquisa dos prontuários.

Os pais/cuidadores foram abordados em seus domicílios pela equipe da pesquisa e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área, para explanação dos objetivos da pesquisa e convite para participação. No mesmo encontro, após consentimento de participação e a assinatura do TCLE, os pais/cuidadores foram entrevistados através dos instrumentos de pesquisa abaixo referidos.

### **3.5 Instrumentos de Pesquisa**

#### *3.5.1 Opinions about babies*

O instrumento *Opinions about babies*, elaborado por Reich (2005), foi utilizado para avaliar o conhecimento dos pais/cuidadores sobre a saúde e DNPM das crianças. O instrumento original, com a autorização da autora, foi traduzido por dois tradutores independentes, brasileiros, com domínio da língua inglesa, da versão em inglês para o português, passando a ser chamado de “Opinião Sobre Bebês”. Foi realizado estudo piloto com 10 mães para ajustes na tradução e adequações culturais. Na versão final do instrumento foi adicionada uma questão sobre a compreensão do cuidador sobre o formulário.

O instrumento contém duas seções, totalizando 68 itens. A primeira seção tem 39 itens, subdivididos em 14 afirmativas sobre desenvolvimento cognitivo e motor, sete sobre questões de segurança, seis sobre disciplina, quatro referentes à alimentação / nutrição, três sobre rotinas diárias, três sobre a saúde materna após o nascimento do bebê, e dois sobre os hábitos de dormir dos lactentes (REICH, 2005).

O entrevistado deve preencher com um círculo a resposta que melhor se assemelha a sua opinião. Para os pais ou cuidadores não alfabetizados, é possível a aplicação ser realizada pelo pesquisador como forma de entrevista. Nessa pesquisa, optou-se pelo uso do instrumento através de entrevista para todos os pais/cuidadores, utilizando-se as opções de resposta: concordo, não concordo ou sem opinião. A opção sem opinião deve ser e foi considerada incorreta no momento da pontuação (REICH, 2005).

A segunda parte do instrumento contém 18 itens sobre períodos de aquisição do desenvolvimento, seis sobre como agir diante da criança chorando e cinco itens sobre sinais

de alerta de potenciais problemas de saúde. A porcentagem de acertos é calculada a partir do número de respostas corretas dividido pelo número de itens concluídos (REICH, 2005).

Na presente pesquisa, a análise dos resultados foi obtida a partir do cálculo dos 68 itens, que correspondem ao conhecimento geral sobre cuidados e desenvolvimento dos bebês, como recomenda a autora do instrumento. Também se realizou a análise contabilizando apenas os itens sobre desenvolvimento da primeira e segunda parte do instrumento, totalizando 32 itens, com o objetivo de verificar se as associações permanecem as mesmas, quando considerados os itens sobre o conhecimento específico do desenvolvimento neuropsicomotor em relação ao instrumento como um todo (68 itens). Os resultados encontrados foram categorizados em quartis e interpretados destacando o quartil superior, que caracteriza os pais/cuidadores com melhor porcentagem de acertos.

### 3.5.2 *The Home Observation for Measurement of the Environment Inventory (HOME)*

Este instrumento foi empregado para avaliar a qualidade e quantidade da estimulação do ambiente domiciliar. Esse instrumento foi inicialmente desenvolvido por Caldwell, em 1968, e posteriormente adaptado por Bradley (BRADLEY, CALDWELL, 1979). Possui três versões: a Infant-Toddler HOME para a idade entre zero a três anos; a Middle Childhood para idade entre seis a 10 anos; e a Early Adolescence para a idade entre 10 a 15 anos (TOTSIKA; SYLVA, 2004).

A versão utilizada nessa pesquisa foi a Infant-Toddler HOME. A informação foi obtida através da aplicação do questionário em forma de entrevista com o principal cuidador da criança, além da observação direta do ambiente doméstico. A criança também necessita estar presente no momento da avaliação para observação da interação da criança e o cuidador. O instrumento é composto por 45 itens com perguntas fechadas e respostas do tipo Sim (1) / Não (0). O índice de estimulação domiciliar, usado para a análise estatística, é obtido pela soma da pontuação dos itens, podendo variar de 0 a 45 pontos. O manual não especifica pontos de corte, mas admite que escores menores que o primeiro quartil de pontuação indicam um ambiente pobre em estímulos, podendo colocar em risco o desenvolvimento da criança (TOTSIKA; SYLVA, 2004) (ANEXO B).

### 3.5.3 *Índice Socioeconômico*

Este índice consta de 13 itens referentes a escolaridade e ocupação dos pais, número de moradores na casa, coabitação paterna, tipo de habitação, relação do número de pessoas

que dormem na casa e número de camas, condições de abastecimento de água, saneamento, coleta de lixo, energia elétrica, disponibilidade de cozinha independente e posse de bens domésticos (geladeira, televisão, fogão, rádio). Cada item recebe uma pontuação, cuja soma estabelece o índice do nível socioeconômico da família, podendo variar de seis a 52 pontos. Este índice foi elaborado por Alvarez et al (1985) e adaptado para a realidade brasileira por Issler e Giugliane (1997). Os resultados encontrados foram categorizados em quartis e interpretados destacando o quartil inferior, que caracteriza as famílias de menor nível socioeconômico (ANEXO C).

#### 3.5.4 *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)

O SRQ-20 (ANEXO D) é a versão de 20 itens do SRQ-30 de rastreamento de transtornos mentais comuns (sintomas de depressão/ansiedade). Esse instrumento foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1994) e validado para o Brasil (MARI; WILLIAMS, 1986). As respostas são do tipo sim/não e cada resposta afirmativa pontua com o valor um para compor o escore final por meio da soma dos valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtornos mentais comuns, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008). No presente estudo, o SRQ-20 foi respondido individualmente pelas mães das crianças através de entrevista, sendo consideradas com transtorno mental comum, mulheres com escore maior ou igual a oito, segundo Maragno et al (2006) e Lima et al (2008).

### 3.6 **Análise dos Dados**

Os dados foram processados, após dupla entrada, no Epi Info versão 3.0.4 e verificada a consistência da digitação. Para a realização dos cálculos estatísticos foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.

Para responder à Pergunta um, os escores das variáveis dependentes “Conhecimento parental sobre cuidados com a saúde do bebê e conhecimento sobre o desenvolvimento infantil” foram inicialmente organizados a partir do total das porcentagens de acertos. Essas variáveis foram tratadas como contínuas e suas associações com as variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas, transtorno mental comum materno e biológicas das crianças) foram verificadas através do teste t-Student ou da Análise de Variância (ANOVA), quando indicado.

Posteriormente, as variáveis “Conhecimento parental sobre cuidados com a saúde do bebê e conhecimento sobre o desenvolvimento infantil” foram categorizadas, adotando-se o quartil superior como ponto de corte. Para responder à Pergunta dois, essas variáveis foram tratadas como independentes nas associações com qualidade da estimulação do ambiente domiciliar (índice do HOME) que, por sua vez foi analisada como variável contínua, utilizando-se o teste t-Student. Adotou-se o valor de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativa.

A fim de verificar o efeito ajustado das variáveis explanatórias associadas ao percentual de acerto do Conhecimento Total dos Cuidadores sobre Saúde de Bebês, utilizou-se a análise de regressão linear multivariada. Todas as variáveis explanatórias eram categóricas e aquela com mais de duas categorias (idade materna) foi transformada em variável tipo *dummy*. Todas as variáveis com valor de  $p < 0,20$  nas análises bivariadas foram selecionadas para inclusão na análise multivariada, exceto a variável renda familiar *per capita* por estar correlacionada ao índice socioeconômico.

Foi adotado um processo de modelagem por blocos e as variáveis que em cada modelo apresentassem  $p < 0,20$  eram então retidas no modelo. Inicialmente, no Modelo um, foi realizada a regressão do percentual de acerto dos pais/cuidadores com as variáveis socioeconômicas (escolaridade do cuidador e índice socioeconômico). No Modelo dois, introduziu-se as variáveis visita do ACS e abandono paterno. O método *enter* foi aplicado para seleção das variáveis.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE (CAEE 51162215.7.0000.5208). Os participantes desta pesquisa foram esclarecidos sobre objetivo do estudo, procedimentos, relevância, riscos e benefícios antes de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) conforme a resolução 466/12 da Comissão Nacional. No caso de pais menores de idade, houve assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C) após assinatura do TCLE pelo responsável legal do menor (APÊNDICE D). Não se registraram casos em que o responsável fosse analfabeto. Foi entregue cópia do TCLE e TALE aos participantes.

### **3.8 Problemas Metodológicos**

Um viés de seleção pode ter ocorrido ao longo do estudo, uma vez que 11,6% dos participantes elegíveis não estavam disponíveis para responder à entrevista, por motivo de ausência no domicílio, nos dias de coleta. Ressalta-se também a possibilidade de viés de informação, pois o nível de escolaridade parental pode ter interferido na precisão das respostas, pela difícil compreensão de alguns termos dos questionários, efeito minimizado quando a autora explicou o instrumento.

## 4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 161 pais/cuidadores das crianças cadastradas na Unidade de Saúde da Família Vila do Sesi, sendo a maioria das entrevistas (88,2%) realizadas com as mães. Os pais/cuidadores apresentaram idade variando entre 16 e 67 anos, com 51,0% na faixa etária entre 20 e 30 anos. Quanto à escolaridade, cerca 50,0% dos pais/cuidadores referiram ter frequentado até o ensino fundamental completo e 42,0% vivia abaixo do nível de pobreza (renda familiar *per capita* igual ou menor que 1/4 de salário mínimo). Em relação ao Índice Socioeconômico, que avalia o nível socioeconômico da família (NSE), 28,6% enquadrava-se no quartil inferior ( $\leq 46$  pontos). Mais da metade da amostra (61,6%) informou que recebeu a visita domiciliar do ACS no último mês. Houve discreto predomínio (52,8%) de crianças do sexo feminino, com idade entre 13 e 24 meses (42,9%).

Na tabela 1, analisando-se as 68 perguntas da escala “Opinião Sobre Bebês”, que avalia o Conhecimento sobre Saúde e Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) de Bebês, o percentual de acerto foi de 71,6%. Em relação ao conhecimento específico sobre DNPM aos três, seis e 12 meses de idade e sinais de risco para problemas no desenvolvimento, o percentual de acerto foi 71,5%. Observa-se então, que, de maneira geral, os pais/cuidadores apresentaram bom desempenho de conhecimento avaliado através dos itens dessa escala.

Quanto à compreensão das perguntas desta escala, 70,0% dos entrevistados informaram conseguir entender o instrumento de uma maneira geral. Entretanto, 51,0% tiveram dúvidas em uma ou mais perguntas, sendo duas a média de questões com dúvidas por pais/cuidadores. Os itens em que os pais/cuidadores tiveram dúvidas com maior frequência foram o 15 (29,2%), 29 (11,8%), 18 (11,2%) e 22 (9,3%), referindo-se a questões sobre disciplina, saúde materna, e segurança (dados não mostrados).

A tabela 2 mostra associação entre condição socioeconômica familiar e saúde mental materna com o conhecimento total dos cuidadores/pais sobre saúde de bebês e o DNPM da criança. As médias de percentual de acertos do conhecimento total dos pais/cuidadores foram significativamente maior entre os que tinham melhor nível educacional, maior renda familiar *per capita* e índice socioeconômico. Apenas o índice socioeconômico apresentou associação significativa com o conhecimento do DNPM dos bebês.

Dentre 93,0% dos pais/cuidadores que possuíam algum tipo de experiência anterior no cuidado com crianças, 78,0% já haviam cuidado de algum parente e 23,0% trabalharam com crianças em creche, ou mesmo como cuidador no domicílio, os demais não informaram (dados não mostrados).

As variáveis relacionadas às crianças como sexo, idade e frequentar creche ou escola, não apresentaram associação significativa com o conhecimento total ou do DNPM das crianças (tabela 3).

Na tabela 4, observa-se que a média da qualidade da estimulação do ambiente domiciliar (índice do HOME) foi significativamente maior entre os pais/cuidadores que obtiveram maior percentual de acertos do conhecimento em saúde e desenvolvimento infantil. O mesmo não foi observado em relação ao conhecimento do DNPM.

Na tabela 5, verifica-se que escolaridade materna e índice socioeconômico apresentaram associação significativa com o conhecimento dos pais/cuidadores sobre saúde dos bebês após ajuste na análise de regressão linear múltipla. Melhor nível educacional e condição socioeconômica foram as variáveis que tiveram efeito significativo independente na variação do conhecimento dos cuidadores/pais em saúde dos bebês, juntas explicando 6,2% dessa variação.

**Tabela 1:** Conhecimento sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife - PE, 2016

<b>Percentual de acerto</b>	<b>N</b>	<b>Média % de acertos</b>	<b>DP</b>
Conhecimento Total	161	71,6	5,8
Conhecimento 1ª parte	161	71,7	7,8
Conhecimento 2ª parte	161	71,4	7,5
Conhecimento DNPM	161	71,5	7,6

DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor

**Tabela 2:** Características sociodemográficas familiares e de saúde mental materna em relação à média do percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife - PE, 2016

Variáveis	Total		Conhecimento Total (%)			Conhecimento DNPM (%)		
	N=161	%	Média	DP	p	Média	DP	P
<b>Cuidador</b>								
Mãe	142	88,2	71,7	5,8	0,27	71,9	7,6	0,06
Outros	19	11,8	70,2	5,9		68,4	6,1	
<b>Idade cuidador/pai (anos)</b>								
16-19	17	10,6	70,1	7,7	0,45	71,1	9,4	0,71
20-30	82	50,9	72,0	5,9		72,0	6,9	
31-67	62	38,5	71,3	5,2		72,0	8,0	
<b>Escolaridade do cuidador/pai</b>								
Fundamental completo	83	51,6	70,6	6,0		70,7	8,0	
Médio completo	73	45,3	72,2	5,4	<b>0,02</b>	72,1	6,9	0,23
Superior completo	5	3,1	77,0	5,0		75,6	8,3	
<b>Renda familiar per capita (SM)*</b>								
≤ ¼	66	42,3	70,1	6,0		70,2	8,0	
> ¼ - ½	55	35,3	72,9	5,8	<b>0,02</b>	73,0	6,9	0,11
> ½	35	22,4	72,4	5,1		71,2	7,2	
<b>Índice socioeconômico (pontos)</b>								
Quartil inferior (≤ 46)	46	28,6	69,8	6,5	<b>0,01</b>	69,6	9,0	<b>0,04</b>
Demais quartis (≥ 47)	115	71,4	72,3	5,4		72,3	6,8	
<b>Experiência no cuidado com crianças</b>								
Sim	147	93,0	71,7	5,8	0,82	71,7	7,6	0,31
Não	11	7,0	71,2	6,4		69,3	7,2	
<b>Abandono paterno</b>								
Total ou parcial	28	17,4	69,9	6,3	0,09	70,0	8,6	0,24
Sem abandono	133	82,6	71,9	5,7		72,0	7,4	
<b>Ocupação materna fora da casa</b>								
Não	108	76,1	71,7	5,9	0,76	72,0	7,6	0,78
Sim	34	23,9	72,0	5,3		71,6	7,9	
<b>SRQ-20 materno (pontos)</b>								
8-20	50	35,2	71,6	5,9	0,79	72,1	7,5	0,81
0-7	92	64,8	71,8	5,7		71,8	7,8	
<b>Bolsa Família</b>								
Sim	75	46,6	71,4	6,3	0,80	71,7	8,0	0,80
Não	86	53,4	71,7	5,4		71,3	7,3	
<b>Visita do ACS **</b>								
Sim	98	61,6	72,1	5,7	0,10	71,9	7,2	0,32
Não	61	38,4	70,6	6,0		70,7	8,1	
<b>Moradores na família</b>								
2-4	99	61,5	71,4	5,8	0,67	70,9	6,9	0,19
5-12	62	38,5	71,8	5,9		72,5	8,5	
<b>Filhos &lt; 5 anos</b>								
1	123	76,4	71,4	5,5	0,47	71,2	6,9	0,34
2-4	38	23,6	72,1	6,7		72,5	9,6	

\*n=156; \*\*n=159; DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor; SM=Salário Mínimo; ACS: Agente Comunitário de Saúde

**Tabela 3:** Características biológicas e sociodemográfica das crianças em relação à média do percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife - PE, 2016

Variáveis	Total		Conhecimento Total (%)			Conhecimento DNPM (%)		
	N=161	%	Média	DP	p	Média	DP	P
<b>Idade da criança (meses)</b>								
6-12	35	21,7	72,0	5,8		72,0	7,7	
13-24	69	42,9	71,4	5,9	0,87	72,4	7,5	0,22
25-36	57	35,4	71,5	5,8		70,1	7,5	
<b>Sexo da criança</b>								
Feminino	85	52,8	71,1	5,4	0,32	70,9	7,9	0,30
Masculino	76	47,2	72,0	6,3		72,2	7,1	
<b>Frequente Creche/Escola*</b>								
Sim	17	11,7	70,9	6,2	0,32	69,3	8,0	0,07
Não	128	88,3	72,3	5,4		72,6	7,0	

\*n=145; DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor

**Tabela 4:** Média da qualidade da estimulação do ambiente domiciliar (Índice do HOME) segundo o percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês e do DNPM dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife - PE, 2016

Variáveis	Total		Índice do HOME		
	N=161	%	Média	DP	P
<b>Conhecimento Total (%)</b>					
Demais quartis (<75 pontos)	113	70,2	22,4	6,3	<b>0,01</b>
Quartil superior (≥ 75 pontos)	48	29,8	25,2	5,8	
<b>Conhecimento DNPM (%)</b>					
Demais quartis (<78 pontos)	116	72	23,4	6,1	0,63
Quartil superior (≥78 pontos)	45	28	22,9	6,4	

DNPM: Desenvolvimento Neuropsicomotor; HOME: *Home Observation for Measurement of the Environment*

**Tabela 5:** Regressão linear múltipla das variáveis associadas ao percentual de acerto do Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês dos cuidadores de crianças da Vila do Sesi, Recife - PE, 2016

Variáveis	Conhecimento Total sobre Saúde de Bebês					
	$\beta^*$ não ajustado	p	$\beta$ ajustado	IC 95%	p	R <sup>2**</sup> (%)
<b><u>Modelo 1</u></b>						
Escolaridade do cuidador (médio completo) ****	1,6	0,09	1,3	-0,6 ; 3,1	0,17	1,1
Escolaridade do cuidador (superior completo) ****	6,4	<b>0,02</b>	5,6	0,4 ; 10,9	0,04	3,5
Índice socioeconômico ( $\geq 47$ pontos) ****	2,6	<b>0,01</b>	2,1	0,1 ; 4,2	0,04	2,7
<b><u>Modelo 2****</u></b>						
Visita do ACS (sim) ****	1,6	0,11	1,7	-0,1 ; 3,5	0,07	2,0

ACS: Agente Comunitário de Saúde.

\*Coeficiente de regressão não padronizado. \*\*Coeficiente de determinação.

\*\*\*Modelo 2 – Ajustado pelas variáveis do Modelo 1 e pelo abandono paterno.

\*\*\*\* Categorias de referência: escolaridade do cuidador (médio completo): escolaridade fundamental e superior completo; escolaridade do cuidador (superior completo): escolaridade fundamental e média completa; índice socioeconômico: quartil inferior ( $\leq 46$  pontos); visita do ACS: não.

## 5 DISCUSSÃO

Essa pesquisa, realizada em uma comunidade de baixa renda do Recife coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), teve como objetivo identificar o conhecimento dos pais/cuidadores sobre desenvolvimento e cuidados com a saúde na infância. Para isso, utilizou-se o instrumento “*Opinions About Babies*”, que possui itens sobre: segurança, alimentação, disciplina, rotina de sono e desenvolvimento infantil. No presente trabalho as análises do instrumento foram realizadas a partir do percentual de acertos de todos os 68 itens da escala de conhecimento sobre saúde e DNPM e também, separadamente só os 32 itens sobre conhecimento do DNPM.

Os pais/cuidadores apresentaram bom desempenho de conhecimento avaliado através dos itens dessa escala, com elevado percentual médio de acertos. Uma melhor escolaridade dos pais/cuidadores e maior nível socioeconômico familiar se mantiveram significativamente associados ao maior percentual de acertos dos pais/cuidadores em relação ao conhecimento total sobre cuidados em saúde e DNPM de bebês, após ajuste por outras variáveis estudadas na análise de regressão multivariada.

O percentual médio de acertos do conhecimento total sobre cuidados em saúde e DNPM infantil obtido na presente pesquisa (71,6%) foi discretamente mais elevado do que os resultados obtidos por Reich (2005), estudo do qual o instrumento original foi utilizado, em uma amostra de 203 mães americanas também de baixa renda, cuja média de acertos foi 65,0%. Destaca-se que, outras pesquisas com mães também americanas de renda variada, utilizando o instrumento *KIDI* para avaliar o conhecimento sobre cuidados e desenvolvimento infantil, encontraram os seguintes resultados para o percentual de acertos: Bornstein et al (2010), em uma amostra de 268 mães, com 81,0% e Zand et al (2015), estudando 67 mães, com 69,0%. Registra-se, assim, que as mães brasileiras obtiveram uma boa pontuação em relação aos demais estudos, mesmo considerando a diferença de instrumentos.

Esse resultado é relevante porque apesar de a metade dos pais/cuidadores terem nível de escolaridade até o fundamental completo, obtiveram uma boa média de percentual de acertos quando comparada a outros estudos, como os citados. A população pesquisada é coberta por três equipes de Saúde da Família, ou seja, as famílias apresentam acompanhamento longitudinal e sistemático em relação às demandas de saúde do território

coberto. Podemos inferir a relação que esse acompanhamento, sobretudo no pré-natal e puericultura, possa estar repercutindo no melhor conhecimento desses pais/cuidadores.

Ribas, Moura e Bornstein (2003) e Moura et al (2004), em pesquisas com mães brasileiras de diferente nível socioeconômico e escolaridade, também utilizando o *KIDI*, encontraram 63,0% e 64,0% de acertos, respectivamente. Esses resultados se assemelham aos americanos, porém vale ressaltar que os autores não mencionam se essas famílias eram acompanhadas regularmente por alguma USF ou algum outro serviço de saúde.

Na presente pesquisa, a melhor condição socioeconômica dos pais/cuidadores manteve-se significativamente associada ao maior percentual médio de acertos dos pais/cuidadores em relação ao conhecimento sobre cuidados em saúde e desenvolvimento neuropsicomotor de bebês. Esses achados corroboram outras pesquisas sobre o tema, sendo a inclusão do nível socioeconômico e de escolaridade do cuidador de fundamental importância quando se pretende investigar o quanto mães, pais ou outros cuidadores sabem a respeito de bebês. (RIBAS; MOURA; BORNSTEIN, 2003; MOURA et al, 2004; RIBAS; BORNSTEIN, 2005; REICH, 2005; HUANG et al, 2005; BORNSTEIN et al, 2010; ZAND et al, 2015).

Nesse estudo, apesar de a variável renda familiar *per capita* ter sido estatisticamente significativa, optou-se por utilizar para a análise multivariada o Índice Socioeconômico por abranger o contexto ambiental de cada família. Além disso, foi observado que os pais/cuidadores informavam apenas uma renda aproximada da família, uma vez que alguns dos entrevistados não eram os provedores da casa e não sabiam estimar a renda do seu cônjuge ou parente. Por outro lado, para o cálculo do Índice Socioeconômico são necessárias informações como escolaridade e ocupação dos pais, que são dados de mais fácil conhecimento entre os membros da família, além das condições de moradia e posse de bens domésticos, os quais podiam ser observados e assim pontuados pelo avaliador durante a visita domiciliar.

Apesar de 42,3% das famílias viverem abaixo do nível de pobreza em relação à renda familiar *per capita*, uma maior porcentagem da amostra (71,4%) se encontrava acima do quartil inferior ( $\geq 47$  pontos) do Índice Socioeconômico. Fatores como condições de moradia (casas de alvenaria, água encanada dentro da casa, descarga ligada à rede de esgoto, coleta de lixo regular) e posse de bens domésticos (geladeira, fogão, televisão e outros) podem ter contribuído para o melhor nível socioeconômico dessas famílias em relação às famílias incluídas no quartil inferior.

A literatura aponta que mães com maior nível de escolaridade e socioeconômico buscam mais e têm mais acesso à informação sobre aspectos do cuidado com crianças e seu desenvolvimento em fontes como livros, revistas e com profissionais de saúde (MARTINS et al, 2004; DELFILIPO et al, 2012). O maior nível educacional também favorece mães na melhor compreensão de conteúdos sobre o tema, deixando-as mais confiantes para utilizar os conhecimentos adquiridos, em sua prática diária (BORNSTEIN et al, 2010). Já as mães com menor nível escolar tendem a buscar conhecimento com amigos e parentes que, possivelmente emitem opiniões baseadas no senso comum ou em suas experiências individuais sobre bebês (REICH, 2005; LIMA, VALE-DIAS E MENDES, 2012; AL-MAADADI E IKHLEF, 2015).

Em relação às demais variáveis sociodemográficas, como idade do cuidador e número de filhos na casa, assim como a experiência anterior no cuidado com crianças, a literatura diverge quanto à influência desses fatores para o melhor conhecimento sobre bebês (RIBAS; MOURA; BORNSTEIN, 2003; HUANG et al, 2005; REICH, 2005; BORNSTEIN et al, 2010; ZAND et al, 2015). Quanto maior a idade do cuidador, mais experiência seria esperada deste nos cuidados com bebês, principalmente considerando que no presente estudo também foram pesquisadas avós. Assim como, ter mais filhos também poderia significar experiência anterior no cuidado e, dessa forma, melhor conhecimento sobre bebês. Porém, para essa população não foi encontrada associação entre essas variáveis com o melhor conhecimento entre os pais/cuidadores.

Além das condições sociodemográficas familiares, a saúde mental materna também foi analisada em relação ao conhecimento sobre cuidados com a saúde e DNPM dos bebês. No entanto, não houve associação entre o escore indicativo de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e menor conhecimento das mães. Na literatura pesquisada, apenas Huang et al (2005) utilizaram a condição de saúde mental materna como variável do estudo em relação ao conhecimento materno. Esses autores encontraram que mães com sintomas depressivos subestimaram as habilidades das crianças em relação as suas idades. As mães com escore indicativo de TMC, no presente estudo, podem estar amparadas por uma rede de suporte familiar ou da equipe de Saúde da Família, ou mesmo, essa condição não seja tão impactante de forma a interferir na convivência e interação com seus filhos.

Outro aspecto importante a se destacar foi que a ocorrência de visita domiciliar do ACS nos últimos 30 dias apresentou significância limítrofe em relação ao melhor conhecimento de pais/cuidadores. Nas visitas domiciliares, os ACS buscam informações

sobre condição social e de saúde de famílias cadastradas, como também devem realizar orientações aos pais sobre a vigilância da saúde infantil. As visitas domiciliares dos profissionais de saúde são um importante instrumento para o acompanhamento das mães e bebês em comunidades de baixa renda (KATZ et al, 2011). No Brasil, a visita domiciliar é uma ferramenta fundamental da ESF, pois permite que o profissional de saúde compreenda as condições sociais, ambientais, o contexto de vida e as relações familiares dos usuários acompanhados pela USF e assim, melhor organizar as estratégias de intervenção para a comunidade (ALMEIDA et al, 2013).

Nesta pesquisa ao se analisar separadamente os itens específicos sobre DNPM do instrumento “Opinião sobre bebês”, o maior conhecimento dos pais/cuidadores esteve significativamente associado apenas com o Índice Socioeconômico, verificando-se que pais/cuidadores com melhor Índice obtiveram maior pontuação do conhecimento sobre o DNPM. Em relação às variáveis escolaridade do pai/cuidador e renda familiar, observou-se a mesma tendência de associação em relação ao conhecimento total, com pior conhecimento sobre DNPM entre pais/cuidadores de menores escolaridade e renda, entretanto, essa associação não foi estatisticamente significativa.

É importante destacar que, em relação a esse conhecimento específico, as mães tiveram pontuação de acerto maior do que outros cuidadores (pais, avós, tios), sendo a significância estatística limítrofe, provavelmente devido ao tamanho amostral. Como visto no estudo de Ribas e Bornstein (2005), no qual as mães também obtiveram melhor pontuação que os pais. Pode-se inferir que, no contexto brasileiro, as mães ainda são as principais cuidadoras e, possivelmente, mais atentas quanto aos aspectos do DNPM. Essa mesma situação de significância estatística limítrofe foi registrada, com o maior percentual de acerto dos pais/cuidadores sobre conhecimento do DNPM quando a criança não frequentava creche ou escola. Uma possível explicação estaria no fato de as crianças passarem mais tempo em casa com maior contato com seus pais/cuidadores, favorecendo que estes conheçam melhor o DNPM se seus filhos.

Outra observação importante nesse estudo é que, mesmo em condições de baixa renda e escolaridade, os pais/cuidadores com melhor conhecimento sobre cuidados com a saúde e DNPM obtiveram pontuação total no índice do HOME acima do primeiro quartil do intervalo de pontuação, indicando que esses bebês não vivem em um ambiente completamente pobre em estímulos, no sentido de colocar em risco o desenvolvimento. A pontuação do HOME

nesse estudo foi superior quando comparada a outras pesquisas brasileiras, também realizadas com população de baixo nível socioeconômico (MARTINS et al, 2004; LAMY FILHO et al, 2011), e se aproximou aos resultados de Maria-Mengel e Linhares (2007), no qual as autoras relatam que a maior parte das crianças apresentou nível médio de estimulação no ambiente familiar.

Esse achado é de grande interesse, pois permite inferir que os pais/cuidadores ao conhecerem mais sobre a saúde dos bebês conseguiram aplicar esse conhecimento na rotina de cuidados, proporcionando um ambiente domiciliar melhor estruturado em termos de segurança, acesso a livros e brinquedos, por exemplo, com mais estímulos na variabilidade dos brinquedos ofertados, e melhor interação como conversar, ensinar palavras, brincar, demonstrar afeto, para favorecer o desenvolvimento infantil.

Em outros estudos, os fatores sociodemográficos tais como maior renda e melhor escolaridade materna estiveram associados ao melhor índice de estimulação ambiental domiciliar (MARTINS et al, 2004; LAMY FILHO et al, 2011). Para Benasich e Brooks-Gunn (1996) a maior renda e escolaridade materna se relacionam tanto ao maior conhecimento quanto a maior pontuação no índice do HOME.

Quando consideramos o conhecimento específico sobre DNPM, as melhores pontuações não mostraram associação com o melhor índice do HOME. Ao analisar a média percentual de acertos para o DNPM (71,5%), pode-se observar que se manteve semelhante à média do conhecimento total (71,6%). No entanto, não houve diferença significativa na pontuação do HOME entre os pais/cuidadores com maior e menor conhecimento sobre DNPM, ou seja, o conhecimento específico sobre desenvolvimento não refletiu na melhor estimulação do ambiente.

Uma possível explicação para esse resultado é que o instrumento “Opinião sobre bebês”, no aspecto relativo aos itens sobre DNPM, não tenham sido organizados para ser avaliados separadamente e por isso não conseguiram responder a capacidade desses pais/cuidadores em organizar o ambiente domiciliar com melhor estimulação. Dessa forma, sugere-se que o “Opinião sobre bebês” seja analisado por completo.

O instrumento foi aplicado através de entrevista a fim de favorecer maior compreensão dos itens a todos os participantes do estudo, inclusive àqueles que liam com dificuldade. Mostrou-se de fácil aplicação, com a maioria dos pais/cuidadores referindo compreender as

frases do instrumento. Mesmo com esse resultado, observou-se que o instrumento necessita de melhor adequação na estruturação das frases, para torná-lo mais próximo a linguagem coloquial brasileira.

Por ser de fácil aplicação, além do uso em pesquisas, o “Opinião sobre bebês” pode ser utilizado na prática clínica dos profissionais de saúde que trabalham com essa população, porque ajuda a identificar quais principais dúvidas os pais/cuidadores possuem e assim melhor orientá-los na rotina de cuidados. No caso específico da ESF, pode subsidiar ações coletivas ao direcionar as temáticas abordadas nos grupos de gestantes e nas palestras nas salas de espera para os atendimentos da puericultura. Ações que podem refletir beneficemente no DNPM de lactentes e crianças.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Ao longo dos anos, os estudos têm sido direcionados á compreensão dos aspectos que influenciam o desenvolvimento infantil. Muito do que há na literatura sobre os fatores de risco para o DNPM está relacionado a fatores biológicos (prematuridade, baixo peso ao nascimento, hipóxia perinatal, entre outros), e socioambientais (baixa renda familiar, precárias condições de moradia e baixo nível de escolaridade dos pais) (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007; SIGOLLO; AIELLO, 2011). Porém, ainda pouco se investigou sobre como o conhecimento dos pais/cuidadores a respeito dos cuidados com a saúde e DNPM se relaciona com a qualidade de estimulação do ambiente domiciliar, para favorecer o desenvolvimento infantil. Dessa forma, os resultados encontrados nesse estudo prestam-se a complementar essa lacuna na literatura científica sobre desenvolvimento infantil no nosso país.

Ao ser constatado que os maiores níveis de escolaridade e socioeconômico familiares são os fatores sociodemográficos que se associam ao maior conhecimento dos pais/cuidadores e que esse conhecimento se associa com a qualidade do ambiente domiciliar para promover o desenvolvimento infantil, chama-se à atenção para a necessidade de mais intervenções no sentido de orientações acerca do desenvolvimento infantil para os pais/cuidadores em comunidades de baixa renda. A educação em saúde, sendo um dos pilares da Atenção Básica, possibilita minimizar o efeito da baixa escolaridade e do baixo nível socioeconômico sobre o conhecimento em cuidados com a saúde e DNPM e, dessa forma, favorecer a esse pais/cuidadores, ao sentir-se mais apropriados desse conhecimento, possam transpô-los, no sentido de organizar um ambiente domiciliar rico em estimulação para o desenvolvimento.

Ainda que os pais/cuidadores dessa pesquisa tenham obtido uma boa média percentual de acertos, revelando um bom conhecimento sobre cuidados com a saúde e DNPM, há os que precisam de esclarecimentos sobre aspectos do desenvolvimento que apresentam conceitos equivocados sobre o que favorece o desenvolvimento saudável. Dessa forma, a aplicação do instrumento “Opinião sobre bebês” e o compartilhamento dos resultados com as equipes de Saúde da Família da USF Vila do Sesi, poderá orientar os profissionais e contribuir com o trabalho desenvolvido pelos mesmos, seja na puericultura ou nos grupos de gestantes, beneficiando a população pesquisada. A educação em saúde também deve ser direcionada para os profissionais, onde capacitação sobre desenvolvimento infantil, importância do

ambiente domiciliar e como orientar pais/cuidadores será realizado para as equipes pela pesquisadora.

Contudo, outras pesquisas são necessárias, destacando a adaptação transcultural do instrumento “Opinião sobre bebês” para aplicação em populações brasileiras. Com essa adaptação, poderá ser utilizado como orientação em programas educativos para pais/cuidadores.

Também se mostra importante a ampliação da amostra, abrangendo diversas regiões do Brasil, com diferentes níveis socioeconômicos e educacionais dos pais/cuidadores. Por fim, sugere-se um estudo com população brasileira sobre a influência do conhecimento dos pais/cuidadores sobre o desenvolvimento das crianças, uma vez que na literatura apenas estudos internacionais apontam essa relação.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N. de et al . Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 353-364, Feb. 2014.
- AL-MAADADI, F.; IKHLEF, A.E. What Mothers Know About Child Development and Parenting in Qatar: Parenting Cognitions and Practices. **The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families**, v. 23, n.1, p. 65-73, 2015.
- ALMEIDA, N. M. de et al. Acompanhamento e crescimento das crianças maranhenses com ênfase nas ações das equipes de saúde da família. **Journal Management & Primary Health Care**, v. 4, n.2, p.126-135, 2013.
- ALTAFIM, E.R; RODRIGUES, O.M.P.R. Maternal Educational Practices during the first year of life. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n.2, p.257-262, 2015.
- ALVAREZ, M. L.; MUZZO, S.; IVANOVIC, D. Escala para medición del nivel socioeconômico, em El área de lá salud. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v.113, p.243-49, 1985.
- ANDRADE, S. A. et al . Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública [on line]**, São Paulo , v. 39, n. 4, p. 606-611, Ago. 2005.
- ANDRADE, R. D. et al. Integrality of actions among professionals and services: a necessity for child's right to health. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 772-780, Dec. 2013 .
- ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev. 2005.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Council on children with disabilities. Section on developmental behavioral pediatrics. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. **Pediatrics**, Illinois, v. 118, n. 1, p. 405-19, july. 2006.
- ASSIS, W. D. de et al . Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 38-46, Feb. 2011 .
- BENASICH, A.A.; BROOKS-GUNN, J. Maternal Attitudes and Knowledge of Child-Rearing: Associations with Family and Child Outcomes. **Child Development**. v. 67, p. 1186-1205, 1996.
- BENICIO, A.L.; SANTANA, M.D.R.; BEZERRA, I.M.P. et al. Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v.10, n.2, p.576-84, Feb. 2016.

- BOND, L. A.; BURNS, C. E. E. Mothers' Beliefs about Knowledge, Child Development, and Parenting Strategies: Expanding the Goals of Parenting Programs. **The Journal of Primary Prevention**, v. 27, n. 6, Nov. 2006.
- BORNSTEIN, M.H. et al. Parenting Knowledge: Experiential and Sociodemographic Factors in European American Mothers of Young Children. **Developmental Psychology**, v. 46, n. 6, p. 1677–1693, Nov. 2010.
- BRADLEY, R. H.; CALDWELL, B. M. Home observation for measurement of the environment: A revision of the preschool scale. **American Journal of Mental Deficiency**, v.84, n.3, p. 235-244, 1979.
- COSTA, G. D. da et al . Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, Feb. 2009 .
- COUTINHO, L. M. S. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1875-1883, Sept. 2014.
- DEFILIPO, E. C. et al . Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 4, p. 633-641, Aug. 2012 .
- DEL CIAMPO, L.A. et al. O programa de saúde da família e a puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p.739-743, 2006.
- DICHTELMILLER, M. et al. The Relationship of Parental Knowledge to the Development of Extremely Low Birth Weight Infant. **Journal of Early Intervention**, v. 16, n. 3, p.210-220, 1992.
- FIGUEIRAS, A. C. M.; PUCCINI, R. F.; SILVA, E. M. K. Continuing education on child development for primary healthcare professionals: a prospective before-and-after study. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo , v. 132, n. 4, p. 211-218, 2014 .
- FREITAS, G.M.; SANTOS, N.S.S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v.4, n.2, p.1194-1203, maio/ago. 2014.
- GAZMARARIAN, J. A. et al. What New Mothers Need to Know: Perspectives from Women and Providers in Georgia. **Maternal Child Health Journal**, v.18, p.839–851, 2014.
- GONÇALVES, D.M.; STEIN, A.T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* .**Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.380-390, fev, 2008.
- GRANTHAM-MCGREGOR, SALLY et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **The Lancet** , v. 369, p. 60 – 70, jan 6. 2007.
- HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, C.; CANALS SANS, J.; FERNÁNDEZ-BALLART, J. Parents' perceptions of their neonates and their relation to infant development. **Child: care, health and development**, v. 37, n. 4, p. 484–492, 2011.

HUANG, KENG-YEN et al. Maternal knowledge of child development and quality of parenting among White, African-American and Hispanic mothers. **Applied Developmental Psychology**, v. 26, p. 149–170, 2005.

ISSLER, R. M. S.; GIUGLIANI, E. R. J. Identificação de grupos mais vulneráveis à desnutrição infantil pela medição do nível de pobreza. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.73, n.2, p. 101-05, 1997.

JAHROMI, L. B. et al. Family Context, Mexican-Origin Adolescent Mothers' Parenting Knowledge, and Children's Subsequent Developmental Outcomes. **Child Development**, v. 85, n. 2, p. 593–609, Mar/Abr. 2014.

JUNIOR, J. R. N, et al. Nível socioeconômico e affordances do ambiente domiciliar : implicações para o desempenho motor infantil. **Revista da Educação Física/UEM**, v. 25, n. 4, p. 651–662, 2014.

KATZ, K. S. et al. Effectiveness of a Combined Home Visiting and Group Intervention for Low Income African American Mothers: The Pride in Parenting Program. **Maternal Child Health Journal**, v.15, p.S75–S84, 2011.

KIERNAN, K. E.; HUERTA, M. C. Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. **The British Journal of Sociology**, v.59, Issue 42, 2008.

LAMY FILHO, F. et al . Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 10, p. 4181-4187, Out. 2011.

LETOURNEAU, N. L.; TRAMONTE, L.; WILLMS, J. D. Maternal Depression, Family Functioning and Children's Longitudinal Development. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 28, p. 223–234, 2013.

LIMA, M. C. P. et al . Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 717-723, Aug. 2008.

LIMA, L.N; VALE-DIAS, M.L.; MENDES, T.F.V. Crenças parentais sobre o desenvolvimento da criança e sua relação com o cuidar. **International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología**, v.1, n.1, 2012.

LLOYD, C.A.; MASUR, E.F. Infant behaviors influence mothers' provision of responsive and directive behaviors. **Infant Behavior & Development**, v. 37, p. 276–285, 2014.

MARAGNO, L. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, Ago. 2006.

MARI, J.J; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **British Journal of Psychiatry**, p. 148:23-6, 1986.

- MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. spe, p. 837-842, Oct. 2007.
- MARTINS, M. de F. D. et al. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 710-718, Jun. 2004.
- MOURA, M. L. S.L de et al. Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p.421-429, 2004.
- MERZ, E. C. et al. Associations among parental education, home environment quality, effortful control, and preacademic knowledge. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v.35, p. 304–315, 2014.
- NADEEM, S. et al. Assessing Home Environment for Early Child Development in Pakistan. **Child Care in Practice**, v. 20, n. 2, p. 194–206, 2014.
- NASCIMENTO, J.S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de Promoção da saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, 26(4): 513-522, out./dez., 2013.
- OLIVEIRA, D.K.S.; NASCIMENTO, D.D.G.; MARCOLINO, F.F. Perceptions of family caregivers and professionals in the family health strategy. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n.2, p. 142-150, 2012.
- PAIVA, G. S. et al. The effect of poverty on developmental screening scores among infants. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 128, n. 5, p. 276-283, 2010.
- PAULA, L. I. C. de et al. Percepção da associação entre estimulação ambiental e desenvolvimento normal por mães de crianças nos três primeiros anos de vida. **Revista paulista de pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 211-217, Jun. 2013.
- REGO, A.S. et al. Estratificação de risco familiar no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n.3, p. 977-84, mar. 2016.
- REICH, S. What do mothers know? Maternal knowledge of child development. **Infant mental health journal**, v. 26, n.2, p.143–156, 2005.
- REICHERT, A.P. da S. et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n.1,p.114-26, 2012.
- REICHERT, A. P. da S. et al. Vigilancia del desarrollo infantil: estudio de intervención con enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 954-962, Out. 2015.
- RIBAS, R. C., JR.; SEIDL DE MOURA, M. L.; BORNSTEIN, M. H. Socioeconomic status in Brazilian psychological research. Part 2: SES and parenting knowledge. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n.3, p. 385-392, 2003.

- RIBAS, R. C., JR.; BORNSTEIN, M. H. Parenting Knowledge: Similarities and Differences in Brazilian Mothers and Fathers. **Revista interamericana de Psicologia**, v.39, n.1, p.5-12, 2005.
- RIBEIRO, A.M.; DA SILVA, R.R.F.; PUCCINI R.F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na Atenção Básica à Saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n.2, p.208-14, 2010.
- SANTOS, L. M. dos et al . Determinants of early cognitive development: hierarchical analysis of a longitudinal study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 427-437, Fev. 2008.
- SARSOUR, K. et al. Family Socioeconomic Status and Child Executive Functions: The Roles of Language, Home Environment, and Single Parenthood. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v.17, p.120–132, 2011.
- SIGOLO, Ana Regina Lucato; AIELLO, Ana Lúcia Rossito. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 48, p. 51-60, Apr. 2011.
- SILVA, D.I. et al. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.6, p.1397-402, 2013.
- SMITH, M. Good parenting: Making a difference. **Early Human Development**, v. 86, Issue 11, p. 689-693, Nov. 2010.
- STEVENS JR, J. H. Child development knowledge and parenting skills. **Family Relations**, v. 33, p. 237-244, 1984.
- TAMIS-LEMONDA, C.; SHANNON, J.; SPELLMANN, M. Low-income adolescent mothers' knowledge about domains of child development. **Infant mental health journal**, v. 23(1–2), p.88–103, 2002.
- TOTSIKA, V.; SYLVA, K. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 9, n. 1, p. 25–35, 2004.
- TREYVAUD, K. et al. Can the home environment promote resilience for children born very preterm in the context of social and medical risk? **Journal of Experimental Child Psychology**, v. 112, p. 326–337, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Mental Health: User's Guide to Self Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva; 1994.
- WOTTRICH, S. H., ARPINI, D. M. Cuidados Necessários à Infância: Um Estudo com Mães Coletadoras de Material Reciclável. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 471-482, 2014.
- ZAND, D. H. et al. Accuracy of Knowledge of Child Development in Mothers of Children Receiving Early Intervention Services. **Journal of Early Intervention**, v. 37, n.3, p. 226–240, 2015.
- ZEPPONE,S.C; VOLPON, L.C.; DEL CIAMPO, L.A. Monitoring of child development held in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v.30, n.4, p. 594-9, 2012.

**APÊNDICE A – Formulário para coleta dos dados**

<b>FORMULÁRIO PROJETO – POSCA – UFPE 2015</b>	
<b>Identificação</b>	
<b>1- No</b> _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>2- USF:</b> Ibura Vila do Sesi  ACS: _____	USF <input type="checkbox"/>
<b>3- Data da avaliação-</b> __/ __/ __	DTAV <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>4- Nome da criança:</b> _____	
<b>5- Nome da mãe:</b> _____	
<b>6- Endereço:</b> _____	
<b>7- Telefones:</b> _____	
<b>8- Sexo</b> Feminino – 1 Masculino – 2	SEXO <input type="checkbox"/>
<b>9- Data de nascimento-</b> __/ __/ __	DATN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>10- Idade da criança:</b> _____ (meses)	IDCRI <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>11- Idade gestacional -</b> _____ semanas Sem informação - 99	IG <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>12- Idade cronológica corrigida</b> _____ meses Não se aplica 88	IDCOR <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>12- No prontuário</b> _____	NPRONT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>DADOS DA CRIANÇA</b>	<b>PESOU</b>
<b>14- Peso ao nascer</b> _____ (em gramas). Não sabe/não se lembra 9999	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>15- Peso atual:</b> _____ g. Sem informação 99.999	PESOAT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>16- Comprimento/altura atual:</b> _____ cm. Sem informação 999	COMP

		<input type="text"/>
<b>17- Perímetro cefálico:</b> _____ <b>cm.</b> Sem informação 99.9	PC	<input type="text"/>
<b>18. Com quanto tempo de vida &lt; &gt; recebeu a primeira visita/consulta domiciliar depois da alta da maternidade?</b> 1- Até 8 dias após o parto                      8- NSA(nenhuma consulta) 2- Mais de 8 dias após o parto                9- Não sabe/não se lembra	PRIVISIT	<input type="text"/>
<b>19. Onde foi realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de &lt; &gt;?</b> 1- Hospital    3- Unidade Básica de Saúde 2- Unidade de Saúde da Família                4- Outro 5- NSA (não fez consulta)	CRESEDES	<input type="text"/>
<b>20. A criança é cadastrada no Posto de Saúde (ESF)?</b> 1- Sim      2- Não                                      9-NSA(Não sabe/não lembra)	CRISPSF	<input type="text"/>
<b>21. Registro do desenvolvimento de &lt; &gt;? (observar o cartão da criança)</b> 1- Sim      2- Não                                      9-NSA (não tem cartão/não visto)	RDSEN	<input type="text"/>
<b>22. &lt; &gt; recebeu visita de agente de saúde nos últimos 30 dias?</b> 1- Sim      2- Não      8- Não é cadastrada na ESF      9- Não sabe/não lembra	RECVISIT	<input type="text"/>
<b>23. A criança está mamando no peito?</b> 1- Sim      2- Não      3- Nunca mamou	MAMAPET	<input type="text"/>
<b>24. Se não está mamando, até que idade seu filho mamou no peito?</b> __ dias    __ meses    __ anos 88- NSA(nunca mamou/ainda mama) 99- Não sabe/não lembra	IDADIA IDAMES IDAANO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS</b>		
<b>25. Qual a idade da mãe? _____ anos.</b> Sem informação 99	IDMAE	<input type="text"/>
<b>26. Qual foi a última série que você (MÃE) completou na escola?</b> 00- Analfabeto/Fundamental1 incompleto 01-Fundamental1 completo/Fundamental2 incompleto      08- Superior completo 02- Fundamental2 completo/Médio incompleto                      99-sem informação 04- Médio completo/Superior incompleto	ESCMAE	<input type="text"/>
<b>27. Qual foi a última série que você (PAI) completou na escola?</b> 00- Analfabeto/Fundamental1 incompleto 01-Fundamental1 completo/Fundamental2 incompleto      08- Superior completo 02- Fundamental2 completo/Médio incompleto                      88- sem informação 04- Médio completo/Superior incompleto	ESCPAI	<input type="text"/>
<b>28. Qual sua atividade (MÃE)?</b> (00) Não trabalha                                      (05) Autônomo (urbano ou rural) (01) Desempregado                                      (06) Empregado (02) Aposentado (recebe 13ºsalário)                      (07) Trabalho esporádico (03) Pensionista    (08) Biscateiro/ambulante	TRABMAE	<input type="text"/>

(04) Benefício (88) Sem informação	(09) Estudante (trabalhando) (10) Estudante (não trabalhando) (11) Trabalho voluntário	
<b>29. Qual sua atividade (PAI)?</b>		
(00) Não trabalha (01) Desempregado (02) Aposentado (recebe 13ºsalário) (03) Pensionista (04) Benefício (88) Menor de 10 anos	(05) Autônomo (urbano ou rural) (06) Empregado (07) Trabalho esporádico (08) Biscateiro/ambulante (09) Estudante (trabalhando) (10) Estudante (não trabalhando) (11) Trabalho voluntário	TRABPAI <input type="checkbox"/>
<b>30. O senhor/senhora vive com o pai/mãe do seu filho?</b>		
(1) Sim                    (2) Não		VIVPEP <input type="checkbox"/>
<b>31. Houve abandono do pai?</b>		
(1) Abandono parcial (ainda visita meu filho) (2) Abandono total (3) Sem abandono (visita + despesa)		ABAND <input type="checkbox"/>
<b>32. Quantos filhos menores de 5 anos o senhor/senhora tem, (incluindo esta criança)?</b> Total= _____		NFILH <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>33. Quantas pessoas dormem e comem na sua casa com o senhor /senhora (incluindo esta criança)?</b> Total= _____		MORATOT <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>34. Usa quantas camas para dormir (cama de casal equivale a 2 lugares)?</b> Total= _____		NCAMAS <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>35. Tipo de residência:</b>		
(1) Própria, já paga (2) Própria, em pagamento (3) Emprestada (4) Alugada	(5) Invadida (6) Outro: _____ (7) Mora de favor	REGIME <input type="checkbox"/>
<b>36. De que material é feita a sua casa?</b>		
(1) Casa sólida, alvenaria (2) Casa de madeira ou mista (3) Casa simples mais de dois cômodos	(4) Casa simples (papelo), 1 a 2 cômodos (5) Outro: _____ (6) Não sabe	PAREDE <input type="checkbox"/>
<b>37. De onde vem a água que abastece a sua casa?</b>		
(1) Água encanada dentro de casa (2) Água encanada no terreno (3) Água carregada de vizinho, bica pública	(4) Outro: _____ (5) Não sabe	AGUA <input type="checkbox"/>
<b>38. Como é o sanitário de sua casa?</b>		
(1) Descarga, ligada a fossa ou rede de esgoto (2) Poço negro ou latrina	(3) Não tem, campo aberto (9) Não sabe	DESTDEJ <input type="checkbox"/>
<b>39. Destino do lixo:</b>		
		DESLIX <input type="checkbox"/>

<p>(1) Coleta domiciliar (5) Outro: _____  (2) Enterrado ou queimado (9) Não sabe:  (3) Colocado em terreno baldio  (4) Lixeira pública</p> <p><b>40. Sua casa tem iluminação elétrica:</b></p> <p>(1) Sim, com registro próprio (3) Não tem energia elétrica  (2) Sim, com registro comum a várias casas (9) Não sabe</p>	<p>LUZ <input type="checkbox"/></p>																											
<p><b>41. Sua casa tem cozinha independente?</b></p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>COZINH <input type="checkbox"/></p>																											
<p><b>Você tem algum desses aparelhos funcionando em casa? Não possui - 00</b></p>																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Questão</th> <th>Equipamentos</th> <th>Quantidade</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>42</td> <td>Rádio/som</td> <td></td> </tr> <tr> <td>43</td> <td>Televisão- cores</td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>Banheiro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>45</td> <td>Automóvel/carro</td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>Máquina de lavar</td> <td></td> </tr> <tr> <td>47</td> <td>Vídeo/DVD</td> <td></td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>Geladeira</td> <td></td> </tr> <tr> <td>49</td> <td>Fogão</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Questão	Equipamentos	Quantidade	42	Rádio/som		43	Televisão- cores		44	Banheiro		45	Automóvel/carro		46	Máquina de lavar		47	Vídeo/DVD		48	Geladeira		49	Fogão		<p>RAD <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>TVCOR <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>BANHO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CARRO <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MAQLAV <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>VIDEODVD <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GELAD <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>FOGAO <input type="text"/> <input type="text"/></p>
Questão	Equipamentos	Quantidade																										
42	Rádio/som																											
43	Televisão- cores																											
44	Banheiro																											
45	Automóvel/carro																											
46	Máquina de lavar																											
47	Vídeo/DVD																											
48	Geladeira																											
49	Fogão																											
<p><b>50. A família tem acesso à internet? Pode assinalar mais de uma resposta e zero nas demais.</b></p> <p>(1) Sim, em computador fixo em casa  (2) Sim, em computador móvel (tablet, notebook, netbook)  (3) Sim, no celular  (4) Não  (5) Outro: _____  (9) Não sabe/não lembra</p>	<p>FIXO <input type="checkbox"/></p> <p>MOVEL <input type="checkbox"/></p> <p>CELULAR <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO <input type="checkbox"/></p> <p>NÃO SABE <input type="checkbox"/></p>																											
<p><b>51. No mês passado quanto recebeu em dinheiro todas as pessoas que moram na sua casa?</b></p> <p>1° pessoa R\$ _____/MÊS      4° pessoa R\$ _____/MÊS  2° pessoa R\$ _____/MÊS      5° pessoa R\$ _____/MÊS  3° pessoa R\$ _____/MÊS      Total: _____ reais</p>	<p>RENDA</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																							
<p><b>52. A família está inscrita no Programa Bolsa Família (PBF)?</b></p> <p>(1) Sim, comprovado (1) Sim, informado (3) Não (4) NSA</p>	<p>INSCPBF <input type="checkbox"/></p>																											

## APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

---

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO:** Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar. Esta pesquisa é da responsabilidade das pesquisadoras: Maria Soraida Silva Cruz; endereço: Rua Antônio Figueiredo, 54, Estância, Recife; e-mail: [soraida.to@gmail.com](mailto:soraida.to@gmail.com); telefone: (81) 997886970; Rebeca de Oliveira Silva; endereço: Rua General Abreu e Lima, 65, apto 701, Tamarineira, Recife; e-mail: [rebec7@hotmail.com](mailto:rebec7@hotmail.com); telefone: (81) 999040960. E está sob a orientação de: Sophie Helena Eickmann; endereço: av. Flor de Santana, 190/ 2602, Parnamirim, Recife; e-mail: [sophie.eickmann@gmail.com](mailto:sophie.eickmann@gmail.com); telefone: (81) 99961.7081. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e caso o (a) Sr.(a) concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que possa guardá-la e a outra ficará com a pesquisadora responsável. O (a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e nem receberá qualquer pagamento para participar como voluntário(a). O (a) Sr.(a) será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o (a) Sr.(a) deverá assinar este Termo de Consentimento, podendo, também, retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A pesquisa será realizada em sua residência e na Unidade de Saúde da Família que o (a) Sr.(a) está cadastrado (a), não sendo, portanto, necessário qualquer custo extra da sua parte. Serão realizadas quatro avaliações para verificar: o desenvolvimento neuropsicomotor da criança assistida por seus cuidados; o nível de inteligência da mãe da criança avaliada; a qualidade da estimulação do ambiente da casa que a criança vive; e o conhecimento que os pais ou cuidadores possuem sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

A partir dessa pesquisa, caso seja identificado algum atraso no desenvolvimento da criança avaliada, a equipe responsável pela pesquisa irá discutir com a Equipe de Saúde da Família responsável pela área os melhores encaminhamentos para a criança. Assim como os pais ou cuidadores das crianças avaliadas serão convidados a participar de um grupo para orientação aos pais sobre desenvolvimento e cuidados na primeira infância, a acontecer na Unidade de Saúde da Família que o (a) Sr.(a) é cadastrado. Esse grupo será de responsabilidade da pesquisadora Maria Soraida Silva Cruz, terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do Distrito Sanitário VIII.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através dos formulários e avaliações, ficarão armazenados em no

computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

\_\_\_\_\_ Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A) Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento). Local e data \_\_\_\_\_ Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

## APÊNDICE C: TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MENORES DE 12 a 18 ANOS - Resolução 466/12)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO:** Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar

Convidamos \_\_\_\_\_ você  
 \_\_\_\_\_ após autorização  
 dos seus pais ou dos responsáveis legais para participar como voluntário (a) da pesquisa: Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar. Esta pesquisa é da responsabilidade das pesquisadoras: Maria Soraida Silva Cruz; endereço: Rua Antônio Figueiredo, 54, Estância, Recife; e-mail: [soraida.to@gmail.com](mailto:soraida.to@gmail.com); telefone: (81) 997886970; Rebeca de Oliveira Silva; endereço: Rua General Abreu e Lima, 65, apto 701, Tamarineira, Recife; e-mail: [rebec7@hotmail.com](mailto:rebec7@hotmail.com); telefone: (81) 999040960. E está sob a orientação de: Sophie Helena Eickmann; endereço: av. Flor de Santana, 190/ 2602, Parnamirim, Recife; e-mail: [sophie.eickmann@gmail.com](mailto:sophie.eickmann@gmail.com); telefone: (81) 99961.7081. Caso este Termo de Assentimento contenha informação que não lhe seja compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e caso você concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guarda-la e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

A pesquisa será realizada em sua residência e na Unidade de Saúde da Família que você está cadastrado, não sendo, portanto, necessário qualquer custo extra da sua parte. Serão realizadas quatro avaliações para verificar: o desenvolvimento neuropsicomotor da criança assistida por seus cuidados; o nível de inteligência da mãe da criança avaliada; a qualidade da estimulação do ambiente da casa que a criança vive; e o conhecimento que os pais ou cuidadores possuem sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

A partir dessa pesquisa, caso seja identificado algum atraso no desenvolvimento da criança avaliada, a equipe responsável pela pesquisa irá discutir com a Equipe de Saúde da Família responsável pela área os melhores encaminhamentos para a criança. Assim como os pais ou cuidadores das crianças avaliadas serão convidados a participar de um grupo para orientação aos pais sobre desenvolvimento e cuidados na primeira infância, a acontecer na Unidade de Saúde da Família que você é cadastrado. Esse grupo será de responsabilidade da pesquisadora

Maria Soraida Silva Cruz, terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do Distrito Sanitário VIII.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através dos formulários e avaliações, ficarão armazenados em no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

\_\_\_\_\_ Assinatura do pesquisador (a)

**ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO(A)** Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar”, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data \_\_\_\_\_ Assinatura do (da) menor :  
 \_\_\_\_\_ Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

\_\_\_\_\_  
 Nome da testemunha (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
 Nome da testemunha (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha

**APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****TÍTULO:** Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) \_\_\_\_\_ (ou menor que está sob sua responsabilidade) para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar”. Esta pesquisa é da responsabilidade das pesquisadoras: Maria Soraida Silva Cruz; endereço: Rua Antônio Figueiredo, 54, Estância, Recife; e-mail: [soraida.to@gmail.com](mailto:soraida.to@gmail.com); telefone: (81) 997886970; Rebeca de Oliveira Silva; endereço: Rua General Abreu e Lima, 65, apto 701, Tamarineira, Recife; e-mail: [rebec7@hotmail.com](mailto:rebec7@hotmail.com); telefone: (81) 999040960. E está sob a orientação de: Sophie Helena Eickmann; endereço: av. Flor de Santana, 190/ 2602, Parnamirim, Recife; e-mail: [sophie.eickmann@gmail.com](mailto:sophie.eickmann@gmail.com); telefone: (81) 99961.7081. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde que o (a) menor faça parte do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização nem para o (a) Sr.(a) nem para o/a voluntário/a que está sob sua responsabilidade, bem como será possível ao/a Sr. (a) retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

A pesquisa será realizada na residência que a criança reside e na Unidade de Saúde da Família que o (a) Sr.(a) está cadastrado (a), não sendo, portanto, necessário qualquer custo extra da sua parte. Serão realizadas quatro avaliações para verificar: o desenvolvimento neuropsicomotor da criança assistida por seus cuidados; o nível de inteligência da mãe da criança avaliada; a qualidade da estimulação do ambiente da casa que a criança vive; e o conhecimento que os pais ou cuidadores possuem sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

A partir dessa pesquisa, caso seja identificado algum atraso no desenvolvimento da criança avaliada, a equipe responsável pela pesquisa irá discutir com a Equipe de Saúde da Família responsável pela área os melhores encaminhamentos para a criança. Assim como os pais ou cuidadores das crianças avaliadas serão convidados a participar de um grupo para orientação aos pais sobre desenvolvimento e cuidados na primeira infância, a acontecer na Unidade de Saúde da Família que você é cadastrado. Esse grupo será de responsabilidade da pesquisadora Maria Soraida Silva Cruz, terapeuta ocupacional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do Distrito Sanitário VIII.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através dos formulários e avaliações, ficarão armazenados em no computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

\_\_\_\_\_ Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A  
VOLUNTÁRIO Eu, \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, responsável por \_\_\_\_\_, autorizo a sua participação no estudo “Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de seu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.  
Local e data \_\_\_\_\_ Assinatura do (da) responsável:

\_\_\_\_\_ Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

### ANEXO A - Opinião sobre bebês

Nome da criança \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Nome da mãe/cuidador \_\_\_\_\_

CUID 1- mãe 2-avó 3-pai 4-outros

Idade cuidador IDCUID: \_\_\_\_\_

Data Av. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Criança frequenta creche: 1- Sim 2- Não      CRECHE

Já teve alguma experiência prévia no cuidado de criança:

Parentes 1- Sim 2- Não       PARENTES

Vizinhos 1- Sim 2- Não       VIZINHOS

Trabalho 1- Sim 2- Não       TRABALHO

Outros: 1- Sim 2- Não       OUTROS

Renda: R\$ \_\_\_\_\_/MÊS      RENDCUID

Escolaridade do cuidador:      ESCUID

00- Analfabeto/Fundamental1 incompleto

01-Fundamental1 completo/Fundamental2 incompleto

02- Fundamental2 completo/Médio incompleto

04- Médio completo/Superior incompleto

08- Superior completo      99-sem informação

Circular o item que foi necessário explicar para a pessoa compreender;

Marcar com \* o item que mesmo explicando permaneceu dúvida quanto ao sentido da frase.

1- resposta correta, 2- resposta incorreta /não sabe.

1. É importante os bebês terem uma rotina regular em relação ao seu horário de dormir.	Rotdo-C32	(1)concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
2. Dar mingau para os bebês não ajuda eles dormir durante a noite.	Mindo-C33	(1)concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
3. Os recém-nascidos conseguem ver apenas 20 a 30 centímetros (um palmo) à frente do seu rosto.	RNvis-C1	(1)concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
4. Bebês aprendem vendo o que suas mães fazem.	Aprnd-C2	(1)concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
5. Ter hora certa para dormir durante o dia e à noite é importante para o bebê.	Horado-C34	(1)concorda (2) não	<input type="checkbox"/>

6. Bebês imitam o que adultos fazem, como colocar a língua para fora e fazer barulhinhos.	Imit-C3	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
7. É importante mostrar ou elogiar as crianças quando elas estão sendo boas ou fazendo algo certo.	Elogi-C22	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
8. É melhor usar seu pulso para verificar se a água está quente do que usar seus dedos.	Temp-C15	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
9. Quando o bebê completar seis meses a cadeirinha do carro deve ficar virada para frente.	Cadcar-C16	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
10. O cérebro (a mente) do bebê se desenvolve quando eles pensam.	Pensa-C4	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
11. Nos primeiros meses de vida os bebês gostam mais de brinquedos do que de rostos.	Rosto-C5	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
12. Por volta dos 6-8 meses os bebês começam a ter medo de pessoas que eles não conhecem (estranhar).	Estrnh-C6	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
13. Alimentos duros como pipoca ou cenoura crua são perigosos para os bebês.	Aliduro-C17	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
14. Alimentos para bebês, como papas e frutas, devem ser dados aos bebês quando eles estiverem com 3 meses de idade.	Alimes-C28	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
15. Dar palmadas nas crianças ensina a elas que bater é certo.	Palm-C23	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
16. Está certo dar mel de abelhas para um bebê antes dele completar um ano de vida.	Mel-C29	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
17. Bebês recém-nascidos reconhecem a voz de suas mães.	Vozmae-C7	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
18. Algumas mulheres têm depressão durante e depois da gravidez.	Depres-C37	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
19. É mais seguro colocar os bebês para dormir de barriga para cima.	Cidom-C18	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
20. Para ensinar os bebês a falar, é melhor conversar com eles do que deixa-los assistindo TV ou ouvindo rádio/som.	Convrs-C8	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
21. O cérebro dos bebês permanece com o mesmo tamanho até completarem 1 ano de idade.	Cerbr-C9	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
22. Se um objeto medir 2,5 centímetro (do tamanho de uma moeda de 1 real), então ele é grande demais para o bebê engolir e sufocar.	Objto-C19	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
23. Bebês preferem cores fortes.	Cor-C10	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
24. Se o espaço entre as grades do berço for suficiente para passar uma lata de refrigerante, então é perigoso para a criança.	Berço-C20	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
25. Andadores (Andajá) são perigosos para os bebês.	Andaj-C21	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
26. Distrair a criança, mostrando algo ou dando algo para ela brincar, ajuda nos momentos de mal-	Distra-C24	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>

comportamento ou birra.			
27. Bater nas crianças é a melhor forma de ensiná-las como elas devem se comportar.	Bate-C25	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
28. A maioria das crianças com um ano e meio de idade são capazes de ficar por uma hora calmamente sentada na mesa para uma refeição, enquanto todos comem.	Refcao-C11	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
29. Quando as crianças veem os pais gritar, elas aprendem que é certo gritar.	Grtar-C26	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
30. Rotinas são importantes para que os bebês se sintam seguros.	Rotna-C35	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
31. Crianças de um ano às vezes fazem coisas erradas de propósito.	Prpos-C12	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
32. Disciplina significa punir (brigar, colocar de castigo ou bater).	Punir-C27	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
33. Não é possível “estragar” (deixar mimada, cheia de gosto) uma criança com menos de 4 meses de idade.	Estrg-C13	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
34. É melhor não colocar um bebê no colo, quando você estiver chateado.	Colo-C38	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
35. Recém-nascidos não sentem cheiro.	Chro-C14	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
36. Por volta dos 6 meses bebês passam mais tempo acordados do que dormindo.	Acrda-C36	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
37. Se uma pessoa se sente muito triste depois de ter tido um bebê, ela deve procurar um médico ou falar com seu agente de saúde.	Trste-C39	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>
38. Bebês devem comer em horários rígidos.	Horarig-C30	(1) não (2) concorda	<input type="checkbox"/>
39. Leite materno mantém os bebês mais saudáveis que leite de vaca.	Leitma-C31	(1) concorda (2) não	<input type="checkbox"/>

Para cada questão pode haver mais que uma resposta. 1- correta 2- incorreta

- Por volta dos 3 meses de idade, a maioria dos bebês podem (marque todas as corretas):
- Sorrir de volta para um adulto 1- sim 2-não **sorir-C40**
- Seguir um objeto com os olhos 1 – sim 2-não **segr-C41**
- Alcançar objetos 1-não 2-sim **alca-C42**
- Rolar para ficar emborcado (barriga para baixo) 1-sim 2-não **rol-C43**
- Ter medo de estranhos 1-não 2-sim **med-C44**
- Bater um brinquedo no outro 1-não 2-sim **bat-C45**

41. Por volta dos 6 meses de idade, a maioria dos bebês conseguem (marque todas as corretas):

- Sentar-se sem ajuda 1-sim 2- não **sent-C46**
-

- Segurar coisas com todos os dedos 1-sim 2-não **seg-C47**
- Rastejar 1-não 2-sim **rast-C48**
- Passar o objeto de uma mão para outra 1-sim 2-não **pas-C-49**
- Falar primeiras palavras 1-não 2-sim **fal-C50**
- Pegar coisas com dois dedos 1-não 2-sim **peg-C51**

42. Por volta de 1 ano de idade, a maioria dos bebês podem (marque todas as corretas):

- Agarrar coisas com dois dedos 1-sim 2-não **agar-C52**
- Rastejar 1-sim 2-não **ras-C53**
- Se puxar para de pé 1-sim 2-não **pux-C54**
- Podem compartilhar “dividir” objetos 1-não 2-sim **comp-C55**
- Imitar sons 1-sim 2-não **imip-C56**
- Procurar brinquedos escondidos em baixo de um lençol 1-sim 2-não **proc-C57**

43. Quando os bebês choram as melhores coisas a fazer são (marque todas as corretas):

- Ver se a fralda precisa ser trocada. 1-sim 2-não **fral-C58**
  - Ver se há algo machucando o bebê 1-sim 2-não **mach-C59**
- como roupa furando sua pele.
- Ver se o bebê está com fome. 1-sim 2-não **fom-C60**
  - Checar a temperatura para ver se o bebê está com febre 1-não 2-sim **feb-C61**
  - Deixar o bebê chorar até ele dormir 1-não 2-sim **chor-C62**
  - Levar para o médico 1-não 2-sim **medic-C63**

44. Quais das opções abaixo, se percebidas num bebê de 6 meses de idade, podem significar um problema de saúde (marque todas as corretas):

- Bebê evita contato visual (olho no olho) 1-sim 2-não **cont-C64**
- Bebê faz bolhas na boca (“besouro”) 1-não 2-sim **bolh-C65**
- Bebê soluça frequentemente 1-não 2-sim **sol-C66**
- Bebê permanece de costas e não está interessado pelas coisas ao seu redor 1-sim 2-não **cost-C67**
- Bebê não sorri e não faz muitos sons 1-sim 2-não **sor-C68**

Pontuação correta total: ESCTOTAL

Como você classificaria esse questionário (apenas uma resposta):  ENTENDE

1-Fácil de entender e responder

2-Fiquei em dúvida em parte das frases

3-Fiquei em dúvida na maioria das frases

4-Não consegui responder

Para preenchimento da pesquisadora:  PREENCHE

1-A pessoa fez sozinha

2-A pessoa necessitou de leve ajuda (tirou dúvidas)

3-A pesquisadora aplicou como entrevista

## ANEXO B - Home Observation for Measurement of the Environment Inventory (HOME)

### ÍNDICE DE ESTIMULAÇÃO AMBIENTAL - VISITA DOMICILIAR

1. N°. da Criança:

--	--	--	--	--

2. Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

2.1. Telefone: \_\_\_\_\_

2.2. Endereço: \_\_\_\_\_

3. Nome da criança: \_\_\_\_\_

3.1. Relação de parentesco do cuidador com a criança:

( 1 ) Própria Mãe ( 2 ) Avó ( 3 ) Tia ( ) Outro: \_\_\_\_\_

3.2. Nome do cuidador: \_\_\_\_\_

3.3. Você recebeu até hoje alguma orientação dos ACs ou da ESF de quais brincadeiras ou atividades poderiam ajudar no desenvolvimento do seu filho?

(1) Sim (0) Não

#### A - ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE (FÍSICO E TEMPORAL)

**Quando a mãe está fora de casa quem cuida da criança?**

8. Uma pessoa com mais de 12 anos de idade, sempre, cuida da criança. Quem:  
(Se a mãe leva sempre a criança = (1) Sim)

(1) Sim  
(0) Não

9. Uma ou duas pessoas, regularmente, cuida da criança (sempre as mesmas pessoas. Quem:  
(Se a mãe leva sempre a criança = (1) Sim)

(1) Sim  
(0) Não

10. Você ou alguém leva a criança para algum lugar (venda/escola/igreja) **pelo menos 3 x semana.**

(1) Sim  
(0) Não

11. A criança sai da casa **pelo menos 4 x semana.** (casa de parentes/amigos ou praça, etc).

(1) Sim  
(0) Não

12. O lugar **dentro** da casa para brincar parece seguro, livre de riscos, limpo e de tamanho apropriado.

(1) Sim  
(0) Não

13. O lugar **fora** da casa para brincar parece seguro, livre de riscos, limpo e de tamanho apropriado. (Terraço/pátio incluir como lugar fora de casa, quando o espaço interno for de tamanho apropriado)

(1) Sim  
(0) Não

14. A casa parece agradável com quadros, plantas

(1) Sim

- e razoavelmente iluminada (sol/eletricidade) (0) Não
15. A família tem um animal doméstico?  
(ex: passarinho, cachorro, gato). (1) Sim   
(0) Não

**B - ESTIMULAÇÃO**

16. **Pelo menos dois livros ou revistas para adultos** estão presentes e visíveis na casa.  
(Incluir bíblia e livros escolares). (1) Sim   
(0) Não
17. **Cinco ou mais livros** estão presentes e visíveis na casa. (Incluir Bíblia e livros escolares). (1) Sim   
(0) Não
18. A mãe/cuidador lê jornais ou revistas, **pelo menos uma vez por mês**. (1) Sim   
(0) Não
19. O pai ajuda a cuidar da criança ( dar banho, trocar fraldas, alimentar, etc), **quase todos os dias** (1) Sim   
(0) Não
20. O pai brinca com a criança (não somente contato físico) ex: jogar bola, bater palmas, rabiscar. **(3 x semana)** (1) Sim   
(0) Não
21. Quantas vezes a família faz ou recebe visitas de familiares? **(1 x semana)** (1) Sim   
(0) Não
22. Outro adulto (>15 anos) que vive na casa ajuda a cuidar da criança, **quase todos os dias**.  
(Quando não existe outro adulto anotar (0)Não) (1) Sim   
(0) Não
23. Outro adulto (>15 anos) que vive na casa brinca com a criança (não somente contato físico). **(3 x semana)**  
(Quando não existe outro adulto anotar (0)Não) (1) Sim   
(0) Não

**C - RELACIONAMENTO DA MÃE COM A CRIANÇA**

24. Enquanto Você (mãe/cuidador) está trabalhando em casa, o que você faz com a criança? (esperar resposta)
- Se a mãe/cuidador conversa com a criança, perguntar a frequência e o tipo de conversa.
  - Quantas vezes Você conversa com a criança?  
(Obs: Nós estamos tentando identificar as mães que conversam geralmente/ a maior parte do tempo.)
- **Se a mãe conversa a maior parte do tempo/diariamente-->** (1) Sim   
(0) Não
25. Você mostra livros/revistas com figuras à criança?  
- Em caso afirmativo, pedir para ver o livro/revista.  
(Album com fotos = 8 ou mais fotos)  
- Qual o tempo disponível para esta atividade?  
  
- **Se mais de 1 x semana ----->** (1) Sim   
(0) Não
26. Você ensina à criança alguma coisa? (tipo)

- Se a mãe/cuidador ensina: 1. nome de pessoas e animais  
2. objetos da casa  
3. partes do corpo  
4. objetos de fora da casa
- **Se a mãe ensina diariamente** -----> (1) Sim   
(0) Não
27. A mãe/cuidador usa seu tempo com os brinquedos da criança, brincando com ela (incluir rabiscar)?
- Quanto tempo Você passa nesta atividade?  
- Onde acontece e quando?
- Nós queremos saber se a mãe/cuidador passa **pelo menos 30 min** brincando com a criança **pelo menos 4 x semana**.----> (1) Sim   
(Se não tiver brinquedos, não se aplica) (0) Não
28. A mãe/cuidador deliberadamente usa seu tempo para organizar brincadeira para a criança com a intenção de torná-la feliz e ocupar o seu tempo com diferentes atividades. (1) Sim   
(Durante a entrevista) (0) Não
29. A mãe/cuidador brinca com a criança, por ex: com os dedos | ou bonecos, bate palmas, canta, esconde o rosto/pano) (1) Sim   
(quase todos os dias). (0) Não
- D - BRINQUEDOS DISPONÍVEIS (Pedir para ver os brinquedos)**
30. Um livro infantil disponível na casa, (1) Sim   
(apropriado para crianças pequenas). (0) Não
31. Você dá alguma coisa para a criança brincar além de brinquedos comprados, ou você faz alguma coisa caseira para facilitar ou combinar as brincadeiras com canção ou algum tipo de som? (1) Sim   
(0) Não
32. A criança brinca com alguns brinquedos que permitem combinações de movimento (ex: construir, empilhar) ou aprender as formas (quebra cabeça, caixa de diferentes tamanhos, tábua com pauzinhos). (1) Sim   
(0) Não
33. A criança brinca com algo que requer o uso das mãos? (ex: maracá, lápis, bolinhas, carrinhos, etc). (1) Sim   
(0) Não
34. A criança tem algum brinquedo de puxar/empurrar? (ex: brinquedo com fio ou pau) (1) Sim   
(0) Não
35. A criança tem algum brinquedo como uma bola, velocípede, objeto para subir, balanço, etc. (1) Sim   
(0) Não
36. A criança brinca com algum bichinho de pelúcia. (1) Sim

- |   |                    |                          |
|---|--------------------|--------------------------|
|   | (0) Não            | <input type="checkbox"/> |
| 37. A criança tem/brinca com bonecas/bonecos, capacete, roupas/soldado, telefone, etc.  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 38. A criança tem (um) brinquedo que faz musica? (piano, violão, cornetas, caixa de música)   | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 39. A criança tem um lugar específico na casa para guardar seus brinquedos <b>sempre no mesmo lugar?</b> ..... (pedir para ver o local) | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 40. A criança tem berço.  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 41. A criança tem objetos apropriados para a idade - móbile, mesa e cadeiras pequenas.  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |

**E - RELACIONAMENTO MÃE/FILHO (EVITA = RESTRIÇÃO E CASTIGO)**

- |  |                    |                          |
|--|--------------------|--------------------------|
| 42. A mãe/cuidador grita e demonstra aborrecimento ou hostilidade com à criança durante a visita.              | (0) Sim<br>(1) Não | <input type="checkbox"/> |
| 43. A mãe/cuidador diz que houve um ou mais de um castigo (físico) durante a última semana.                    | (0) Sim<br>(1) Não | <input type="checkbox"/> |
| 44. A mãe/cuidador restringe atitudes ou movimentos da criança durante a visita. <b>(pelo menos 3 vezes)</b> . | (0) Sim<br>(1) Não | <input type="checkbox"/> |

**F - ESTIMULAÇÃO AFETIVA E VERBAL DA MÃE/OUTRO (Observação do Entrevistador)**

- |  |                    |                          |
|--|--------------------|--------------------------|
| 45. A mãe/cuidador vocaliza, espontaneamente com a criança durante a visita? <b>(3 vezes)</b>  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 46. A mãe/cuidador responde, <b>(3 vezes ou +)</b> , às vocalizações da criança com uma resposta <b>verbal</b> , durante a visita (Se a criança não vocaliza a resposta será = (0)Não) | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 47. A mãe/cuidador mostra interesse pelas perguntas do entrevistador. Faz perguntas ou comentários espontâneos.  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 48. A mãe/cuidador dá opiniões espontaneamente e usa afirmações e expressões apropriadas com relação a entrevista. (ex: dar resposta com explicações)                                  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 49. A mãe/cuidador espontaneamente elogia a criança por suas qualidades e comportamento durante a visita.  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 50. Enquanto fala sobre a criança (tom da voz) a mãe/cuidador demonstra sentimentos positivo (afeição, carinho).   | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |
| 51. A mãe/cuidador acarícia ou beija a criança <b>3 vezes ou mais</b> durante a visita.  | (1) Sim<br>(0) Não | <input type="checkbox"/> |

52. Entrevistador: \_\_\_\_\_

--	--

53. Data:

--	--	--	--	--	--

## ANEXO C - Índice Socioeconômico \*

---

1. Número de pessoas que comem e dormem na casa
- |                          |          |
|--------------------------|----------|
| 1-4 pessoas .....        | 4 pontos |
| 5-8 pessoas .....        | 3 pontos |
| 9-12 pessoas .....       | 2 pontos |
| 13-15 pessoas .....      | 1 ponto  |
| mais de 15 pessoas ..... | 0 ponto  |
2. Abandono do pai
- |                        |          |
|------------------------|----------|
| Sem abandono .....     | 4 pontos |
| Abandono parcial ..... | 2 pontos |
| Abandono total .....   | 0 ponto  |
3. Escolaridade dos pais (a mais alta, quando houver diferença)
- |                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| Até 8ª série ou mais .....      | 4 pontos |
| 5ª a 7ª série .....             | 3 pontos |
| Até a 4ª série .....            | 2 pontos |
| 1ª a 3ª série .....             | 1 ponto  |
| Analfabeto, nunca estudou ..... | 0 ponto  |
4. Atividade dos pais (a mais alta, quando houver diferença)
- |   |          |
|---|----------|
| Dono de armazém,<br>pequeno comércio.....         | 4 pontos |
| Trabalho regular .....                            | 3 pontos |
| Trabalho por tarefa, biscateiro .....             | 2 pontos |
| Encostado, seguro-desemprego,<br>aposentado ..... | 1 ponto  |
5. Relação com o domicílio
- |                                    |          |
|------------------------------------|----------|
| Casa própria, em pagamento .....   | 4 pontos |
| Casa alugada .....                 | 3 pontos |
| Casa emprestada, em usufruto ..... | 2 pontos |
| Casa invadida .....                | 1 ponto  |
| Morando de favor .....             | 0 ponto  |
6. Tipo de casa
- |                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Casa sólida, alvenaria .....        | 4 pontos |
| Casa de madeira ou mista .....      | 3 pontos |
| Casa simples mais de duas peças**.. | 2 pontos |
| Casa simples, 1 a 2 peças .....     | 1 ponto  |
7. Número de pessoas que dormem na casa e lugares para dormir (cama de casal equivale a

2 lugares)

(nº de pessoas) – (nº de camas) < 2...4 pontos

(nº de pessoas) – (nº de camas) > 2...1 ponto

8. Abastecimento de água

Água encanada, dentro de casa ..... 4 pontos

Água encanada, no terreno ..... 2 pontos

Água carregada de vizinho, bica pública .. 1 ponto

9. Deposição de excreta

Descarga, ligada à fossa

ou rede de esgoto ..... 4 pontos

Poço negro ou latrina ..... 2 pontos

Não tem (campo aberto) ..... 0 ponto

10. Coleta de lixo

Coleta domiciliar ..... 4 pontos

Lixeira pública ..... 3 pontos

Lixo queimado ou enterrado ..... 2 pontos

Lixo jogado em campo aberto ..... 1 ponto

11. Energia elétrica

Com registro próprio ..... 4 pontos

Com registro comum a várias casas ..... 3 pontos

Não tem energia elétrica ..... 0 ponto

12. Cozinha independente

Sim.....4 pontos Não ..... 1 ponto

13. Equipamentos de domicílio

Geladeira ..... 8 pontos Televisão ..... 4 pontos

Fogão ..... 2 pontos Rádio ..... 1 ponto

Soma 15 pontos ..... 4 pontos

10-14 pontos ..... 3 pontos

4-9 pontos ..... 2 pontos

1-3 pontos ..... 1 ponto

0 ponto ..... 0 ponto

Score total: \_\_\_\_\_ ALVATOT

\*Adaptado de ALVAREZ et al., 1985 por ISSLER e GIUGLIANI, 1997

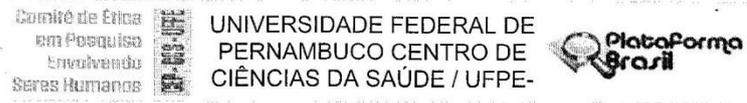
\*\* Cômodos, vãos

## ANEXO D - Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)

SAÚDE MENTAL		QST				
35. O Sr(a) se considera uma pessoa feliz?						
1	Sim, por quê? _____	SIMFELIZ				
2	Não, por quê? _____	NAOFELIZ				
36. Você recebe/recebeu tratamento psicológico ou medicamentos (remédio controlado) para doenças nervosas?						
1	Sim	TRATPSIC				
2	Não					
<b>SRQ-20</b>						
37. As próximas perguntas são relacionadas com problemas comuns que talvez o(a) tenham incomodado nos <u>últimos 30 dias</u> . Se você teve estes problemas <b>nos últimos 30 dias</b> , responda SIM. Se não, responda NÃO.						
1. Tem dores de cabeça frequentes?	1 Sim	2 Não	DOCAFRE			
2. Tem falta de apetite?	1 Sim	2 Não	FALAPE			
3. Dorme mal?	1 Sim	2 Não	DORMMAL			
4. Assusta-se com facilidade?	1 Sim	2 Não	ASSUSTFA			
5. Tem tremores nas mãos?	1 Sim	2 Não	TREMORE			
6. Sente-se nervoso (a), tenso (a), preocupado (a)?	1 Sim	2 Não	NERVOSO			
7. Tem má digestão?	1 Sim	2 Não	MADIGEST			
8. Tem dificuldade em pensar com clareza?	1 Sim	2 Não	DIFPENS			
9. Tem se sentido triste ultimamente?	1 Sim	2 Não	SENTRISTE			
10. Tem chorado mais que de costume?	1 Sim	2 Não	CHOCOST			
11. Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?	1 Sim	2 Não	DIFRESAT			
12. Tem dificuldades para tomar decisões?	1 Sim	2 Não	DIFTOMAR			
13. Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1 Sim	2 Não	SERVPENO			
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1 Sim	2 Não	INCAPAZ			
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1 Sim	2 Não	PERDIDO			
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1 Sim	2 Não	INUTIL			
17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	1 Sim	2 Não	ACABVIDA			
18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	1 Sim	2 Não	CANTEMP			
19. Tem sensações desagradáveis no estomago?	1 Sim	2 Não	SENSESTO			
20. Você se cansa com facilidade?	1 Sim	2 Não	CANSAFAC			

**OBS: caso resposta positiva na questão 17, contatar a Cordenação de campo da pesquisa, para as providências necessárias**

## ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CCS/UFPE



Continuação do Parecer: 1.349.121

Investigador	projeto.doc	20/11/2015 07:43:37	Maria Soraida Silva Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	20/11/2015 07:39:47	Maria Soraida Silva Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.docx	20/11/2015 07:39:24	Maria Soraida Silva Cruz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	20/11/2015 07:38:54	Maria Soraida Silva Cruz	Aceito
Outros	anuencia.docx	18/11/2015 11:18:57	Maria Soraida Silva Cruz	Aceito
Folha de Rosto	Scan0002.pdf	18/11/2015 11:14:43	Maria Soraida Silva Cruz	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 03 de Dezembro de 2015

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

---

---

## ANEXO F – Carta de Anuência



**PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Maria Soraida Silva Cruz, Giselle Souza de Paiva e Rebeca Oliveira Silva**, pesquisadoras do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, a desenvolverem pesquisa nas Unidades de Saúde da Família Paz e Amor e Vila do Sesi, do Distrito Sanitário VIII, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Fatores parentais associados ao desenvolvimento infantil e à qualidade da estimulação domiciliar**", sendo orientadas por Sophie Helena Eickmann.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 11 de novembro de 2015.

Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

**Juliana Ribeiro**  
Divisão de Educação na Saúde  
DES/SEGES/SESAU/PCR  
Matricula nº 99.986-R