

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA - PPGVIDA

ALESSANDRA ARAÚJO DA SILVA

**COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS DO
RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS**

MANAUS - AM
2022

ALESSANDRA ARAÚJO DA SILVA

**COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS
DO RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA) do Instituto Leônidas & Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Herkrath

MANAUS - AM

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

S586c

Silva, Alessandra Araújo da

Competências familiares para promoção da saúde e desenvolvimento infantil em comunidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas. / Alessandra Araújo da Silva. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2022.

188 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Herkrath.

1. Promoção à saúde 2. População ribeirinha - Amazonas I. Título

CDU 614-053.2(811.3) (043.3)

CDD 613.043298113

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11 N° 287

Pesquisa realizada no âmbito do projeto “Estudo exploratório das condições de vida, saúde e acesso aos serviços de saúde de populações rurais ribeirinhas de Manaus e Novo Airão, Amazonas”, financiado pelo PPSUS/FAPEAM Chamada nº 001/2017 e Chamada nº 001/2020 – PROEP-Labs/ILMD Fiocruz Amazônia. Projeto executado durante a vigência do Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) na Amazônia Legal – Edital nº 13/2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus por me manter resiliente no desenvolvimento dessa pesquisa e no programa de capacitação, sobretudo por toda proteção divina durante o período de coleta do estudo em meio aos desafios impostos pela pandemia nos últimos anos.

Sou grata à minha família pela compreensão do comprometimento que esse processo exige, por ser minha rede de apoio que me fortaleceu principalmente nos momentos de fragilidade e em todas as jornadas e decisões da minha vida. Gratidão aos amigos que fiz durante esse processo e aos amigos de vida acadêmica que sempre me fortaleceram.

Sou grata especialmente às famílias participantes desse estudo que me permitiram adentrar em suas casas e por toda gentileza que me receberam, e estendo minha gratidão aos agentes comunitários de saúde e diretores das Unidades Básicas de Saúde ribeirinhas pelo suporte durante todo o período de coleta dessa pesquisa.

Ao meu orientador, professor Dr. Fernando José Herkrath, por acreditar na realização dessa pesquisa, por todo conhecimento compartilhado durante a capacitação, pelas valiosas contribuições e pela compreensão do tempo que precisei para conduzir cada etapa dessa pesquisa. Muito obrigada, professor! Você tem uma postura admirável!

Estendo o agradecimento à Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas – FAPEAM, por ter apoiado financeiramente às viagens, estadias e alimentação para a realização da coleta de dados dessa pesquisa durante o período de três meses.

E por fim, agradeço a todo corpo docente e técnico-científico do Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD, da Fiocruz Amazônia por todas as contribuições e ensinamentos compartilhados no decorrer destes anos de capacitação, vocês foram fundamentais durante essa jornada acadêmica da minha vida.

EPÍGRAFE

“Somar esforços para alcançar os objetivos, servir com humildade e misericórdia, sem perder a própria identidade.”

(Zilda Arns)

RESUMO

A população ribeirinha enfrenta baixo investimento em políticas públicas agravado pelo afastamento geográfico imposto como obstáculo para que tenham acesso e oportunidades iguais nas dimensões econômica, educacional e na saúde. Adversidades do início da vida somadas as situações múltiplas, como pobreza, deficiências nutricionais, violência e acesso limitado a bens e serviços de qualidade, afetam o desenvolvimento infantil e ao longo da vida. Estima-se que aproximadamente 250 milhões de crianças menores de 5 anos de países de baixa e média renda, em 2010, foram consideradas em risco de não alcançar seu potencial de desenvolvimento infantil, devido a condições de desnutrição e extrema pobreza. O desenvolvimento infantil está intimamente relacionado com a qualidade encontrada no ambiente familiar. A família é reconhecida como determinante na direção do desenvolvimento infantil, ofertando um ambiente favorável ou prejudicial. O objetivo deste estudo foi avaliar as competências familiares que contribuem para a promoção da saúde e o desenvolvimento infantil de crianças de até seis anos de idade em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas. Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, de abordagem quantitativa. A população de estudo foi composta por todas as crianças de zero até seis anos de idade e seus respectivos pais e/ou cuidadores, residentes em dez localidades rurais ribeirinhas situadas na margem esquerda do Rio Negro: Nova Jerusalém de Mipindiaú, Nova Canaã e São Francisco (Mipindiaú); São Sebastião do Cuieiras e Nova Canaã (Cuieiras); Pagodão, Chita, Mucura e Santa Maria (Santa Maria); e Bela Vista do Jaraqui (Costa do Arara). A coleta foi realizada utilizando o aplicativo *Research Electronic Data Capture* (REDCap). As avaliações foram feitas por meio de entrevistas direcionadas aos pais/responsáveis utilizando os cadernos de caracterização do domicílio, registro dos dados da Caderneta da Criança e avaliação das competências familiares por dois instrumentos: Instrumento de Avaliação de Competências Familiares e o *Home Observation Measurement of the Environment-Short Form* (HOME-SF). Os dados coletados foram exportados diretamente da plataforma REDCap para os softwares Jamovi, versão 1.6.23.0 e Stata SE, versão 15.0, e foram submetidos à análise descritiva. Os resultados mostraram que as crianças estão expostas a condições socioeconômicas desfavoráveis, registro insuficiente da sua condição de saúde na caderneta, principalmente no que se refere a dados de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Baixa performance das competências familiares revelando falhas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como para os cuidados infantis relacionados a higiene, alimentação, prevenção de doenças imunopreveníveis, reconhecimento de sinais de doença na infância, medidas de prevenção de malária e dengue, estimulação psicossocial e prevenção de acidentes domiciliares. As crianças estão expostas a baixa qualidade do ambiente domiciliar, com crianças na faixa etária de zero a três anos recebendo menos estímulos cognitivos, como baixa disponibilidade de livros infantis, pouca leitura compartilhada, menor oferta de brincadeiras interessantes e ambiente inseguro para brincar. Dentro de uma ampla exploração sobre competências familiares relacionadas aos cuidados que promovem a saúde e desenvolvimento infantil foram evidenciados problemas e fatores de risco que são passíveis de intervenções.

Palavras-chave: Competências familiares; Saúde de populações rurais; Qualidade do ambiente; Fatores de risco; Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

The riverside population faces low investment in public policies, aggravated by the geographic distance imposed as an obstacle for them to have equal access and opportunities in the economic, educational and health dimensions. Early life adversities combined with multiple situations such as poverty, nutritional deficiencies, violence and limited access to quality goods and services affect child development and throughout life. It is estimated that approximately 250 million children under 5 years of age in low- and middle-income countries in 2010 were considered at risk of not reaching their child development potential, due to conditions of malnutrition and extreme poverty. Child development is closely related to the quality of the family environment. The family is recognized as a determinant in the direction of child development, offering a favorable or harmful environment. The objective of this study was to evaluate family competencies that contribute to health promotion and development of children up to six years of age in rural communities along the Negro River, Manaus, Amazonas. This was a cross-sectional observational study with a quantitative approach. The study population consisted of all children from zero to six years of age and their respective parents and/or caregivers, living in ten rural riverside locations located on the left bank of the Negro River: Nova Jerusalém de Mipindiaú, Nova Canaã and São Francisco (Mipindiaú); São Sebastião do Cuieiras and Nova Canaã (Cuieiras); Pagodão, Chita, Mucura and Santa Maria (Santa Maria); and Bela Vista do Jaraqui (Costa do Arara). The collection was performed using the Research Electronic Data Capture (REDCap) application. The evaluations were carried out through interviews with parents/guardians comprising the household characterization instrument, registration of data from the Child Health Handbook and assessment of family competencies using two instruments: the Family Competencies Assessment Instrument and the Home Observation Measurement of the Environment-Short Form (HOME-SF). The collected data were exported directly from the REDCap platform to the Jamovi software, version 1.6.23.0 and Stata SE, version 15.0, to carry out descriptive analyzes. The results showed that children are exposed to unfavorable socioeconomic conditions, insufficient registration of their health condition in the health handbook, especially with regard to monitoring data on child growth and development. Low performance of family competencies revealing failures in prenatal, childbirth and postpartum care, as well as childcare related to hygiene, nutrition, prevention of vaccine-preventable diseases, recognition of signs of childhood illness, malaria and dengue prevention measures, psychosocial stimulation and prevention of home accidents. Children are exposed to low quality of the home environment, with children aged from zero to three years receiving less cognitive stimulation, such as low availability of children's books, little shared reading, less offer of interesting games and an unsafe environment to play. Within a broad exploration of family competencies related to care that promote child health and development, problems and risk factors that are amenable to interventions were highlighted.

Keywords: Family relations; Rural populations, health; Home environment; Risk factors; Child development.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comunidades com maior porte populacional nos territórios de abrangência da ESF fluvial ao longo da margem esquerda do rio Negro, Manaus, Amazonas.....36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e informações do recém-nascido e do acompanhamento de saúde na Caderneta de Saúde da Criança (n=84).....	44
Tabela 2. Testes de triagem neonatal e motivos de não realização dos testes.....	45
Tabela 3. Distribuição da cobertura vacinal com atraso de um mês e dois meses ou mais de crianças de até 6 anos de idade de 10 comunidades ribeirinhas e os locais de vacinação.	49
Tabela 4. Características demográficas e socioeconômicas de crianças e famílias de dez comunidades ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.....	51
Tabela 5. Características domiciliares das famílias avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	53
Tabela 6. Dados dos registros de nascimento das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	54
Tabela 7. Dados sobre o pré-natal das mães das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.....	54
Tabela 8. Dados sobre o local de nascimento das crianças e da atenção ao parto nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	56
Tabela 9. Reconhecimento dos sinais de alerta/perigo durante a gravidez e os sintomas de início do trabalho de parto por parte dos responsáveis das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.....	57
Tabela 10. Proporção de crianças que foram amamentadas logo após o nascimento e a duração da amamentação exclusiva nas localidades rurais ribeirinhas avaliadas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	58
Tabela 11. Atitudes maternas durante a amamentação das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	59
Tabela 12. Atitude do responsável por cuidar da criança, em relação à oferta de alimentos ou líquidos para uma criança doente nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	60
Tabela 13. Alimentos consumidos nas 24 horas anteriores à entrevista pelas crianças com mais de 6 meses e até 6 anos de idade, nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas, onde as competências familiares foram avaliadas (n=87)	60
Tabela 14. Percentual de crianças com até seis anos de idade que tinham o esquema vacinal básico completo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas (n=84).	62
Tabela 15. Responsável pelos cuidados da criança reconhece os sinais de doença na infância que indicam a necessidade de procura de serviço médico com urgência nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	62
Tabela 16. Suplementação de vitamina A, sulfato ferroso e consumo de sal iodado pelas crianças com seis meses ou mais em localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.....	63
Tabela 17. Práticas de higiene do cuidador responsável e das crianças com idade até seis anos das localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	64
Tabela 18. Cuidados tomados para prevenir malária ou dengue por famílias das localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.....	65

Tabela 19. Crianças que possuíam em casa algum jornal, revista, livro infantil, brinquedos, tv e a estimulação psicossocial nas casas ribeirinhas.....	66
Tabela 20. Participação da família em brincadeiras com crianças com menos de 1 ano, entre 1 e 2 anos, entre 3 e 4 anos e entre 5 e 6 anos de idade.....	67
Tabela 21. Percentual de crianças com até 6 anos de idade que tem a opinião respeitada.....	68
Tabela 22. Quando a criança com até 6 anos de idade não se comporta bem, o que o responsável pela criança costuma fazer.....	68
Tabela 23. Atitude do responsável, quando a criança não quer comer na hora do almoço ou da janta.	69
Tabela 24. Quem decide o que vai ser comprado e quanto vai ser gasto na compra de coisas para a criança.	69
Tabela 25. Prevenção de acidentes em famílias com crianças com idade menor de um ano e de 1 a 6 anos.	70
Tabela 26. Quem cuida da criança quando o responsável precisa sair.....	71
Tabela 27. Conscientização, demanda e uso de serviços.	72
Tabela 28. Valores não padronizados do escore geral do HOME-SF e dos domínios cognitivo e emocional segundo os grupos etários avaliados no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	72
Tabela 29. Valores padronizados do escore geral do HOME-SF e dos domínios cognitivo e emocional segundo os grupos etários avaliados no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
DI	Desenvolvimento Infantil
DP	Desvio Padrão
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HOME	Observation for Measurement of the Environment
HOME-SF	Home Observation Measurement of the Environment- Short Form
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal por idade
IT	Infant/Toddler
KR20	Kuder-Richardson coefficient of reliability
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PEDI	Pediatric Evaluation of Disability Inventory
PNI	Programa Nacional de Imunizações
REDCap	Research Electronic Data Capture
RN	Recem nascido
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 REFERENCIAL TEÓRICO	23
4.1 Condições de Vida e Saúde em Populações Rurais	23
4.2 Desenvolvimento Infantil	27
4.3 Competências Familiares	30
4.4 Fatores de Risco e de Proteção ao Desenvolvimento Infantil	32
4.5 Políticas de Saúde da Criança para o Desenvolvimento Infantil	36
4.6 O Papel do Contexto Familiar no Desenvolvimento Infantil	38
5 MÉTODO	41
5.1 Tipo de Estudo	41
5.2 Local e População de Estudo	41
5.3 Critérios de Elegibilidade	42
5.4 Instrumentos de Coleta de Dados	43
5.4.1 Caracterização do domicílio.....	43
5.4.2 Dados da caderneta de saúde da criança	44
5.4.3 Instrumento de avaliação de competências familiares.....	44
5.5 Análise dos dados	46
5.6 Considerações éticas	47
6 RESULTADOS	48
6.1 Características do Domicílio	48
6.2 Dados da Caderneta de Saúde da Criança	49
6.3 Indicadores de Competências Familiares	57
6.3.1 Assistência à gestação e ao parto	60
6.3.2 Alimentação.....	64
6.3.3 Prevenção e tratamento das doenças na infância.....	67
6.3.4 Cuidados para prevenir malária e dengue.....	70
6.3.5 Estimulação psicossocial	71
6.3.6 Gerenciamento de comportamento	73

6.3.7 Prevenção de acidentes.....	75
6.4 Instrumento de Observação do Ambiente Domiciliar abreviado (HOME-SF)	78
7 DISCUSSÃO	80
7.1 Uso e preenchimento da CSC	80
7.2 Competências Familiares	84
7.2.1 Características sociodemográficas	85
7.2.2 Assistência à gestação e ao parto	86
7.2.2.1 <i>Atenção pré-natal</i>	87
7.2.2.2 <i>Participação do pai nas consultas de pré-natal</i>	88
7.2.2.3 <i>Planejamento da gravidez</i>	89
7.2.2.4 <i>Tabagismo materno e consumo de bebida alcoólica durante a gestação</i>	89
7.2.2.5 <i>Conhecimento dos sinais de risco na gravidez, sinais indicativos de início do</i>	91
7.2.2.6 <i>Presença de familiar com a mãe no momento do parto</i>	91
7.2.3 Alimentação.....	92
7.2.3.1 <i>Amamentação após o nascimento e duração da amamentação</i>	92
7.2.3.2 <i>Dieta da criança</i>	93
7.2.3.3 <i>Oferta de alimentos sólidos e líquidos para criança doente</i>	94
7.2.4 Prevenção e tratamento das doenças na infância.....	95
7.2.4.1 <i>Cobertura vacinal, suplementação de vitamina A e ferro</i>	95
7.2.4.2 <i>Higiene das cuidadoras e da criança</i>	98
7.2.4.3 <i>Condições em que a criança deve ser levada com urgência ao médico</i>	99
7.2.4.4 <i>Cuidados para prevenir malária e dengue</i>	100
7.2.5 Estimulação psicossocial	102
7.2.5.1 <i>Presença de materiais infantis e interação entre familiares e criança</i>	102
7.2.6 Gerenciamento de comportamento	104
7.2.7 Prevenção de acidentes no domicilio	106
7.3 Qualidade do Ambiente Domiciliar	107
8 CONCLUSÕES	110
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE A	125
APÊNDICE B	130
APÊNDICE C	134

APÊNDICE D	141
ANEXO 1	148
ANEXO 2	162
ANEXO 3	166
ANEXO 4	186

1 INTRODUÇÃO

O cenário Amazônico compreende uma região extensa com um bioma de vasta biodiversidade e uma grande bacia hidrográfica. Dentre as suas inúmeras particularidades, encontramos florestas de terra firme, igapó e várzea, e uma população que vive à margem dos rios, os chamados ribeirinhos. Essa população que se organiza ao longo das margens dos rios sofre com a baixa disponibilidade de políticas públicas e com as barreiras geográficas impostas para que tenham acesso e oportunidades iguais no campo econômico, educacional e na saúde (SILVA; MOURA, 2010; SILVA et al., 2010).

Aproximadamente 250 milhões de crianças menores de cinco anos de países de baixa e média renda, em 2010, foram consideradas em risco de não alcançar seu potencial desenvolvimento infantil, devido a condições de desnutrição e extrema pobreza. Houve um declínio em comparação ao estudo que estimou 279 milhões no ano de 2004, porém embora a prevalência de crianças em risco tenha diminuído, ainda revela uma proporção preocupante, pois os riscos para o desenvolvimento na primeira infância continuam a ser elevados (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; LU; BLACK; RICHTER, 2016).

No Brasil não existem sistemas de monitoramento que possibilitem verificar como as crianças estão evoluindo em relação ao pleno desenvolvimento físico e cognitivo, das competências sociais, emocionais e de comunicação, tampouco inquéritos de base populacional, mas alguns estudos permitem conhecer sobre os aspectos relacionados ao desenvolvimento e bem-estar das crianças em território brasileiro (BRASIL, 2016a). Dois estudos de coorte conduzidos no município de Pelotas, Rio Grande do Sul, com crianças até 12 meses de vida, identificaram 34% com suspeita de atraso no desenvolvimento infantil em 1993 e 21,4% em 2004. Foram apontados como fatores de risco a pobreza, o baixo peso ao nascer, a prematuridade, possuir mais de três irmãos, ausência ou amamentação até três meses (HALPERN et al., 2000, 2008). Outro estudo na coorte de Pelotas, no ano de 2004, enfatizou que fatores socioeconômicos (pobreza, a baixa escolaridade materna e o ambiente precário de estimulação domiciliar) foram muito mais importantes que fatores biológicos na determinação do desenvolvimento infantil e da capacidade cognitiva (BARROS et al., 2010).

Investigações prévias em populações amazônicas ribeirinhas verificaram que 59,4% das crianças menores de dois anos de idade apresentavam estado de saúde ruim em comunidades ribeirinhas do estado do Pará. Os autores apontaram exposição a fatores de risco, como: condições de moradia, atividade econômica dos pais, redução da probabilidade de aleitamento materno exclusivo, tabagismo materno durante a gestação (SILVA; MOURA, 2010). Outros autores relacionaram o atraso na área da linguagem com à pior qualidade de estimulação do ambiente familiar que, por sua vez, apresentou relação com o menor nível socioeconômico, falta de tratamento da água, ausência de energia elétrica, banheiro externo ao domicílio, menor disponibilidade de material de aprendizagem e organização do ambiente (PANTOJA et al., 2018). Além disso, outro estudo identificou insuficiente conscientização e capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem do desenvolvimento infantil, pois somente 22% das mães atendidas na atenção primária à saúde foram questionadas em relação ao desenvolvimento de suas crianças e apenas 14% obtiveram orientações sobre como estimulá-las (FIGUEIRAS et al., 2003).

O desenvolvimento infantil é compreendido como um processo que se origina na vida intrauterina e perpassa vários aspectos, desde o crescimento físico, a maturação neurológica e a constituição de habilidades pertinentes ao desempenho da área cognitiva, social, afetiva e motora da criança que depende da interação com outras pessoas. A aquisição de aptidões ao longo da vida é apoiada nas capacidades fundamentais instituídas na primeira infância (ALMEIDA et al., 2016; MORAES et al., 2010).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 indicam o acompanhamento da saúde e bem-estar de todas as crianças com a finalidade de prover o ideal Desenvolvimento da Primeira Infância, e dentro do domínio do ODS 4, determinam a garantia de acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar (ONU, 2015).

São inúmeros os fatores que influenciam na obtenção de capacidades e habilidades, compreendendo desde a saúde, nutrição, segurança e proteção, cuidadores responsivos e aprendizagem precoce, todos são necessários para promover os cuidados que diminuem as implicações danosas das desvantagens na estrutura e função cerebral e, conseqüentemente melhoram a saúde, o crescimento e o desenvolvimento das crianças (MACHEL, 2017).

Evidências têm mostrado que o desenvolvimento infantil está intimamente relacionado com a qualidade encontrada no ambiente familiar. A família é reconhecida como determinante na promoção do desenvolvimento infantil, que pode ser favorável ou prejudicial (ANDRADE et al., 2005). Quando a família consegue oferecer para a criança uma boa alimentação, acesso à saúde, estimulação precoce apropriada e a convivência em um ambiente familiar acolhedor, ela contribui para que as crianças se tornem indivíduos mais produtivos no futuro, garantindo os seus direitos básicos (CARVALHO, 2016; OLIVEIRA et al., 2018).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) (2005) reconhece as competências familiares como um conjunto dos conhecimentos, saberes e habilidades que incorporados às atitudes e às práticas das famílias que favorecem a sobrevivência, o desenvolvimento, a proteção e a participação das crianças nas atividades rotineiras e nas decisões importantes para ela, ou seja, a família como a fundamental atuante na oferta de cuidados e promotora do adequado desenvolvimento da criança. Partindo dessa premissa, o Unicef e demais parceiros formularam a Estratégia Família Brasileira Fortalecida, reconhecendo que várias habilidades da família convergem para um desenvolvimento adequado da criança e, portanto, precisam ser fortalecidas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é reconhecida como elementar para fortalecer as competências familiares, a partir de atuações em seu território que requerem ações que exigem o aprimoramento de comportamentos, habilidades e atitudes. Tais ações se fazem possíveis, considerando o contato próximo dos profissionais de saúde com as famílias e a longitudinalidade do cuidado, que propicia o conhecimento da realidade da população da área adscrita (UNICEF, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) considera prioritária a vigilância ao desenvolvimento infantil e a estabelece como um eixo integrador da atenção à saúde da criança. Ao reconhecer essa importância, o MS implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança da gestação até os nove anos de vida, sobretudo com cuidado integral na primeira infância e com o diálogo de saberes multidisciplinares. Esta política tem como meta principal a promoção do desenvolvimento integral da criança, cooperando para um ambiente facilitador à vida com circunstâncias dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Desse modo, a perspectiva das Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil e o cenário em que vivem as Populações Rurais Ribeirinhas formam o contexto teórico e metodológico para responder às seguintes perguntas de pesquisa:

Quais as competências familiares para o desenvolvimento infantil em crianças de até seis anos de idade de comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas? Estariam essas crianças mais expostas no ambiente domiciliar a fatores de risco do que a fatores de proteção à saúde e ao desenvolvimento infantil?

2 JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, o foco da estimulação infantil transcende ações centradas exclusivamente nas crianças, expandindo-se para a construção de uma rede de apoio ao desenvolvimento, pois um ambiente pouco estimulante as expõe a fatores de risco para diferentes atrasos no desenvolvimento. Além disso, experiências adversas na infância poderão trazer consequências no decorrer da vida. A importância de discussões sobre o contexto onde essas crianças estão inseridas, podem ser utilizadas, posteriormente, para alertar sobre prioridades de políticas e programas que promovam condições de vida favoráveis a saúde infantil, assim como para educar as famílias para o cuidado, a adoção de modos de vida saudáveis e o reconhecimento dos riscos que podem repercutir negativamente no desenvolvimento de suas crianças (MARTINS et al., 2004).

O cenário em que vivem as populações rurais ribeirinhas amazônicas, que enfrentam dificuldades relacionadas à precariedade de ações das políticas públicas, incluindo a falta de acesso aos serviços públicos essenciais, como educação e saúde, além das precárias condições de moradia, saneamento e acesso a bens, desperta atenção para as crianças e a que estão expostas nesse contexto (SILVA, 2006). Deste modo, torna-se de grande importância acompanhar as condições de vida e saúde, assim como a exposição a fatores que influenciam no desenvolvimento das crianças que vivem nesse contexto, haja vista que naturalmente são vulneráveis nos primeiros anos de vida.

Melhores condições de saúde nessa fase da vida demandam ações de promoção de modos de vida saudáveis e prevenção de doenças, que em conjunto possibilitam o pleno crescimento e desenvolvimento infantil (GRANTHAM-CGREGOR et al., 2007).

Diante das particularidades das áreas rurais ribeirinhas e da escassez de estudos com informações sobre as famílias residentes, bem como seus conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas aos cuidados infantis, propôs-se este estudo, considerando sobretudo que as competências familiares são extremamente importantes para o desenvolvimento infantil até seis anos de vida, por diminuir o impacto dos fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção (PANTOJA et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018). Portanto faz-se necessária a avaliação regular das condições a que estão expostas essas crianças, pois quanto mais precoce forem identificadas

falhas em competências familiares consideradas essenciais à saúde da criança, melhor poderão ser orientadas as tomadas de decisões para mudanças que viabilizem um cenário apropriado, principalmente para promover ambientes que assegurem o pleno desenvolvimento físico e mental das crianças.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar as competências familiares que contribuem para a promoção da saúde e o desenvolvimento infantil de crianças de até seis anos de idade em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características demográficas e socioeconômicas dos domicílios com crianças de até seis anos de idade em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Avaliar as competências familiares e as oportunidades de estimulação no ambiente domiciliar de crianças com até seis anos de idade, residentes em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Analisar o preenchimento e as informações das cadernetas de saúde das crianças com até seis anos de idade, residentes em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas;

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Condições de Vida e Saúde em Populações Rurais

A população rural é definida por critérios diferentes em vários países. Para países e organizações europeias a determinação de áreas rurais e urbanas considera critérios, como: tamanho da população, densidade demográfica, oferta de serviços, participação da agricultura, divisão administrativa, o uso do solo, aglomeração de habitações e até a distância rodoviária percorrida aos centros de serviços mais próximos (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2010). O Canadá e os Estados Unidos consideram o rural como um subproduto do urbano, porém o direcionamento nas últimas décadas é pela busca de alternativas não dicotômicas e simplistas, mediante investimentos em classificações mais refinadas (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

No Brasil adota-se para definição de áreas rurais e urbanas a divisão fundamentada em critérios legais ou político-administrativas, classificando as demarcações urbanas por decisão legislativa dos municípios e as rurais por exclusão, permitindo uma imprecisão, que leva a discussões, pois são influenciáveis por questões tributárias, e tendem a superestimar a população urbana (IBGE, 2015). Uma revisão da classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2017, revelou que 60,4% dos municípios brasileiros foram avaliados como predominantemente rurais, sendo 54,6% rurais adjacentes e 5,8% rurais remotos (BOURKE et al., 2012; ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2010).

A legislação brasileira diz que áreas rurais são as situadas fora dos limites das cidades (sedes dos municípios), das vilas (sedes distritais) e das áreas urbanas isoladas. Outras denominações são adotadas, como: “cidade ou vila, área não urbanizada”; “aglomerado rural isolado, povoado”; “aglomerado rural isolado, núcleo”; “aglomerado rural isolado, outros aglomerados”; “zona rural, exclusive aglomerado rural (IBGE, 2015).

O Brasil rural sendo reconhecido será essencial para intervir no processo saúde-doença no campo da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que o universo rural tem peculiaridades que conduzem a

organização dos serviços de saúde e as práticas sociais e sanitárias. No escopo rural, a questão ambiental é prioritária, pois está diretamente interligada a maneira de viver e a reprodução social. A exemplo, a população rural no semiárido e na Amazônia localizam-se em isolamento geográfico, estando expostas a riscos e agravos de saúde completamente desigual. Seus modos de produzir, estão entre a pesca artesanal, agricultura, mineração, extrativismo, sujeitando essa população a exposições de um conjunto de agravos particulares, que inclusive precisam ser reconhecidos e abraçados pela APS (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Arruda, Maia, Alves (2018) afirmam que as necessidades de saúde dos diversos territórios e grupos sociais precisam ter suas importâncias compreendidas para recomendar e efetuar ações de saúde. Os autores defendem que a saúde da população rural deve receber um olhar bem mais amplo que a doença, com oferta de políticas públicas que envolvam serviços de saúde, geração da renda, educação, habitação, saneamento básico e fatores determinantes do acesso aos serviços.

No Brasil, 72,2% da população rural ainda acessa água somente por meio de poços, cacimbas, açudes e barreiros, muitas vezes com precariedade e com grande possibilidade para causar doenças. A carência de acesso regular a fontes de água potável ainda é uma realidade social brasileira, e crítica, especialmente, para a população rural, sobretudo para aquela em condição de extrema pobreza. As dificuldades estão entre o acesso às políticas públicas, como: falta de acesso à educação, comunicação, saneamento, transporte público, acesso insuficiente aos serviços de saúde em todos os seus níveis (IBGE, 2015; PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

Em 2011, após 10 anos de debates, movimentos sociais no Brasil, junto com instituições de pesquisa e o MS, organizados no Grupo da Terra, formularam dentre as políticas de equidade em saúde instituídas no SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), considerando o cenário descrito acima e o princípio da equidade que orienta as políticas de saúde, caracterizando as demandas e necessidades específicas de certos grupos populacionais, no sentido de reduzir suas vulnerabilidades e minimizar os impactos da determinação social da saúde (BRASIL, 2014; CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017)

A PNSIPCFA enfatiza que essa terminologia 'populações do campo, da floresta e das águas' é justamente para expor a pluralidade, a singularidade, a diversidade e

a heterogeneidade dessas populações que vivem distribuídas em todas as regiões brasileiras com seus modos de viver. Dentro deste contexto estão os camponeses, sendo eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários que habitam ou não no campo. Além destes, estão as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, quilombolas e as que residem ou usam reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas e ainda as populações atingidas por barragens, entre outras (BRASIL, 2014).

Na Amazônia, encontramos uma população que vive às margens dos rios e lagos, os chamados ribeirinhos, constituídos de uma mistura de diferentes grupos sociais (indígenas, nordestinos e migrantes de outras regiões) (GAMA et al., 2018). É uma população que vive em áreas rurais na Amazônia brasileira, distribuídas em uma dimensão geográfica com cerca de 5.020.000km² 4,5. No ano de 2010, foi estimado que o Estado do Amazonas possuía uma população de 3.483.985 habitantes e que 728.495 (20,1%) viviam em área rural (GAMA et al., 2018; IBGE, 2012).

Comumente, os ribeirinhos são desprovidos de infraestrutura mínima de saneamento, serviços de saúde e energia elétrica, condições abordadas por autores como Silva (2006) que retrata a Amazônia como um espaço territorial povoado por pessoas em situação de alta vulnerabilidade, submetidas a desigualdade socioeconômica elevada. O autor adverte que, a desigualdade nas condições de vida é constante na região, tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais, e tem passado por poucas modificações nas últimas décadas, decorrente da falta de políticas sociais que priorizem tais populações. Silva e colaboradores (2011) ressaltam que o cotidiano dos ribeirinhos sofre influência das dinâmicas das águas, o que chamam de cheias e vazantes, impondo entraves de várias dimensões.

São poucos os estudos sobre as condições de saúde e vida dos ribeirinhos no Amazonas. Um estudo realizado entre o período de 2006 a 2007, sobre condições socioambientais de saneamento encontradas nas comunidades ribeirinhas do município de Manacapuru, no Amazonas, observou que o acesso às comunidades ribeirinhas era feito somente por via fluvial. Os ribeirinhos possuíam baixa escolaridade, em algumas comunidades os moradores não possuíam casas em terra firme, apenas palafitas ou mesmo moradias flutuantes com cobertura de amianto, alumínio ou palhas, justificado pela preferência de morar em locais mais próximos de onde podiam pescar, a maior parte delas possuía dois ou três cômodos, falta de saneamento básico, consumo de águas diretamente de fontes (igarapé e cacimba)

sem nenhum tratamento, sem banheiro regular (os dejetos eram lançados diretamente nos cursos d'água). Em caso de doenças, os moradores utilizavam-se da flora ou mesmo da automedicação, para o tratamento, mas sem o acompanhamento médico. Os casos graves eram levados ao hospital em Manacapuru, na canoa com rabeta, viagem com duração aproximada de duas horas. Em alguns lugares, foi possível encontrar energia elétrica, telefonia móvel, pequeno posto de saúde e transportes diários (SOUSA, 2009).

Outro estudo de inquérito populacional, realizado em 2015, investigou 24 comunidades ribeirinhas da região do Médio Solimões, no Amazonas. Dentre seus achados, apontaram como atividade econômica a pesca e a agricultura (63,2%) e baixo nível econômico com renda familiar mensal *per capita* equivalente a 1/3 do salário mínimo daquele ano, falta de energia elétrica fornecida pela distribuidora local em 75% das comunidades, assim como ausência de transporte (lancha) para uso comunitário. De um total de 277 domicílios investigados, metade das casas possuíam de 1 a 3 cômodos e a água para consumo era adquirida diretamente de rios e lagos (64,7%), cujo tratamento da água mais comumente utilizado era o hipoclorito (72,2%). Para acesso ao município, cerca da metade (51,4%) dos ribeirinhos navegava menos de 50km (média 60,4km). Quanto aos problemas de saúde, a maioria (77,4%) relatou ter apresentado problemas nos últimos 30 dias e 44,3% utilizaram plantas medicinais (GAMA et al., 2018).

Guimarães e colaboradores (2020) observaram achados que corroboram com o estudo acima, para mesma região e ano, afirmaram ainda que mais da metade (54,9%) dos ribeirinhos utilizavam pequenas embarcações de madeira, movidas a motor (rabeta), para acessar os serviços de saúde, navegando em média 60,4 km, com tempo médio de viagem de 4,2 h. Em caso de problemas de saúde, o profissional mais procurado foi o médico (42,7%), seguidos dos agentes comunitários de saúde (36,2%) e farmacêuticos (5,3%). Quanto aos serviços de saúde mais procurados, 65,0% afirmaram procurar atendimento diretamente no hospital da cidade, seguido pela Unidade Básica de Saúde (26,6%) e farmácias (5,5%).

Ao longo da história, a nível mundial, as populações rurais são necessitadas de condições favoráveis que visem melhorar a qualidade de vida, o que abrange acesso a saúde, educação, saneamento básico e água potável. O Relatório de Metas de Desenvolvimento do Milênio de 2015 declarou questões dramáticas sobre crianças de áreas rurais de países em desenvolvimento. As crianças rurais têm quatro vezes mais

chances de não frequentarem escolas, e as taxas de mortalidade são aproximadamente duas vezes mais altas em relação às crianças de famílias com condições econômicas favoráveis. Declararam ainda, que apenas 56,0% dos nascimentos têm acompanhamento por profissionais de saúde especializados, em contrapartida, nas áreas urbanas o percentual é de 87,0%. Ressaltaram fatores predominantes, como o acesso a fontes de água potável ser quatro vezes menor e acesso a saneamento ser três vezes menor na zona rural comparado à zona urbana (UNITED NATIONS, 2015).

4.2 Desenvolvimento Infantil

O Desenvolvimento Infantil (DI) compreende o componente basal do desenvolvimento humano, com predomínio nos primeiros anos de vida. Neste período é moldada a arquitetura cerebral a partir da interação entre a herança genética e influências do meio em que a criança vive (SHONKOFF et al., 2012). O DI é compreendido como um processo que se origina na vida intrauterina e abrange vários aspectos, desde o crescimento físico, a maturação neurológica e a constituição de habilidades pertinentes ao desempenho da área cognitiva, social, afetiva e motora da criança, que depende da interação com outras pessoas. A aquisição de aptidões ao longo da vida é apoiada nas capacidades fundamentais instituídas na primeira infância (ALMEIDA et al., 2016; MORAES et al., 2010).

Black e colaboradores (2017a) citam que o DI além de ser um processo maturacional e interativo, originando um progresso ordenado de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, de linguagem, socioemocionais e de auto regulação, é ainda um processo de desenvolvimento, que embora seja igual entre as culturas, as contribuições na progressão podem variar segundo as crianças adquirem habilidades específicas da cultura. Os autores reconhecem que as capacidades básicas estabelecidas na primeira infância são fundamentais para a obtenção de habilidades e aprendizagem na infância, na adolescência e na vida adulta, e provocam efeitos em várias gerações,

Souza e Veríssimo (2015) afirmam ainda que é um processo ativo e singular de cada criança, manifestado por contínuas mudanças nas tais habilidades, com aquisições graduais mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são vistos como etapas

decisivas no processo de desenvolvimento, sendo constituído pela interação das características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. A obtenção do potencial de cada criança está sujeita ao cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento.

Autores como Leme e colaboradores (2016) e Souza e Veríssimo (2015) defendem que o DI é condizente com a teoria bioecológica do desenvolvimento humano proposta por Bronfenbrenner e Ceci (1994) e Bronfenbrenner e Evans (2000), contemplando os quatro elementos da teoria, processo-pessoa-contexto-tempo:

- 1) O processo é o núcleo do modelo ecológico, todas as mudanças que acontecem no desenvolvimento da pessoa estão relacionadas a ele. O desenvolvimento humano ocorre através dos *processos proximais*, que se caracterizam por aspectos que envolvem interação entre o organismo e o ambiente, por períodos prolongados, e são definidos como motores do desenvolvimento. Para que o desenvolvimento ocorra, é necessário que a pessoa esteja inserida em uma atividade com interação efetiva, regular e recíproca, por longos períodos de tempo; esta atividade deve ser progressivamente complexa, com objetos e símbolos presentes no ambiente de convívio direto, que estimulem a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação da pessoa em desenvolvimento. Os *processos proximais* podem fomentar competências ou disfunções a depender das formas de interações.
- 2) Um segundo elemento da teoria é a pessoa, que considera as características biopsicológicas já constituídas e aquelas construídas na interação com o ambiente. As características biopsicológicas (a força, os recursos e as demandas) do indivíduo são tanto produtos quanto produtoras do seu desenvolvimento, pois constituem os elementos que influenciam nos *processos proximais*. A pessoa, um ser biológico, psicológico e social assume um papel ativo capaz de mudar e melhorar as relações no meio ao qual se encontra.
- 3) Contexto é terceiro elemento. Entende-se que diversos contextos produzem formas diferenciadas de desenvolvimento, o tornando sistêmico e dinâmico, suscetível a múltiplas trajetórias. Esta visão demonstra a complexidade que envolve o desenvolvimento, pois é necessário compreender que existe uma rede de relações nos diferentes contextos que se integram e são interdependentes em diversos níveis: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema. O *microssistema* é contexto imediato no qual a

pessoa em desenvolvimento passa a ter experiências diretas, e onde ocorrem os *processos proximais*, como a família e a escola. O autor destaca nesse nível a importância da relação interpessoal, que condiciona minimamente a existência de uma díade, que por sua vez, possui três propriedades: reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afetiva. O *mesossistema* é constituído pelo conjunto ou rede de microsistemas, onde a pessoa em desenvolvimento participa de forma direta; é estabelecido quando a pessoa acessa um novo ambiente; a partir dele ocorre as ligações e as trocas interambientais, a exemplo, as que ocorrem entre família e a escola e também entre a família e a vizinhança. O terceiro contexto, o *exossistema*, diz respeito aos ambientes onde a criança em desenvolvimento (no assunto em questão) não participa ativamente, porém é afetada pelos eventos que ocorrem nesse meio, por exemplo, no local de trabalho dos pais, na sala de aula de um irmão mais velho e na comunidade na qual a família está inserida. O quarto contexto, o *macrossistema*, envolve os sistemas político, econômico e educacional, que envolve valores, ideologias e crenças partilhados por membros de determinadas sociedades ou cultura. Neste contexto, a organização afeta indiretamente as relações interpessoais e a qualidade de vida das pessoas. Os fatores apontados como influentes do desenvolvimento infantil perpassaram todos estes sistemas.

- 4) O quarto elemento da teoria, o tempo, é definido também como *cronossistema*, este é estabelecido por mudanças que ocorrem nas características biopsicológicas que vão sendo construídas no seu tempo de vida, e também aquelas que perpassam ao longo das gerações nos sistemas social, econômico, político e cultural e são afetadas de acordo com o momento histórico.

Importa destacar que, Urie Bronfenbrenner foi um pesquisador que priorizou uma investigação sistêmica e contextualizada acerca do desenvolvimento humano. Para este pesquisador, o ambiente também influencia no desenvolvimento da pessoa, a partir de uma interação mútua entre os quatro elementos citados acima. O modelo ecológico de Bronfenbrenner é descrito como uma série de estruturas que se encaixam, onde cada peça contém ou está contida noutra (LEME et al., 2016).

Todos os aspectos do processo, contexto e pessoa podem ser classificados como protetores, quando oferecem influências favoráveis ao DI, ou de risco ou vulnerabilidade para o DI, quando suas influências são potencialmente prejudiciais. Assim, todos devem ser foco de atenção nas políticas públicas e nas práticas sociais e comunitárias (SOUZA; VERÍSSIMO, 2015). Espera-se um resultado onde a criança seja capaz de responder às suas próprias necessidades e às do seu meio (SIGOLO; AIELLO, 2011).

4.3 Competências Familiares

Segundo o Unicef (2005), competências familiares consiste em conhecimentos, saberes e habilidades que juntamente à efetividade, atitudes e práticas das famílias convergem para a promoção da sobrevivência, desenvolvimento, proteção e participação das crianças.

Outros autores tratam como intervenções parentais, afirmando ser programas sociais e comportamentais com enfoque no fortalecimento de conhecimento, atitudes, práticas e habilidades dos cuidadores, com a finalidade de promover o integral Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI) (BLACK et al., 2017a).

Especialistas abordam “cuidados de criação”, um conceito abrangente, como um ambiente estável que é sensível à saúde e às necessidades nutricionais das crianças, com proteção contra ameaças, oportunidades de aprendizagem precoce e interações responsivas, de apoio emocional e estimulantes do desenvolvimento. São cuidados apoiados por uma grande variedade de contextos sociais – do lar ao trabalho dos pais, cuidados infantis, escolaridade, comunidade em geral e influências políticas. Os cuidados de criação abrangem um conjunto central de componentes inter-relacionados, incluindo: comportamentos, atitudes e conhecimentos relativos à prestação de cuidados, como: saúde, cuidados de higiene e cuidados de alimentação; estimulação do falar, cantar e brincar; capacidade de resposta, como: vínculo precoce, apego seguro, confiança e comunicação sensível; e segurança nas rotinas e proteção contra agravos. Defendem que o contexto isolado mais poderoso para os cuidados de criação é o lar imediato, fornecido pelas mães, pais e outros membros da família, bem como os serviços de cuidados infantis (BRITTO, et al., 2017).

A iniciativa de fortalecer competências familiares ou intervenções parentais, envolve uma ampla gama de intervenções direcionadas a vários riscos,

comportamentos ou aspectos das relações pais-filhos, abrangendo intervenções que empregam estimulação, leitura compartilhada de livros, afeição e sensibilidade parental, gerenciamento de comportamento, disciplina positiva e prevenção de maus tratos e também a saúde mental dos pais (BAKERMANS-KRANENBURG, 2003; ABOUD; YOUSAFZAI, 2015; ACRI; HOAGWOOD, 2015; WRIGHT et al., 2017; LETOURNEAU et al., 2017; LEIJTEN et al., 2018; MOON; DAMMAN; ROMERO, 2020; CHEN; CHAN, 2016; DOWDALL et al., 2020; MCCOY; MELENDEZ-TORRES; GARDNER, 2020). Essa série de intervenções mostraram consistentes benefícios para uma ampla faixa etária de crianças, principalmente durante a primeira infância (ENGLE et al., 2011; BRITO et al., 2017).

Uma revisão sistemática reuniu estudos totalizando 102 intervenções parentais empregadas durante a primeira infância em 33 países e estimou a eficácia para uma série de desfechos no DPI e cuidado. Evidenciaram que intervenções parentais realizadas nos primeiros três anos de vida melhoram o desenvolvimento cognitivo, de linguagem, motor e socioemocional, e diminuíram problemas de comportamento da criança. Aspectos positivos também foram destacados para os familiares, como a melhora do conhecimento parental, das práticas parentais e das interações entre pais e filhos (JEONG et al., 2021).

O Unicef, em 2004, realizou um estudo em diversas localidades do país, em áreas rurais e urbanas, onde a Estratégia Família Brasileira Fortalecida (EFBF) que objetivou fortalecer as competências familiares seria inicialmente implementada, e identificou falhas de competências familiares desde os cuidados no pré-natal, no puerpério, no acompanhamento de saúde das crianças, e principalmente nas práticas saudáveis de alimentação infantil como o aleitamento materno, prevenção de doenças infecciosas – como dengue e malária, reconhecimento de sinais indicativos de doença na infância, estimulação psicossocial, gerenciamento de comportamento e proteção contra violência e acidentes. Foi possível identificar que hábitos não saudáveis como consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro na gestação atingiam dimensões epidêmicas em algumas localidades (UNICEF, 2005).

São poucos os estudos que direcionam o olhar para crianças residentes em áreas rurais no país, sobretudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas que promovam a saúde e o desenvolvimento infantil. Autores revelaram déficits de competências familiares em áreas rurais de alguns estados do país, evidenciando falhas em reconhecer e adotar práticas saudáveis que promovem saúde e previnem

doenças em crianças e gestantes (UNICEF, 2005; CORREIA et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2018).

Após mais de uma década, ainda são escassos os estudos nacionais que englobem as inúmeras dimensões importantes para garantir o desenvolvimento infantil integral, sobretudo para populações mais vulneráveis.

4.4 Fatores de Risco e de Proteção ao Desenvolvimento Infantil

O desenvolvimento apresenta uma natureza multifatorial, sendo um produto de implicações diretas e indiretas, composto de influências que se envolvem de forma complexa, frente à adversidade, acarretando em desfechos diferentes, motivando uma primordial discussão dos fatores de risco e proteção ao desenvolvimento (RIBEIRO; PEROSA; PADOVANI, 2014).

O termo fatores de risco considera condições ou variáveis associadas à possibilidade de ocorrência de danos para a saúde, o bem-estar e o desempenho social. Alguns fatores se relacionam as características dos indivíduos; outros, ao seu ambiente microssocial e outros, ainda, a aspectos estruturais e socioculturais mais amplos (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Déficits no desenvolvimento na infância estão relacionados a vários fatores de risco para a saúde infantil. Dentre os fatores de riscos biológicos, que envolve acontecimentos pré, peri e pós-natais, estão as anomalias cromossômicas, disfunção metabólica, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, infecções, tempo de hospitalização, complicações no parto e na gravidez. Entre os fatores familiares e ambientais estão a pobreza, a baixa escolaridade dos pais, falta de estrutura familiar, maior número de irmãos, exposição a ambientes com pouco estímulo, pouca interação com os pais e poucas oportunidades para participar de atividades de aprendizagem. Além desses, ultimamente as pesquisas têm tido como foco os fatores de risco maternos, como: depressão, violência social, problemas de saúde e nutrição, que também influenciam negativamente no DI (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; PEREIRA; VALENTINI; SACCANI, 2016).

A exposição cumulativa a esses fatores de risco ainda na infância pode repercutir negativamente na maturação da função cerebral, acarretando maiores chances de distúrbios motores, cognitivos, comportamentais ou de linguagem,

prejudicando o desenvolvimento geral e o processo de aprendizagem da criança (TORQUATO et al., 2019).

Autores como Halpern e colaboradores (2000) demonstraram tal desfecho em uma coorte com amostra de 1363 crianças de doze meses, demonstrando a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor a partir da avaliação das crianças com o Teste Denver II. Estes autores identificaram maior chance de atraso no desenvolvimento das crianças quando associada à situações sociais desfavoráveis e com histórico de fatores de risco biológico: pobreza, ter mais de três irmãos, ter nascido com baixo peso, ter nascido com idade gestacional menor que 37 semanas e ter amamentado por tempo inferior a três meses ou não ter amamentado.

Achados na literatura enfatizam que a prematuridade e muito baixo peso provocam repercussões negativas mais tardiamente, ou seja, no desenvolvimento futuro, e no desempenho escolar (KOLLER et al., 1997; MCCORMICK et al., 1989). Além de ser bem conhecido, a questão do peso ao nascer como um fator isolado de maior importância na determinação da mortalidade infantil (HALPERN et al., 2000).

A condição de pobreza está associada a alimentos inadequados, a falta de saneamento e higiene, que provocam aumento de infecções e atraso de crescimento nas crianças, além das repercussões cognitivas mencionadas anteriormente e socioemocionais, com efeitos começando antes do nascimento e continuando na idade adulta. A pobreza também está associada à baixa educação materna, aumento do estresse materno e depressão, e estimulação inadequada em casa. Todos esses aspectos influenciam negativamente o desenvolvimento infantil (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; BRADLEY; CORWYN, 2002).

Quanto a famílias com maior número de filhos, em geral, autores afirmam que nesta conformação há menos estímulos para que as crianças possam explorar seu potencial de desenvolvimento. A falta ou diminuição de estímulo pode estar associada à menor disponibilidade materna para oferecer atenção à criança (HALPERN, et. al., 2000).

O ambiente doméstico tem sido apontado como influenciador no desenvolvimento infantil em decorrência dos estímulos oferecidos neste ambiente. Lamy Filho e colaboradores (2011) verificaram que a baixa renda em uma comunidade da periferia de São Luís, no Maranhão, mostrou associação entre a oferta de estímulo no ambiente familiar e o desenvolvimento de crianças de 2 anos de idade. Andrade e

colaboradores (2005) em um estudo realizado em áreas centrais e periféricas de Salvador, também observaram que o desenvolvimento cognitivo de crianças, entre 17 e 42 meses, possuía associação com a qualidade do estímulo doméstico, que, também, teve relação com o nível de escolaridade materna.

Ribeiro, Perosa e Padovani (2014) explica que a depressão materna pós-parto quando não tratada, pode provocar prejuízos na interação mãe-bebê e déficit cognitivo em crianças, a médio e longo prazo. Diversos estudos elencados em uma revisão mostraram a associação entre a depressão materna e fatores não favorecedores do desenvolvimento infantil, os quais destacaram as dificuldades cognitivas, comportamentais e emocionais. Os autores afirmam que tais dificuldades uma vez configuradas como problemas de saúde mental na infância são capazes de prejudicar o desenvolvimento da criança e podem estar associadas a risco de transtornos psicossociais na vida adulta (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008).

Em contraponto aos fatores de risco, estão os fatores de proteção, que diz respeito a atributos individuais (processos intrapsíquicos), familiares e ambientais que auxiliam na redução ou neutralização dos riscos presentes no ambiente. Tais fatores podem estimular mecanismos de proteção (SCHENKER; MINAYO, 2005). As autoras citam que a interrelação entre fatores de risco e mecanismos de proteção pode desencadear o processo de resiliência, que embora tenha definições bastante variadas, as discussões tem como foco os fatores ou processos intrapsíquicos e sociais que permitem o desenvolvimento de uma vida saudável, apesar de experiências de vida traumáticas.

Os fatores de proteção a saúde e desenvolvimento infantil são: a amamentação exclusiva, educação materna de boa qualidade, acesso a serviços de saúde de qualidade, desenvolvimento de habilidades parentais e de apoio, cuidados e atenção ao desenvolvimento, redução de disciplina rígida, assim como proteção social, redes de segurança e políticas de apoio às famílias, cuidado e proteção da saúde física e mental dos pais e de seu bem-estar, ambiente adequado para aprendizagem precoce e proteção, empoderamento dos pais, orientações sobre nutrição e cuidados à criança (MAIA; WILLIAMS, 2005; PEREIRA; VALENTINI; SACCANI, 2016).

O aleitamento materno tem suas vantagens bastante relatadas na literatura científica, sejam elas nutricionais, psicológicas e de proteção contra infecções, além de melhores desempenhos no desenvolvimento cognitivo futuro (HALPERN et al., 2000). Evidências apontam que crianças que são amamentadas por longos períodos

têm menor morbidade e mortalidade infecciosa, menos oclusões dentais prejudicadas e maior inteligência do que aquelas amamentadas por períodos mais curtos ou não amamentadas. Outras evidências sugerem que a amamentação pode proteger contra o excesso de peso e diabetes ao longo da vida (VICTORA et. al., 2016). Essas discussões estimulam e fortalecem a adoção ao aleitamento materno de forma mais consistente (HALPERN et al., 2000).

Alguns autores afirmam que a escolaridade materna influencia o desenvolvimento cognitivo de crianças através de fatores como a organização do ambiente, variação para a estimulação diária e experiências de materiais para a estimulação cognitiva (ANDRADE et al., 2005b; MARTINS et al., 2004). Estes autores supuseram que as mães com maior escolaridade têm mais acesso a informações sobre desenvolvimento infantil, interagindo de forma mais satisfatória com seus filhos, podendo responder de forma adequada às suas solicitações, de tal maneira, podem prover condições físicas e emocionais favoráveis para seu desenvolvimento.

Orri e colaboradores (2019) referem que o ambiente doméstico abrange tanto fatores relacionais, como a qualidade dos pais, compreendendo a afetividade materna, sensibilidade e responsividade para com a criança, assim como fatores materiais, como a organização familiar, oferta de recursos e materiais de aprendizagem. Os autores afirmam que o ambiente doméstico é um considerável preditor do desenvolvimento infantil e pode gerar resultados diferente nas crianças. De maneira geral, a qualidade e a quantidade de estimulação e suporte disponíveis precocemente no ambiente doméstico é um indicador chave de desenvolvimento cognitivo e socioemocional saudável.

As atividades lúdicas apresentam-se como ferramentas indispensáveis no desenvolvimento infantil, dentro de uma perspectiva sociocultural o brincar é visto como elemento que impulsiona o desenvolvimento, instituindo-se a partir de assimilações e recriação da realidade. A partir do brincar as crianças experimentam habilidades, estimulando a maturação de aspectos físicos e sensoriais, além de influenciar no desenvolvimento emocional e da personalidade da criança. A brincadeira possibilita à criança uma apropriação de códigos culturais e de papéis sociais (CORDAZZO; VIERIA, 2007).

Um estudo longitudinal de Linhares e colaboradores (1999), teve por objetivo acompanhar bebês pré-termos de muito baixo peso (peso ao nascer menor que 1500g), as crianças estudadas foram consideradas resilientes, pois conseguiram

enfrentar as adversidades sucedidas da prematuridade por apresentarem três ou mais fatores de proteção.

Uma revisão sobre depressão materna e a saúde mental de escolares destaca, entre seus achados, que estressores familiares como a organização do ambiente familiar, o nível socioeconômico e a rede de suporte social prestados à mãe e à família apresentam-se como importantes indicadores de recursos ou de dificuldades, podendo servir como mecanismo de risco ou proteção frente ao estado de depressão materna; todavia, resulta da forma pela qual se fazem presentes, pois podem potencializar os recursos e até as dificuldades encontradas no ambiente familiar (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008).

Quanto ao suporte social, Lewis e colaboradores (1988) afirmam que este pode ser determinante no amparo do indivíduo durante as crises e eventos negativos. Estes suportes sociais envolvem as relações na vizinhança, na família ampliada com a comunidade, com os pares e o suporte de instituições públicas ou privadas que colaborem para o bem-estar, educação e saúde da família e da criança.

4.5 Políticas de Saúde da Criança para o Desenvolvimento Infantil

Atualmente, a puericultura consolida-se com bases científicas. O ponto de vista estritamente biomédico passou a ser menos recomendado e desenvolveu-se uma equipe multiprofissional em parceria com as famílias e comunidades, considerando que a população infantil apresenta novas necessidades e demandas em saúde (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

Tanto para o crescimento, quanto para o desenvolvimento, espera-se respostas a padrões ou marcos decorrentes de uma capacidade geneticamente programada. A avaliação atenta permite acompanhar o desempenho destes elementos de forma adequada e associada, como parâmetros sensíveis do processo saúde-doença individualmente e coletivamente. O desenvolvimento infantil visto como prioridade deveria ser lógico e concretizado, pois simbolizaria uma fase avançada do nível de cuidados de saúde da criança, visto que é exequível no contexto de países mais avançados (CAMINHA et al., 2017).

No ano de 1984 em decorrência da elevada mortalidade infantil ocorreu um compromisso do MS em apoiar a vigilância do desenvolvimento infantil, a partir da instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC, porém o

tema desenvolvimento ainda ficou subvalorizado em detrimento dos outros cuidados básicos. Foi então em 2004 que o MS assumiu outro posicionamento em relação ao desenvolvimento infantil, a partir de então, passou a ser referenciado e de fato recomendado normativamente. Em 2005, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) passou a ser o instrumento principal para registro e monitoramento da saúde infantil na atenção primária. Ela é considerada fundamental para acompanhar as ações de promoção, analisando a total potencialidade do crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção dos agravos prevalentes na infância (ALMEIDA et al., 2016; CAMINHA et al., 2017).

A atenção primária constitui para a criança a porta de entrada da assistência à sua saúde, sendo considerada o pilar essencial para a vigilância do desenvolvimento infantil no Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA et al., 2012). No Brasil, houve várias reformulações sucessivas no modelo assistencial da atenção primária à saúde, até se adotar a ESF como modelo preferencial. O MS reconheceu a ESF como a porta prioritária do SUS, passando a ser indicada no âmbito nacional, o que possibilitou interiorizar o acesso a serviços de saúde e praticar ações e cuidados integrais de promoção, proteção e conservação da saúde dos indivíduos nas inúmeras fases da vida (BRASIL, 2011).

Diante dos cuidados efetivados pela ESF, a atenção à saúde da criança é considerada uma área prioritária. A influência positiva da ESF na saúde da criança foi evidenciada por muitos estudos, que mostraram dentre inúmeros benefícios, a vigilância em saúde e o controle regular dos problemas de saúde mais prevalentes nessa fase da vida. A ESF além de minimizar as barreiras financeiras e propiciar às famílias maior acesso aos serviços para suprir suas necessidades de saúde, reduz a morbimortalidade infantil e as internações hospitalares na infância (OLIVEIRA; MOREIRA; LUIZ, 2019).

O MS aprovou a PNAISC, com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança da gestação até os nove anos de vida, sobretudo com cuidado integral na primeira infância e com o diálogo de saberes multidisciplinares. Esta política tem como meta principal, a promoção do desenvolvimento integral da criança, cooperando para um ambiente facilitador à vida com circunstâncias dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015). A PNAISC se estrutura em sete eixos estratégicos, com o objetivo de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no âmbito nacional, a partir de determinantes sociais e condicionantes que garantam o

direito à vida e à saúde, com intuito de efetivar medidas que possibilitem o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de maneira saudável e harmoniosa, assim como busca reduzir as vulnerabilidades e riscos no acometimento de doenças e outros agravos, e direciona a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015). Os eixos contemplam:

I - a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; II – o aleitamento materno e alimentação complementar saudável; III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015, p.37).

4.6 O Papel do Contexto Familiar no Desenvolvimento Infantil

O primeiro alicerce formador da criança é a família. Ela representa o contato contínuo que tem o privilégio de favorecer no processo de desenvolvimento da criança. Quando a família tem condições de fornecer à criança uma boa alimentação, acesso à saúde, estimulação precoce adequada e o convívio em um ambiente familiar acolhedor, isto favorece que as crianças se tornem futuramente indivíduos mais produtivos e garante para a criança seus direitos básicos (CARVALHO, 2016; OLIVEIRA et al., 2018).

Diversos estudos investigaram o ambiente domiciliar e sua influência no desenvolvimento infantil. Porfírio e Faganello (2012) investigaram o possível efeito do ambiente urbano e rural no desempenho funcional de crianças de até seis anos de idade, em uma amostra de 30 crianças divididas em dois grupos, avaliadas pelo teste funcional Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), e constataram que não houve diferença significativa nas áreas de autocuidado e mobilidade, tanto em relação às habilidades funcionais quando à assistência do cuidador, porém na área de função

social foi observado um desempenho inferior das crianças residentes na área rural, assim como nas habilidades funcionais e na assistência do cuidador, concluindo que para as tais crianças que viviam na área rural, o desenvolvimento das funções sociais foram pior do que as crianças que vivem na zona urbana.

Pantoja e colaboradores (2018) analisaram o efeito dos fatores ambientais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, em uma amostra de 50 de crianças, com idade entre 24 a 36 meses, utilizando Infant/Toddler (IT) HOME Inventor, para analisar a qualidade do ambiente familiar e o Teste de Triagem de Denver II para triagem do desenvolvimento neuropsicomotor, na comunidade amazônica Panacauera, em Igarapé-Miri, Pará. Em relação ao desenvolvimento infantil foi observado que a maioria significativa das crianças ribeirinhas apresentou o desenvolvimento neuropsicomotor normal. A área motora grossa não mostrou nenhum desvio, enquanto dentre as crianças na faixa de atraso (26%), a área mais afetada foi a da linguagem (24%), quase em sua totalidade. Com relação as crianças detectadas com algum atraso ou risco no desenvolvimento, a discreta maioria das variáveis de qualidade do ambiente familiar, apresentaram alto e médio risco, com destaque para as características da organização de rotina da criança dentro e fora de casa, brinquedos disponíveis e variedade de experiência vivenciada pela criança que, por sua vez. Os autores afirmam que a qualidade do ambiente sofreu influência significativa das condições socioeconômicas e de moradia dos infantes.

Com relação à importância da qualidade do ambiente para o desenvolvimento infantil, o Unicef (2005) realizou uma pesquisa envolvendo inúmeras localidades: a Aldeia Te'yi Kue (Mato Grosso do Sul), Belém (Pará), Cabo de Santo Agostinho (Pernambuco); Juazeiro (Bahia); Pelotas (Rio Grande do Sul), Quilombos em Itapecuru-Mirim (Maranhão); Salvaterra (Pará) e Tauá (Ceará). Foi identificado que muitas mães não realizavam o número mínimo recomendado de consultas no pré-natal. Até mesmo onde foi observada maior frequência ao pré-natal, no município de Pelotas, cerca de 25% das gestantes haviam realizado menos de sete consultas. O consumo de bebidas alcoólicas e de cigarro na gestação também se mostrou comum, chegando a apresentar dimensões epidêmicas em Pelotas e Itapecuru-Mirim. Além disso, mais da metade das crianças havia sido exposta durante a gestação a, pelo menos, uma dessas substâncias. Ainda foram encontradas baixas taxas de aleitamento materno, falta de acesso a brinquedos e livros, pouca participação dos

pais na vida de seus filhos e violência, como alguns dos elementos que compõem um quadro desafiador.

Para o Unicef (2015), a família é o espaço natural e privilegiado para reverter essa situação, garantindo os direitos das crianças. Para que ela cumpra bem o seu papel, precisa ser apoiada e fortalecida. Essa tarefa exige o aprimoramento de comportamentos, habilidades e atitudes, o que é denominado de competências familiares. Correia e colaboradores (2005) também avaliaram as competências familiares, analisando as principais características socioeconômicas da família, características biológicas e de morbidade da criança e conhecimentos, atitudes e práticas das mães relacionadas aos cuidados infantis, em áreas rurais de 22 municípios do estado do Ceará. Foram identificados diversos problemas nos cuidados infantis passíveis de intervenção, como: famílias que ainda não dispunham de água encanada e saneamento básico, índice de analfabetismo alto, porém diferentes entre pais e mães, bem como aspectos positivos a serem estimulados, como observado na associação positiva entre a escolaridade materna e o acompanhamento da gestação e do parto por parte do pai, mães mais escolarizadas fumaram menos na gestação, amamentaram mais e realizaram mais consultas no pós-parto, e as crianças se apresentaram amamentadas e imunizadas em elevadas proporções. Em relação ao desenvolvimento infantil, foi observado nos domicílios um ambiente pobre em termos de disponibilidade de objetos lúdicos, mas rico em relação à interação criança-adultos.

Diante do exposto, a qualidade do ambiente familiar destaca-se como um fator muito importante a ser investigado em relação às condições favoráveis para o desenvolvimento de crianças dentro de famílias residentes em áreas rurais ribeirinhas da Amazônia, uma vez que pode prover elementos importantes para a construção de políticas públicas e ações intersetoriais nestas populações, a fim de propiciar a promoção da saúde e minimizar os fatores de risco para o desenvolvimento infantil.

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

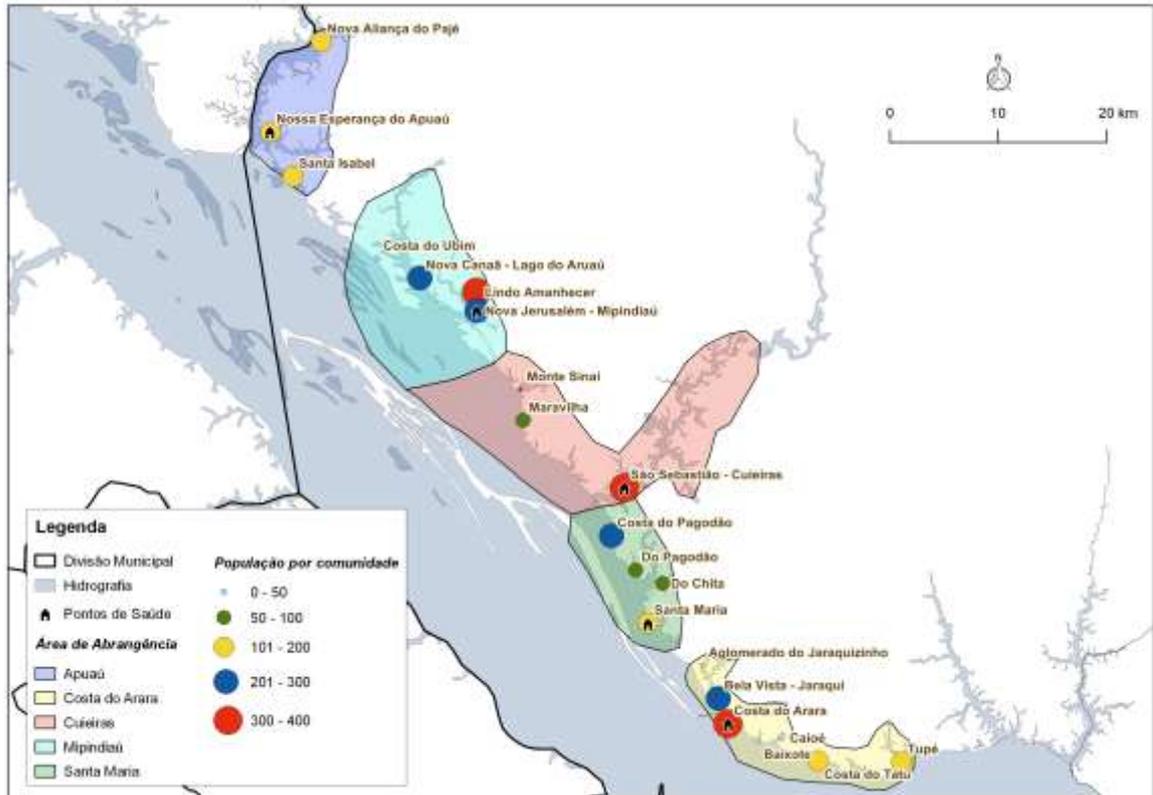
Trata-se de um estudo observacional transversal, de abordagem quantitativa.

5.2 Local e População de Estudo

O estudo foi realizado em Manaus, Amazonas, no norte do Brasil, onde no último censo em 2010 apresentou uma população de aproximadamente 1.802.014 milhões em Manaus, das quais aproximadamente 162 mil crianças entre 0 e 4 anos e cerca 165 mil entre 5 a 9 anos eram residentes de Manaus (IBGE, 2012).

A população de estudo foi composta por crianças com até seis anos de idade e seus respectivos pais e/ou cuidadores, residentes em dez localidades rurais ribeirinhas situadas na margem esquerda do Rio Negro, área rural do município de Manaus, estado do Amazonas. Todos os domicílios com crianças foram elegíveis. Dez comunidades rurais ribeirinhas situadas na margem esquerda do Rio Negro, em Manaus, no estado do Amazonas, foram escolhidas, sendo elas: Nova Jerusalém de Mipindiaú, Nova Canaã e São Francisco (Mulato); São Sebastião do Cuieiras e Nova Canaã (Cuieiras); Pagodão, Chita, Mucura e Santa Maria (Santa Maria); e Bela Vista do Jaraqui (Costa do Arara). As comunidades concentravam um maior número de crianças na faixa etária de interesse e representavam três áreas de abrangência distintas do território coberto pela equipe de ESF fluvial, responsável pela oferta de serviços de atenção primária à saúde às localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro. A Figura 1 mostra a localização das comunidades na área de estudo.

Figura 1 – Comunidades com maior porte populacional nos territórios de abrangência da ESF fluvial ao longo da margem esquerda do rio Negro, Manaus, Amazonas.



Fonte: Dados cartográficos: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA e IBGE. Mapa elaborado pelo Núcleo de Apoio à Pesquisa/NAP/ILMD/FIOCRUZ, Manaus, 2017.

5.3 Critérios de Elegibilidade

Para identificar as crianças elegíveis, foram utilizados os dados cadastrais fornecidos pelo Distrito de Saúde Rural da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, a partir dos registros administrativos das unidades de saúde existentes como apoio da Unidade Básica de Saúde Fluvial no território. Durante o trabalho de campo, os agentes comunitários de saúde (ACS) auxiliaram na identificação dos domicílios, quando necessário.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ser morador das comunidades selecionadas; famílias com crianças em idade de 0 (zero) a 6 (seis) anos; ser a criança mais velha dentro da faixa etária de 0 (zero) a 6 (seis) anos, crianças cadastradas pelas equipes de ESF Fluvial responsável pela sua área de

moradia. Foram excluídas do estudo crianças com deficiência ou que necessitassem de cuidados especiais da família.

A faixa etária das crianças desse estudo foi escolhida a partir do que foi definido na PNAISC no âmbito do SUS, onde cita que a primeira infância se refere a pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses, e o estudo realizado pela UNICEF, em 2005, que adotou essa faixa etária como de extrema importância para receber os cuidados adequados advindos das famílias e demais serviços de saúde (BRASIL, 2015; UNICEF, 2005).

Na visita domiciliar, os respectivos pais/responsáveis das crianças foram esclarecidos e convidados para participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), consentindo a participação no estudo.

5.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por uma única avaliadora, mestranda do programa de pós-graduação do Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia, após os procedimentos de treinamento e calibração, entre os meses de outubro a dezembro de 2020. A coleta ocorreu nos meses de maio, junho e julho de 2021, com registros em meio eletrônico, utilizando o aplicativo *Research Electronic Data Capture* (REDCap).

As avaliações foram feitas por meio de entrevistas direcionadas aos pais/responsável utilizando os cadernos com dimensões especificadas a seguir:

- A – Caracterização do domicílio;
- B – Registro dos dados da caderneta da criança (dados sobre gravidez, parto e puerpério, dados de nascimento, dados de crescimento e desenvolvimento e da situação vacinal);
- C – Avaliação das competências familiares.

5.4.1 Caracterização do domicílio

A princípio foi feita a caracterização dos domicílios e das famílias, onde foram coletados: coordenadas de georreferenciamento do domicílio; identificação do responsável informante; nome da comunidade em que reside; tempo de moradia na

comunidade; número de moradores no domicílio; caracterização física e sanitária do domicílio; informações socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, raça/cor, escolaridade dos pais, renda familiar e ocupação principal dos provedores do domicílio) (Apêndice C).

4.4.2 Dados da caderneta de saúde da criança

A caderneta de saúde da criança (CSC), implantada pelo MS em 2005, em substituição ao Cartão da Criança, apresenta-se como instrumento essencial de vigilância, por ser o documento onde são registrados os dados e eventos mais significativos para a saúde infantil, por possibilitar o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança e especialmente por pertencer à criança e à família e com elas transitar pelos diferentes serviços e níveis de atenção demandados no exercício do cuidado com a saúde. Esse documento é entregue às famílias nas maternidades e fica sob a sua guarda devendo acompanhar a criança sempre que esta for levada a qualquer serviço de saúde. Os registros devem ser efetuados por todos os profissionais de saúde que assistem à criança. Embora todos os cenários da atenção à saúde devam se responsabilizar pela verificação e o preenchimento da CSC, é particularmente nas maternidades e nos serviços de atenção primária que o adequado manejo deste instrumento se constitui em permanente desafio, por serem estes os locais onde grande parte das informações é gerada (LIMA et. al., 2016).

Para avaliar o preenchimento da caderneta, foram utilizadas as orientações do Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2005a; ABUD et al., 2015). Foram coletados os dados registrados de: gravidez, parto e puerpério; do recém-nascido; do crescimento e desenvolvimento; dos exames de triagem neonatal; da alimentação; de suplementação de ferro e vitamina A; do calendário vacinal; além do registro de possíveis intercorrências clínicas (Apêndice D).

5.4.3 Instrumento de avaliação de competências familiares

Foi aplicado o instrumento de avaliação das competências familiares que consiste em um formulário padronizado e pré-codificado, estruturado com 98 perguntas fechadas, que contemplam inúmeras competências familiares (Anexo 1). O

instrumento foi elaborado e testado pelo Unicef em 2005 e possibilitou compreender sobre as competências familiares para o desenvolvimento infantil, investigando a que estão submetidas as crianças com até 6 anos de idade.

O questionário é composto de 22 blocos, definidos em: Bloco A – Identificação; Bloco B – Pré-natal; Bloco C – Nascimento; Bloco D – Alimentação; Bloco D1 – Apenas para as crianças com mais de seis meses; Bloco D2 – Apenas para as crianças com idade entre 1 e 6 anos; Bloco E – Suplementação; Bloco F – Prevenção e Tratamento das Doenças; Bloco G – Estimulação Psicossocial; Bloco G1 – Apenas para as crianças com menos de 1 ano de idade; Bloco G2 – Apenas para as crianças com idade entre 1 e 2 anos; Bloco G3 – Apenas para as crianças com idade entre 3 e 4 anos; Bloco G4 – Apenas para as crianças com idade entre 5 e seis anos; Bloco H – Gerenciamento do comportamento; Bloco I – Proteção; Bloco I1 – Apenas para as crianças com 1 ano de idade; Bloco I2 – Apenas para as crianças com idade igual ou maior a 1 ano; Bloco J – Conscientização, Demanda e Uso de serviços; Bloco J1 – Apenas para as crianças com idade entre 0 e 3 anos; Bloco J2 – Apenas para as crianças com idade entre 4 e 6 anos; Bloco L – Estresse e Depressão – apenas para as mães que tiveram filho nos últimos 6 meses; Bloco M – Socioeconômico.

Também foi aplicado o Home Observation Measurement of the Environment-Short Form (HOME-SF) – Instrumento de Observação do Ambiente Domiciliar abreviado – que consiste em uma medida importante da qualidade do ambiente doméstico com crianças (Anexo 2). Ele tem sido amplamente utilizado em outros países para contribuir e ajudar a explicar outras características do desenvolvimento ou comportamentos da criança em pesquisas, cujo objetivo é investigar as associações entre a qualidade do ambiente domiciliar da criança e as características e comportamentos familiares e maternos prévios.

O HOME-SF é uma modificação do inventário Observation for Measurement of the Environment (HOME) (BRADLEY; CALDWELL 1984; BRADLEY, 1993), que compreende uma medida observacional única da qualidade da estimulação cognitiva e do apoio emocional oferecido pela família de uma criança. O HOME-SF requer cerca da metade do tempo que o Inventário HOME original. Mais da metade dos itens do HOME-SF são relatos de mães nas múltiplas respostas, que foram reformulados a partir do instrumento original.

O HOME-SF teve suas propriedades psicométricas avaliadas no *National Longitudinal Survey of Youth*, um estudo longitudinal conduzido nos Estados Unidos

da América (Mott, 2004). O instrumento está dividido em quatro componentes, com base na idade da criança: (1) crianças menores de três anos; (2) crianças de 3 a 5 anos; (3) crianças de 6 a 9 anos; e (4) crianças com 10 anos ou mais. Neste estudo foram utilizados os três primeiros componentes do inventário, pois serão incluídas famílias com crianças até seis anos de idade. Foram também realizadas as etapas de tradução e retradução do instrumento, bem como sua adaptação transcultural, envolvendo discussões com um painel de especialistas e representantes da população de estudo (equivalência conceitual e de itens). O questionário utilizado, definido após estas etapas, está apresentado no Anexo 3. Os itens idênticos já avaliados no inventário de competências familiares não foram repetidos.

A pontuação total bruta para o HOME-SF é um somatório simples das pontuações registradas dos itens individuais e varia de acordo com a faixa etária, uma vez que o número de itens individuais varia de acordo com a idade da criança. Cada item tem resposta dicotômica (0 ou 1) ou deve ser recodificado para tal em caso de respostas não-dicotômicas, conforme orientação do instrumento. A aplicação do instrumento foi realizada em duplicata em 20% da amostra.

5.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram exportados diretamente da plataforma REDCap para os softwares Jamovi, versão 1.6.23.0 e Stata SE, versão 15.0, para análise dos dados. Inicialmente os dados foram submetidos à análise descritiva, segundo as dimensões dos instrumentos utilizados. As variáveis contínuas foram apresentadas pela média e desvio-padrão e as categóricas pelas frequências absoluta e relativa.

Os escores total e dos domínios cognitivo e emocional do HOME-SF foram descritos também de forma padronizada (0-100) para permitir a comparação. A consistência interna do instrumento foi avaliada por meio do coeficiente Kuder-Richardson (KR20). Este teste é uma medida de consistência interna para instrumentos com itens dicotômicos. Ele produz uma medida de correlação entre 0 e 1,0, onde um alto coeficiente KR20 (por exemplo, > 0,90) é indicativo de um instrumento consistente. O valor KR20 de 0,8 foi considerado o valor mínimo aceitável. A reprodutibilidade foi avaliada por meio do coeficiente de correlação intraclasse (CCI).

5.6 Considerações éticas

A coleta de dados respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde e o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação com aprovação com número de CAAE: 31634620.8.0000.0006 (Anexo 4). Foi obtida a anuência da comunidade e os informantes receberam uma cópia do TCLE e foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios do estudo, sendo obtido o consentimento por escrito (Apêndice A).

Para esta pesquisa, foram esclarecidos os riscos de desconforto ou constrangimento em algumas perguntas específicas do questionário ou pelo tempo total exigido para a avaliação. Foi garantida a confidencialidade das informações obtidas, resguardando-se a privacidade do informante e sua família. Após o consentimento da participação, os participantes foram informados sobre o direito de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, que poderia ser, antes, durante ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo.

Os resultados do estudo permitiram identificar as principais deficiências sobre os cuidados relacionados à promoção do desenvolvimento infantil através de uma visão global do contexto em que a criança vivia e posteriormente poderá subsidiar na elaboração das políticas, programas e ações voltadas à população infantil destas localidades, por meio de orientações de práticas que também podem ser desempenhadas pelos profissionais da atenção primária à saúde que visem minimizar o efeito do ambiente inadequado para o desenvolvimento da criança e que tenham por consequência a promoção da saúde dessa população.

6 RESULTADOS

6.1 Características do Domicílio

Neste estudo foram incluídos um total de 91 domicílios, todos com pelo menos uma criança com idade de 6 anos ou menos. O número médio de moradores por domicílio foi de 4,91 ($\pm DP = 1,67$). O número total de crianças domiciliadas com 6 anos ou menos foi de 117, representando em média 1,29 ($\pm DP = 0,50$) moradores por domicílio com 6 anos ou menos de idade.

Com relação as características demográficas e socioeconômicas das crianças e responsáveis, a faixa etária das entrevistadas esteve entre 14 a 75 anos, com idade média de 31,0 anos ($DP = 11,01$).

A maioria relatou cor da pele parda (91,2%) e ter frequentado a escola até o ensino médio (52,7%). Outras 9,9% possuíam escolaridade até a quarta série do ensino fundamental e 3,3% não havia estudado. Sobre condições de saneamento mínimo, 42,9% dos domicílios possuía sanitário/latrina dentro de casa (com ou sem descarga), com latrina/sanitário usado fora de casa somente pelo próprio domicílio foi 26,4% e de forma coletiva foi 20,9%. 95,1% dos sanitários eram ligados a fossa rudimentar/rasa. As moradias em sua maioria eram de piso e parede de madeira, respectivamente 76,9% e 94,5%, e todas possuíam cobertura de telha de zinco ou amianto.

Com relação a água consumida, 73,6% utilizavam a água do poço artesiano da escola da comunidade para beber, 18,7% consumiam água do rio, igarapé e lago. O tratamento da água para consumo era feito por 79,1% com hipoclorito de sódio e 20,9% filtravam ou ferviam a água. 51,6% possuía pelo menos uma torneira funcionando com água. O lixo produzido era enterrado ou queimado na própria comunidade por 84,6%; 14,3% usavam o recolhimento pelo serviço de limpeza pública. 96,7% dos domicílios direcionavam ao mesmo destino o lixo nos períodos de seca e cheia.

A energia elétrica estava presente em 85,7% dos domicílios, com o fornecimento descontínuo para 53,8%, a oferta era somente algumas horas do dia e da noite pelo gerador da única escola de cada comunidade ou pelo gerador próprio da residência. Domiciliados das comunidades rurais mais próximas da área urbana de Manaus possuíam acesso à rede de energia elétrica, o que representa 31,9%.

Entrevistadas que declararam como principal ocupação como ser “do lar” foram 48,4% e 26,4% exerciam trabalho rural de forma autônoma (Agricultura/Piscicultura/Extrativismo). Cerca de 82,4% das famílias tinham moradores no domicílio com trabalho, com 64,9% das famílias possuindo uma renda mensal total inferior a 1 salário mínimo. 29,7% referiu maior remuneração na seca, e em contraposição, 22% apontou ser maior na cheia. Dentre todas as famílias, 83,5% relataram receber benefícios ou auxílios sociais, dos quais 65,9% recebiam o Bolsa Família e entre estas, 83,1% se deslocavam até a zona urbana de Manaus para receber o benefício mensalmente.

A criança avaliada foi a mais velha do domicílio, entre as que tinham até 6 anos de idade. A idade variou entre 2 meses a 6 anos e 8 meses, com idade média de 3,74 anos ($\pm DP=1,94$). 56,0% era do sexo masculino e 44,0% do sexo feminino. A maioria das crianças era da cor parda (80,2%), as demais foram declaradas como brancas (12,1%), preta (1,1%) e indígenas (6,6%).

6.2 Dados da Caderneta de Saúde da Criança

Dentre as 91 crianças avaliadas, 92,3% possuíam o cartão ou a caderneta de saúde disponível na entrevista. Considerando as orientações do manual para utilização da CSC, publicado pelo Ministério da Saúde, sobre o preenchimento das informações do recém-nascido, gestação, parto e puerpério, verificou-se conforme mostra a Tabela 1 os dados das 84 cadernetas de saúde/cartão de vacina, onde foi identificado maior preenchimento do peso ao nascer (86,9%) e mais de 80% tiveram registros do Apgar no 1° e 5° minuto, comprimento ao nascer, perímetro cefálico, tipo de parto e idade gestacional. Das crianças que possuíam o registro do peso, 9,5% apresentaram peso menor que 2,500 gramas. Entre os campos de registros de acompanhamento de saúde da criança na APS ou em outros serviços, o registro da vacina foi universal e o da vitamina A foi elevado, com registros em 92,9% das cadernetas. Por outro lado, o acompanhamento do crescimento da criança não constava na CSC de 82,1% das crianças e houve ausência total de anotações sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, registro no cronograma de erupção dentária e odontograma.

Tabela 1. Preenchimento dos dados sobre gravidez, parto, puerpério e informações do recém-nascido e do acompanhamento de saúde na Caderneta de Saúde da Criança (n=84).

Variável	Preenchido	
	Sim, n (%)	Não, n (%)
<i>Dados do recém-nascido</i>		
Peso ao nascer	73 (86,9)	11 (13,1)
Comprimento ao nascer	69 (82,1)	15 (17,9)
Perímetro cefálico ao nascer	69 (82,1)	15 (17,9)
Idade gestacional da criança	68 (81,0)	16 (19,0)
Apgar no 1º minuto	70 (83,3)	14 (16,7)
Apgar no 5º minuto	70 (83,3)	14 (16,7)
Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade	57 (67,9)	27 (32,1)
Testes de triagem neonatal	63 (75,0)	21 (25,0)
<i>Dados da gravidez, parto e puerpério</i>		
Tipo de parto	69 (82,1)	15 (17,9)
Trimestre de início do pré-natal	60 (71,4)	24 (28,6)
Número de consultas de pré-natal	65 (77,4)	19 (22,6)
<i>Dados de acompanhamento de saúde da criança</i>		
Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico	5 (6,0)	79 (94,0)
Acompanhamento do crescimento	15 (17,9)	69 (82,1)
Anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor	0 (0,0)	84 (100,0)
Registro da vitamina A	78 (92,9)	6 (7,1)
Registro do uso de ferruginoso	23 (27,4)	61 (72,6)
Já tomou alguma vacina	84 (100,0)	0 (0,0)
Registro no cronograma de erupção de dentaria	0 (0,0)	84 (100,0)
Registro no odontograma	0 (0,0)	84 (100,0)

Com relação ao acompanhamento do crescimento no gráfico, o registro de peso estava presente somente para 17,9% e da altura apenas para 16,7% das crianças. Além disso, 47,3% dos responsáveis relataram que nenhum profissional de saúde havia explicado em algum momento como estava o peso ou o desenvolvimento da criança e mais de 50% afirmaram realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da sua criança na unidade básica de saúde fluvial (barco da SEMSA).

Informações sobre os exames de triagem neonatal estavam presentes em 75% das CSC avaliadas. Os registros da manobra de Ortolani constavam em 72,6% das CSC, com sinal positivo em uma criança (1,6%). A Tabela 2 mostra que mais de 80% dos responsáveis relataram que suas crianças haviam realizado os testes de triagem neonatal do olhinho, pezinho, coraçõzinho e orelhinha. Entre as crianças que não

fizeram os testes, o principal motivo relatado pelas mães foi o teste não ter sido solicitado pelo serviço ou profissional de saúde. Os testes do olhinho e do coraçãozinho apresentaram resultados normais para mais de 94%. O teste da orelhinha apresentou maior percentual de resultados alterados, 9,2% no ouvido direito e 17,1% no ouvido esquerdo. O resultado do teste do pezinho não estava presente para 89,7% das crianças que realizaram o exame. Quanto ao período de realização dos testes, mais de 90% foi realizado na primeira semana de vida, e os resultados dos testes de olhinho, coraçãozinho e orelhinha foram recebidos no intervalo de 15 dias ou menos. Contudo, o resultado do teste do pezinho não foi recebido por 57,7% dos responsáveis.

Tabela 2. Testes de triagem neonatal e motivos de não realização dos testes.

Variável	(continua) n (%)
<i>Teste do olhinho</i>	
Fez o teste do olhinho (n=91)	
Sim	73 (80,2)
Não	13 (14,3)
Não sabe	5 (5,5)
<i>Teste do reflexo vermelho (n=73)</i>	
Normal	71 (97,2)
Alterado	0 (0,0)
Não tinha o resultado	2 (2,8)
Quando foi realizado o teste do olhinho (n=73)	
Na primeira semana de vida	69 (94,5)
Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida	4 (5,5)
Após o primeiro mês de vida	0 (0,0)
Não sabe	0 (0,0)
Quanto tempo depois da realização do exame recebeu o resultado do teste do olhinho (n=73)	
Em 15 dias ou menos	72 (98,6)
Entre 16 dias e menos	0 (0,0)
Entre 1 mês e menos de 2 meses	0 (0,0)
Entre 2 meses e menos de 3 meses	0 (0,0)
Há 3 meses ou mais de 1 mês	0 (0,0)
Não recebeu	0 (0,0)
Não sabe	1 (1,4)
Qual o principal motivo de não ter feito o teste do olhinho (n=13)	
Não achou necessário	1 (7,7)
Não sabia quem procurar ou aonde ir	2 (15,4)
Não foi solicitado pelo serviço/ profissional de saúde	5 (38,5)
Estava com dificuldades financeiras	2 (15,4)
Teve dificuldades de transporte	1 (7,7)

Tabela 2. Testes de triagem neonatal e motivos de não realização dos testes.

Variável	n (%)
Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame	1 (7,7)
Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde	1 (7,7)
O plano de saúde não cobria o exame	0 (0,0)
Não conseguiu atendimento	0 (0,0)
Perdeu o prazo	0 (0,0)
Outro	0 (0,0)
<i>Teste do pezinho</i>	
Realizou o teste do pezinho (n=91)	
Sim	78 (85,7)
Não	10 (11,0)
Não sabe	3 (3,3)
Fenilcetonúria (n=78)	
Normal	8 (10,3)
Alterado	0 (0,0)
Não tem resultado	70 (89,7)
Hipotireodismo (n=78)	
Normal	8 (10,3)
Alterado	0 (0,0)
Não tem resultado	70 (89,7)
Anemia falciforme (n=78)	
Normal	8 (10,3)
Alterado	0 (0,0)
Não tem resultado	70 (89,7)
Quando foi realizado o teste do pezinho (n=78)	
Na primeira semana de vida	71 (91,0)
Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida	5 (6,4)
Após o primeiro mês de vida	2 (2,6)
Não sabe	0 (0,0)
Quanto tempo depois da realização do exame recebeu o resultado do teste do pezinho (n=78)	
Em 15 dias ou menos	2 (2,6)
Entre 16 dias e menos	0 (0,0)
Entre 1 mês e menos de 2 meses	12 (15,4)
Entre 2 meses e menos de 3 meses	2 (2,6)
Há 3 meses ou mais de 1 mês	11 (14,1)
Não recebeu	45 (57,7)
Não sabe	6 (7,7)
Qual o principal motivo para não ter feito o teste do pezinho (n=10)	
Não achou necessário	0 (0,0)
Não sabia quem procurar ou aonde ir	2 (20,0)
Não foi solicitado pelo serviço/ profissional de saúde	2 (20,0)
Estava com dificuldades financeiras	2 (20,0)
Teve dificuldades de transporte	1 (10,0)

Tabela 2. Testes de triagem neonatal e motivos de não realização dos testes.

Variável	n (%)
Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame	2 (20,0)
Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde	1 (10,0)
O plano de saúde não cobria o exame	0 (0,0)
Não conseguiu atendimento	0 (0,0)
Perdeu o prazo	0 (0,0)
Outro, especifique	0 (0,0)
<i>Teste da orelhinha</i>	
Fez o teste da orelhinha (n=91)	
Sim	76 (83,5)
Não	13 (14,3)
Não sabe	2 (2,2)
Se sim, qual teste foi realizado (n=76)	
PEATE3	0 (0,0)
EOA	57 (75,0)
Não sabe	19 (25,0)
OD - Ouvido direito (n=76)	
Normal	62 (81,5)
Alterado	7 (9,2)
Não tem resultado	7 (9,2)
OE - Ouvido esquerdo (n=76)	
Normal	56 (73,6)
Alterado	13 (17,1)
Não tem resultado	7 (9,2)
Quando foi realizado o teste da orelhinha (n=76)	
Na primeira semana de vida	69 (90,8)
Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida	6 (7,9)
Após o primeiro mês de vida	1 (1,3)
Não sabe	0 (0,0)
Quanto tempo depois da realização do exame recebeu o resultado do teste da orelhinha (n=76)	
Em 15 dias ou menos	75 (98,7)
Entre 16 dias e menos	0 (0,0)
Entre 1 mês e menos de 2 meses	0 (0,0)
Entre 2 meses e menos de 3 meses	0 (0,0)
Há 3 meses ou mais de 1 mês	0 (0,0)
Não recebeu	0 (0,0)
Não sabe	1 (1,3)
Qual o principal motivo de não ter feito o teste da orelhinha (n=13)	
Não achou necessário	1 (7,7)
Não sabia quem procurar ou aonde ir	2 (15,4)
Não foi solicitado pelo serviço/profissional de saúde	6 (46,2)
Estava com dificuldades financeiras	1 (7,7)
Teve dificuldades de transporte	1 (7,7)

Tabela 2. Testes de triagem neonatal e motivos de não realização dos testes.

Variável	(conclusão) n (%)
Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame	2 (15,4)
Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde	0 (0,0)
O plano de saúde não cobria o exame	0 (0,0)
Não conseguiu atendimento	0 (0,0)
Perdeu o prazo	0 (0,0)
Outro, especifique	0 (0,0)
<i>Teste do coraçãozinho</i>	
Fez o teste do coraçãozinho (n=91)	
Sim	76 (83,5)
Não	9 (9,9)
Não sabe	6 (6,6)
Resultado do teste do coraçãozinho (n=76)	
Normal	72 (94,7)
Alterado	0 (0,0)
Sem registro completo	4 (5,2)
Quando foi realizado o teste do coraçãozinho (n=76)	
Na primeira semana de vida	70 (92,1)
Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida	4 (5,3)
Após o primeiro mês de vida	1 (1,3)
Não sabe	1 (1,3)
Quanto tempo depois da realização do exame recebeu o resultado do teste do Coraçãozinho (n=76)	
Em 15 dias ou menos	75 (98,7)
Entre 16 dias e menos	0 (0,0)
Entre 1 mês e menos de 2 meses	0 (0,0)
Entre 2 meses e menos de 3 meses	0 (0,0)
Há 3 meses ou mais de 1 mês	0 (0,0)
Não recebeu	0 (0,0)
Não sabe	1 (1,3)
Qual o principal motivo de não ter feito o teste do coraçãozinho (n=9)	
Não achou necessário	1 (11,1)
Não sabia quem procurar ou aonde ir	2 (22,2)
Não foi solicitado pelo serviço/profissional de saúde	4 (44,4)
Estava com dificuldades financeiras	1 (11,1)
Teve dificuldades de transporte	0 (0,0)
Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame	0 (0,0)
Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde	1 (11,1)
O plano de saúde não cobria o exame	0 (0,0)
Não conseguiu atendimento	0 (0,0)
Perdeu o prazo	0 (0,0)
Outro, especifique	0 (0,0)

A partir dos registros na CSC, foi avaliado se a criança estava em dia com o calendário vacinal, de acordo com sua idade no momento da entrevista. A Tabela 3, mostra que as vacinas menos registradas foram a primeira e a segunda dose do rotavírus humano, respectivamente 87,9% e 85,1%. As vacinas mais frequentemente administradas com atraso de um mês (75%) foram a segunda dose da pneumocócica (28%), a dose única da febre amarela (25,3%) e o primeiro reforço da VOP (24%). As vacinas administradas com atraso de dois meses ou mais (59%) foram principalmente a segunda dose da meningite C (40,6%), a terceira dose da VIP (37,2%) e do penta DTP (35,5%). Ainda na Tabela 3 estão apresentados os serviços de saúde onde essas crianças foram vacinadas, que em sua grande maioria foi na UBS fluvial (barco da SEMSA) (94,5%) e no hospital/maternidade/serviço de saúde onde ocorreu o nascimento (91,2%).

Tabela 3. Distribuição da cobertura vacinal com atraso de um mês e dois meses ou mais de crianças de até 6 anos de idade de 10 comunidades ribeirinhas e os locais de vacinação.

Variável	Sim, n (%)	(continua)	
		Atraso 1m	Atraso 2m+
<i>Vacinas</i>			
BCG (n=84)	83 (98,8)	3 (4,0)	0 (0,0)
Hepatite B (n=84)	83 (98,8)	2 (2,6)	0 (0,0)
<i>Penta/DTP</i>			
1ª dose (n=83)	82 (98,7)	8 (10,6)	10 (16,9)
2ª dose (n=81)	78 (96,2)	15 (20)	15 (25,4)
3ª dose (n=78)	73 (93,5)	16 (21,3)	21 (35,5)
<i>VIP/VOP</i>			
1ª dose (n=83)	83 (100)	9 (12)	10 (16,9)
2ª dose (n=81)	78 (96,2)	17 (22,6)	14 (23,7)
3ª dose (n=78)	73 (93,5)	17 (22,6)	22 (37,2)
<i>Pneumocócica 10V (conjugada)</i>			
1ª dose (n=83)	83 (100)	13 (17,3)	11 (18,6)
2ª dose (n=81)	76 (93,8)	21 (28)	13 (22)
3ª dose (n=78)	8 (10,5)	2 (2,6)	1 (1,6)
reforço (n=71)	67 (94,3)	13 (17,3)	16 (27,1)
<i>Rotavírus Humano</i>			
1ª dose (n=83)	73 (87,9)	8 (10,6)	1 (1,6)
2ª dose (n=81)	69 (85,1)	14 (18,6)	7 (11,8)
<i>Meningocócica C (conjugada)</i>			
1ª dose (n=82)	80 (97,5)	13 (17,3)	17 (28,8)
2ª dose (n=79)	75 (94,3)	14 (18,6)	24 (40,6)
<i>Febre Amarela</i>			
dose única (n=72)	72 (100)	19 (25,3)	19 (32,2)
reforço (n=38)	35 (92,1)	1 (1,3)	7 (11,8)

Tabela 3. Distribuição da cobertura vacinal com atraso de um mês e dois meses ou mais de crianças de até 6 anos de idade de 10 comunidades ribeirinhas e os locais de vacinação.

Variável	Sim, n (%)	(conclusão)	
		Atraso 1m	Atraso 2m+
Tríplice Viral (n=71)	71 (100)		
Hepatite A (n=66)	64 (96,6)	13 (17,3)	13 (22)
Tetra viral (n=66)	66 (100)	11 (14,6)	17 (28,8)
VOP			
1º reforço (n=66)	64 (96,6)	18 (24)	15 (25,4)
2º reforço (n=38)	37 (97,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
DTP			
1º reforço (n=66)	64 (96,6)	14 (18,6)	14 (23,7)
2º reforço (n=38)	37 (97,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Varicela (n=38)	38 (100)	0 (0,0)	1 (1,6)
<i>Local onde a criança foi vacinada(n=84)</i>			
Hospital/maternidade/serviço de saúde onde nasceu			83 (91,2)
Unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA)			86 (94,5)
Outro posto de saúde público			42 (46,2)
Clínica privada			0 (0,0)
Campanha de vacinação na comunidade			64 (70,3)
Campanha de vacinação em comunidades próximas			25 (27,5)
Campanha de vacinação na área urbana de Manaus			20 (22,0)
Em casa			3 (3,3)
Outro, especifique			1 (1,1)

A idade média que as crianças ribeirinhas fizeram a primeira consulta médica foi de 2,2 ($\pm 10,1$) meses. A primeira consulta médica ou de enfermagem para 59,1% foi realizada na UBS fluvial. As orientações sobre os cuidados com o coto umbilical da criança não foram feitas para 10,2% das mães ou cuidadoras e as orientações de algum profissional do serviço de saúde sobre a amamentação durante a gravidez ou após o nascimento não foram realizadas para 12,1% das responsáveis.

Durante a entrevista, ao serem questionadas sobre internação nos últimos 12 meses, somente 3,3% das responsáveis relataram que suas crianças passaram pela situação. Sobre a criança ter apresentado diarreia ou tosse na última semana, 17,6% das mães afirmaram que suas crianças tiveram diarreia e 29,7% ficou tossindo. Entre as crianças que tiveram diarreia e tosse, 55,3% dos cuidadores procuraram ajuda dentro ou fora da comunidade e a maior procura foi no posto de saúde da comunidade (57,1%).

6.3 Indicadores de Competências Familiares

As características demográficas e socioeconômicas das famílias pesquisadas obtidas por este instrumento estão apresentadas na Tabela 4. Os resultados das crianças apresentados a seguir se referem àquela mais velha de 91 domicílios investigados, entre as que tinham até 6 anos de idade, e cuja distribuição por faixa etária está apresentada na tabela supracitada. A maioria das crianças era do sexo masculino (56,0%) e da cor parda (80,2%). As crianças com até três anos de idade não frequentavam creche e dentre as crianças com idade para frequentar a pré-escola, 6,8% não frequentavam. Entre as entrevistadas, 95,6% eram a mãe, representando a principal cuidadora das crianças. Em alguns casos, a avó foi a principal cuidadora (n=4, 4,4%), assumindo inclusive o papel da figura materna. Quanto à escolaridade das cuidadoras (mães/avós), o percentual de cuidadoras analfabetas foi de 8,8%, e nível educacional baixo foi identificado em 9,9% (zero a quatro anos de estudo). 14,3% das mães/figuras maternas afirmaram ser solteiras. Em relação aos pais, 6,6% declararam não saber ler ou escrever, e o nível educacional baixo foi de 19,8%, maior do que o observado nas mães/cuidadoras.

Tabela 4. Características demográficas e socioeconômicas de crianças e famílias de dez comunidades ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	(continua) n (%)
Sexo	
Feminino	40 (44,0)
Masculino	51 (56,0)
Idade, em anos	
Menor de 1	13 (14,3)
De 1 a 2	20 (22,0)
De 3 a 4	27 (29,7)
De 5 a 6	31 (34,1)
Raça/ cor de pele	
Branca	11 (12,1)
Preto	0 (0,0)
Pardo	73 (80,2)
Indígena	7 (7,7)
Amarela	0 (0,0)
Frequenta à Creche	
Sim	0 (0,0)
Não	47 (100,0)
Frequenta à Pré-escola	
Sim	41 (93,2)

Tabela 4. Características demográficas e socioeconômicas de crianças e famílias de dez comunidades ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Não	3 (6,8)
Quem é o cuidador da criança	
Mãe	87 (95,6)
Avó	4 (4,4)
Idade do cuidador	
Menor de 18	3 (3,3)
De 18 a 40	78 (85,7)
De 41 a 60	6 (6,6)
Maior de 60	4 (4,4)
Cor da pele do cuidador	
Branca	0 (0,0)
Pardo	83 (91,2)
Preta	1 (1,1)
Amarela	1 (1,1)
Indígena	6 (6,6)
Escolaridade do cuidador	
Sem escolaridade	3 (3,3)
Até a quarta série	9 (9,9)
Além da quarta série	79 (86,8)
Renda Familiar	
< 550	36 (39,6)
≥ 550 e < 1100	23 (25,3)
≥ 1100	32 (35,2)
Situação conjugal	
Solteira	13 (14,3)
Casada	25 (27,5)
Vive junto	45 (49,5)
Viúva	3 (3,3)
Separada	5 (5,5)
Escolaridade do pai	
Sem escolaridade	3 (3,3)
Até a quarta série	18 (19,8)
Além da quarta série	58 (63,7)
Ignorado	12 (13,2)

As características dos domicílios estão apresentadas na Tabela 5. Nenhuma casa tinha acesso à água da rede pública, sendo a principal fonte de água usada para beber a proveniente do poço artesiano da escola da comunidade (75,8%). A grande maioria (87,9%) não tinha por hábito ferver a água antes de beber. Com relação às condições de saneamento, 89% dos domicílios apresentavam sanitários/latrinas/casinha/fossa negra. Destes, 36,3% não tinham descarga e 11% não possuía qualquer tipo de sanitário. O acesso à energia elétrica foi identificado em

86,8% dos domicílios. Posse de aparelhos de TV e rádio foram relatados em 72,5% e 38,5% das casas, respectivamente.

Tabela 5. Características domiciliares das famílias avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Origem da água usada para beber	
Rede pública	0 (0,0)
Poço artesiano	69 (75,8)
Rio e lago	17 (18,7)
Outros	5 (5,5)
Água fervida antes de beber	
Sim	11 (12,1)
Não	80 (87,9)
Tipos de sanitário	
Com descarga	25 (27,5)
Sem descarga	33 (36,3)
Casinha/ fossa Negra	23 (25,3)
Não tem	10 (11,0)
Ligação do esgoto do sanitário	
Rede de esgoto	0 (0,0)
Fossa séptica	0 (0,0)
Fossa rudimentar	56 (96,6)
Vala	2 (3,4)
Rio ou lago	0 (0,0)
Outro	0 (0,0)
Acesso há energia elétrica	
Sim	79 (86,8)
Não	12 (13,2)
Possui TV	
Sim	66 (72,5)
Não	25 (27,5)
Possui radio	
Sim, funciona	35 (38,5)
Sim, não funciona	2 (2,2)
Não	54 (59,3)

As crianças incluídas no estudo haviam sido quase todas registradas, porém 6,6% ainda não possuíam seus nascimentos registrados. Identificou-se, ainda, que uma parcela das crianças o registro foi tardio, entre o primeiro mês de nascimento e onze meses de idade (14,3%) ou somente após um ano de idade (3,3%) (Tabela 6).

Tabela 6. Dados dos registros de nascimento das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Criança foi registrada	
Sim	85 (93,4)
Não	6 (6,6)
Com que idade a criança foi registrada	
Menos de 1 ano	70 (76,9)
De 1 a 11 meses	13 (14,3)
Acima de 1 ano	3 (3,3)
Ignorado	5 (5,5)

6.3.1 Assistência à gestação e ao parto

Os dados relativos ao pré-natal estão apresentados na Tabela 7, onde se pode observar que todos referiram ter realizado pelo menos uma consulta. No entanto, 51,9% havia realizado menos de sete consultas pré-natal. Somente metade dos pais (51,6%) acompanharam a gestante em pelo menos uma consulta pré-natal. Sobre o direito de receber atendimento médico de qualidade durante o pré-natal, as mães ao serem questionadas sobre o que fariam diante de um atendimento de baixa qualidade, 57,2% responderam que se consultariam em outro posto ou com outro médico no mesmo posto. A imunização antitetânica na gestação não foi adequada para 28,6% das mães e 20,9% ignorou essa informação (não soube responder e não tinha registro da caderneta).

Tabela 7. Dados sobre o pré-natal das mães das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Realizou pré-natal	(continua)
Sim	91(100,0)
Não	0 (0,0)
Número de consultas pré-natal	
1 a 2	5 (5,4)
3 a 6	42 (46,2)
7 ou mais consultas	42 (46,2)
Ignorado	2 (2,2)
O pai foi em alguma consulta pré-natal	
Sim	47 (51,6)
Não	43 (47,3)
Ignorado	1 (1,1)
Se sim, o pai assistiu a consulta (n=47)	

Tabela 7. Dados sobre o pré-natal das mães das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	(conclusão) n (%)
Sim	42 (89,4)
Não	5 (10,6)
O que faria se a consulta pré-natal for de baixa qualidade	
Consultaria em outro posto	40 (44,0)
Consultaria outro médico no mesmo posto	12 (13,2)
Não consultaria mais	4 (4,4)
Reclamaria na prefeitura, conselho	5 (5,5)
Numero de doses da vacina antitetânica	
0	1 (1,1)
1 de reforço	7 (7,7)
1 a 2	25 (27,5)
3	30 (33,0)
Já imunizada	9 (9,9)
Ignorado	19 (20,9)

Sobre o planejamento da gravidez, um percentual elevado de 54,9% das mães afirmou que a gravidez da criança referenciada não foi planejada. Situações como o tabagismo e o consumo de bebida alcóolica na gestação também foram investigadas. A proporção de mães que fumaram durante a gravidez foi de (n=10, 11%), com uma prevalência ainda maior para o consumo de bebidas alcoólicas, cerca de (n=17, 18,7%).

Na Tabela 8 observam-se os dados sobre local de nascimento e atenção ao parto. Os nascimentos hospitalares foram os mais frequentes (92,3%). Nasceram no domicílio somente 5,5%, quase todos assistidos por uma parteira. Além disso, aproximadamente um terço dos nascimentos foram acompanhados pelo pai da criança, um percentual similar aos nascimentos acompanhados pelas tias. 16,5% (n=15) não teve nenhum acompanhante da família na hora do parto.

Tabela 8. Dados sobre o local de nascimento das crianças e da atenção ao parto nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Local de nascimento da criança	
Hospital ou Maternidade	84 (92,3)
Em casa	5 (5,5)
Outro	2 (2,2)
Ignorado	0 (0,0)
Se nasceu em casa, parto foi feito pela parteira	
Sim	4 (80,0)
Não	1 (20,0)
Alguma pessoa da família acompanhou o parto	
Sim	75 (82,4)
Não	15 (16,5)
Ignorado	1 (1,1)
Se sim, quem ficou com a mãe no parto	
Pai da criança	24 (32,0)
Avô	1 (1,3)
Avó	21 (28,0)
Tio	1 (1,3)
Tia	25 (33,3)
Outros	3 (4,0)

É importante a família reconhecer sinais de alerta e perigo durante a gestação, parto e pós-parto para buscar a assistência médica necessária e evitar colocar em risco a gestante, o bebê e a puérpera. A responsável pela criança reconheceu a maioria dos sinais de alerta e perigo durante a gravidez parto e puerpério, conforme mostra a Tabela 9. O reconhecimento do perigo na presença de sangramento, convulsões e perda de líquido foi praticamente universal. A grande maioria das famílias reconheceram o perigo na falta de movimentos do feto (98,9%), presença de febre muito alta (96,7%), dores e cólicas muito fortes (95,9%) e ardência ao urinar (98,9%). No entanto, um pouco mais da metade das entrevistadas (52,7%) considerou que a presença de dor de cabeça não era motivo para procurar com urgência um serviço de saúde. Além disso, vômitos em excesso e inchaço anormal das pernas e braços também não foram reconhecidos por uma parcela importante, respectivamente 33% e 27,5%. Embora no geral, a avaliação do nível de conhecimento dos sintomas indicativos de intercorrências da gravidez tenha sido positiva, ainda assim a grande maioria das famílias falharam em reconhecer espontaneamente a importância de sintomas que claramente indicam a necessidade de atendimento urgente.

Sobre o reconhecimento de todos os sinais avaliados de início do trabalho de parto. A ocorrência das dores do parto foi o sinal mais frequente que as entrevistadas identificaram imediatamente. Os demais sinais, embora tenha tido o reconhecimento positivo de sintomas indicativos de trabalho de parto, as famílias falharam em reconhecê-los imediatamente. Quanto ao conhecimento dos sinais de gravidade de doença no puerpério, quase a totalidade das entrevistadas reconheceram os sinais de gravidade avaliados, porém, ainda houve falha no reconhecimento imediato.

Tabela 9. Reconhecimento dos sinais de alerta/perigo durante a gravidez e os sintomas de início do trabalho de parto por parte dos responsáveis das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	Espontâneo (%)	Induzido (%)	Não sabe (%)
Reconhece sinais de alerta e perigo na gestação			
O bebê parou de mexer	1 (1,1)	89 (97,8)	1 (1,1)
Tem sangramento	39 (42,9)	52 (57,1)	0 (0,0)
Perde líquido	11 (12,1)	80 (87,9)	0 (0,0)
Tem dor de cabeça	3 (3,3)	40 (44,0)	48 (52,7)
Tem convulsões	1 (1,1)	90 (98,9)	0 (0,0)
Tem febre muito alta	1 (1,1)	87 (95,6)	3 (3,3)
Tem dores e cólicas muito fortes	50 (54,9)	37 (40,7)	4 (4,4)
Tem inchaço anormal das pernas e braços	1 (1,1)	65 (71,4)	25 (27,5)
Tem ardência ao urinar	4 (4,4)	86 (94,5)	1 (1,1)
Vomitando muito	0 (0,0)	61 (67,0)	30 (33,0)
Reconhece sinais de trabalho de parto			
As dores do parto	61 (67,0)	28 (30,8)	2 (2,2)
Perda de catarro (muco/clara de ovo)	15 (16,5)	68 (74,7)	8 (8,8)
Perda d'água (líquido)	30 (33,0)	59 (64,8)	2 (2,2)
Reconhece sinais de doença no puerpério			
Febre	9 (9,9)	80 (87,9)	2 (2,2)
Corrimento com cheiro forte	2 (2,2)	88 (96,7)	1 (1,1)
Sangramento	22 (24,2)	62 (68,1)	7 (7,7)
Dor na parte de baixo da barriga	18 (19,8)	69 (75,8)	4 (4,4)

Nos primeiros dias depois do parto, toda mãe deve fazer uma consulta de avaliação puerperal, além de orientação à respeito do planejamento familiar, amamentação e a puericultura. 72,5% referiram ter realizado consulta de revisão

puerperal, evidenciando uma parcela importante de aproximadamente um quarto das mães que não realizaram a consulta.

6.3.2 Alimentação

Foram amamentadas logo após o nascimento 84,6% das crianças. Considerando a introdução de novos alimentos líquidos ou sólidos na dieta, pouco mais da metade das crianças (58,2%) mamaram até seis meses exclusivamente em seio materno. Em 64,8% das crianças a amamentação se estendeu até mais de um ano de idade (Tabela 10).

Tabela 10. Proporção de crianças que foram amamentadas logo após o nascimento e a duração da amamentação exclusiva nas localidades rurais ribeirinhas avaliadas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Amamentou logo após o Nascimento	
Sim	77 (84,6)
Não	13 (14,3)
Ignorado	1 (1,1)
Por quanto tempo apenas mamou	
Menos de 1 mês	9 (9,9)
De 1 a 2 meses	2 (2,2)
De 3 a 5 meses	20 (22,0)
6 ou mais meses	53 (58,2)
Ignorado	7 (7,7)
Mamou até que idade	
Nunca mamou	4 (4,4)
Até 6 meses	7 (7,7)
De 6 meses até 1 ano	7 (7,7)
Mais de 1 ano	59 (64,8)
NSA*	14 (15,4)
Ignorado	0 (0,0)

*NSA (Não se aplica)

No geral, as mães costumavam estimular a criança durante a amamentação, conforme apresentado na Tabela 11. A interação entre mãe-filho durante a amamentação foi reportada por mais de 90% das mães, onde afirmaram tocar, conversar e olhar nos olhos de suas crianças. Porém, 16,5% admitiram ainda conversar com outras pessoas durante o ato de amamentar.

Tabela 11. Atitudes maternas durante a amamentação das crianças avaliadas no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Ao amamentar a mãe costuma	n (%)
Conversar com vizinho	
Sim	15 (16,5)
Não	71 (78,0)
NSA	3 (3,3)
Ignorado	2 (2,2)
Alimentar outra criança	
Sim	3 (3,3)
Não	84 (92,3)
NSA	2 (2,2)
Ignorado	2 (2,2)
Tocar a criança	
Sim	87 (95,6)
Não	1 (1,1)
NSA	2 (2,2)
Ignorado	1 (1,1)
Olhar nos olhos da criança	
Sim	85 (93,4)
Não	3 (3,3)
NSA	2 (2,2)
Ignorado	1 (1,1)
Conversar com a criança	
Sim	84 (92,3)
Não	3 (3,3)
NSA	3 (3,3)
Ignorado	1 (1,1)

Com relação à oferta de alimentos à criança em estado doentio, 51,6% das mães relataram oferecer mais líquido. Em contrapartida, um percentual elevado de 47,3% reportou também reduzir a oferta de alimentos sólidos (Tabela 12).

Tabela 12. Atitude do responsável por cuidar da criança, em relação à oferta de alimentos ou líquidos para uma criança doente nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Quando a criança adoecer toma líquido	
Na mesma quantidade de sempre	29 (31,9)
Toma mais líquido	47 (51,6)
Toma menos líquido	14 (15,4)
NSA*	1 (1,1)
Quando a criança adoecer come comida	
Na mesma quantidade de sempre	28 (30,8)
Come mais comida	18 (19,8)
Come menos comida	43 (47,3)
NSA*	2 (2,2)

*NSA (Não se aplica)

O recordatório alimentar de 24 horas mostrou que arroz, farinha e pão foram os alimentos mais frequentemente presentes na dieta das crianças (88,5%), juntamente com o peixe (71,3%), frutas (67,8%), leite em pó (66,7%) e feijão (60,9%). O consumo de verduras estão presentes para a metade das crianças de mingau e ovos foi relatado em proporção menor na dieta das crianças avaliadas, e legumes (Tabela 13).

Tabela 13. Alimentos consumidos nas 24 horas anteriores à entrevista pelas crianças com mais de 6 meses e até 6 anos de idade, nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas, onde as competências familiares foram avaliadas (n=87)

Alimento	n (%)
	(continua)
Leite de vaca em pó	
Sim	58 (66,7)
Não	29 (33,3)
Suco de frutas	
Sim	46 (52,9)
Não	41 (47,1)
Frutas	
Sim	59 (67,8)
Não	28 (32,2)
Legumes e verduras	
Sim	43 (49,4)
Não	44 (50,6)
Arroz, farinha ou pão	
Sim	77 (88,5)
Não	10 (11,5)
Ovo	
Sim	37 (42,5)
Não	50 (57,5)

Tabela 13. Alimentos consumidos nas 24 horas anteriores à entrevista pelas crianças com mais de 6 meses e até 6 anos de idade, nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas, onde as competências familiares foram avaliadas (n=87)

Alimento	(conclusão) n (%)
Carne ou peixe	
Sim	62 (71,3)
Não	25 (28,7)
Feijão	
Sim	53 (60,9)
Não	34 (39,1)
Gogó / Mingau	
Sim	36 (41,4)
Não	51 (58,6)

6.3.3 Prevenção e tratamento das doenças na infância

A caderneta de saúde da criança é um documento importante para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e das vacinas recebidas pela criança até os 5 anos de idade. A posse da caderneta/cartão de saúde foi assegurada para 97,8% (n=89) das crianças estudadas e 94,4% (n=84) apresentaram a caderneta/cartão de saúde na hora da entrevista. Entre as crianças que possuíam a caderneta ou o cartão de saúde da criança o registro das vacinas foi universal, porém o registro de peso no gráfico de crescimento estava presente somente em 17,9% das cadernetas e o registro do desenvolvimento infantil não estava presente em nenhuma.

As mães e/ou cuidadoras ao serem indagadas se alguma vez o médico, a enfermeira ou o agente de saúde conversou com o responsável para explicar como estava o peso e o desenvolvimento da criança referida, 38,5% responderam que não. Ao serem questionadas sobre o que achavam do crescimento de suas crianças, 76,9% respondeu que a criança estava crescendo bem, 12,1% não soube dizer, 6,6% afirmou que a criança estava crescendo 'mais ou menos' e 4,4% acreditava que o crescimento não estava bem.

A Tabela 14 mostra se a criança estava em dia com o calendário vacinal, de acordo com sua idade. Também apresenta um percentual considerando menos de um ou menos de dois meses de atraso para alguma das vacinas. O esquema vacinal estava completo para 69% das crianças ribeirinhas que apresentaram registros de vacinas e um terço havia perdido de uma a treze vacinas. Além disso, vale destacar

que a cobertura vacinal tem falhas, pois as crianças não estavam recebendo imunização de forma regular, somente 10,7% das crianças com registros foram imunizadas sem atraso de um mês e 29,7% foram imunizadas sem atraso de dois meses ou mais.

Tabela 14. Percentual de crianças com até seis anos de idade que tinham o esquema vacinal básico completo e a porcentagem de imunizadas com atraso nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas (n=84).

Cumprimento do calendário vacinal	Completo (%)	Imunizadas com atraso de 1m (%)	Imunizadas com atraso de 2m+ (%)
O esquema vacinal está respeitado			
Sim	58 (69)	75 (89,29)	59 (70,24)
Não	26 (30,9)	9 (10,71)	25 (29,76)

A Tabela 15 mostra o resultado das respostas das famílias ao serem indagadas sobre quais condições de morbidade uma criança deve ser levada com urgência ao médico. Apesar de todas terem sido apontadas, as mais referidas espontaneamente foram criança com febre (60,5%), criança com agravamento da doença (54,9%), diarreia (50,5%) e vômito (47,3%). 22% das famílias (n=20) não achou necessário procurar o médico com urgência para uma criança com redução na ingestão de líquido.

Tabela 15. Responsável pelos cuidados da criança reconhece os sinais de doença na infância que indicam a necessidade de procura de serviço médico com urgência nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Quando uma criança deve ser levada com urgência ao médico	(continua)		
	Espontâneo (%)	Induzido (%)	Não (%)
Criança não consegue nem mamar	1 (1,1)	82 (90,1)	8 (8,8)
Criança fica com a pele amarelada	1 (1,1)	89 (97,8)	1 (1,1)
Criança fica cada vez mais doente	50 (54,9)	41 (45,1)	0 (0,0)
Criança fica com febre	60 (65,9)	27 (27,9)	4 (4,4)
Criança respira com dificuldade	2 (2,2)	88 (96,7)	1 (1,1)
Criança tem sangue nas fezes	0 (0,0)	91 (100,0)	0 (0,0)
Criança bebe pouco líquido	0 (0,0)	71 (78,0)	20 (22,0)
Criança tem diarreia	46 (50,5)	40 (44,0)	5 (5,5)
Criança tem vômito	43 (47,3)	43 (47,3)	5 (5,5)

Tabela 15. Responsável pelos cuidados da criança reconhece os sinais de doença na infância que indicam a necessidade de procura de serviço médico com urgência nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Quando uma criança deve ser levada com urgência ao médico	(conclusão)		
	Espontâneo (%)	Induzido (%)	Não (%)
Criança tem tosse com febre alta	11 (12,1)	78 (85,7)	2 (2,2)
Criança tem olhos fundo, sede intensa, moleza extrema	3 (3,3)	83 (91,2)	5 (5,5)
Criança fica com os lábios, pés e mãos arroxeados	0 (0,0)	91 (100,0)	0 (0,0)
Criança tem ataque, convulsão	6 (6,6)	85 (93,4)	0 (0,0)
Criança respira rápido e com chiado	0 (0,0)	90 (98,9)	1 (1,1)

A suplementação de vitamina A, ferro e iodo está apresentada na Tabela 16. A proporção de crianças que receberam vitamina A foi elevada, 94,5%. Por outro lado, somente 40,7% das crianças haviam sido suplementadas com ferro nos últimos três meses. Na totalidade das casas onde foi possível verificar o pacote do sal, o mesmo era iodado. Com relação aos alimentos ricos em Vitamina A, ferro e iodo, citados no recordatório alimentar das 24 horas que antecedeu a esta pergunta, identifica-se deficitária a ingestão de alimentos ricos em vitamina A (suco de frutas, legumes, verduras e ovos) para metade das crianças avaliadas.

Tabela 16. Suplementação de vitamina A, sulfato ferroso e consumo de sal iodado pelas crianças com seis meses ou mais em localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	n (%)
Já tomou vitamina A	
Sim	86 (94,5)
Não	5 (5,5)
Tomou remédio com ferro nos últimos três meses	
Sim	53 (58,2)
Não	37 (40,7)
Ignorado	1 (1,1)
Sal usado para cozinhar	
Sal iodado	66 (72,5)
Sal não iodado	0 (0,0)
Sal para consumo animal	0 (0,0)
Embalagem não vista	25 (27,5)

A Tabela 17 mostra que a maioria dos responsáveis pelas crianças informaram haver lavado as mãos antes de cozinhar, depois de ir ao banheiro, depois de trocar as fraldas ou levar a criança ao banheiro e antes de dar comida para a criança, no dia anterior à entrevista. A proporção de crianças que não lavaram as mãos antes das refeições foi de 12,1%, com uma pequena parcela afirmando também não ter lavado as mãos depois de ir ao banheiro (5,5%).

Tabela 17. Práticas de higiene do cuidador responsável e das crianças com idade até seis anos das localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Variável	Espontâneo (%)	Induzido (%)	Não (%)	NSA (%)
Práticas de higiene do responsável				
Lava as mãos				
Depois de ir ao banheiro	26 (28,6)	65 (71,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Depois de trocar as fraldas	3 (3,3)	81 (89,0)	6 (6,6)	1 (1,1)
ou				
levar ao banheiro				
Antes de cozinhar	30 (33,0)	59 (64,8)	2 (2,2)	0 (0,0)
Antes de dar comida	26 (28,6)	58 (63,7)	7 (7,7)	0 (0,0)
A criança lava as mãos				
Depois de ir ao banheiro	39 (42,9)	47 (51,6)	5 (5,5)	-
Antes de comer	49 (53,8)	31 (34,1)	11 (12,1)	-

6.3.4 Cuidados para prevenir malária e dengue

As medidas de prevenção e os cuidados que as famílias tomavam para prevenir a malária e/ou a dengue estão apresentadas na Tabela 18. Dentre todas as questões investigadas, o cuidado mais frequentemente relatado de forma espontânea foi o uso do mosquiteiro (45,1%). No entanto, uma parcela maior que 10% informou não realizar medidas importantes, como o uso mosquiteiro, não manter os recipientes com água sempre tampados, não tomar o cuidado de não deixar pneus, garrafas vazias e sacos plásticos no pátio, não usar telas nas janelas e portas, não passar repelente sempre que saem de casa e 29,7% afirmou tomar banho no rio ao anoitecer.

Tabela 18. Cuidados tomados para prevenir malária ou dengue por famílias das localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Medidas de prevenção à malária e dengue	Espontâneo (%)	Induzido (%)	Não (%)
Usar mosquiteiro	41 (45,1)	37 (40,7)	13 (14,3)
Manter o pátio limpo	7 (7,7)	77 (84,6)	7 (7,7)
Manter os recipientes com água sempre tampados	9 (9,9)	72 (79,1)	10 (11,0)
Não deixar pneus no pátio	3 (3,3)	86 (94,5)	2 (2,2)
Não deixar garrafas vazias e saco plástico no pátio	13 (14,3)	72 (79,1)	6 (6,6)
Usar telas nas janelas e portas	1 (1,1)	13 (14,3)	77 (84,6)
Passar repelente sempre que sair de casa	2 (2,2)	18 (19,8)	71 (78,0)
Não tomar banho no rio ao anoitecer	3 (3,3)	61 (67,0)	27 (29,7)

6.3.5 Estimulação psicossocial

A proporção de crianças que, no dia anterior à entrevista, fizeram pelo menos uma refeição junto com os demais membros da família foi de 84,6%.

Observa-se na Tabela 19 que cerca de 79,1% das famílias rurais estudadas possuía em casa algum jornal, revista ou livros com fotos ou figuras que a sua criança pudesse olhar. Porém, com relação a disponibilidade de livros infantis, mais da metade das crianças (54,9%) não possuíam nenhum livro infantil. A grande maioria das famílias (94,5%) informou dar atenção exclusiva à criança em momentos de brincadeiras, leituras e conversas e 87,9% afirmaram que suas crianças brincam ou jogam com outras crianças. No entanto, 12,1% das crianças não costumavam interagir com outras crianças.

Aparelho de TV estava presente no domicílio de 72,5% das crianças. Nestes domicílios 15,1% assistiam a televisão diariamente por três horas ou mais e 16,1% das cuidadoras afirmaram não verificar se o programa é adequado para a idade das crianças.

Tabela 19. Crianças que possuíam em casa algum jornal, revista, livro infantil, brinquedos, tv e a estimulação psicossocial nas casas ribeirinhas

Variável	Preenchido	
	Sim, n (%)	Não, n (%)
Na sua casa, há jornais, revistas ou livros	72 (79,1)	19 (20,9)
Tem algum livro infantil com gravura ou figura	41 (45,1)	50 (54,9)
Todos os dias alguma pessoa da família costuma brincar ou ler para a criança	86 (94,5)	5 (5,5)
Costuma brincar ou jogar com outras crianças	80 (87,9)	11 (12,1)
Criança tem em casa para brincar		
Brinquedos feitos por adultos	36 (39,6)	55 (60,4)
Objetos da casa (panela, colheres, caneca, etc)	76 (83,5)	15 (16,5)
Objetos e materiais de fora da casa (pedra, etc)	73 (80,2)	18 (19,8)
Brinquedos que tocam música	25 (27,5)	66 (72,5)
Brinquedos de encaixar e montar	29 (31,9)	62 (68,1)
Brinquedos de movimento (pula corda, raquete)	43 (47,3)	48 (52,7)
Bola	58 (63,7)	33 (36,3)
Lápis ou giz colorido para escrever	70 (76,9)	21 (23,1)
Boneco(a)	75 (82,4)	16 (17,6)
Criança assiste a televisão		
Tem TV em casa	66 (72,5)	25 (27,5)
Quantas horas/dia assiste a televisão (n=66)		
Não assiste	10 (15,2)	-
Menos de três horas	46 (69,7)	-
De três ou mais horas	10 (15,1)	-
Cuidador verifica se o programa é adequado para à idade (n=56)	47 (83,9)	9 (16,1)

A participação da família em brincadeiras com as crianças segundo a faixa etária está apresentada na Tabela 20. Com relação aos estímulos psicomotores ofertados pelas famílias, a maioria das crianças menores de um ano de idade não receberam todos os estímulos avaliados, apenas cantar para a criança foi reportado com maior frequência (84,6%). O mesmo ocorreu para as crianças com idade entre um e dois anos. Brincar com brinquedos pequenos foi o mais frequente (85%) entre todos os estímulos, por outro lado, quase a metade das famílias não ofereceu um passeio para a criança, assim como não brincou de jogar bola.

Os estímulos oferecidos pelas famílias para a faixa etária de três a quatro anos também mostrou um percentual importante de crianças com ausência de alguns estímulos. Além de brincar com quebra-cabeça, que não foi característico nessa

população (7,4%), aproximadamente um terço não relatou brincar de correr, jogar bola, desenhar e pintar. Já para as crianças com idade entre cinco e seis anos, quase todos os estímulos avaliados foram frequentemente ofertados. Dos seis estímulos avaliados, somente andar de bicicleta foi relatado com menor frequência (48,4%), os demais estiveram presentes em mais de 90% das famílias. Ressalta-se que as atividades “andar de bicicleta ou a cavalo” não são comuns na rotina das localidades ribeirinhas avaliadas.

Tabela 20. Participação da família em brincadeiras com crianças com menos de 1 ano, entre 1 e 2 anos, entre 3 e 4 anos e entre 5 e 6 anos de idade.

Variável	Preenchido	
	Sim, n (%)	Não, n (%)
Práticas de interação		
Crianças menores de 1 ano (n=13)		
Brincou com brinquedo que fazem som, barulho	8 (61,5)	5 (38,5)
Cantou para a criança	11 (84,6)	2 (15,4)
Jogou bola ou objetos que rolam	6 (46,2)	7 (53,8)
Brincou com brinquedos pequenos	8 (61,5)	5 (38,5)
Crianças de 1 a 2 anos (n=20)		
Cantou para a criança	15 (75,0)	5 (25,0)
Jogou bola	11 (55,0)	9 (45,0)
Brincou com brinquedos pequenos	17 (85,0)	3 (15,0)
Desenhou, pintou com a criança	13 (65,0)	7 (35,0)
Levou a criança para passear	11 (55,0)	9 (45,0)
Criança de 3 a 4 anos (n=27)		
Correu com a criança	19 (70,4)	8 (29,6)
Cantou para a criança	23 (85,2)	4 (14,8)
Jogou bola com a criança	17 (63,0)	10 (37,0)
Brincou com brinquedos pequenos	20 (74,1)	7 (25,9)
Desenhou pintou	18 (66,7)	9 (33,3)
Levou para passear	20 (74,1)	7 (25,9)
Brincou com quebra cabeça	2 (7,4)	25 (92,6)
Crianças de 5 a 6 anos (n=31)		
Ensina o alfabeto	31 (100,0)	0 (0,0)
Ensina a ler ou escrever	30 (96,8)	1 (3,2)
Ensina sobre como sair com outras crianças	28 (90,3)	3 (9,7)
Ensina sobre como se comportar na escola	31 (100,0)	0 (0,0)
Joga bola	28 (90,3)	3 (9,7)
Anda de bicicleta, cavalo, etc	15 (48,4)	16 (51,6)

6.3.6 Gerenciamento de comportamento

A família precisa ensinar a criança, nos primeiros anos de vida, a como se comportar e além disso, assegurar a sua participação nas decisões que lhe afeta. A Tabela 21 mostra que para mais da metade das crianças ribeirinhas investigadas a sua opinião não é levada em consideração quando o responsável precisa sair e somente um terço é consultada sobre a sua participação.

Tabela 21. Percentual de crianças com até 6 anos de idade que tem a opinião respeitada

Variável	n (%)
Sim, pergunta sempre e só o leva se ele quiser	38 (41,8)
Sim, pergunta sempre, mas o leva mesmo que não queira ir	28 (30,8)
Não pergunta, mas sempre o leva	21 (23,1)
Não pergunta e nem o leva	4 (4,4)
Outro	0 (0,0)

Nas comunidades avaliadas, em uma situação onde a criança não se comporta bem, 53,8% das entrevistadas responderam espontaneamente que costumam dizer “não” e explicam por que a criança não deve agir daquela maneira. Por outro lado, mais da metade das cuidadoras referiram usar também da violência física e verbal como medida corretiva, pois ao serem questionadas se dão palmadas, 52,7% afirmaram que sim, 62,6% relataram fazer ameaças e 44% gritar com a criança (Tabela 22).

Tabela 22. Quando a criança com até 6 anos de idade não se comporta bem, o que o responsável pela criança costuma fazer.

Quando a criança não se comporta bem o responsável	Espontâneo (%)	Induzido (%)	Não (%)
Dá um castigo	7 (7,7)	38 (41,8)	46 (50,5)
Faz ameaças	3 (3,3)	57 (62,6)	31 (34,1)
Bate nela	10 (11,0)	23 (25,3)	58 (63,7)
Diz não e explica por que ela não deve se comportar assim	49 (53,8)	42 (46,2)	0 (0,0)
Dá umas palmadas	13 (14,3)	48 (52,7)	30 (33,0)
Grita com a criança	1 (1,1)	40 (44,0)	50 (54,9)
Diz “não” ou “para”	0 (0,0)	86 (94,5)	5 (5,5)
Distrai a criança	2 (2,2)	87 (95,6)	2 (2,2)
Manda a criança sentar, ir para o quarto ou leva a criança embora	5 (5,5)	71 (78,0)	15 (16,5)

Em situações onde a criança não quer comer, as estratégias mais frequentemente utilizadas pelos cuidadores para estimular a criança a comer foram a mudança da dieta com oferta de um lanche tardiamente (50,7%) e a oferta de uma comida diferente (19,7%). 11,3% das famílias relataram forçar a criança a comer e somente 4,2% responderam que inventam uma brincadeira para ajudá-la (Tabela 23).

Tabela 23. Atitude do responsável, quando a criança não quer comer na hora do almoço ou do jantar.

Variável	n (%)
O que faz quando a criança não quer comer (n=71)	
Deixa ele não fazer a alimentação	0 (0,0)
Deixa ele não fazer a alimentação e dá um lanche mais tarde	36 (50,7)
Força a criança a comer	8 (11,3)
Dá uma comida diferente	14 (19,7)
Mais tarde dá a mesma comida	9 (12,7)
Inventa brincadeiras para ajudar a criança a comer	3 (4,2)
Outro	1 (1,4)
NSA	0 (0,0)

Com relação a presenciar brigas, apenas um percentual baixo das crianças (5,5%) presenciou alguma briga violenta em casa.

Para uma grande parcela das crianças (79,1%), quem decide o que vai ser comprado para ela é o cuidador ou responsável, seguido do pai da criança (13,2%) (Tabela 24).

Tabela 24. Quem decide o que vai ser comprado e quanto vai ser gasto na compra de coisas para a criança.

Variável	n (%)
Quem decide o que vai ser comprado e o quanto vai ser gasto em compras necessárias para a criança	
Cuidador	72 (79,1)
Avós	5 (5,5)
Pai	12 (13,2)
Mãe	1 (1,1)
Outros	1 (1,1)

6.3.7 Prevenção de acidentes

Nas comunidades estudadas, as crianças menores de um ano não estão recebendo a devida proteção em todos os aspectos contra acidentes dentro de casa, pois mais de 80% costuma dormir na mesma cama que os pais e na totalidade das

casas as tomadas elétricas não eram tampadas. No entanto, mais de 75% das cuidadoras afirmaram que tomavam pelo menos quatro das seis medidas preventivas contra acidentes domésticos para as crianças menores de um ano avaliadas (Tabela 25).

Em casas com crianças de um ano ou mais de idade, menos da metade das famílias tomam sete dos oito cuidados avaliados que evitam acidentes. Cuidados relacionados aos choques elétricos foram os menos mencionados (6,4%). Mais de 25% relataram não tomar precauções com produtos que causam intoxicação e contra acidentes com objetos cortantes. Além disso, 12,8% das crianças dormem próximo ao chão.

Tabela 25. Prevenção de acidentes em famílias com crianças com idade menor de um ano e de 1 a 6 anos.

Variável	Preenchido	
	Sim, n (%)	Não, n (%)
Prevenção de acidentes em família com crianças menores de 1 ano (n=13)		
Criança não dorme na mesma cama com os pais	2 (15,4)	11 (84,6)
O lugar onde dorme fica longe do fogão, vela ou lamparina	12 (92,3)	1 (7,7)
O lugar onde dorme fica longe do chão	13 (100,0)	0 (0,0)
Tampou as tomadas elétricas	0 (0,0)	13 (100,0)
Os objetos pequenos ficam longe do alcance das crianças	12 (92,3)	1 (7,7)
Não deixa a criança sozinha	13 (100,0)	0 (0,0)
Prevenção de acidentes em família com crianças maiores de 1 ano (n=78)		
Os cabos das panelas ficam para dentro do fogão	73 (93,6)	5 (6,4)
O lugar onde dorme fica longe do fogão, vela ou lamparina	73 (93,6)	5 (6,4)
O lugar onde dorme fica longe do chão	68 (87,2)	10 (12,8)
Tampou as tomadas elétricas	5 (6,4)	73 (93,6)
O medicamento fica longe do alcance da criança	71 (91,0)	7 (9,0)
Detergente, veneno, água sanitária ou hipoclorito de sódio ficam longe do alcance da criança	57 (73,1)	21 (26,9)
Faca e tesoura ficam longe do alcance da criança	57 (73,1)	21 (26,9)
Não pode brincar com fogos de artifícios e fogueiras	76 (97,4)	2 (2,6)

O estudo mostrou, ainda, que 30,8% das crianças acompanham seu responsável quando ele precisa sair de casa. O pai da criança e as avós também são

peças que ficam cuidando da criança quando o responsável precisa sair, porém cerca de 18% acabam sendo cuidadas por outras crianças (Tabela 26).

Ainda na Tabela 26 é possível observar que a maioria das famílias costumava participar de reuniões para discutir como o serviço de saúde deveria funcionar, porém uma porcentagem considerável (38,5%) afirmou não se mobilizar para conquistar os seus direitos sobre os serviços de saúde.

Tabela 26. Quem cuida da criança quando o responsável precisa sair.

Variável	n (%)
Quando você sai de casa quem fica com a criança	
Avô da criança	0 (0,0)
Avó da criança	16 (17,6)
Pai da criança	23 (25,3)
Tio da criança	0 (0,0)
Tia da criança	6 (6,6)
Criança < de 10 anos	1 (1,1)
Criança ≥ de 10 anos	16 (17,6)
Vizinhos	0 (0,0)
Vai junto	28 (30,8)
Fica sozinho	0 (0,0)
Outros	1 (1,1)
Alguem da família participa de reuniões para melhora do serviço de saúde	
Não há reuniões	6 (6,6)
Não participa	35 (38,5)
Participa	50 (54,9)

Em todas as localidades ribeirinhas estudadas inexistem creches, polícia e serviço social, conforme apresenta a Tabela 27. O serviço público de saúde está disponível para 51,6% das famílias através do posto de saúde fixos em algumas comunidades e 100% da população estudada acessa também os serviços por meio da UBS fluvial. A educação pública para o nível pré-escolar está disponível para 87,9% das crianças estudadas. Considerando o contexto, somente cerca de 60% das famílias já haviam participado de algum movimento para pedir a implantação dos mesmos.

Tabela 27. Conscientização, demanda e uso de serviços.

Variável	Preenchido	
	Sim, n (%)	Não, n (%)
Onde a criança mora, tem...		
Posto de saúde	47 (51,6)	44 (48,4)
Pronto socorro ou hospital	0 (0,0)	91 (100,0)
Creche	0 (0,0)	91 (100,0)
Pré-escola	80 (87,9)	11 (12,1)
Serviço de assistência social	0 (0,0)	91 (100,0)
Polícia	0 (0,0)	91 (100,0)

6.4 Instrumento de Observação do Ambiente Domiciliar abreviado (HOME-SF)

A avaliação dos escores não padronizados do HOME-SF segundo os grupos de idade avaliados, tanto para os domínios cognitivo e emocional quanto para o escore geral estão apresentados na Tabela 28 e os escores padronizados na Tabela 29.

Tabela 28. Valores não padronizados do escore geral do HOME-SF e dos domínios cognitivo e emocional segundo os grupos etários avaliados no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Domínio	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Home (0-3)	33	11,7	1,99	8	15
Home (0-3) C	33	4,27	1,40	1	7
Home (0-3) E	33	7,39	1,17	5	9
Home (3 5)	49	16,2	2,85	8	20
Home (3 5) C	49	8,37	2,06	2	11
Home (3 5) E	49	7,80	1,62	3	10
Home (6)	9	16,9	5,23	10	24
Home (6) C	9	6,44	2,35	3	9
Home (6) E	9	10,4	3,54	5	15

Tabela 29. Valores padronizados do escore geral do HOME-SF e dos domínios cognitivo e emocional segundo os grupos etários avaliados no estudo nas localidades rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Domínio	0-3 anos			3 -5 anos			6 anos		
	n	Média	DP	n	Média	DP	n	Média	DP
HOME	33	64,8	11,1	49	62,2	10,9	9	56,3	17,4
Domínio cognitivo	33	47,5	15,5	49	59,8	14,7	9	49,6	18,1
Domínio emocional	33	82,2	13,0	49	65,0	13,5	9	61,4	20,8

O índice de confiabilidade KR20 nas três faixas etárias variou de 0,51 - 0,9. O escore de confiabilidade KR20 para a faixa etária de 6 anos com 27 itens foi de 0,90, por outro lado os escores para a faixa etária de 3 a 5 anos com 26 itens e 0 a 3 anos com 16 itens, obtiveram suas pontuações relativamente baixas, respectivamente 0,60 e 0,51. Na avaliação da reprodutibilidade da versão em Português do HOME-SF, o CCI foi de 0,79 (21 repetições), mostrando boa reprodutibilidade sobre o escore total.

Observou-se um decréscimo no escore total do instrumento quanto mais velho o grupo etário, como consequência da redução do escore da dimensão emocional do HOME-SF. As crianças com seis anos apresentaram menores escores gerais, com média de 56,3 (DP±17,4) comparando com as crianças menores de seis anos. Com relação ao estímulo cognitivo, a faixa etária de zero a três anos apresentou piores desempenhos, com média de 47,5 (DP±15,5). Crianças com seis anos foram as que receberam menor estímulo emocional, com média de 61,4 (DP ±20,8) comparando as demais faixas etárias estudadas.

7 DISCUSSÃO

Exposições a adversidades, desde antes da concepção e persistindo ao longo do período pré-natal e no início da vida, podem ser prejudiciais ao desenvolvimento do cérebro, a afeição e ao aprendizado precoce. Quando as adversidades do início da vida coincidem com situações múltiplas, como pobreza, deficiências nutricionais, violência e acesso limitado a bens e serviços de qualidade, elas afetam o desenvolvimento ao longo da vida (GRANTHAM-MCGREGOR et al., 2007; PEREIRA; VALENTINI; SACCANI, 2016). O desenvolvimento integral das crianças exige cuidados como saúde, nutrição, segurança, proteção, cuidado responsivo e aprendizagem precoce, que precisam ser proporcionados pelas interações entre pais e família e apoiados por um ambiente que possibilite essas interações (BLACK, et al., 2017b).

Os achados deste estudo trazem informações que nos convocam a fortalecer ações e programas para promoção da saúde e o desenvolvimento integral de crianças residentes em localidades rurais. Déficits de registros no documento de acompanhamento de saúde da criança, baixo acompanhamento do crescimento, períodos de imunizações irregulares, baixas taxas de consultas de pré-natal, altas taxas de não planejamento da gravidez, presença de tabagismo e consumo de bebida alcóolica na gestação, dificuldade em reconhecer sinais de alerta/perigo na gravidez, sinais de trabalho de parto e sinais de doenças no puerpério, além de baixas taxas de aleitamento materno exclusivo, dificuldade em reconhecer sinais de doença na infância, ausência de cuidados para prevenir malária e dengue, falta de acesso a brinquedos e livros infantis e dificuldade em gerenciar os comportamentos da criança são alguns dos elementos que compõem um cenário desafiador. As informações compiladas neste estudo poderão guiar a implementação e manutenção de ações da atenção primária à saúde com foco na saúde das crianças residentes em localidades rurais ribeirinhas.

7.1 Uso e preenchimento da CSC

Inúmeros problemas de saúde da criança podem ser enfrentados por meio de ações direcionadas à atenção primária à saúde, a partir do monitoramento do

crescimento e desenvolvimento, imunização, reidratação oral e aleitamento materno, provocando mudanças epidemiológicas, gerando impacto nos indicadores de saúde e, conseqüentemente, na mortalidade infantil. Um importante documento para o acompanhamento da saúde da criança é a CSC (VIEIRA et al., 2017).

Neste estudo foi observado que os campos mais preenchidos nas CSC foram referentes aos dados do recém-nascido, da gestação e parto, e em dois itens de acompanhamento da saúde: registros de vacina e registro da vitamina A, semelhante ao encontrado por Pedraza (2019) para dados de peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer em CSC de crianças de 24 a 72 meses de idade assistidas em creches de Campina Grande, Paraíba. A proporção de registros dos dados do recém-nascido, da gestação e parto no estudo em questão foi superior ao encontrado no estudo de Freitas e colaboradores (2019), realizado na região Norte, no hospital infantil do município de Porto Velho, Rondônia, que avaliou a CSC de menores de cinco anos e identificou registros moderados, assim como no estudo de Amorim e colaboradores (2018b) ao observarem a CSC de crianças de três a cinco anos de idade no ano de 2014 na zona urbana de Belo Horizonte e o de Rosolem e colaboradores (2019) que avaliaram a CSC de menores de cinco anos na zona urbana de um município paulista. Neste último, houve importantes falhas no preenchimento de dados em relação ao início do pré-natal, número de consultas e tipo de alimentação na alta da maternidade.

Uma revisão sistemática sobre o uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil constatou que o registro do peso ao nascer foi o mais descrito dentre as variáveis relativas ao nascimento da criança e, entre os anos de 2001 e 2006, houve crescente preenchimento do Apgar e baixa variação no preenchimento de comprimento e perímetro cefálico (ALMEIDA et al., 2016). O peso da criança ao nascer é um indicador de saúde infantil que determina as chances de um RN sobreviver e de ter um crescimento normal e desenvolvimento típico, além de ter relação com a prematuridade, ou seja, quanto menor a idade gestacional, menor é o peso ao nascer. Considera-se a prematuridade como um dos fatores biológicos associados à mortalidade infantil, aliado ao baixo peso ao nascer (BRASIL, 2012).

O número de consultas pré-natal identificado neste estudo foi bem superior ao estudo de Amorim e colaboradores (2018a) e Rosolem e colaboradores (2019). Este é um item de grande importância por ser um indicador de qualidade da atenção às

gestantes na rede pública de saúde. Esta frequência pode ser explicada pela orientação presente no Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério. Os estados e municípios devem garantir ações por meio das unidades integrantes do sistema de saúde nacional, para captar precocemente gestantes para realização da primeira consulta de pré-natal em até 120 dias da gestação e conduzi-las a realizar, no mínimo, seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2006). As ações de humanização do parto, nascimento e a avaliação do Apgar em todo recém-nascido são exigidos pelo Ministério da Saúde, além da presença do pediatra na sala de parto, isso também pode explicar o elevado percentual de preenchimento dos dados do recém-nascido e do parto (BRASIL, 2006).

Entre os itens mais preenchidos na APS, o registro da vacina foi o item de maior frequência, consistente com os estudos de Rosolem e colaboradores (2019) e de Amorim e colaboradores (2018). Esse achado pode indicar a eficácia do Programa Nacional de Imunizações (PNI) na área ribeirinha investigada e revela ainda que a utilização da CSC pode estar cumprindo preferencialmente com o papel de “cartão de vacinação” (AMORIM et al., 2018b; FARIA; NOGUEIRA, 2013).

Em relação aos dados da vigilância infantil, os registros de perímetro cefálico (gráfico) e acompanhamento do crescimento foram inferiores no estudo em questão quando comparados com os estudos de Amorim e colaboradores (2018), que identificou elevada frequência de preenchimento, assim como o de Pedraza (2019), Freitas e colaboradores (2019) e Abud e Gaíva (2015), embora com baixas frequências. Torna-se preocupante a baixa frequência de registros do peso e altura no gráfico, pois sem a complementação desses elementos, não é possível realizar uma apropriada avaliação longitudinal do crescimento.

O MS recomenda aos profissionais a construção de curvas de crescimento da criança a partir da pontuação do peso no gráfico, interligando os pontos afim de se conferir a tendência de crescimento da criança com os padrões estabelecidos (BRASIL, 2005a). Uma provável justificativa para o baixo percentual de preenchimento dos gráficos de crescimento pode ter relação com a dificuldade dos profissionais de saúde em interpretar os novos conceitos incorporados à caderneta, como, por exemplo, as curvas de referência em escores-z e o gráfico de índice de massa corporal por idade (IMC) (ABUD; GAÍVA, 2015; ABREU; VIANA; CUNHA, 2012).

Registros sobre o desenvolvimento infantil, odontograma e cronograma de erupção dentária não foram identificados neste estudo, situação similar aos estudos

de Pedraza (2019), Freitas e colaboradores (2019), Amorim e colaboradores (2018) e Abud e Gaíva (2015) onde não houve preenchimento ou foi muita baixa a frequência encontrada.

Almeida e colaboradores (2016) evidenciaram em um estudo de revisão, o baixo preenchimento dos gráficos de acompanhamento do crescimento e do quadro de acompanhamento dos marcos de desenvolvimento da criança, situação similar a encontrada neste estudo. Falhas no preenchimento também foram identificadas por Vieira e colaboradores (2017) ao analisar o item acompanhamento do crescimento com pelo menos duas medidas de peso (68,9%) e medidas de comprimento (47,3%) de 727 crianças distribuídas em 71 unidades de vacinação da zona urbana do município Feira de Santana (Bahia), em 2009. Outro estudo reiterou falhas de preenchimento na avaliação do desenvolvimento em 95,4% de 929 cadernetas analisadas e no preenchimento do gráfico de crescimento em 79,6% de 950 cadernetas de crianças do município de Cuiabá-MT em 2011 (ABUD et al., 2015).

Nos registros de triagem neonatal, a realização do teste do pezinho foi superior ao estudo de Freitas e colaboradores (2019), conduzido em Porto Velho-Rondônia (19,5%), de Abud e Gaíva (2015) em Cuiabá-MT (14,1%) e Rosolem e colaboradores (2019) em um município paulista (6,3%). A realização do teste do olhinho e da orelhinha também foi superior ao estudo de Rosolem e colaboradores (2019) que alcançou 7,7% e 59,5%, respectivamente, e de Abud e Gaíva (2016) que atingiu 14,2% e 16,9%, respectivamente. Apesar do alto registro de realização, o teste do pezinho apresentou baixo registro dos resultados dos exames das crianças ribeirinhas investigadas.

Ações de vacinação, suplementação de ferro e vitamina A representam medidas de prevenção, promoção e proteção à saúde, que influenciam diretamente no crescimento e desenvolvimento infantil, prevenindo doenças imunopreveníveis, mesmo quando expostas à ambientes que ofereçam risco a sua saúde. Para a implementação dessas ações é necessário a articulação entre família, serviço e profissionais de saúde, com a finalidade de assegurar o efetivo direito da criança (VIEIRA et al., 2016).

Imunizante da 1º e 2º dose do rotavírus humano foi o que maior apresentou incompletude no presente estudo, diferente do encontrado por SILVA e colaboradores (2018) ao observar CSC de 3.076 crianças de mães residentes em 2010 em São Luís que mostrou maiores incompletudes para as vacinas meningocócica C (32,2%)

e pneumocócica 10 valente (48,9%) e no estudo de Viera e colaboradores (2016) com 116 CSC de Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-Paraíba que apenas 7,8% estavam com vacinas atrasadas, com maior atraso da pneumocócica.

Estudos mais antigos, em diferentes estados brasileiros, confirmaram que vacinas com necessidade de três doses para a primovacinação (doses mínimas que conferem imunidade) apontaram maior percentual de atraso (LOPES et al., 2013; CARNEIRO et al., 2012; RAMOS et al., 2010). A literatura mostra que os principais motivos de atraso vacinal nas crianças são: ausência de vacina no serviço de saúde, convalescença de enfermidade, lapso da mãe, criança doente, tratamento com antibiótico, desconhecimento do calendário, falta de orientação dos profissionais e ausência do profissional para administrar a vacina (LOPES et al., 2013; CARNEIRO et al., 2012; GENTILE et al., 2011). Neste estudo, a logística do serviço de saúde fluvial e o período pandêmico da COVID-19 foram relatados pelos responsáveis como motivos que interferiram no cumprimento do calendário vacinal para as áreas ribeirinhas.

Os resultados deste estudo sugerem que a CSC foi mais preenchida na maternidade do que na APS ou em outros serviços de saúde, apontando que pais e profissionais valorizam de maneira diferente itens de cada parte da CSC ou dos procedimentos realizados nos serviços de cuidados à criança. O preenchimento da CSC deve ser responsabilidade de todos os serviços de atenção à saúde, mas o desafio ainda se faz constante para as maternidade e na APS, locais responsáveis pela geração de grande parte das informações sobre a saúde das crianças (AMORIM et al., 2018b).

O baixo preenchimento em campos relevantes dos itens avaliados compromete a proposta desse documento, como instrumento que transita entre serviços de saúde para subsidiar a continuidade do cuidado da criança.

7.2 Competências Familiares

Instruções e atitudes de parentalidade positiva podem ser empregadas a uma maior quantidade de capacidades de desenvolvimento e habilidades para a vida, com importância concentrada para alcançar vários ODS (SANDERS et al., 2021).

As comunidades investigadas apresentaram uma baixa performance dos indicadores de competências familiares. Uma revisão analisou estudos de 35 países

e mostrou que as crianças que vivem em áreas rurais, com baixo peso, com menor nível socioeconômico e do sexo masculino, geralmente tem pior desenvolvimento cognitivo ou socioemocional (CAMARGO-FIGUERA et al., 2014).

7.2.1 Características sociodemográficas

Fatores como a renda familiar e escolaridade, tendem a estar relacionados ao ambiente domiciliar como desfavoráveis ao desenvolvimento infantil. Uma revisão apresentou estudos onde a baixa qualidade do ambiente domiciliar estava associada à baixa renda mensal, ao menor grau de escolaridade materna e à menor escolaridade paterna (MORAIS; CARVALHO; MAGALHÃES, 2016). Outros estudos demonstraram a associação com a morbimortalidade infantil (BARROS et al., 1987; SELWYN, 1990; VICTORA et al., 1994).

Neste estudo, as famílias ribeirinhas investigadas apresentaram uma alta frequência de fatores socioeconômicos desfavoráveis, como a renda familiar abaixo de 550 reais, a escolaridade dos pais e mães menor que quatro anos de estudo para cerca de 35%, e aproximadamente a metade declararam não saber ler ou escrever, o que tecnicamente podem ser classificados como analfabetos. Silva e Moura (2010) e Pantoja e colaboradores (2018) identificaram achados semelhantes para a escolaridade dos pais e nível econômico de famílias com crianças menores de seis anos em comunidades rurais do Pará.

Aspectos positivos relacionados ao nível educacional foram apresentados no estudo de Correia e colaboradores (2005), que mostrou a escolaridade materna positivamente associada à adoção de hábitos e práticas saudáveis por parte da mãe, e uma maior participação do pai no acompanhamento da gestação e do nascimento da criança. Além de mães com nível educacional médio ou superior com tendência a fumar menos na gravidez, a amamentar mais e a realizar consulta no período pós-parto.

Nos domicílios estudados, a principal fonte de água usada para beber era proveniente do poço artesiano da escola, e apesar da grande maioria usar o hipoclorito no tratamento da água, uma parcela importante (20,9%) não tratava a água corretamente. Além disso, apenas a metade possuía pelo menos uma torneira funcionando com água dentro de casa e a grande maioria queimava ou enterrava o lixo na própria comunidade. Em geral, o saneamento básico doméstico nas

localidades rurais era insatisfatório. Dentro do contexto rural nacional, autores detectaram as mesmas carências. No Pará, mais da metade das famílias com crianças residentes em algumas áreas rurais, habitam moradias com condições inadequadas de saneamento básico (SILVA; MOURA, 2010; PANTOJA et al., 2018).

Rissin e colaboradores (2006) ao investigar condições de moradia como preditores de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco constatou que na área rural o quadro de pobreza era elevado e crianças que residiam em domicílios com falta de esgotamento sanitário adequado apresentavam maior risco de deficiência de estatura para idade (< -2 escores Z).

Estão bem fundamentadas as desigualdades no acesso a condições básicas de vida entre as comunidades rurais e urbanas. O acesso a serviços de água e saneamento nas áreas rurais no geral são muito menores do que nas áreas urbanas, notadamente em países de baixa e média renda (BAIN et al., 2014b). Ao nível das médias globais, as disparidades entre as áreas urbanas e rurais são impressionantes. Em 2012, mais de 500 milhões de pessoas não tinham acesso a água potável nas áreas rurais comparado às áreas urbanas, e mais de 1 bilhão não possuía acesso ao saneamento (OMS; UNICEF, 2014).

Fornecimento de água, saneamento e higiene seguros pode prevenir uma ampla carga de doenças infecciosas importantes, inclusive doenças diarreicas. Um grupo de especialistas liderado pela OMS quantificou a carga global de doenças diarreicas atribuíveis à falta de água, saneamento e higiene, e estimou que aproximadamente 500.000, 280.000 e 300.000 mortes são atribuíveis, respectivamente (BAIN et al., 2014a; PRÜSS-USTÜN et al., 2014).

A grande maioria das famílias possuía TV e uma parcela substancial ainda possuía o rádio. Considerando que a maioria dos pais estudaram além de 4 anos, espera-se que disponham de um adequado senso crítico básico para refinamento das informações adquiridas.

Uma pequena parcela (6,6%) das crianças não dispunham de documentos oficiais, o que prejudica essas crianças a usar os serviços fornecidos pelo governo, principalmente no que se refere a programas governamentais sociais, de saúde, e mais tarde, nos de educação.

7.2.2 Assistência à gestação e ao parto

A assistência pré-natal e puerperal objetiva acolher a mulher desde o início da gravidez, garantindo o nascimento de uma criança saudável no fim da gravidez e assegurar o bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006).

7.2.2.1 Atenção pré-natal

Neste estudo, pode-se verificar que a assistência ao pré-natal chega a todas as comunidades ribeirinhas investigadas, porém menos da metade das mães fizeram sete consultas. No mesmo contexto, Garnelo e colaboradores (2020) ao observar em 38 comunidades ribeirinhas do Amazonas identificaram que 62,4% das gestantes aderiram às sete consultas. Ambos os resultados ainda estão longe dos 73% com seis ou mais consultas encontradas para o Brasil (VIELLAS et al., 2014). Achados do estudo do Unicef (2005) que investigou oito comunidades diferentes, identificou que um terço das entrevistadas de uma comunidade rural indígena não havia realizado pelo menos uma única consulta de pré-natal durante toda a gestação da criança estudada. Similar ao estudo de Silva e Moura (2010) em comunidades ribeirinhas do Pará que verificou uma inadequada assistência pré-natal numa grande parcela da amostra investigada.

Um estudo recente apresentou resultados parciais e deu indícios de bom desempenho da assistência ao pré-natal prestada por meio da Unidade Móvel Fluvial de Serviços de Saúde em áreas rurais ribeirinhas no Amazonas. Foi observado um total de 92,5% de gestantes com início do pré-natal até a 20ª semana de gestação, pelo índice de Kessner. Utilizando um indicador mais rígido, o índice de Kotelchuck que orienta início do pré-natal até a 12ª semana, essa porcentagem diminuiu para 63,4%. Esse segundo é inferior ao observado para as gestantes da Amazônia brasileira (rural e urbana) que 74,4% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (GARNELO et al., 2020). Cabe destacar que a região Norte apresenta taxas menores de adequada assistência pré-natal e os estados do Amazonas e Pará são os que apresentam piores desempenhos (GUIMARÃES et al., 2018; LEAL et al., 2015). No entanto, aumentar a proporção de mães com pré-natal adequado ainda é um grande desafio nas áreas rurais ribeirinhas.

Uma revisão trouxe um alerta ao investigar a qualidade da atenção pré-natal no Brasil de 2005 a 2015 em relação ao acesso e à adequação da assistência prestada, pois embora tenha identificado alta cobertura em todas as localidades

estudadas, com alguns locais atingido níveis praticamente universais, isso não refletiu na garantia de qualidade elevada (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Considerando componentes quantitativos, os países desenvolvidos seguem modelos propostos por índices internacionais, onde a quantidade de consultas pré-natal preconizada varia de sete a 14 visitas (SILVA et al., 2013). No Brasil, os critérios são diferentes, os protocolos indicados pelo Ministério da Saúde permite o número mínimo de seis consultas para gestações a termo, início precoce da assistência variando da 12^a a 20^a semana de gestação e a realização de condutas básicas durante as consultas (BRASIL, 2006).

A assistência pré-natal precoce admite o acesso aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. O número adequado de consultas possibilita o acompanhamento correto e a realização de intervenções cabíveis sempre que for necessário, evitando eventuais problemas à saúde da mãe e do feto (DOMINGUES et al., 2014; KIRKHAM; HARRIS; GRZYBOWSKI, 2005).

7.2.2.2 Participação do pai nas consultas de pré-natal

Com relação ao apoio paterno, um pouco mais da metade dos pais foi em alguma consulta de pré-natal e a grande maioria assistiu alguma consulta. Diferente do encontrado no estudo realizado na região nordeste com 655 puérperas que apontou que 44,2% das entrevistadas tiveram a participação do companheiro nas consultas de pré-natal, com somente 14,6% assistindo todas as consultas, e ainda revelou que os parceiros da zona rural são os que menos acompanham suas parceiras nas consultas de pré-natal comparados aos da zona urbana (BRITO et al., 2021).

A participação do parceiro da gestante nas consultas de pré-natal passou a ser estimulada pelo Ministério da Saúde através do Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais da Saúde, publicado em 2016. No entanto, atualmente, muitos homens continuam sem compreender a importância e os benefícios de acompanharem esse processo. É uma problemática apontada, por alguns autores, aos profissionais de saúde da Atenção Primária, quando negligenciam a participação do parceiro na gestação, pois os parceiros não são abordados e convidados a entrar na sala de consultas de atendimentos às gestantes (RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

A participação do parceiro no pré-natal é um elemento crucial para a formação e fortalecimento de elos afetivos e saudáveis, e oportuniza a efetivação de um pré-

natal com melhores indicadores de qualidade (BRASIL, 2016b). O apoio do parceiro no pré-natal pode cooperar para uma maior frequência de consultas realizadas, assim como pode influenciar na saúde física e mental da mulher e criança, conter a ansiedade, atenuar dores, reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiar o aleitamento materno e diminuir os casos de violências domésticas e/ou obstétricas (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014; REDSHAW; HENDERSON, 2013; RIBEIRO; GOMES; MOREIRA, 2017).

7.2.2.3 Planejamento da gravidez

Descobrimos que um percentual elevado (54,9%) dos nascimentos entre as mulheres da amostra foi rotulado como indesejado. O planejamento familiar, por sua vez, não pode ser avaliado positivamente, considerando que a metade das mulheres afirmaram que a gravidez da criança não foi desejada, pelo menos para aquele momento. Este resultado é claramente indicativo da necessidade de revisão das políticas de planejamento familiar no âmbito municipal e estadual.

As gestações não desejadas podem influenciar de modo desfavorável às mulheres e suas famílias, gerando gastos financeiros, sociais, emocionais e físicos (GIPSON; KOENIG; HINDIN, 2008; SMITH-GREENAWAY; SENNOTT, 2016). O propósito do nascimento está associado a condutas maternas após o parto reconhecidas por influenciar a saúde infantil, como a amamentação. Estudos mostraram que mulheres que relataram seus partos como indesejados, comparado às mulheres que referiram como desejados, tinham menor probabilidade de amamentar e prosseguir amamentando em países de baixa renda na América do Sul e África Ocidental (HROMI-FIEDLER; PÉREZ-ESCAMILLA, 2006). Assim como nos Estados Unidos também foi evidenciado que as crianças resultantes de partos indesejados eram menos propensas a serem amamentadas do que aquelas mencionadas como desejadas (LINDBERG et al., 2015; TAYLOR; CABRAL, 2002).

7.2.2.4 Tabagismo materno e consumo de bebida alcoólica durante a gestação

Hábitos não saudáveis, como o tabagismo na gestação esteve presente para uma a cada dez mulheres e o consumo de bebida alcoólica na gestação para praticamente um quarto (18,7%) das mulheres. O tabagismo na gestação está

presente em outras áreas rurais do país. Foi um hábito encontrado também entre mulheres residentes em áreas rurais ribeirinhas do Pará (SILVA; MOURA, 2010). Diferente desse estudo, Correia e colaboradores (2005) identificou maior tabagismo materno durante a gestação (15,5%), do que o consumo de bebidas alcólicas por mulheres residentes em algumas áreas rurais do Ceará. Apontou que a escolaridade estava positivamente associada a hábitos mais saudáveis, com mães com nível médio e superior com tendência a fumar menos durante a gestação. Em Caarapó, Mato Grosso do Sul, na aldeia indígena Guarani-Kaiowá Te'yi Kue se observou uma frequência maior (27,3%) de tabagismo comparado ao consumo de álcool e em Salvaterra, área rural e urbana, foi menor o tabagismo materno durante a gestação com relação a ingestão de álcool (UNICEF, 2005). Autores afirmam que o hábito de fumar está associado ao consumo de bebidas alcólicas (CHAIEB; CASTELLARIN, 1998).

Zambonato e colaboradores (2004) atestaram associação entre fumo na gestação e restrição do crescimento intrauterino. Tabagismo durante a gravidez foi apontado como preditor para baixo quociente de inteligência em crianças de até seis anos de idade na coorte de nascimentos de Pelotas 2004 (CAMARGO-FIGUERA et al., 2014). Autores mostraram que o risco de tabagismo materno aumenta o risco de asma em 1,7 vezes comparados aos não fumantes, curiosamente o tabagismo paterno aumenta em 2,9 vezes, e quando pai e mãe fumavam, o risco aumentava em 3,7 vezes (HARJU et al., 2016). Uma revisão concluiu que o tabagismo materno está associado a maior risco de natimorto, morte neonatal e morte perinatal (PETERSON; HECHT, 2017).

Os agravos consequentes da exposição fetal ao álcool variam de acordo com período gestacional, a quantidade consumida, a condição nutricional da gestante e a capacidade metabólica materna e fetal (DAWSON et al., 2001). Autores apontam maior risco de anomalias físicas no primeiro trimestre e declaram maior risco de abortamento no segundo trimestre. A partir do sétimo mês pode implicar em diminuição do crescimento fetal, afetando principalmente o perímetro cefálico (KAUP; MERIGHI; TSUNECHIRO, 2001). Complicações decorrentes da ingestão de álcool na gestação são descritas como síndrome alcoólica fetal (SAF), caracterizando-se por anomalias craniofaciais, deficiência de crescimento e distúrbios do sistema nervoso central (EUGENE HOYME et al., 2005).

7.2.2.5 Conhecimento dos sinais de risco na gravidez, sinais indicativos de início do trabalho de parto e sinais de doença no puerpério

As responsáveis falharam em reconhecer de maneira imediata os sinais de alerta e perigo na gestação. Pouco mais da metade das mães reconheceram dores e cólicas fortes e menos da metade reconheceram o sangramento como sinais de alerta e perigo na gestação. Porém os demais sinais somente foram amplamente reconhecidos quando induzidos, ainda assim, dor de cabeça foi o menos referido pela metade das mães como um sinal de alerta e perigo na gestação. A situação é mais crítica sobre reconhecer sinais de trabalho de parto, chama a atenção que somente três a cada dez mulheres referiram de maneira imediata a perda de líquido e apenas 16,5% referiram a perda de muco. Sobre sinais de doença no puerpério, todos os sinais investigados foram referidos de maneira imediata por menos de 25%, somente quando induzidos foram reconhecidos pela grande maioria. Gestantes residentes rurais de Caarapó-MS e Salvaterra-PA também reconheceram corretamente a maioria dos sinais de alerta e perigo na gestação (UNICEF, 2005).

Nessa perspectiva, faz-se imprescindível a educação em saúde pelos profissionais da atenção primária. A prática da educação em saúde na assistência pré-natal pode ser desenvolvida de várias formas durante as consultas, desde palestras para grupos, ações educativas individuais e coletivas, abordando inúmeros temas relevantes, nos quais se incluem: a identificação de sinais de alarme na gravidez, reconhecimento dos sinais de alerta e de trabalho de parto e a importância da consulta de puerpério (BRASIL, 2012; GUERREIRO et al., 2014). Portanto, espera-se que tal conhecimento seja disseminado durante a assistência pré-natal.

O acolhimento das gestantes e seus familiares, aumenta a qualidade da assistência, tornando-a mais humanizada por meio da promoção do bem-estar e, com enfoque na autonomia e, redução da ansiedade, medos e as dúvidas em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2012).

7.2.2.6 Presença de familiar com a mãe no momento do parto

A presença de acompanhante durante o parto foi garantida para a grande maioria das gestantes, com um terço sendo acompanhado pelo pai da criança. Destaca-se que a grande proporção dos nascimentos foi hospitalar, e ainda assim

uma parcela de 16,5% não teve seu direito a um acompanhante garantido. Diferente do observado nesse estudo, em domiciliados rurais de Caarapó - MS e Salvaterra - PA houve uma elevada proporção de partos realizados com a presença de alguém da família, porém estava associado ao alto índice de partos domiciliares nestas comunidades (UNICEF, 2005). Em áreas rurais do Ceará, sobressaiu o nascimento da criança acompanhado por cerca de 15% dos pais e esse acontecimento foi maior em mães com escolaridade maior que oito anos (CORREIA et al., 2005).

7.2.3 Alimentação

A ordem segue a cronologia do crescimento da criança, será descrito a seguir o padrão de amamentação e finalmente a dieta da criança.

7.2.3.1 Amamentação após o nascimento e duração da amamentação

Nos indicadores de aleitamento materno, amamentar logo após o nascimento, um indicador importante para o sucesso da amamentação, foi de 84,6% no presente estudo. Superior a frequência nacional rural e da região Norte, estimada pelo PNDS de 2006, em 48,9% e 53,2%, respectivamente (BRASIL, 2009a).

Pouco mais da metade das crianças (58,2%) mamaram até seis meses exclusivamente em seio materno, atendendo a recomendação da OMS. O que indica uma introdução precoce de alimentos e líquidos. Condição superior em comparação a prevalência de aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses na cidade de Manaus, apontado pela II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, que foi de 41,1% (IC95%, 37,4 - 44,9) e na região Norte que foi de 45,9% (42,9 - 49,0) e ficou a frente das demais regiões (BRASIL, 2009b). A frequência do presente estudo, foi aproximado ao encontrado por Silva e Moura (2010) que encontrou menos da metade das crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade com probabilidade de aleitamento materno exclusivo em algumas comunidades do Pará em 2008. Em estudo realizado pelo UNICEF (2005) entre oito localidades investigadas, consistindo em duas rurais, Caarapó-MS com maior percentual de amamentação exclusiva e Salvaterra-PA alcançou somente 24,5%, porém essas duas localidades apresentaram duração da amamentação mais longa, de aproximadamente 24 meses. Correia e colaboradores

(2005) verificaram que o maior nível educacional das mães estava associado a maiores práticas de amamentação em mães residentes em áreas rurais do Ceará.

A grande maioria das mães costumava estimular a criança durante a amamentação, interagindo com toque ao corpo, conversas e olhares nos olhos de suas crianças.

Os benefícios da amamentação estão amplamente descritos na literatura científica. A curto prazo contribui para a sobrevivência infantil através da redução da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas (DIETERICH, et al., 2013). A longo prazo, especialistas demonstraram a partir de um meta-análise com estudos observacionais, que a amamentação foi associada a uma elevação de 3,44 pontos (IC 95% 1,9–5,0) na cognição até a infância e adolescência (HORTA; LORET DE MOLA; VICTORA, 2015).

Autores evidenciaram ainda, que a amamentação está associada a efeitos que se estende a vida adulta. A duração do aleitamento materno por 12 meses ou mais foi associado ao melhor desempenho cognitivo, melhores níveis de escolaridade e renda mais alta, aos 30 anos de idade (VICTORA et al., 2015).

7.2.3.2 *Dieta da criança*

A partir do recordatório alimentar de 24 horas para crianças acima de 6 meses, o arroz, a farinha e o pão foram os alimentos mais presentes na dieta das crianças (88,5%), seguido do peixe, frutas, leite em pó e feijão. O consumo de legumes e verduras estão presentes para a metade das crianças, mingau e ovos estavam menos presentes na dieta das crianças avaliadas. No estudo do Unicef (2005), a ingestão de legumes, verdura, frutas e ovos estiveram entre os menos consumidos na aldeia indígena de Caarapó-MS e em Salvaterra-PA.

Um estudo usando dados da *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde* (PNDS) de 2006/2007 para avaliar o consumo alimentar em crianças brasileiras de 6-59 meses de idade, apontou que a região Norte esteve entre os estados em que as crianças consomem menos legumes, verduras, frutas, feijão, arroz e pão (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012).

Uma revisão sobre determinantes e consequências da insegurança alimentar no Amazonas, enfatizou que embora a Amazônia seja detentora de uma enorme diversidade em peixes e frutos, o que poderia garantir uma grande oferta e consumo

proteico de boa qualidade biológica, calorias, vitaminas, minerais, viabilizando consequentemente um adequado padrão de saúde, nutrição e qualidade de vida para sua população, isso não se traduz para a realidade dessa população. A realidade contrasta com a sua riqueza em recursos naturais. Os autores apresentaram estudos que evidenciam grande precariedade nutricional para a população infantil do rio Negro (ALENCAR et al., 2007).

Um estudo apontou, através de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, uma alta frequência de consumo de marcadores não saudáveis entre as crianças menores de dois anos, com consumo de refrigerantes por uma a cada três crianças (32,3%; IC95%: 30,2-34,4), com a Região Norte configurando a segunda com menor frequência de consumo (32,9; 28,8 -37,0). O consumo de biscoitos, bolacha ou bolo foi relatado para 60,8% das crianças (IC95%: 58,6-63,0), com a Região Norte se destacando como a de menor frequência de consumo (51,9; 47,7 -56,2). Domiciliados em área rural consumiram um pouco menos do que os domiciliados na área urbana (JAIME et al., 2016).

Dados da *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal* demonstraram a introdução precoce de alimentos não saudáveis na alimentação infantil, com frequência de 11,6% (IC95%: 10,5 - 12,8) para consumo de refrigerantes e de 71,7% (IC95%: 69,9-73,5) de bolachas e/ou salgadinhos, na faixa etária de 9 a 12 meses (BRASIL, 2009b).

Vítolo e colaboradores (2014) abordam que a exposição a alimentos não saudáveis na primeira infância estimula hábitos e predileções alimentares ao longo da vida e reforçam que estratégias de promoção de práticas alimentares saudáveis devem ser desenvolvidas na APS.

7.2.3.3 Oferta de alimentos sólidos e líquidos para criança doente

Alerta-se que a oferta de alimentos líquidos e sólidos foi referido apenas por cerca de metade das mães quando suas crianças estão em estado doentio. O Unicef (2005) investigou tais conhecimentos em duas comunidades rurais, com Caarapó-MS demonstrando ser mais conscientes sobre a oferta de líquido e Salvatera-PA com pouco mais da metade ofertando líquido quando a criança adocece. Com relação ao alimento sólido para criança no estado doentio, o conhecimento foi bem baixo, pois nas duas localidades rurais mais da metade afirmou que diminui a ingestão.

A criança doente ao apresentar falta de apetite, faz ingestão de menos alimentos e gasta mais energia em decorrência da febre e do aumento da produção de determinados hormônios e anticorpos. Há aumento no catabolismo de proteínas com perdas de nitrogênio por via urinária e em casos de diarreia, vai além do nitrogênio, tem perda de micronutrientes como zinco e vitamina A. Eventos recorrentes de infecção podem levar a um atraso no desenvolvimento e a déficits nutricionais de Vitamina A, zinco e ferro, aumentando a vulnerabilidade da criança a novos ciclos de infecção (BRASIL, 2005b).

As crenças e tabus diminuem ou evitam a ingestão de alimentos nutritivos no período das doenças (BRASIL, 2005b). Faz-se imprescindível o aconselhamento sobre a alimentação da criança doente nas localidades investigadas.

Embora os resultados apresentados neste estudo, apresentem frequências positivas além do que foi observado em outros estudos, vale destacar que ainda estão com altas frequências de práticas não recomendadas pela OMS, o que requer alinhamento dos programas de fortalecimento de prática saudáveis, conforme foi comprovado como eficazes por estudos de intervenção voltados à capacitação de profissionais de saúde para o aconselhamento para práticas de aleitamento materno e alimentação complementar saudável (VÍTOLO et al., 2014).

Faz-se necessário consolidar a agenda da promoção à saúde e da alimentação saudável no cuidado infantil na atenção básica, progredindo nas práticas educativas e de orientação para o aleitamento materno e a alimentação saudável nos primeiros anos de vida, ressaltando os benefícios ao longo da vida. Tais práticas podem ser fortalecidas se baseando no uso das diretrizes e conteúdo de instrumentos técnicos como guias alimentares adotados no país (BRASIL, 2013a), considerando-se as especificidades de cada território.

7.2.4 Prevenção e tratamento das doenças na infância

7.2.4.1 Cobertura vacinal, suplementação de vitamina A e ferro

Com relação à competência familiar e indicadores de saúde relacionados à prevenção de doenças das crianças de até seis anos de áreas rurais do Amazonas, destaca-se que a grande maioria está sob posse da caderneta de saúde da criança, porém esta é mais usada para registro de vacinas. Diferente do que foi encontrado

por Oliveira e colaboradores (2018) no contexto urbano do Fortaleza, que além da grande maioria possuir a caderneta, ainda foi constatado grande registro de peso e desenvolvimento no documento.

A CSC é um documento importante para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e das vacinas recebidas pela criança até os 10 anos de idade (BRASIL, 2005a).

Com relação à imunização, uma parcela substancial das famílias parece não encaminhar suas crianças para receber a imunização regularmente de acordo com sua faixa etária. Visto que 30% não estava com o esquema vacinal completo para sua idade. Além disso, destaca-se que a cobertura vacinal parece ter falhas, pois as crianças não estavam recebendo imunização de forma regular, com a grande maioria recebendo imunização com atraso de um mês e praticamente dois terços com atraso de dois meses ou mais. O que pode ser justificado pela logística do serviço de saúde oferecido por meio de transporte fluvial em uma única data por mês ou pela crise na saúde pública em decorrência da pandemia da covid-19.

Déficits na cobertura vacinal foram encontradas em outras áreas rurais do país. Na reserva indígena de Caarapó-MS, apenas 47,9%, e em Salvaterra-PA, 60,1% das crianças haviam recebido todas as vacinas indicadas para sua idade (UNICEF, 2005). Em municípios de Roraima foi identificado considerável aumento das taxas de abandono da vacinação contra poliomielite e rotavírus humano entre os anos de 2013 a 2017 (FONSECA; BUENAFUENTE, 2021).

A suplementação por vitamina A alcançou 94,5% das crianças rurais investigadas, porém a suplementação de ferro nos últimos três meses não foi referida para quase dois terços das crianças. UNICEF (2005) apontou baixa suplementação de Vitamina A em áreas rurais de Salvaterra-PA (31,5%) e em Caarapó-MS alcançou 59,2%. Com relação a suplementação de sulfato ferroso, Salvaterra atingiu menos da metade crianças e Caarapó alcançou a maior proporção de suplementação com 62,6%, comparado as sete localidades avaliadas. Vale reforçar, junto aos autores, a preocupação com o percentual de crianças não suplementadas em áreas rurais.

As ações de vacinação, suplementação de ferro e vitamina A fazem parte das intervenções de prevenção, promoção e proteção à saúde da criança, com influência direta no crescimento e desenvolvimento infantil, ao proporcionar proteção contra doenças mesmo quando exposta a ambientes que ofereçam risco a sua saúde (CARVALHO; ARAÚJO, 2010). Portanto, para a prática dessas ações é necessário

estimular o envolvimento da família e alinhar o serviço e profissionais de saúde, com a finalidade de garantir a efetivação do direito da criança a ter saúde integral.

A imunização é uma intervenção primordial que visa reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, sobretudo em lactentes e crianças na primeira infância, por se encontrar no grupo de maior vulnerabilidade a estes agravos no Brasil e no mundo (PUGLIESI; TURA; ANDREAZZI, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a suplementação vitamínico-mineral das vitaminas A, os minerais iodo e ferro, entre outros, por tradicionalmente estarem associadas às maiores deficiências, consideradas de elevado impacto social (OMS, 2013).

A hipovitaminose A está relacionada à cegueira, consistindo em uma causa frequente, sendo prevenível entre as crianças. Além disso está associada a mortalidade por doenças infecciosas como a diarreia e infecção respiratória. A vitamina A é recomendada por ser essencial ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, por agir na manutenção da visão e integridade das mucosas e por contribuir no adequado funcionamento do sistema imunológico protegendo o organismo contra infecções (SOMMER; KATZ; TARWOTJO, 1984).

O distúrbio nutricional mais comum na infância é a anemia por carência de ferro (DEMAYER; ADIELS-TEGMAN, 1985). A anemia na infância é geralmente devido a uma dieta com baixo teor de ferro, ou com ferro de baixa disponibilidade, ou seja, ferro que não absorvido pelo organismo com facilidade. A anemia enfraquece o sistema imunológico da criança, levando a baixa resistência contra as infecções. Estudos revelaram que déficits de anemia estão associados aos atrasos no desenvolvimento cognitivo e motor infantil (LOZOFF; JIMENEZ; WOLF, 1991; WALTER et al., 1989).

Nos primeiros seis meses, o leite materno tem a capacidade de suprir as demandas das crianças de nascimento a termo (37 semanas ou mais de idade gestacional). No entanto, crianças prematuras ou com baixo peso ao nascer (peso ao nascer < 2500 gramas) carecem de suplementação com ferro precocemente, ou seja, antes dos seis meses (BRASIL, 2013b).

A ampla suplementação com sulfato ferroso consiste em uma das estratégias recomendadas para conter a prevalência da anemia em comunidades com alta prevalência (WHO, 2012). No Brasil, desde 2005, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) orienta a suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de idade (BRASIL, 2013b).

7.2.4.2 Higiene das cuidadoras e da criança

A competência familiar e indicadores de saúde relacionados à prevenção de doença em crianças, como as práticas de higiene adotadas pelos cuidadores e pelas crianças, revelaram-se insatisfatórias. Sabe-se que as práticas de higiene incorporadas pelos cuidadores influenciam diretamente na saúde das crianças.

Práticas como lavar as mãos depois de ir ao banheiro, antes de cozinhar e antes de dar comida foram recordadas imediatamente somente por cerca de um terço das responsáveis. Lavar as mãos depois de trocar fraldas ou levar a criança ao banheiro praticamente não foi recordada espontaneamente. Somente após indução dessas alternativas é que a maioria afirmou realizar tais práticas de higiene. O que pode sugerir um viés de informação por omissão real dos hábitos. As práticas de higiene adotadas pelas crianças foram mais frequentemente relatadas de maneira imediata comparada as praticadas pelos responsáveis, e quando citadas, a adoção dessas práticas foi afirmada por uma parcela bem maior. Ressalta-se que uma proporção importante de 12,1% dentro do universo estudado afirmou não adotar o hábito de lavar as mãos.

Correia e colaboradores (2005) revelaram que práticas de higiene simples, como lavar as mãos ao cozinhar e ao utilizar o banheiro, foram lembradas espontaneamente somente por menos da metade das mães rurais do Ceará. Em outros núcleos rurais, na reserva indígena de Caarapó-MS e em Salvaterra-PA, a grande maioria das responsáveis afirmaram adotar maioria dos hábitos investigados, porém assim como no presente estudo, os autores detectaram uma menor adoção do hábito de lavar as mãos depois de trocar as fraldas ou levar a criança ao banheiro. Já o hábito das crianças de lavar as mãos foi quase que universal (UNICEF, 2005). Oliveira e colaboradores (2018) também constatou um percentual substancial de 35% de cuidadoras que não lavaram as mãos após troca de fraldas ou após levar a criança ao banheiro no centro urbano de Fortaleza. Notou também que a elevada quantidade de crianças que não higienizaram as mãos, 32,3% não lavaram as mãos depois de ir ao banheiro e 24% não adotaram essa medida de higiene antes de comer qualquer alimento.

Sabe-se que as práticas de higiene incorporadas pelos cuidadores influenciam diretamente na saúde das crianças e a adoção dos hábitos pelas crianças são

orientadas principalmente pela família. Reforça-se que somente a metade das famílias possuía torneira dentro de casa, o que pode influenciar na adoção desses hábitos.

7.2.4.3 Condições em que a criança deve ser levada com urgência ao médico

Com relação a competência familiar relacionada a tomada de decisão quando as crianças estão doentes, dentre quatorze sinais de doença em que criança deve ser levada ao médico, somente três foram reconhecidos espontaneamente por pouco mais da metade, sendo os sinais de criança cada vez mais doente, criança com febre e com diarreia. Somente quando citados sinais nas crianças, como: não conseguir mamar; pele amarelada; dificuldade para respirar; presença de sangue nas fezes; apresentando vômito; tosse com febre alta; olhos fundo, sede intensa e moleza extrema; lábios, pés e mãos arroxeados; convulsão; respirando rápido e com chiado, é que a ampla maioria afirmou que ser motivos de levar com urgência ao médico, com exceção para a ingestão de pouco líquido referido por 22% das mães. A falta de conhecimento sobre o consumo de pouco líquido, foi similar ao encontrado pela UNICEF (2005) ao investigar dois locais em área rural.

No estudo da Unicef que envolve duas áreas rurais, famílias da aldeia de Caarapó-MS deixaram de identificar mais frequentemente os sintomas de perigo do que as famílias de Salvaterra-PA. Na aldeia indígena de Caarapó-MS, cerca de 13,5% das entrevistadas não reconheceram que crianças com sinais associados ao agravamento de doença respiratória e de diarreia necessitam ser levadas com urgência ao serviço de saúde (UNICEF, 2005). Outros autores, revelaram que cerca de metade das famílias de áreas rurais do Ceará identificaram sintomas clássicos em crianças que requerem assistência médica, como febre, diarreia, vômito e tosse. Porém, sinais assinalados como graves, como convulsão, dispneia e desidratação foram reconhecidos por menos de 20% das mães (CORREIA et al., 2005).

No estudo com famílias da área urbana de Fortaleza, foram reconhecidas a maioria dos sinais que requerem tratamento em hospitais ou centro de saúde. Porém, sinais vistos como graves, como chiado no peito e desidratação foram os menos relatados, com 89,9% e 65,0%, respectivamente (OLIVEIRA, et al, 2018).

A baixa percepção materna sobre a saúde da criança foi apontada como preditor para baixo quociente de inteligência em crianças de até seis anos de idade pela da coorte de nascimentos de Pelotas 2004 (CAMARGO-FIGUERA et al., 2014).

Ressalta-se que, no presente estudo, uma parcela de 12,1% não soube dizer sobre como estava o crescimento de suas crianças.

Nossos achados, junto aos dos demais estudos, sugerem mais ações que visem elevar o nível de conhecimento das famílias sobre as complicações das enfermidades infecciosas, preferencialmente das diarreias e das infecções respiratórias, doenças de grande frequência na infância, assim como maior disponibilidade dos serviços de saúde para eventuais dúvidas sobre cuidados infantis. Normalmente, comunidades localizadas em zonas rurais são distantes dos serviços de saúde com funcionamento regular. Reconhecer sinais de agravamento de doenças, evita colocar em risco a vida de muitas crianças, pois a procura por assistência médica geralmente requer algumas horas, o que pode agravar ainda mais o estado doente da criança (UNICEF, 2005).

7.2.4.4 Cuidados para prevenir malária e dengue

Cuidados da família relacionados à prevenção de malária e dengue foram relatados espontaneamente por menos da metade das famílias. A conhecida medida de usar o mosquiteiro foi a mais referida. Quando induzidos aos demais cuidados, aumentou a proporção de adoção de medidas, incluindo usar mosquiteiro, manter a limpeza ao redor das moradias, deixar recipientes com água sempre tampados e não tomar banho no rio ao amanhecer. Ainda assim, os achados revelaram dados preocupantes, pois uma grande parcela não usa telas nas janelas e portas, não passa repelente sempre que precisa sair de casa, toma banho no rio ao anoitecer e não usa mosquiteiro, representados por 84,6%, 78%, 29,7% e 14,3%, respectivamente.

Famílias da área urbana de Fortaleza, em sua maioria afirmaram que para prevenir malária e dengue, adotam medidas como os recipientes com água tampados, seguido da manutenção de quintais/terrenos limpos sem garrafa ou sacos plásticos. Semelhante ao nosso estudo, uma medida simples e acessível de utilizar o mosquiteiro só foi referida por cerca de 53,0% das famílias (OLIVEIRA et al., 2018). O estudo da UNICEF (2005) também revelou dados preocupantes, na aldeia indígena de Caarapó-MS, a grande maioria das crianças não utilizavam mosquiteiro. Esse estudo revelou ainda, que medidas importantes, como a colocação de telas nas janelas e portas eram pouco adotadas por moradores, mesmo de áreas endêmicas.

A malária é reconhecida como um dos problemas de saúde pública mais graves do mundo, com 3,3 bilhões de pessoas em risco de adquirir a doença e com aproximadamente um milhão de mortes anualmente, com seu principal causador sendo o *Plasmodium falciparum* em crianças africanas menores de cinco anos (OMS, 2014). Na América Latina, o *Plasmodium vivax* é responsável pela maioria dos casos (87,8%) que ocorrem na Amazônia brasileira, com cerca de 150.000 casos reportados anualmente (BRASIL, 2013c).

Estudo realizado por Alexandre e colaboradores (2015) com menores de 15 anos em duas comunidades no estado do Amazonas, revelaram que um ou vários episódios de malária causada por *P.vivax* ou *P.falciparum* compromete o estado nutricional de crianças causando uma redução na velocidade de crescimento linear e peso corporal, especialmente entre as crianças entre 5 e 10 anos de idade. Os autores mostraram que mesmo em áreas onde a endemicidade da malária é baixa e *P.vivax* é a espécie predominante, ainda assim a infecção tem consequência no desenvolvimento físico das crianças. (VITOR-SILVA et al., 2009) apontaram a associação de pelo menos um episódio de malária com o baixo rendimento escolar em uma comunidade no Amazonas em crianças de cinco a 14 anos, e alertaram que episódios repetidos de malária podem produzir um efeito negativo e cumulativo no desempenho escolar.

Outra complicação da malária na infância é a anemia, consistindo na principal manifestação grave em crianças pequenas em áreas de alta transmissão (CALIS et al., 2008). Autores sugerem que a malária é fator de risco para incidência de epilepsia, distúrbios comportamentais disruptivos e outras deficiências (BIRBECK et al., 2010).

Centenas de arbovírus foram isolados na Bacia Amazônica, com alguns deles interligados a doenças humanas. São vírus responsáveis por mais de 95% das arboviroses humanas reportadas no país. Entre os arbovírus mais importantes causadores de doenças humanas no Brasil, está o vírus da dengue (DENV) (FIGUEIREDO, 2007). As condições climáticas da região juntamente as grandes populações de mosquitos do gênero *Aedes aegypti* no estado do Amazonas propiciam o ambiente favorável para a sustentação dos ciclos de transmissão de arbovírus (MOURÃO et al., 2015).

Estudo alerta que, nos últimos anos, a idade média dos pacientes com dengue grave despencou, ficou um pouco mais frequente em crianças, e chamam atenção para o aumento de casos atípicos, como miocardite, hepatite, meningoencefalite e

insuficiência renal aguda, durante os surtos de dengue, possivelmente advém da consequência da hiper endemicidade. Reforça ainda, que as taxas de mortalidade também aumentaram (FIGUEIREDO, 2012).

Diante desse cenário de baixa adoção de cuidados para prevenir doenças tão agressivas para a criança, somado ao encontrado em outras localidades rurais do país, faz-se necessário estimular a envolvimento familiar junto às iniciativas das instituições, com o reforço das orientações por meio da educação em saúde, com enfoque nas medidas que objetivam a prevenção, o controle da malária e dengue, e os cuidados. Instigar o fortalecimento do vínculo entre esses atores, irá promover uma abordagem que vise trabalhar a necessidade da comunidade.

7.2.5 Estimulação psicossocial

Vários tipos de intervenções, desde nutrição e saúde apoiam o desenvolvimento saudável, porém evidências recentes têm revelado que as intervenções parentais que abrangem elementos para aprimorar diretamente a aprendizagem na primeira infância ou fortalecer os relacionamentos pais-filhos são mais eficazes para melhorar as habilidades cognitivas, linguísticas, motoras e o desenvolvimento socioemocional (BRITTO et al., 2017; PRADO et al., 2019).

7.2.5.1 Presença de materiais infantis e interação entre familiares e criança

Uma parcela substancial de 79,1% das famílias ribeirinhas estudadas possuía em casa algum jornal, revista ou livros com fotos ou figuras que a sua criança pudesse olhar, apesar disso, a disponibilidade de livros infantis somente estava presente para menos da metade das crianças. Estudo em comunidade rural ribeirinha do Pará, revelou que o atraso na área da linguagem estava associado com à pior qualidade de estimulação do ambiente familiar que, demonstrando relação com a menor disponibilidade de material de aprendizagem e organização do ambiente (PANTOJA et al., 2018)

Outro estudo que incluiu comunidades urbanas e rurais, constatou que as residentes em áreas rurais apresentavam carências de materiais lúdicos adequados para o desenvolvimento psicomotor da criança, como livros infantis, brinquedos sonoros, de movimentos ou de montar (UNICEF, 2005). Correia e colaboradores

(2005) apontaram dentro do contexto rural de 22 municípios do Ceará em 2005, que somente para cerca da metade das famílias estava presente materiais lúdicos adequados para o desenvolvimento psicomotor da criança.

Nesse estudo, a grande maioria das famílias informou dar atenção exclusiva à criança em momentos de brincadeiras, leituras e conversas, e afirmaram que suas crianças brincam ou jogam com outras crianças. Porém uma parcela importante de 12,1% das crianças não costumava interagir com outras crianças.

Cabe destacar, que um simples brinquedo como a bola não estava presente para um terço das crianças e os objetos mais disponíveis para brincadeiras eram os utensílios de cozinha. O aparelho de TV estava disponível no domicílio de 72,5% das crianças. Nestes domicílios 15,1% assistiam a televisão diariamente por três horas ou mais e 16,1% dos cuidadores afirmaram não verificar se o programa é adequado para a idade das crianças.

O estímulo psicomotor mais ofertado pelas famílias a menores de um ano de idade foi o verbal, através de canções. Com crianças em idade de um a dois anos, o brincar com brinquedos pequenos foi o estímulo mais ofertado e canções foram as menos usadas, e quase metade das famílias não ofereceu um passeio para a criança e não brincou de jogar bola. Crianças de três a quatro anos apresentaram um percentual importante de ausência de alguns estímulos, como o brincar com quebra-cabeça (92,6%), além de brincar menos com bola. Destaca-se que para um terço foi referido que não brincam de correr, desenhar e pintar. Já para as crianças com idade entre cinco e seis anos, quase todos os estímulos avaliados foram frequentemente ofertados. Dos seis estímulos avaliados, somente andar de bicicleta foi relatado com menor frequência (48,4%). Ressalta-se que as atividades “andar de bicicleta ou a cavalo” não são comuns na rotina das localidades ribeirinhas avaliadas. Percebe-se que as crianças maiores receberam mais diversidade de estímulos e maior interação com pais e familiares do que as crianças em idades menores.

Russell e colaboradores (2022) encontrou forte associação entre as interações do cuidador, a partir de brincadeiras regulares e atividades de comunicação e estimulação precoce, com o desenvolvimento infantil. Consistente a esse estudo, autores demonstraram o impacto positivo de instruções ao cuidador sobre estímulos adequados para o desenvolvimento infantil (ALTAFIM et al., 2020; JEONG et al., 2016; LI et al., 2020).

Uma revisão sintetizou 102 intervenções parentais realizadas durante a primeira infância em 33 países e estimou a eficácia em uma ampla gama de resultados ao Desenvolvimento da Primeira Infância e cuidado, e descobriram que aqueles com componentes de cuidado responsivo tiveram impactos significativamente maiores para o desenvolvimento cognitivo da criança, fortalecimento de práticas parentais e interações pais-filhos, em comparação com intervenções que não incluíam conteúdo de cuidado responsivo (JEONG, 2021).

Argumenta-se que crianças de nível socioeconômico baixo precisam de materiais e experiências cognitivamente estimulantes, para mediar seu crescimento cognitivo e colaborar no seu desempenho escolar desde a infância até a adolescência (BRADLEY et al., 2001).

Eshel e colaboradores (2006) reforça que resultados como o deste estudo, elevam a importância de não apenas aumentar as brincadeiras precoces e materiais de aprendizagem, mas também de implementar programas que apoiem diretamente a sensibilidade dos pais e capacidade de resposta, especialmente em países de baixa e média renda (ESHEL et al., 2006).

Os maiores efeitos combinados estimados sobre o desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor são consistentes com as estratégias de intervenções parentais que se centralizam principalmente na maior oferta de brincadeiras e aprendizado precoce com o envolvimento do cuidador em atividades de estimulação ou responsividade verbal aprimorada (JEONG, 2021).

Uma grande parcela das crianças não estar com seu direito ao desenvolvimento assegurado, uma vez que não recebe estímulos importantes para sua faixa de idade que são essenciais para o desenvolvimento sensorial, cognitivo, emocional e até motor. Talvez as famílias não estão sendo orientadas de maneira adequada com relação aos estímulos importantes para o desenvolvimento de suas crianças e sua importância.

Ressalta-se que os achados sobre estimulação psicomotora devem ser interpretados com cautela, uma vez que existem diferenças culturais que podem estar levando a práticas diferentes daquelas avaliadas.

7.2.6 Gerenciamento de comportamento

A família precisa ensinar a criança, nos primeiros anos de vida a se comportar adequadamente e assegurar a sua participação nas decisões que lhe afeta (UNICEF, 2005).

No presente estudo, menos da metade dos responsáveis pelas crianças relataram escutá-la desde bem pequena, respeitando a sua decisão em acompanhar ou não o responsável quando vai sair de casa. No entanto, 25% não é consultada. No contexto investigado, foi relatado pelas mães que nem sempre é possível respeitar a vontade da criança, pois na maioria das vezes não tem com quem deixá-la em casa. Em outras localidades rurais, também foi observado que menos da metade das mães leva em consideração a opinião da criança quando o responsável precisa sair (UNICEF, 2005).

Em situações onde a criança não se comporta bem, pouco mais da metade das famílias referiu de maneira espontânea que costuma dizer para a criança que ela não pode se comportar de tal maneira e explica sobre o bom comportamento. As medidas corretivas com violência física estão entre as três mais reportadas espontaneamente. As demais medidas foram referidas quando induzidas, com a grande maioria relatando usar distração com a criança e usar o “NÃO” ou “PÁRA” quando a criança tem comportamentos inadequados.

Correia e colaboradores (2005) identificaram em mães que residem em áreas rurais do Ceará, que entre quatro atitudes disciplinadoras da criança mais adotadas, três envolveram algum grau de agressividade: “Dar palmadas”, “gritar” e “por de castigo”. Um terço das mães escolhe uma atitude mais educativa, explicando à criança o porquê ela deve corrigir seu comportamento. No estudo da Unicef (2005), as comunidades rurais adotaram medidas preventivas mais frequentes, como “dizer não e explicar o por que não pode se comportar assim” e “NÃO” ou “PÁRA” quando a criança apresenta mau comportamento. Medidas corretivas físicas e verbais estiveram entre as menos frequentes na reserva indígena de Caarapó-MS e em Salvaterra foi o contrário, “dá umas palmadas” esteve entre as atitudes mais frequentes como corretivas.

Nesse estudo, nos horários das refeições, quando a criança não quer comer, a alternativa mais referida pela metade das mães foi a de respeitar a vontade da criança e oferecer um lanche mais tarde. Oferecer uma comida diferente esteve presente na realidade de cerca de 20% das famílias, e inventar uma brincadeira para estimular a

criança a aceitar a refeição não era uma iniciativa da grande maioria das famílias, pois somente 4,2% usa desse recurso.

Atitudes diferentes foram reportadas no estudo de Correia e colaboradores (2005), pois a oferta de uma comida diferente foi a mais frequente entre as alternativas, alcançando quase 50%. Porém ainda assim a estratégia de fazer uma brincadeira para estimular a aceitação da refeição esteve entre as menos referidas, alcançando somente 11,5%. Atitudes negativas foram encontradas na aldeia indígena de Caarapó-MS e em Salvaterra-PA, pois o uso do autoritarismo para forçar a aceitação da refeição foi referido com mais frequência quando a criança se recusa a comer (UNICEF, 2005).

7.2.7 Prevenção de acidentes no domicílio

Com relação à prevenção de acidentes, a família não assegurava a proteção de suas crianças em suas moradias, visto que a maioria das crianças menores de um ano costumava dormir na mesma cama que os pais e a totalidade das moradias dessas crianças não possuía proteção nas tomadas elétricas. Déficits nos cuidados com crianças de um ano ou mais estão alarmantemente relacionados aos choques elétricos, pois apenas 6,4% protegem suas crianças contra choques. Assusta também que mais de 26% afirmaram não adotar precauções com produtos que causam intoxicação e objetos cortantes. Uma proporção de 12,8% das crianças ainda dorme próximo ao chão, o que pode ser justificado pelo status socioeconômico da família.

Mães que residem em áreas rurais do Ceará demonstraram maior preocupação com as queimaduras, medicamentos e objetos cortantes, pois foi praticamente universal a referência a esses cuidados. Cuidados com os choques elétricos foram relatados por menos de 50% das mães (CORREIA et al., 2005). Atitudes similares foram encontradas no estudo da Unicef (2005): mães de crianças de até seis anos de idade, residentes em área rural, demonstraram menos preocupação com as tomadas elétricas.

Nossos achados devem ser interpretados no contexto de algumas limitações. Referimos a experiência de dez comunidades rurais ribeirinhas localizadas na margem esquerda do Rio Negro pertencentes aos municípios de Manaus no Amazonas. Tais achados podem não ser generalizáveis para outros locais.

Intervenções direcionada aos pais durante os primeiros três anos da infância são eficazes para melhorar os cuidados infantis e o DPI. Nos últimos anos, tem sido direcionada uma atenção política considerável para DPI à nível mundial. A Meta 4.2 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas é garantir que todas as meninas e meninos tenham acesso na primeira infância a um desenvolvimento de qualidade, cuidados e educação.

O panorama atual de políticas para DPI carece de maiores investimentos e implementação de programas nacionais de grande impacto. O investimento em programas parentais em diversos contextos locais, com enfoque no fortalecimento das competências familiares para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, coordenado aos sistemas e serviços existentes, pode colaborar para que alcancemos os ODS, inclusive o ODS 4.

7.3 Qualidade do Ambiente Domiciliar

Compreende-se que diversos fatores interferem de maneira dinâmica no desenvolvimento infantil, de condições biológicas à ambientais (BRITTO et al., 2017). Crianças de países de baixa e média renda são mais propensas à exposição de um maior número e variedade de fatores de risco e a menores intervenções promotoras para o desenvolvimento, do que crianças pobres em países de alta renda (WALKER et al., 2011). Entre os fatores ambientais, estão o espaço físico de convivência da criança, a estrutura e a relação familiar, o envolvimento emocional, o estímulo verbal, as condições socioeconômicas, entre outros (BRITTO et al., 2017).

Os achados do presente estudo demonstraram que há baixa qualidade do ambiente domiciliar. Em ambientes domésticos com crianças na faixa dos seis anos de idade houve menos estímulos, com relação as demais crianças de idades menores. Importa enfatizar que o número amostral foi relativamente menor na faixa etária de 6 anos com relação as demais. No entanto, crianças na faixa etária de zero a três anos estão recebendo menos estímulos cognitivos, como baixa disponibilidade de livros infantis, pouca leitura compartilhada, menor oferta de brincadeiras interessantes e ambiente inseguro para brincar, comparando as demais crianças investigadas. Com relação aos estímulos emocionais, tais como ter controle sobre o comportamento da criança na execução de tarefas e atitudes corretivas para comportamentos inadequados, crianças de 6 anos receberam menos estímulos.

Um estudo na comunidade ribeirinha Panacauera, em Igarapé-Miri/Pará, com crianças entre 24 e 36 meses de idade, evidenciou que quanto pior foi a qualidade da estimulação familiar à disposição da criança, mais comprometido foi seu desenvolvimento neuropsicomotor, em decorrência da menor oferta de "material de aprendizagem" e "organização do ambiente". Foi possível apontar uma relação positiva entre a melhor qualidade do ambiente familiar das crianças com melhor desempenho na triagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelo Teste de Triagem de Denver II, comparado às crianças com atraso no desenvolvimento (PANTOJA et al., 2018).

Pantoja e colaboradores (2018) também observaram que a qualidade do ambiente domiciliar sofre influência de algumas variáveis socioambientais, pois crianças residentes em moradias sem tratamento de água, apresentaram piores níveis de qualidade do ambiente familiar, assim como aquelas com piores níveis socioeconômicos.

Lamy e colaboradores (2011) realizaram um estudo em outro contexto de famílias economicamente desfavorecidas, com crianças entre dois e três anos, em uma comunidade da periferia de São Luís - MA, e verificaram relação entre os estímulos domiciliares e o desenvolvimento infantil. Apontaram que pouco mais da metade dos ambientes domiciliares exibiram alto risco, com "materiais de aprendizagem" alcançando maior porcentagem de residências comprometidas (73,9%), seguido de "organização do ambiente" (64,2%).

Uma revisão reuniu estudos de estratégias que visavam reduzir as desigualdades e otimizar o desenvolvimento de crianças pequenas em países de baixa e média renda e destacou que a educação e o apoio dos pais podem melhorar o desenvolvimento cognitivo e psicossocial das crianças. Esses efeitos são maiores quando há programas disponibilizados pelo poder público para populações mais desfavorecidas, com oportunidades de treinamento para cuidadores e pais, inclusive com adoção de estratégias ativas que mostrem e promovam competências para o cuidado. Os autores explicam que intervenções parentais fomentam interações entre pais e filhos para melhorar a capacidade de resposta na alimentação de bebês e crianças pequenas, aumenta o apego, estimula a aprendizagem, leitura de livros, atividades lúdicas, disciplina positiva e resolução de problemas relacionados ao desenvolvimento e cuidados (ENGLE et al., 2011).

Por fim, embora esse estudo tenha limitações, como viés de informação para variáveis autorreferidas, foi possível apontar diversos problemas que são passíveis de intervenções, sobretudo com enfoque em intervenções parentais durante a primeira infância.

8 CONCLUSÕES

O cenário em que as crianças estão expostas, com condições socioeconômicas desfavoráveis, precariedade do uso da caderneta de saúde da criança e registros da sua condição de saúde, falhas de orientação sobre cuidados com o recém-nascido e a importância da amamentação, com baixa performance das competências familiares revelando falhas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assim como nos cuidados infantis relacionados à higiene, alimentação, prevenção de doenças imunopreveníveis, estimulação psicossocial e prevenção de acidentes, nos convoca a implementar políticas intersetoriais para fortalecimento de ações e programas que reduzam a exposição das crianças a fatores que comprometam a sua saúde e seu desenvolvimento infantil.

Dentro de um amplo conjunto de competências familiares relacionados aos cuidados que promovem a saúde e desenvolvimento infantil, estão fatores de risco e proteção a saúde e ao desenvolvimento infantil. A diversidade de fatores avaliados mostrou a elevada vulnerabilidade da população de estudo, indicando uma elevada proporção de famílias com crianças de zero a seis anos que necessitam de intervenções com o objetivo de garantir o direito ao pleno desenvolvimento infantil.

Os achados deste estudo também mostram o quão desafiador é propor ações para melhorar o desenvolvimento infantil nessa população, que requer ação imediata e conjunta dos serviços de saúde, especialmente da atenção primária, e outros setores públicos. Esforços para priorização da ampliação de políticas com intervenções efetivas direcionadas às crianças mais vulneráveis são indispensáveis para se alcançar os vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

REFERÊNCIAS

ABOUD, F. E.; YOUSAFZAI, A. K. Global health and development in early childhood. **Annual review of psychology**, v. 66, p. 433–457, 1 jan. 2015.

ABREU, T. G. T.; VIANA, L. DA S.; CUNHA, C. L. F. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 3, n. 2, p. 80–83, 2012.

ABUD, S. M. OURÃO; GAÍVA, M. A. PARECIDA M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta de saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 97–105, 1 jun. 2015.

ACRI, M. C.; HOAGWOOD, K. E. Addressing Parental Mental Health Within Interventions for Children: A Review. **Research on social work practice**, v. 25, n. 5, p. 578–586, 19 set. 2015.

ALENCAR, F. H. et al. Determinantes e conseqüências da insegurança alimentar no Amazonas: a influência dos ecossistemas. **Acta Amazonica**, v. 37, n. 3, p. 413–418, 2007.

ALEXANDRE, M. A. A. et al. The Association between Nutritional Status and Malaria in Children from a Rural Community in the Amazonian Region: A Longitudinal Study. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 9, n. 4, p. e0003743, 30 abr. 2015.

ALMEIDA, A. C. DE et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil – Revisão sistemática de literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 122–131, 1 mar. 2016.

ALTAFIM, E. R. P. et al. Measuring early childhood development in Brazil: validation of the Caregiver Reported Early Development Instruments (CREDI). **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 1, p. 66–75, 2 mar. 2020.

AMORIM, L. DE P. et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 585–597, 1 fev. 2018a.

AMORIM, L. DE P. et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, p. e201701116, 15 fev. 2018b.

ANDRADE, S. A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 606–611, 2005.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Evaluation of the Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1053–1064, jun. 2011.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00213816, jun. 2018.

BAIN, R. et al. Global assessment of exposure to faecal contamination through drinking water based on a systematic review. **Tropical medicine & international health : TM & IH**, v. 19, n. 8, p. 917–927, 2014a.

BAIN, R. E. S. et al. Rural:urban inequalities in post 2015 targets and indicators for drinking-water. **The Science of the total environment**, v. 490, p. 509–513, 15 ago. 2014b.

BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; VAN IJZENDOORN, M. H.; JUFFER, F. Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. **Psychological bulletin**, v. 129, n. 2, p. 195–215, mar. 2003.

BARROS, A. J. D. et al. Child development in a birth cohort: effect of child stimulation is stronger in less educated mothers. **International Journal of Epidemiology**, v. 39, n. 1, p. 285, fev. 2010.

BARROS, F. C. et al. Infant mortality in southern Brazil: a population based study of causes of death. **Archives of disease in childhood**, v. 62, n. 5, p. 487–490, 1987.

BIRBECK, G. L. et al. Blantyre Malaria Project Epilepsy Study (BMPES) of neurological outcomes in retinopathy-positive paediatric cerebral malaria survivors: A prospective cohort study. **The Lancet Neurology**, v. 9, n. 12, p. 1173–1181, 1 dez. 2010.

BLACK, M. M. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77–90, 7 jan. 2017a.

BLACK, R. E. et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. **J Glob Health**, v. 7, n. 1, 010908, jun. 2017b.

BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1759–1771, set. 2012.

BOURKE, L. et al. Understanding rural and remote health: a framework for analysis in Australia. **Health & Place**, [s. l], v. 18, n. 3, p. 496–503, may. 2012.

BRADLEY, R. H.; CALDWELL, B. M. The HOME Inventory and family demographics. **Developmental Psychology**, [s. l], v. 20, n. 2, p. 315–320, 1984.

BRADLEY, R.H. Children's home environments, health, behavior, and intervention: A review using the HOME Inventory as a marker measure. **Genetic, Social & General Psychology Monographs**, [s. l] v. 119, n. 4, p. 437–490, nov, 1993.

BRADLEY, R. H. et al. The home environments of children in the United States part II: relations with behavioral development through age thirteen. **Child development**, v. 72, n. 6, p. 1868–1886, 2001.

BRADLEY, R. H.; CORWYN, R. F. Socioeconomic status and child development. **Annual review of psychology**, v. 53, p. 371–399, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (Série A. Normas e Manuais Técnicos), p.152, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, p. 300, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF; 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 21 mar 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2 ed. Brasília, DF; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro : manual de condutas gerais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, p. 24, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica da Malária no Brasil, 2000 a 2011. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 37, 06 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b.

BRITO, J. G. E. DE et al. Participação do companheiro da gestante nas consultas de pré-natal: prevalência e fatores associados. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 5 nov. 2021.

BRITTO, P. R. et al. Nurturing care: promoting early childhood development. **Lancet (London, England)**, v. 389, n. 10064, p. 91–102, 7 jan. 2017.

BRONFENBRENNER, U.; CECI, S. J. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. **Psychological review**, v. 101, n. 4, p. 568–586, 1994.

BRONFENBRENNER, U.; EVANS, G. W. Ciência do desenvolvimento no século 21: questões emergentes, modelos teóricos, projetos de pesquisa e descobertas empíricas. **Desenvolvimento Social**, v. 9 n. 1, p. 115-125, fev. 2000.

CALIS, J. et al. Severe Anemia in Malawian Children. **The New England journal of medicine**, v. 358, p. 888–99, 1 fev. 2008.

CAMARGO-FIGUERA, F. A. et al. Early life determinants of low IQ at age 6 in children from the 2004 Pelotas Birth Cohort: a predictive approach. **BMC pediatrics**, v. 14, n. 1, 16 dez. 2014.

CAMINHA, M. DE F. C. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 35, n. 1, p. 102–109, 20 fev. 2017.

CARNEIRO, S. M. M. V. et al. Cobertura vacinal real do esquema básico para o primeiro ano de vida numa Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 100–107, 23 maio 2012.

CARNEIRO F. F.; PESSOA V. M.; TEIXEIRA A. C. A. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde**. Brasília, DF: Unb, 2017.

CARVALHO, A. M. C. DE; ARAÚJO, T. M. E. DE. Factors associated to the vaccination covering in adolescents. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 796–802, 2010.

CARVALHO, R. S. DE. O investimento na formação do cidadão do futuro: a aliança entre economia e educação infantil como estratégia da governamentalidade contemporânea. **Educação em Revista**, v. 32, n. 2, p. 229–253, jun. 2016.

CHAIEB J. A. , CASTELLARIN C. Associação tabagismo alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, p. 246-254, 1998.

CHEN, M.; CHAN, K. L. Effects of Parenting Programs on Child Maltreatment Prevention: A Meta-Analysis. **Trauma, violence & abuse**, v. 17, n. 1, p. 88–104, 1 jan. 2016.

CORDAZZO, S. T. D.; VIEIRA, M. L. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, vol.7, n.1, jun. 2007.

CORREIA, L. L. et al. Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil: **Cadernos ESP**, v. 1, n. 1, p. 60–72, 2005.

DAWSON, D. A. et al. Screening for High- and Moderate-Risk Drinking During Pregnancy: A Comparison of Several TWEAK-Based Screeners. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 25, n. 9, p. 1342–1349, 1 set. 2001.

DEMAYER E., ADIELS-TEGMAN M. The prevalence of anaemia in the world. *World Health Statist Quart*, v.38. p. 302-16, 1985.

DIETERICH C. M. et al. Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. **Pediatr Clin North Am**. V. 60, n. 1. p. 31-48, fev. 2013.

DOWDALL, N. et al. Shared Picture Book Reading Interventions for Child Language Development: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Child development**, v. 91, n. 2, p. e383–e399, 1 mar. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766–774, 2014.

EUGENE HOYME, H. et al. A Practical Clinical Approach to Diagnosis of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Clarification of the 1996 Institute of Medicine Criteria. **Pediatrics**, v. 115, n. 1, p. 39–47, jan. 2005.

ENGLE, P. L. et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet (London, England)**, v. 378, n. 9799, p. 1339–1353, 2011.

ESHEL, N. et al. Responsive parenting: interventions and outcomes. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84, n. 12, p. 992–998, dez. 2006.

FARIA¹, M.; NOGUEIRA, T. A. Avaliação do uso da caderneta de saúde da criança nas unidades básicas de saúde em um município de minas gerais. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 11, n. 38, p. 8–15, 24 jan. 2013.

FIGUEIRAS, A. C. DE M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 6, p. 1691–1699, 2003.

FIGUEIREDO, L. T. M. Emergent arboviruses in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 40, n. 2, p. 224–229, 2007.

FIGUEIREDO, L. T. M. Dengue in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 3, p. 285–285, maio 2012.

FILHO, F. L. et al. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4181–4187, 2011.

FONSECA, K. R. DA; BUENAFUENTE, S. M. F. Análise das coberturas vacinais de crianças menores de um ano em Roraima, 2013-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 2, p. 2021, 2021.

FREITAS, J. L. G. et al. Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S. l.], v. 32, 2019.

GAMA, A. S. M. et al. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 19 fev. 2018.

GARNELO, L. et al. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 1, p. 1–14, 31 jul. 2020.

GENTILE, Á. et al. Esquemas atrasados de vacunación y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 24 meses: estudio multicentrico. **Arch. argent. pediatr**, p. 219–225, 2011.

GIPSON, J. D.; KOENIG, M. A.; HINDIN, M. J. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. **Studies in family planning**, v. 39, n. 1, p. 18–38, mar. 2008.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, v. 369, n. 9555, p. 60–70, 6 jan. 2007.

GUERREIRO, E. M. ARCULINO et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 13–21, 1 jan. 2014.

GUIMARÃES, A. F. et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, n. 0, maio, 2020.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Access to prenatal care and quality of care in the Family Health Strategy: infrastructure, care, and management. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, 2018.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Revista de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 6, p. 421–428, nov/dez, 2000.

HALPERN, R. et al. Developmental status at age 12 months according to birth weight and family income: a comparison of two Brazilian birth cohorts. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. SUPPL.3, p. s444–s450, 2008.

HARJU, M. et al. Parental smoking and cessation during pregnancy and the risk of childhood asthma. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1–7, maio, 2016.

HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; VICTORA, C. G. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. **Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)**, v. 104, n. 467, p. 14–19, dez, 2015.

HROMI-FIEDLER, A. J.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Unintended pregnancies are associated with less likelihood of prolonged breast-feeding: an analysis of 18 Demographic and Health Surveys. **Public health nutrition**, v. 9, n. 3, p. 306–312, 9 maio, 2006.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 [internet]. 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JAIME, P. C. et al. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 2, p. 149–157, 1 abr. 2016.

JEONG, J. et al. Paternal Stimulation and Early Child Development in Low- and Middle-Income Countries. **Pediatrics**, v. 138, n. 4, 1 out. 2016.

JEONG, J. et al. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. **PLoS medicine**, v. 18, n. 5, 1 maio 2021.

JEONG, J. et al. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. **PLOS Medicine**, v. 18., n. 5: e1003602, 2021.

KAUP, Z. DE O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação do Consumo de Bebida Alcoólica Durante a Gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, p. 575–580, out. 2001.

KIRKHAM, C.; HARRIS, S.; GRZYBOWSKI, S. Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. **American Family Physician**, v. 71, n. 7, p. 1307–1316, 1 abr. 2005.

KOLLER, H. et al. Patterns of cognitive development in very low birth weight children during the first six years of life. **Pediatrics**, v. 99, n. 3, p. 383–389, 1997.

LAMY, F. F. et al. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n.10, p. 4181-7, 2011.

LEAL, M. DO C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 1, p. 91–104, 2015.

LEIJTEN, P. et al. Are Relationship Enhancement and Behavior Management “The Golden Couple” for Disruptive Child Behavior? Two Meta-analyses. **Child development**, v. 89, n. 6, p. 1970–1982, 1 nov. 2018.

LEME, V. B. R. *et al.* Habilidades Sociais e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano: análise e perspectivas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 28, n. 1, pág. 181-193, abril. 2016.

LETOURNEAU, N. L. et al. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. **Depression and anxiety**, v. 34, n. 10, p. 928–966, 1 out. 2017.

LEWIS, R. J. *et al.* Children at risk for emotional disorders: Risk and resource dimensions. **Clinical Psychology Review**, [s. l], v. 8, n. 4, p. 417-440, jan.1988.

LI, Y. et al. Reliability and validity of the Caregiver Reported Early Development Instruments (CREDI) in impoverished regions of China. **BMC Pediatrics**, v. 20, n. 1, p. 1–16, 12 out. 2020.

LIMA, L. G. *et al.* A utilização da caderneta de saúde da criança no acompanhamento infantil. **Revista Brasileira Ciência Saúde**, [s. l], v. 20, n. 2, p. 167–174, 2016

LINDBERG, L. et al. Pregnancy Intentions and Maternal and Child Health: An Analysis of Longitudinal Data in Oklahoma. **Maternal and child health journal**, v. 19, n. 5, p. 1087, 1 maio 2015.

LINHARES, M. B. M. *et al.* Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500gr. na UTI – neonatal e no segmento longitudinal. **Temas em Psicologia**, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 245-262, dez.1999.

LOPES, E. G. *et al.* [Immunization status of risk newborns and difficulties experienced by mothers]. **Revista Brasileira De Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 338–344, jun. 2013.

LOZOFF, B.; JIMENEZ, E.; WOLF, A. W. Long-term developmental outcome of infants with iron deficiency. **The New England journal of medicine**, v. 325, n. 10, p. 687–694, 5 set. 1991.

LU, C.; BLACK, M. M.; RICHTER, L. M. Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. **The Lancet. Global health**, v. 4, n. 12, p. e916–e922, 1 dez. 2016.

MACHEL, G. Good early development—the right of every child. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 13–14, 7 jan. 2017.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. DE A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91–103, dez. 2005.

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**, v. 20, n. 3, p. 710–718, 2004.

MCCORMICK, M. C. *et al.* Factors associated with maternal rating of infant health in central harlem. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 10, n. 3, p. 139–144, 1989.

MCCOY, A.; MELENDEZ-TORRES, G. J.; GARDNER, F. Parenting interventions to prevent violence against children in low- and middle-income countries in East and Southeast Asia: A systematic review and multi-level meta-analysis. **Child abuse & neglect**, v. 103, 1 maio 2020.

MENDES, A. V.; LOUREIRO, S. R.; CRIPPA, J. A. S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, n. 5, p. 178–186, 2008.

MOON, D. J.; DAMMAN, J. L.; ROMERO, A. The Effects of Primary Care-Based Parenting Interventions on Parenting and Child Behavioral Outcomes: A Systematic Review. **Trauma, violence & abuse**, v. 21, n. 4, p. 706–724, 1 out. 2020.

MORAES, W. M. *et al.* Denver II: evaluation of the development of children treated in the outpatient clinic of Project Einstein in the Community of Paraisópolis. **einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 2, p. 149–153, jun. 2010.

MORAIS, R. L. S.; CARVALHO, A. M.; MAGALHÃES, L. C. O contexto ambiental e o desenvolvimento na primeira infância: estudos brasileiros. **Journal of Physical Education**, v. 27, n. 1, p. e-2714, 29 mar. 2016.

MOURÃO, M. P. G. et al. Arboviral diseases in the Western Brazilian Amazon: a perspective and analysis from a tertiary health & research center in Manaus, State of Amazonas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 48, p. 20–26, 2015.

OLIVEIRA, B. L. C. A. DE; MOREIRA, J. P. L.; LUIZ, R. R. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por crianças no Brasil: análise com escore de propensão dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1495–1505, 2 maio 2019.

OLIVEIRA, F. A. et al. Competências familiares relacionadas à prevenção e tratamento das doenças nas crianças de até seis anos. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 257–265, 30 ago. 2018.

OLIVEIRA, L. L. DE. et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 479–485, dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Nota Técnica: Alimentos suplementares para o tratamento da má-nutrição aguda moderada em bebês e crianças de 6-59 meses de vida. Genebra: OMS; 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Malária de 2013. Genebra: OMS; 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. ONU, 2015.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **OECD Regional Typology** [internet]. 2010. Disponível em: https://www.oecd.org/cfe/regional-policy/OECD_regional_typology_Nov2012.pdf.

ORRI, M. et al. Impact of an early childhood intervention on the home environment, and subsequent effects on child cognitive and emotional development: A secondary analysis. **PLoS ONE**, [s. l.] v. 14, n. 7, 3 jul. 2019.

PANTOJA, A. P. P. et al. Análise do efeito dos fatores ambientais sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em comunidade amazônica. **Journal of Human Growth and Development**, v. 28, n. 3, p. 232–239, 2018b.

PEDRAZA, D. F. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e antropometria de crianças. JPMHC | **Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 10, ISSN 2179-6750, 2019.

PEREIRA, K. R. G.; VALENTINI, N. C.; SACCANI, R. Brazilian infant motor and cognitive development: Longitudinal influence of risk factors. **Pediatrics**

international : official journal of the Japan Pediatric Society, v. 58, n. 12, p. 1297–1306, 1 dez. 2016.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 302–314, set. 2018.

PETERSON, L. A.; HECHT, S. S. Tobacco, e-cigarettes, and child health. **Current opinion in pediatrics**, v. 29, n. 2, p. 225–230, 1 abr. 2017.

PORFÍRIO, É. G.; NAVEGA, F. R. F. [UNESP. Influência do ambiente rural e urbano no desenvolvimento funcional de crianças de até seis anos de idade. **Terapia Manual**, p. 406–410, 2012.

PRADO, E. L. et al. Do effects of early life interventions on linear growth correspond to effects on neurobehavioural development? A systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 10, p. e1398–e1413, 1 out. 2019.

PRÜSS-USTÜN, A. et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. **Tropical medicine & international health : TM & IH**, v. 19, n. 8, p. 894–905, 2014.

PUGLIESI, M. V.; TURA, L. F. R.; DE ANDREAZZI, M. DE F. S. Mothers and the vaccination of children: a study of social representations in the public health sector. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 1, p. 75–84, 2010.

RAMOS, C. F. et al. Cumprimento do calendário de vacinação de crianças em uma unidade de saúde da família. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 2, p. 55–60, jun. 2010.

REDSHAW, M.; HENDERSON, J. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: Evidence from a national survey. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, n. 1, p. 1–15, 20 mar. 2013.

RIBEIRO, C. R.; GOMES, R.; MOREIRA, M. C. N. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 41–60, 1 jan. 2017.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 215–226, jan. 2014.

RISSIN, A. et al. Condições de moradia como preditores de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 59–67, 2006.

ROSA, C. Q. DA; SILVEIRA, D. S. DA; COSTA, J. S. D. DA. Factors associated with lack of prenatal care in a large municipality. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 977–984, 2014.

ROSOLEM, L. H. et al. CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACESSO À SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, n. 0, 24 jul. 2019.

RUSSELL, A. L. et al. Caregiver parenting practices, dietary diversity knowledge, and association with early childhood development outcomes among children aged 18-29 months in Zanzibar, Tanzania: a cross-sectional survey. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, p. 1–14, 1 dez. 2022.

SANDERS, M. R. et al. Scaling Up Parenting Interventions is Critical for Attaining the Sustainable Development Goals. **Child psychiatry and human development**, 2021.

SANTOS, R. C. K. DOS; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 160, 1 ago. 2012.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. DE S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707–717, set. 2005.

SELWYN, B. J. The epidemiology of acute respiratory tract infection in young children: comparison of findings from several developing countries. Coordinated Data Group of BOSTID Researchers. **Reviews of infectious diseases**, v. 12 Suppl 8, p. S870–S888, 1990.

SHONKOFF, J. P. et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, v. 129, n. 1, jan. 2012.

SIGOLO, A. R. L.; AIELLO, A. L. R. Análise de instrumentos para triagem do desenvolvimento infantil. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 21, n. 48, p. 51–60, jan. 2011a.

SILVA, H. P. A saúde humana e a Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. **Novos Cadernos NAEA**, v. 9, n. 1, p. 77-94, jun. 2006.

SILVA, E. P. DA. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 5, p. 356–362, maio 2013.

SILVA, F. DE S. et al. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 12 mar. 2018.

SILVA, S. A. DA; MOURA, E. C. DE. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 273–285, 2010.

SILVA, S. S. DA C. et al. Avaliação de famílias ribeirinhas: uma proposta adaptada ao contexto. **Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 253–263, dez. 2011.

SILVA, S. S. DA C. et al. Rotinas familiares de ribeirinhos amazônicos: uma possibilidade de investigação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 341–350, abr. 2010.

SMITH-GREENAWAY, E.; SENNOTT, C. Death and Desirability: Retrospective Reporting of Unintended Pregnancy After a Child's Death. **Demography**, v. 53, n. 3, p. 805–834, 1 jun. 2016.

SOMMER, A.; KATZ, J.; TARWOTJO, I. Increased risk of respiratory disease and diarrhea in children with preexisting mild vitamin A deficiency. **The American journal of clinical nutrition**, v. 40, n. 5, p. 1090–1095, 1984.

SOUSA, I. DOS S. As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru - Am / Living condition and water and sanitation situation in communities in the sphere of influence of the gas pipeline coari-manaus in manacapuru, state of amazon, brazil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 5, n. 9, 2009.

SOUZA, J. M. DE; VERÍSSIMO, M. DE LA Ó. R. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1097–1104, 1 nov. 2015.

TAYLOR, J. S.; CABRAL, H. J. Are women with an unintended pregnancy less likely to breastfeed? **The Journal of Family Practice**, v. 51, n. 5, p. 431–436, maio 2002.

TORQUATO, I. M. B. et al. Effectiveness of an intervention with mothers to stimulate children under two years. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 28 out. 2019.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Como avaliar as competências familiares na atenção às crianças de até 6 anos. Brasília (DF), 2005.

UNITED NATIONS. The millennium development goals report: 2015 [Internet]. New York: **United Nations**; 2015. Disponível em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>. Acesso em: 19 junho 2020.

VICTORA, C. G. et al. Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan area. **Pediatrics**, v. 93, n. 6 I, p. 977–985, 1994.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199–e205, 1 abr. 2015.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 30 jan. 2016.

VICTORA, C. G.; BARROS, A. J. D. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **The Lancet**, v. 355, n. 9202, p. 451–455, 5 fev. 2000.

VIEIRA, D. DE S. et al. Registro de ações para prevenção de morbidade infantil na caderneta de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2305–2313, 1 jul. 2016.

VIEIRA, G. O. et al. Factors associated with the use of the Child Health Handbook in a large city of the Brazilian Northeast, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1943–1954, 1 jun. 2017.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 30, n. 1, pp. S85-S100, 2014.

VÍTOLO, M. R. et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, p. 1695–1707, 1 ago. 2014.

VITOR-SILVA, S. et al. Malaria is associated with poor school performance in an endemic area of the Brazilian Amazon. **Malaria journal**, v. 8, n. 1, p. 230, 16 out. 2009.

WALKER, S. P. et al. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. **Pediatrics**, v. 127, n. 5, p. 849–857, maio 2011.

WALTER, T. et al. Iron deficiency anemia: adverse effects on infant psychomotor development. **Pediatrics**, v. 84, n. 1, p. 7–17, jul. 1989.

WHO. Guideline: daily iron and folic acid supplementation in pregnant women. Geneva, 2012.

WRIGHT, B. et al. Decreasing rates of disorganised attachment in infants and young children, who are at risk of developing, or who already have disorganised attachment. A systematic review and meta-analysis of early parenting interventions. **PloS one**, v. 12, n. 7, 1 jul. 2017.

ZAMBONATO, A. M. K. et al. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 24–29, fev. 2004.



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

APÊNDICE A

ANUÊNCIA DAS COMUNIDADES COPARTICIPANTES

ANUÊNCIA DA COMUNIDADE COPARTICIPANTE

Prezado(a) Senhor(a) representante da comunidade,

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos, por meio deste, solicitar a sua autorização para realizar na sua comunidade a pesquisa *“Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil em Comunidades Rurais Ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas”*. Este estudo tem como objetivo, conhecer as competências familiares, ou seja, as atitudes e práticas das famílias, que contribuem para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil de crianças de até seis anos de idade. A pesquisa é de responsabilidade do pesquisador/orientador Prof. Dr. Fernando José Herkrath e da discente de Mestrado Alessandra Araújo da Silva, ambos vinculados à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Instituto Leônidas e Maria Deane.

Para esta pesquisa, serão convidadas a participar somente as famílias que possuem crianças de zero (0) a seis (6) anos de idade. Nas famílias que participarão da pesquisa, os pais ou um cuidador que seja o responsável legal precisarão responder a algumas perguntas sobre sua casa, sua família e a relação com seu(s) filho(s). Além disso, será necessário verificar a caderneta de saúde das crianças, bem como será preciso, a observação do ambiente domiciliar, ou seja, do lugar onde essa família mora. Portanto, o estudo será realizado na moradia dessas famílias.

É importante esclarecer que a pesquisa:

1. Somente será realizada mediante aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos;
2. Obedecerá às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o mínimo de riscos;
3. Irá assegurar a privacidade das pessoas envolvidas no estudo, de modo a proteger suas imagens, garantindo não utilizar as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da comunidade.

4. Cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 468/2012.

Ressaltamos ainda que toda a equipe de campo será testada para a Covid-19 e cumprirá isolamento antes da realização da viagem à comunidade, e todos os pesquisadores e participantes estarão devidamente utilizando os equipamentos de proteção, tomando todos os cuidados necessários para prevenção e proteção contra o novo coronavírus.

Os resultados do estudo permitirão identificar aspectos importantes relacionados ao desenvolvimento infantil de crianças residentes em áreas rurais ribeirinhas, e poderão orientar a elaboração das políticas, programas e ações voltadas à população infantil destas localidades, por meio de práticas que podem ser desempenhadas pelos profissionais da atenção primária à saúde e que visem minimizar o efeito aspectos limitantes para o desenvolvimento da criança e que tenham por consequência a promoção da saúde dessa população.

Caso autorize, solicitamos seu posicionamento logo abaixo.

Eu Francisco Antonio Pereira da Oliveira

_____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa, autorizo a pesquisa e a entrada da equipe de pesquisa na comunidade Agrícola Nova Gerutaleim do Mirindicaí Rio Negro

Assinatura:

Francisco A. P. de Oliveira

Data:

4/12/2020

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisadora Alessandra Araújo da Silva, no telefone celular: (92) 982392375.

ANUÊNCIA DA COMUNIDADE COPARTICIPANTE

Prezado(a) Senhor(a) representante da comunidade,

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos, por meio deste, solicitar a sua autorização para realizar na sua comunidade a pesquisa *"Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil em Comunidades Rurais Ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas"*. Este estudo tem como objetivo, conhecer as competências familiares, ou seja, as atitudes e práticas das famílias, que contribuem para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil de crianças de até seis anos de idade. A pesquisa é de responsabilidade do pesquisador/orientador Prof. Dr. Fernando José Herkrath e da discente de Mestrado Alessandra Araújo da Silva, ambos vinculados à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Instituto Leônidas e Maria Deane.

Para esta pesquisa, serão convidadas a participar somente as famílias que possuem crianças de zero (0) a seis (6) anos de idade. Nas famílias que participarão da pesquisa, os pais ou um cuidador que seja o responsável legal precisarão responder a algumas perguntas sobre sua casa, sua família e a relação com seu(s) filho(s). Além disso, será necessário verificar a caderneta de saúde das crianças, bem como será preciso, a observação do ambiente domiciliar, ou seja, do lugar onde essa família mora. Portanto, o estudo será realizado na moradia dessas famílias.

É importante esclarecer que a pesquisa:

1. Somente será realizada mediante aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos;
2. Obedecerá às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o mínimo de riscos;
3. Irá assegurar a privacidade das pessoas envolvidas no estudo, de modo a proteger suas imagens, garantindo não utilizar as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da comunidade;
4. Cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução

Ressaltamos ainda que toda a equipe de campo será testada para a Covid-19 e cumprirá isolamento antes da realização da viagem à comunidade, e todos os pesquisadores e participantes estarão devidamente utilizando os equipamentos de proteção, tomando todos os cuidados necessários para prevenção e proteção contra o novo coronavírus.

Os resultados do estudo permitirão identificar aspectos importantes relacionados ao desenvolvimento infantil de crianças residentes em áreas rurais ribeirinhas, e poderão orientar a elaboração das políticas, programas e ações voltadas à população infantil destas localidades, por meio de práticas que podem ser desempenhadas pelos profissionais da atenção primária à saúde e que visem minimizar o efeito aspectos limitantes para o desenvolvimento da criança e que tenham por consequência a promoção da saúde dessa população.

Caso autorize, solicitamos seu posicionamento logo abaixo.

Eu, Manoel Augusto Lima
 _____, declaro que fui devidamente esclarecido sobre a
 pesquisa, autorizo a pesquisa e a entrada da equipe de pesquisa na
 comunidade Sítio Sebastião I - Rio Ribeiras

Assinatura: Manoel Augusto Lima

Data: 20, 11, 20

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisadora Alessandra Araújo da Silva, no telefone celular: (92) 982392375.



ANUÊNCIA DA COMUNIDADE COPARTICIPANTE

Prezado(a) Senhor(a) representante da comunidade,

Ao cumprimentá-los cordialmente, vimos, por meio deste, solicitar a sua autorização para realizar na sua comunidade a pesquisa *"Competências Familiares para a Promoção da Saúde e Desenvolvimento Infantil em Comunidades Rurais Ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas"*. Este estudo tem como objetivo, conhecer as competências familiares, ou seja, as atitudes e práticas das famílias, que contribuem para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil de crianças de até seis anos de idade. A pesquisa é de responsabilidade do pesquisador/orientador Prof. Dr. Fernando José Herkrath e da discente de Mestrado Alessandra Araújo da Silva, ambos vinculados à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Instituto Leônidas e Maria Deane.

Para esta pesquisa, serão convidadas a participar somente as famílias que possuem crianças de zero (0) a seis (6) anos de idade. Nas famílias que participarão da pesquisa, os pais ou um cuidador que seja o responsável legal precisarão responder a algumas perguntas sobre sua casa, sua família e a relação com seu(s) filho(s). Além disso, será necessário verificar a caderneta de saúde das crianças, bem como será preciso, a observação do ambiente domiciliar, ou seja, do lugar onde essa família mora. Portanto, o estudo será realizado na moradia dessas famílias.

É importante esclarecer que a pesquisa:

1. Somente será realizada mediante aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos;
2. Obedecerá às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o mínimo de riscos;
3. Irá assegurar a privacidade das pessoas envolvidas no estudo, de modo a proteger suas imagens, garantindo não utilizar as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da comunidade.

4. Cumprirá as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012.

Ressaltamos ainda que toda a equipe de campo será testada para a Covid-19 e cumprirá isolamento antes da realização da viagem à comunidade, e todos os pesquisadores e participantes estarão devidamente utilizando os equipamentos de proteção, tomando todos os cuidados necessários para prevenção e proteção contra o novo coronavírus.

Os resultados do estudo permitirão identificar aspectos importantes relacionados ao desenvolvimento infantil de crianças residentes em áreas rurais ribeirinhas, e poderão orientar a elaboração das políticas, programas e ações voltadas à população infantil destas localidades, por meio de práticas que podem ser desempenhadas pelos profissionais da atenção primária à saúde e que visem minimizar o efeito aspectos limitantes para o desenvolvimento da criança e que tenham por consequência a promoção da saúde dessa população.

Caso autorize, solicitamos seu posicionamento logo abaixo.

Eu, Edilaine Gomes Amunim
 _____, declaro que fui devidamente esclarecido
 sobre a pesquisa, autorizo a pesquisa e a entrada da equipe de pesquisa na
 comunidade Fazenda Maria

Assinatura: Edilaine Gomes Amunim

Data: 27/11/2020

Qualquer dúvida, entrar em contato com a pesquisadora Alessandra Araújo da Silva, no telefone celular: (92) 982392375.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos você para participar de uma pesquisa científica sobre **“COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS”** que será realizada por profissionais da área da saúde, sob a responsabilidade do pesquisador/orientador Prof. Dr. Fernando José Herkrath, e da discente de Mestrado Alessandra Araújo da Silva, ambos vinculados a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Instituto Leônidas e Maria Deane, no endereço, Rua Teresina, 476. Adrianópolis. Manaus – AM. CEP: 69.057-070, com número de telefone institucional: (92) 3621-2323 e e-mails: fernandoherkrath@gmail.com e alessandra.araujo@hotmail.com.

A pesquisa tem como objetivo geral avaliar as competências familiares que contribuem para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil de crianças de até seis anos de idade em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas. Para participar da pesquisa necessitamos que o(a) Sr.(a) responda a algumas perguntas sobre sua casa, sua família e relação com seu(s) filho(s). Além disso, será necessário verificar a caderneta de saúde das crianças com idade entre zero e seis anos, bem como, a observação do ambiente domiciliar, ou seja, do lugar onde a sua família mora. Portanto, o estudo será realizado em sua moradia.

A participação do(a) Sr.(a) é voluntária e os dados de sua família são confidenciais, com as informações obtidas de conhecimento apenas dos profissionais envolvidos na pesquisa, de maneira não identificada. Os resultados serão divulgados em meios acadêmicos envolvendo todas as famílias avaliadas, sem a possibilidade de identificação individual. Caso o(a) Sr.(a) não queira participar da pesquisa, sua desistência não acarretará nenhum tipo de prejuízo e/ou constrangimento.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em graus variados. No caso desta pesquisa, poderá ocorrer um desconforto pelo tempo exigido para avaliação ou em algumas perguntas específicas. Porém, caso isso ocorra, a pergunta pode não ser respondida, sem nenhum prejuízo à sua participação, e você poderá também fazer uma pausa para decidir se prosseguirá ou não na pesquisa, mas explicaremos novamente para o(a) Sr.(a) a importância do estudo.

Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação na pesquisa. Porém, com a realização desta pesquisa, esperamos conhecer como estão as relações pessoais e os fatores ambientais que impactam no desenvolvimento das crianças ribeirinhas. Os achados podem contribuir com uma melhor orientação para a criação de ambientes mais favoráveis para o desenvolvimento infantil e também encorajará os gestores públicos e os profissionais locais a modificarem suas condutas ou as práticas clínicas voltadas para as populações rurais ribeirinhas.

Ressaltamos novamente que se concordar em participar do estudo, os dados coletados serão utilizados apenas para a finalidade desta pesquisa, resguardando a sua identidade e de seus familiares. Se depois de consentir a sua participação, o(a) Sr.(a) achar que deve desistir de continuar participando, tem todo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes, durante ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem prejuízo a sua pessoa e a sua família.

Nós pesquisadores disponibilizaremos duas vias deste documento, que deverão ser assinadas, sendo que uma via deverá ficar conosco e outra com você. Para quaisquer outros esclarecimentos sobre a regularidade da pesquisa, você poderá fazer contato o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/INPA, localizado na Av. André Araújo, 2936 Prédio da Diretoria, térreo sala-CEP - Petrópolis - CEP 69067-375 - Manaus -AM, Brasil CEP 69080-971, ou pelo telefone: (92)3643-3287, ou pelo e-mail cep.inpa@inpa.gov.br).

Entenda o que é o Comitê de Ética em Pesquisa – ele avalia protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS. Ele visa especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil, de forma coordenada e descentralizada por meio de um processo de acreditação. Como trabalharemos com seres humanos, nosso estudo requer a aprovação por esse comitê. Se você está participando deste estudo, é porque ele já passou pelo CEP e foi aprovado, por um processo de acreditação.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____
_, declaro que fui suficientemente informado (a) a respeito da Pesquisa

“COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS”. Entendi o que os pesquisadores querem fazer, o porquê precisa da minha participação, e entendi a explicação sobre o estudo. Concordo na minha participação voluntária e estou ciente que posso desistir a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidade, prejuízo ou perda. Este documento foi emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Caso você não consiga permitir a sua participação e a do menor por escrito, poderá ser obtido o consentimento por outros formatos, conforme abaixo:

1. () Por meio da sua expressão oral, ou seja, da sua fala na condição de responsável legal, com registro no formato de mídia, podendo ser gravado em áudio ou filmagem;

Diante deste formato de registro será gravado tudo o que foi exposto acima, inclusive o seu manifesto autônomo, consciente, livre e esclarecido, sobre seus receios ou dúvidas durante o processo de obtenção do consentimento. Neste formato de registro, você poderá ter acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado e isso será informado durante a gravação.

2. () Por meio de uma testemunha imparcial, sem envolvimento direto com o projeto de pesquisa, que deverá assinar o documento certificando que todas as informações foram dadas ao pais ou ao cuidador representante legal e que as perguntas levantadas foram amplamente esclarecidas pelos pesquisadores.

Diante deste formato de registro, três (3) cópias deste documento serão disponibilizadas, uma cópia ficará com você, outra com a testemunha imparcial e outra conosco.

Data: ___/___/___

Assinatura do participante
Ou

Assinatura da testemunha

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

A – INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA

A0. Data da Entrevista: ____/____/____

A1. Coordenadas de georreferenciamento do domicílio

Latitude: _____ Longitude: _____

Identificação do respondente

Nome: _____

Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Idade informada (caso não saiba data de nascimento): _____

Respondente <NOME DO MORADOR> é o principal cuidador das crianças do domicílio?

- (1) Sim
- (2) Não

A2. Qual o nome da sua comunidade?

- (1) Nova Jerusalém (Mipindiaú)
- (2) São Sebastião do Cuieiras
- (3) Santa Maria
- (9) Outra, especificar: _____

A3. Há quanto tempo a sua família mora nesta comunidade?

_____ anos (*assinalar 0 se menos de 1 ano ou 99. Sempre morou na comunidade - pular para A19*)

A4. Onde moravam anteriormente? _____

- (1) Em outra comunidade no município de Manaus
- (2) No centro urbano de Manaus
- (3) Em outro município do Amazonas
- (4) Fora do estado do Amazonas

Moradores do domicílio

A72. Número de moradores no domicílio:

A72.1 Crianças de 0 a 6 anos _____

A72.2 Crianças/adolescentes com 7 anos ou mais _____

A72.3 Adultos do sexo masculino (18 a 59 anos) _____

A72.4 Adultos do sexo feminino (18 a 59 anos) _____

A72.5 Idosos do sexo masculino (60 anos ou mais) _____

A72.6 Idosos do sexo feminino (60anos ou mais) _____

A72.7 Total de moradores _____

A73. <NOME DO MORADOR> sabe ler ou escrever?

(1) Sim

(2) Não

A74. Qual o nível mais elevado de escolaridade que frequenta ou frequentou?

(1) Nunca frequentou escola

(2) Fundamental (incluir primário e ginásio)

(3) Ensino médio (incluir clássico, científico e magistério)

(4) Superior de graduação

(5) Pós-graduação

(99) IGN

(Se A74=1, pular para A76)

A75. Se frequentou ou frequenta ensino fundamental (alguma série, do 1º ao 9º ano), qual foi a última série concluída por você?

(01) Primeira

(02) Segunda

(03) Terceira

(04) Quarta

(05) Quinta

(06) Sexta

(07) Sétima

(08) Oitava

(09) Nona

(99) IGN

A76. Qual a principal ocupação de <NOME DO MORADOR>:

() Agricultura/Piscicultura/Extratativismo – Autônomo Proprietário

() Agricultura/Piscicultura/Extratativismo – Empregado

() Atividade ligada ao turismo – Autônomo

() Atividade ligada ao turismo – Empregado

() Atividade comércio/serviços - Autônomo

() Atividade comércio/serviços – Empregado

() Funcionário público

() Do lar

() Estudante

() Aposentado

() Desempregado

() Outra _____

A77. Cor ou raça: (Leia as opções de resposta)

(1) Branca

(2) Preta

(3) Amarela (origem oriental: japonesa, chinesa, coreana etc.)

(4) Parda

(5) Indígena

Caracterização física do domicílio

NAS PERGUNTAS MARQUE O TIPO PREDOMINANTE (A19 até A21 são a partir da observação do entrevistador)

A19. Tipo de piso:

- (1) Chão de terra
- (2) Madeira
- (3) Cerâmica
- (4) Cimento
- (5) Outro
- (9) IGN

A20. Tipo de parede:

- (1) Palha
- (2) Madeira
- (3) Tijolo
- (4) Taipa/barro
- (5) Lona/plástico
- (6) Outro
- (9) IGN

A21. Tipo de cobertura/telhado:

- (1) Palha
- (2) Madeira
- (3) Laje
- (4) Lona/plástico
- (5) Telha de barro
- (6) Telha de zinco ou amianto
- (7) Outro
- (9) IGN

A22. O que é feito com o lixo produzido no domicílio?

- (1) Coletado por serviço de limpeza diretamente no domicílio
- (2) Colocado em local na comunidade para posterior coleta por serviço de limpeza
- (3) Enterrado ou queimado na comunidade
- (4) Enterrado ou queimado fora da comunidade
- (5) Jogado em rio ou lago
- (6) Outro
- (9) IGN

A23. O destino do lixo ocorre da mesma maneira nos períodos de cheia e de seca?

- (1) Sim
- (2) Não

A24. De onde vem a água que a família utiliza para beber?

- (1) Rede local
- (2) Coleta da chuva
- (3) Fonte protegida

- (4) Poço artesiano
- (5) Poço raso (Cacimba)
- (6) Rio, igarapé, lago,
- (7) Outro
- (9) IGN

A25. A forma de obtenção da água para beber a mesma nos períodos de cheia e seca do rio?

- (1) Sim
- (2) Não

A27. No domicílio, a água usada para beber é usualmente:	Sim		Não
IGN			
A27.1. Tratada com hipoclorito de sódio	1	2	9
A27.2. Filtrada/fervida	1	2	9
A27.3. Não faz nenhum tipo de tratamento ou usa outro método	1	2	9

A26. Tem pelo menos uma torneira que funcione (com água) DENTRO da casa?

- (1) Sim
- (2) Não
- (9) IGN

A30. Este domicílio tem iluminação elétrica?

- (1) Sim
- (2) Sim, mas descontínua
- (3) Não
- (9) IGN

A31. A energia elétrica é proveniente de:

- (1) Gerador próprio
- (2) Gerador na comunidade
- (3) Rede pública de distribuição / luz para todos
- (4) Outro _____

A32. Para cozinhar é utilizado:

- (1) Gás
- (2) Carvão ou lenha, dentro de casa, com exaustão para fora
- (3) Carvão ou lenha, dentro de casa, sem exaustão
- (4) Carvão ou lenha fora de casa
- (6) Outro: _____

A33. O local onde os moradores costumam defecar é:

- (1) Dentro de casa (latrina/sanitário)
- (2) Fora de casa (latrina/sanitário usado somente pelo domicílio)
- (3) Fora de casa (latrina/sanitário coletivo)
- (4) No mato
- (5) Outro
- (9) IGN

(Se A33=4, 5 ou 9, pular para A35)

A34. SE HOUVER LATRINA/SANITÁRIO, para onde vão os dejetos?

- (1) Fossa séptica
- (2) Fossa rudimentar/rasa
- (3) Direto para o rio/ igarapé
- (5) Céu aberto
- (6) Outro
- (9) IGN

A35. Os moradores do domicílio possuem roça para produção de alimentos?

- (1) Sim
- (2) Não A35.1 Especificar o motivo: _____ (pular para A37)

A36. Quanto tempo demora para chegar até o local da roça?

_____ minutos

A43. Quando vai a cidade costuma trazer rancho/comida?

- (1) Sim, sempre
- (2) Sim, às vezes
- (3) Não (pular para A45)

A43.1. Quantas vezes por mês vai à cidade para trazer rancho/comida?

_____ vezes por mês

Caracterização socioeconômica do domicílio

A66. No último ano (12 meses), o dinheiro que os moradores do domicílio usam veio de:

	Sim	Não	IGN
(1) Trabalho remunerado – ano todo	1	2	9
(2) Trabalho remunerado – temporário	1	2	9
(3) Venda de produtos da agricultura/pecuária	1	2	9
(4) Pesca	1	2	9
(5) Venda de artesanato ou produção cultural	1	2	9
(6) Comércio em geral	1	2	9
(7) Aposentadoria	1	2	9
(8) Benefícios sociais	1	2	9
(9) Ajuda financeira de parentes	1	2	9
(10) Outro: _____	1	2	9

A67. Neste domicílio, indique a quantidade existente em funcionamento de:

[se NÃO existir, registrar 0 (zero); se existir 8 ou mais, registrar 8(oito); se ignorado, registrar 9 (nove)]

- (1) Rádio AM/FM ()
- (2) Aparelho de som ()
- (3) Geladeira ()
- (4) Freezer ()
- (5) DVD ()
- (6) Fogão a gás ()
- (7) Máquina de lavar roupa ()

- | | | |
|------|---|-----|
| (8) | Forno de micro-ondas | () |
| (9) | Telefone | () |
| (10) | Computador | () |
| (11) | Motosserra | () |
| (12) | Motocicleta | () |
| (13) | Animal de carga/trabalho (cavalo/burro/jumento/boi) | () |
| (14) | Motor de popa | () |
| (15) | Rabeta | () |
| (16) | Canoa | () |
| (17) | Bote de alumínio | () |
| (18) | Televisão | () |
| (19) | Gerador de energia | () |
| (20) | Placa solar | () |
| (21) | Antena parabólica | () |
| (22) | Bicicleta | () |
| (23) | Ralador de mandioca com motor | () |
| (24) | Ventilador | () |
| (25) | Roçadeira | () |

A68. Sua família está cadastrada no Bolsa Família?

(1) Sim

(2) Não

(Se A68=2, pular para A69)

A68.1. Como faz para receber o dinheiro do Bolsa Família?

(1) Recebe mensalmente em Manaus

(2) Recebe bimestralmente em Manaus

(3) Deixa cartão com algum parente em Manaus

(4) Deixa o cartão com outra pessoa em Manaus

A69. Existe em seu domicílio alguém que receba aposentadoria?

(1) Sim

(2) Não

(Se A69=2, pular para A70)

A70. No seu domicílio alguém recebeu nos últimos doze meses algum desses auxílios?

- | | | | |
|------------------------|--------|-----------|--------|
| a. BPC-Loas | 1. Sim | ____meses | 2. Não |
| b. Auxílio maternidade | 1. Sim | ____meses | 2. Não |
| c. Seguro defeso | 1. Sim | ____meses | 2. Não |
| d. Auxílio-doença | 1. Sim | ____meses | 2. Não |
| e. Bolsa floresta | 1. Sim | ____meses | 2. Não |
| f. Bolsa família | 1. Sim | ____meses | 2. Não |
| g. Outro: _____ | 1. Sim | ____meses | 2. Não |

A71. Algum morador do domicílio trabalha?

(1) Sim

(2) Não

(Se A71=2, pular para A71.1)

Registrar o número de pessoas no domicílio que tem trabalho e possui rendimento:

- a. Pessoas com recebimento mensal: _____ (*0 se nenhum morador*)
- b. Pessoas com recebimento eventual: _____ (*0 se nenhum morador*)

A71.1. Em média qual a renda mensal total da sua família (em salário, bens ou produtos, serviços, benefícios etc)

R\$ _____

APÊNDICE D
FORMULÁRIO DE REGISTRO DE DADOS DA CADERNETA DE SAÚDE DA
CRIANÇA

Observação da CSC (Observar o preenchimento dos campos. Em seguida, assinalar sim quando o campo estiver preenchido e não quando não estiver preenchido, assim como as informações solicitadas no item)		
A Sra. tem a caderneta de saúde ou cartão da criança <NOME DA CRIANÇA> ?		
1. () Sim, cartão/caderneta visto pelo entrevistador		
2. () Não disponível (tem, mas cartão não visto pelo entrevistador: perdeu / não encontrou / não está em casa)		
3. () Nunca teve uma caderneta ou cartão		
Versão da Caderneta: _____		
Dados a serem preenchidos pelos responsáveis da criança		
1. Nome da criança	() Sim	() Não
1.1 Nome:		
2. Data de nascimento	() Sim	() Não
2.1 Data de Nascimento: / /		
3. Nome da mãe	() Sim	() Não
Dados a serem preenchidos nas maternidades		
4. Peso ao nascer	() Sim	() Não
4.1 Peso ao nascer: _____ gramas		
5. Comprimento ao nascer	() Sim	() Não
6. Perímetro cefálico ao nascer	() Sim	() Não
7. Idade gestacional da criança	() Sim	() Não
8. Apgar no 1º minuto	() Sim	() Não
9. Apgar no 5º minuto	() Sim	() Não
10. Tipo de parto	() Sim	() Não
11. Trimestre de início do pré-natal	() Sim	() Não
12. Tipo de alimentação da criança na alta da maternidade	() Sim	() Não
13. Idade gestacional da criança	() Sim	() Não
14. Número de consultas de pré-natal	() Sim	() Não
15. Perímetro cefálico ao nascer marcado no gráfico	() Sim	() Não
16. Testes ou exames de triagem neonatal	() Sim	() Não
16.1 Manobra de Ortolani () Positiva () Negativa		
16.2 Teste do Reflexo vermelho () Normal () Alterado		
16.2.1 Quando foi realizado o teste do olhinho? (Leia as opções de resposta, se não tiver o cartão da criança)		
1. () Na primeira semana de vida		
2. () Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida		
3. () Após o primeiro mês de vida		
4. () Não sabe		
Nota: O MS recomenda que todos os nascidos devem ser submetidos ao Teste do Reflexo Vermelho (TRV) antes da alta da maternidade e pelo menos duas a três vezes ao ano nos três primeiros anos de vida e uma vez ao ano do 3º ao 5º ano de vida.		

<p>16.2.2 Quanto tempo depois da realização do exame, a Sra. recebeu o resultado do teste do olhinho? (Leia as opções de resposta)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Em 15 dias ou menos 2. () Entre 16 dias e menos 3. () Entre 1 mês e menos de 2 meses 4. () Entre 2 meses e menos de 3 meses 5. () Há 3 meses ou mais de 1 mês 6. () Não recebeu 7. () Não sabe
<p>16.2.3 Qual o principal motivo da Sra. não ter feito o teste do olhinho?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Não achou necessário 2. () Não sabia quem procurar ou aonde ir 3. () Não foi solicitado pelo serviço/profissional de saúde 4. () Estava com dificuldades financeiras 5. () Teve dificuldades de transporte 6. () Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame 7. () Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde 8. () O plano de saúde não cobria o exame 9. () Não conseguiu atendimento 10. () Perdeu o prazo 11. () Outro (Especifique: _____)
<p>16.3 Teste do Pezinho () Sim () Não () Não sabe Fenilcetonúria: () Normal () Alterado Hipotireodismo: () Normal () Alterado Anemia falciforme: () Normal () Alterado</p>
<p>16.3.1 Quando foi realizado o teste do pezinho? (Leia as opções de resposta, se não tiver o cartão da criança)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Na primeira semana de vida 2. () Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida 3. () Após o primeiro mês de vida 4. () Não sabe
<p>16.3.2 Quanto tempo depois da realização do exame, a Sra. recebeu o resultado do teste do pezinho? (Leia as opções de resposta)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Em 15 dias ou menos 2. () Entre 16 dias e menos 3. () Entre 1 mês e menos de 2 meses 4. () Entre 2 meses e menos de 3 meses 5. () Há 3 meses ou mais de 1 mês 6. () Não recebeu 7. () Não sabe
<p>16.3.3 Qual o principal motivo da senhora não ter feito o teste do pezinho?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Não achou necessário 2. () Não sabia quem procurar ou aonde ir 3. () Não foi solicitado pelo serviço/profissional de saúde 4. () Estava com dificuldades financeiras 5. () Teve dificuldades de transporte 6. () Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame 7. () Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde 8. () O plano de saúde não cobria o exame 9. () Não conseguiu atendimento 10. () Perdeu o prazo 11. () Outro (Especifique: _____)
<p>16.4 Triagem auditiva () Sim () Não Testes realizados: () PEATE3 () EOA Resultado () OD () OE (Normal /Alterado)</p>

<p>16.4.1 Quando foi realizado o teste da orelhinha? (Leia as opções de resposta, se não tiver o cartão da criança)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Na primeira semana de vida 2. () Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida 3. () Após o primeiro mês de vida 4. () Não sabe
<p>16.4.2 Quanto tempo depois da realização do exame, a Sra. recebeu o resultado do teste da orelhinha? (Leia as opções de resposta)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Em 15 dias ou menos 2. () Entre 16 dias e menos 3. () Entre 1 mês e menos de 2 meses 4. () Entre 2 meses e menos de 3 meses 5. () Há 3 meses ou mais de 1 mês 6. () Não recebeu 7. () Não sabe
<p>16.4.3 Qual o principal motivo da Sra. não ter feito o teste da orelhinha?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Não achou necessário 2. () Não sabia quem procurar ou aonde ir 3. () Não foi solicitado pelo serviço/profissional de saúde 4. () Estava com dificuldades financeiras 5. () Teve dificuldades de transporte 6. () Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame 7. () Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde 8. () O plano de saúde não cobria o exame 9. () Não conseguiu atendimento 10. () Perdeu o prazo 11. () Outro (Especifique:_____)
<p>16.5 Teste do coraçãozinho () Sim () Não</p>
<p>16.5.1 Quando foi realizado o teste do coraçãozinho? (Leia as opções de resposta, se não tiver o cartão da criança)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Na primeira semana de vida 2. () Após a primeira semana e antes do primeiro mês de vida 3. () Após o primeiro mês de vida 4. () Não sabe
<p>16.5.2 Quanto tempo depois da realização do exame, a Sra. recebeu o resultado do teste do coraçãozinho? (Leia as opções de resposta)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Em 15 dias ou menos 2. () Entre 16 dias e menos 3. () Entre 1 mês e menos de 2 meses 4. () Entre 2 meses e menos de 3 meses 5. () Há 3 meses ou mais de 1 mês 6. () Não recebeu 9. () Não sabe
<p>16.5.3 Qual o principal motivo da Sra. não ter feito o teste da coraçãozinho?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. () Não achou necessário 2. () Não sabia quem procurar ou aonde ir 3. () Não foi solicitado pelo serviço/profissional de saúde 4. () Estava com dificuldades financeiras 5. () Teve dificuldades de transporte 6. () Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame 7. () Não havia material/equipamento disponível no serviço de saúde 8. () O plano de saúde não cobria o exame 9. () Não conseguiu atendimento 10. () Perdeu o prazo 11. () Outro (Especifique:_____)

Dados a serem preenchidos na APS / outros serviços		
17. Acompanhamento do crescimento Para Sim: [] Completo [] Incompleto	() Sim	() Não
18. Registro de peso no gráfico de crescimento Para Sim: [] Completo [] Incompleto Quantos? ____	() Sim	() Não
19. Registro de altura no gráfico de crescimento Para Sim: [] Completo [] Incompleto Quantos? ____	() Sim	() Não
20. Peso ao nascer marcado no gráfico	() Sim	() Não
21. Idade em que o último ponto de peso foi marcado no gráfico	() Sim	() Não
22. Anotação sobre o desenvolvimento neuropsicomotor Para Sim : [] Completo [] Incompleto	() Sim	() Não
23. Registro da vitamina A	() Sim	() Não
23.1 A criança já tomou vitamina A? (Aquela vitamina vermelha que é espremida na boca da criança) (VERIFICAR NO CARTÃO, se tiver) 1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe		
24. Registro do uso de ferruginoso	() Sim	() Não
25. Registro das vacinas Para Sim : [] Completo [] Incompleto	() Sim	() Não
25.1 Marcar as vacinas	Sim	Não
BCG	()	()
Hepatite B	()	()
Penta/DTP	()	()
VIP/VOP	()	()
Pneumocócica 10V (conjugada)	()	()
Rotavírus Humano	()	()
Meningocócica C (conjugada)	()	()
Febre Amarela	()	()
Hepatite A	()	()
Tríplice Viral	()	()
Tetraviral	()	()
25.2 Onde a criança já foi vacinado(a)? a. () Hospital/maternidade/serviço de saúde onde nasceu b. () Unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA) c. () Outro posto de saúde público d. () Clínica privada e. () Campanha de vacinação na comunidade f. () Campanha de vacinação em comunidades próximas g. () Campanha de vacinação na área urbana de Manaus h. () Em casa i. () Outro (especifique: _____)		
25.3 Por que a criança nunca tomou vacina? 1. () Não sabe o que é vacina 2. () Não sabe quem aplicar ou aonde ir 3. () O serviço de saúde é muito distante 4. () Tem dificuldades financeiras para transporte 5. () Dificuldade de transporte (exceto financeira) 6. () Tem dificuldades de pagar pelas vacinas 7. () O serviço estava fechado no dia ou não tinha vacinal para aplicar a vacina 8. () Não tinha vacina no serviço de saúde / a vacina tinha acabado		

9. () Os dias e horários de funcionamento do serviço de saúde são incompatíveis com suas atividades de trabalho ou domésticas		
10. () Não acha necessário / acha que faz mal / dói		
11. () Crenças religiosas		
12. () Outro (Especifique: _____)		
26. Registro no cronograma de erupção de dentária	() Sim	() Não
27. Registro no Odontograma	() Sim	() Não
28. Com que idade a criança fez a primeira consulta médica depois da alta da maternidade?		
0. Nunca recebeu _____ dias _____ meses _____ anos		
29. Onde foi realizada a primeira consulta médica ou de enfermagem?		
1. () Farmácia		
2. () Unidade básica de saúde fluvial (barco da SEMSA)		
3. () Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)		
4. () Equipe de saúde do DSEI		
5. () Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica		
6. () UPA (Unidade de Pronto Atendimento)		
7. () Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)		
8. () Pronto-socorro ou emergência de hospital público		
9. () Hospital público/ambatório		
10. () Consultório particular ou clínica privada		
11. () Ambatório ou consultório de empresa ou sindicato)		
12. () Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado		
13. () No domicílio, com 145edico145ional da equipe de saúde da família		
14. () No domicílio, com 145edico particular		
15. () Outro serviço _____		
30. Onde é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da CRIANÇA>?		
1. () Unidade básica de saúde fluvial (barco da SEMSA)		
2. () Unidade de saúde pública (posto ou centro de ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)		
3. () Equipe de saúde do DSEI		
4. () Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica		
5. () Hospital público/ambatório		
6. () Consultório particular ou clínica privada		
7. () Ambatório ou consultório de empresa ou sindicato		
8. () Outro (Especifique _____)		
31. Você recebeu orientação sobre os cuidados com o coto umbilical de da criança?		
1. () Sim		
2. () Não		
32. Alguma vez algum profissional de saúde explicou como estava o peso e /ou desenvolvimento		
1. () Sim		
2. () Não		
3. () Não sabe		
33. Você pode me dizer quais destes alimentos <NOME DA CRIANÇA> tomou ou comeu desde ontem de manhã até hoje de manhã? (Leia as opções de resposta)		
a. Leite de Peito	1. Sim ()	2. Não ()
b. Outro leite ou derivados de leite	1. Sim ()	2. Não ()
c. Água	1. Sim ()	2. Não ()
d. Chá	1. Sim ()	2. Não ()
e. Mingau	1. Sim ()	2. Não ()
f. Frutas ou suco natural de frutas	1. Sim ()	2. Não ()
g. Sucos artificiais	1. Sim ()	2. Não ()
h. Verduras/legumes	1. Sim ()	2. Não ()
i. Feijão ou outras leguminosas (lentilha, ervilha, etc.)	1. Sim ()	2. Não ()
j. Carnes ou ovos	1. Sim ()	2. Não ()

k. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca)	1. Sim ()	2. Não ()
l. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha, etc.)	1. Sim ()	2. Não ()
m. Biscoitos ou bolachas ou bolo	1. Sim ()	2. Não ()
n. Doces, balas ou outros alimentos com açúcar	1. Sim ()	2. Não ()
o. Refrigerantes	1. Sim ()	2. Não ()
p. Salgadinhos / Chips / Milhitos	1. Sim ()	2. Não ()
q. Outros (Especifique: _____)		
34. NOME DA CRIANÇA> mamou no peito (ou ainda mama)?		
1. () Sim, ainda mama		
2. () Sim, já mamou (desmamada ou parou de mamar)		
3. () Nunca mamou no peito		
4. () Não sabe informar		
35. Se <NOME DA CRIANÇA> foi desmamada/parou de mamar, até que idade mamou/pegou peito? _____ meses (99 = IGN)		
36. Com quantos meses inseriu os seguintes alimentos na alimentação de <NOME DA CRIANÇA>?		
a. Água	_____ meses	2. Não inseriu ()
b. Leite artificial	_____ meses	2. Não inseriu ()
c. Mingau	_____ meses	2. Não inseriu ()
d. Suco natural	_____ meses	2. Não inseriu ()
e. Chá	_____ meses	2. Não inseriu ()
f. Frutas	_____ meses	2. Não inseriu ()
37. Durante a gravidez ou após o nascimento de <NOME DA CRIANÇA> você recebeu orientação de alguém do serviço de saúde sobre a amamentação?		
1. () Sim		
2. () Não		
3. () Não sabe / não lembra		
38. <NOME DA CRIANÇA> foi internada nos últimos 12 meses?		
1. () Sim		
2. () Não		
3. () Não sabe		
39. Na última semana, <NOME DA CRIANÇA> teve diarreia?		
1. () Sim		
2. () Não		
3. () Não sabe / não lembra		
39.1 Quem receitou ou indicou o soro para <NOME DA CRIANÇA>?		
1. () Médico/enfermeiro		
2. () Agente comunitário de saúde		
3. () Balconista de farmácia		
4. () Própria mãe ou responsável		
5. () Curador da comunidade		
6. () Outro		
7. () IGN		
40. Na última semana <NOME DA CRIANÇA> ficou tossindo?		
1. () Sim		
2. () Não		
3. () Não sabe / não lembra		
41. Se sim, <NOME DA CRIANÇA> teve:		
a. Dificuldade para respirar?	1. Sim ()	2. Não () 9. IGN ()
b. Febre?	1. Sim ()	2. Não () 9. IGN ()

c. Nariz entupido?			1.Sim () 2.Não () 9.IGN ()
42. Se <NOME DA CRIANÇA> teve diarreia e/ou ficou tossindo, alguém procurou ajuda para a criança dentro ou fora da comunidade?			
1. () Sim			
2. () Não			
3. () Não sabe / não lembra			
42.1 Verificar com quem/onde procurou ajuda e se conseguiu atendimento:			
<i>Local</i>	<i>Procurou Ajuda?</i>	<i>Recebeu atendimento?</i>	
a.Serviço móvel fluvial	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
b. Posto de saúde da comunidade	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
c. Outro posto de saúde	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
d. Agente de saúde	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
e. Farmácia	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
f. Pronto-socorro ou hospital público na cidade	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
g. Clínica ou hospital privado	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
h. Curador da comunidade	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	
i. Outro:	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	1. Sim () 2. Não () 9. IGN ()	

ANEXO 1

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS FAMILIARES –
Elaborado pelo Unicef**

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO				
1. Número do questionário	[A01]			
2. Município	[A02]			
3. Número do setor	[A03]			
4. Número da família	[A04]			
5. Quantas crianças com 6 anos ou menos moram nesta casa?	[A05]			
6. Ano da entrevista	[A06]			
7. Por favor diga para cada criança ANOTE EM ORDEM CRONOLÓGICA, A PARTIR DA CRIANÇA MAIS VELHA				
Número	Nome	Sexo	Idade (anos)	Cor ou raça
1		[A07] Masculino 1 Feminino 2	[A08] < 1 1 1 a 2 2 3 a 4 3 5 a 6 4	[A09] Branca 1 Parda 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena5
2		[A10] Masculino 1 Feminino 2 NSA 8	[A11] < 1 1 1 a 2 2 3 a 4 3 5 a 6 4	[A12] Branca 1 Parda 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena5
3		[A13] Masculino 1 Feminino 2 NSA 8	[A14] < 1 1 1 a 2 2 3 a 4 3 5 a 6 4	[A15] Branca 1 Parda 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena5
4		[A16] Masculino 1 Feminino 2 NSA 8	[A17] < 1 1 1 a 2 2 3 a 4 3 5 a 6 4	[A18] Branca 1 Parda 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena5
5		[A19] Masculino 1 Feminino 2 NSA 8	[A20] < 1 1 1 a 2 2 3 a 4 3 5 a 6 4	[A21] Branca 1 Parda 2 Preta 3 Amarela 4 Indígena5
Este questionário deverá ser aplicado para a pessoa que é o principal cuidador da criança mais velha com 6 anos ou menos de idade				
8. <CRIANÇA> tem certidão de nascimento? SE NÃO <input type="checkbox"/> 1	[A2]			Sim 1 Não 2 Ignorado

9

9. Com que idade <CRIANÇA> foi registrado(a)? (8 88 = não se aplica; 9 99 = ignorado)	[A23]	< 1 mês 1 1 a 11 meses 2 1 ano ou mais 3 Ignorado 9
10. <CRIANÇA> tem alguma deficiência? SE NÃO <input type="checkbox"/> 12	[A24]	Sim 1 Não 2

11. Que tipo de deficiência <CRIANÇA> tem?	Sim	Não	Ignorado
Criança não enxerga ou enxerga pouco [A25]	1	2	9
Criança tem dificuldade para ouvir [A26]	1	2	9
Criança não caminha [A27]	1	2	9
Criança tem pé torto [A28]	1	2	9
Criança tem retardo mental [A29]	1	2	9
12. O que você é de <CRIANÇA> [A30]		Avô ou Avó 1 Pai 2 Mãe 3 Tio ou Tia 4 Irmão, Irmã 5 Outro 6	
13. Quantos anos você tem? (00 = IGN) [A31]		< 18 anos 1 18 a 40 anos 2 41 a 60 3 > 60 anos 4	
14. Como você se classifica em termos de cor ou raça? LER AS OPÇÕES [A32]		Branca 1 Parda/Morena 2 Preta/Negra 3 Amarela 4 Indígena 5	
15. Você é solteira(o), casada(o), vive junto, viúva(o) ou separada(o)? [A33]		Solteira(o) 1 Casada(o) 2 Vive junta(o) 3 Viúva(o) 4 Separada(o)/divorciada(o) 5	

BLOCO B – PRÉ-NATAL				
16. Você/A mãe de <CRIANÇA> fez alguma consulta de pré-natal? SE NÃO □21	[B01]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9	
17. Quantas consultas de pré-natal você/a mãe de <CRIANÇA> fez?	[B02]	1 a 2 consultas 3 a 6 consultas 7 ou mais consultas	1 2 3 Ignorado 9	
18. Alguma vez você/o pai de <CRIANÇA> foi na consulta de pré-natal? SE NÃO □20	[B03]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9	
19. SE SIM: Você/Ele assistiu à consulta?	[B04]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9	
20. Se o cuidado que você/a mãe de <CRIANÇA> recebeu nas consultas de pré-natal não era de boa qualidade, o que você/ela poderia fazer?	[B05]	Consultar em outro posto Consultar outro médico no mesmo posto Não consultar mais Reclamar na prefeitura, conselho Reclamar na rádio, jornal Outro Ignorado	1 2 3 4 5 6 9	
21. Quantas doses de vacina contra o tétano você/a mãe de <CRIANÇA> recebeu na gravidez? (0=não recebeu, 7=já imunizada, 9=não sabe)	[B06]	Não fez a vacina Uma dose de reforço 1 a 2 3 Já imunizada Ignorado	0 1 2 3 7 9	
22. Você/A mãe de <CRIANÇA> queria engravidar ou foi sem querer?	[B07]	Queria Foi sem querer Mais ou menos 3 Ignorado	1 2 3 9	
23. Você/A mãe de <CRIANÇA> fumou durante a gravidez?	[B08]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9	
24. Você/A mãe de <CRIANÇA> tomou bebida alcoólica durante a gravidez?	[B09]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9	
25. Quando uma mulher grávida deve ser levada com urgência ao médico?		Espon-tâneo	Induzido	Não
O bebê parou de mexer	[B10]	1	2	3
A gestante tem sangramento	[B11]	1	2	3
A gestante perde líquido	[B12]	1	2	3
A gestante tem dor de cabeça	[B13]	1	2	3
A gestante tem convulsões	[B14]	1	2	3
A gestante tem febre muito alta	[B15]	1	2	3
A gestante tem dores e cólicas muito fortes	[B16]	1	2	3
A gestante tem inchaço anormal das pernas e braços	[B17]	1	2	3
A gestante tem ardência ao urinar	[B18]	1	2	3

A gestante está vomitando muito	[B19]	1	2	3
26. Como você sabe que está chegando a hora do parto?	Espontâneo	Induzido	Não	
Tem as dores do parto	[B20]	1	2	3
Tem perda de catarro (muco, clara de ovo)	[B21]	1	2	3
Perda d'água (líquido)	[B22]	1	2	3

BLOCO C – NASCIMENTO

27. Onde nasceu <CRIANÇA>?	[C01]	Hospital ou maternidade	1	Em casa	2	Outro	3	Ignorado	9								
28. SE <CRIANÇA> NASCEU EM CASA: O parto foi feito por uma parteira?	[C02]			Sim	1	Não	2	Ignorado	9								
29. Alguma pessoa da sua família ficou junto com você/a mãe de <CRIANÇA> na hora do parto? SE NÃO <input type="checkbox"/>31	[C03]			Sim	1	Não	2	Ignorado	9								
30. SE SIM: Quem ficou com você/a mãe de <CRIANÇA> na hora do parto?	[C04]			Pai da criança	1	Avô da criança	2	Avó da criança	3	Tio da criança	4	Tia da criança	5	Outro	6	Ignorado	9

31. Você saberia me dizer em que momento depois do parto uma mulher deveria procurar o médico depressa (com urgência)?		Espontâneo	Induzido	Não					
Quando tiver febre	[C05]	1	2	3					
Quando tiver corrimento com cheiro forte	[C06]	1	2	3					
Quando tiver sangramento	[C07]	1	2	3					
Quando tiver dor na parte de baixo da barriga	[C08]	1	2	3					
32. Você/A mãe de <CRIANÇA> foi ao médico nos dois primeiros meses depois do parto para saber se estava tudo bem com a saúde?	[C09]			Sim	1	Não	2	Ignorado	9

BLOCO D – Alimentação				
33. <CRIANÇA> mamou logo após o nascimento?	[D01]			Sim 1 Não 2 Ignorado 9
34. Enquanto você/a mãe de <CRIANÇA> da(va) de mamar, costuma(va) LER AS OPÇÕES		Sim	Não	NSA Ignorado
Conversar com vizinha(o)	[D02]	1	2	8 9
Alimentar outra criança	[D03]	1	2	9
Tocar a criança	[D04]	1	2	9
Olhar nos olhos da criança	[D05]	1	2	9
Conversar com a criança	[D06]	1	2	9
35. Quando <CRIANÇA> fica doente você oferece líquido (chá, água, suco) na mesma quantidade de sempre, oferece mais ou oferece menos?	[D07]			A mesma quantidade de sempre 1 Mais líquido 2 Menos líquido 3
36. Em relação à quantidade de comida, quando <CRIANÇA> fica doente, você oferece a ele(a) a mesma quantidade de sempre, oferece mais ou menos comida?	[D08]			A mesma quantidade de sempre 1 Mais comida 2 Menos comida 3

BLOCO D1 – Apenas para as crianças com mais de 6 meses	
37. Até que idade <CRIANÇA> mamou?	[D09] Nunca mamou 1 Até 6 meses 2 De 6 meses até 1 ano 3 Mais de 1 ano 4 Ignorado 9 NSA 8
38. Por quanto tempo <CRIANÇA> apenas mamou, sem receber chá, água ou qualquer outro tipo de bebida ou comida?	[D10] Menos de 1 mês 1 1 a 2 meses 2 3 a 5 meses 3 6 ou mais meses 4 Ignorado 9

39. Você poderia me dizer tudo o que <CRIANÇA> comeu desde ontem a esta hora?	Sim	Não
Leite de vaca ou em pó	[D11]	1 2
Suco de frutas	[D12]	1 2
Frutas	[D13]	1 2
Legume/verdura	[D14]	1 2
Arroz, Farinha ou Pão	[D15]	1 2
Ovo	[D16]	1 2
Carne ou Peixe	[D17]	1 2
Feijão	[D18]	1 2
Gogó/Mingau	[D19]	1 2

BLOCO D2 – Apenas para as crianças com idade entre 1 e 6 anos			
40. O que você costuma fazer se <CRIANÇA> não quer comer na hora do almoço ou do jantar?	[D20]	Deixa ele(a) não fazer a refeição	1
		Deixa ele(a) não fazer a refeição e dá um lanche mais tarde	2
		Força a criança a comer	3
		Dá uma comida diferente	4
		Mais tarde, dá à mesma comida	5
		Inventa brincadeiras para ajudar a criança a comer	6
		Outro	7
		NSA	8
BLOCO E – Suplementação			
41. <CRIANÇA> já tomou vitamina A, aquela vitamina que é espremida na boca da criança? SE NÃO <input type="checkbox"/> 43	[E01]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9
	[E02]		
	[E03]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9
42. Quantas vezes <CRIANÇA> tomou vitamina A? (99=Ignorado)	[E02]		
43. Nos últimos três meses, <CRIANÇA> recebeu remédio com ferro?	[E03]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9
44. Gostaria de ver o pacote de sal que a senhora usa para cozinhar a comida para as pessoas que moram na sua casa.	[E04]	Sal iodado	1
		Sal não iodado	2
		Sal para consumo animal	3
		Embalagem não vista	4

BLOCO F – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS			
45. <CRIANÇA> tem o cartão da criança ou a caderneta de saúde da criança? SE NÃO <input type="checkbox"/> 49	[F01]		Sim 1 Não 2 Ignorado 9
	[F02]		
	[F02]		Sim, visto 1 Não visto 2
47. SE VIU O CARTÃO: MARCAR SE ESTÃO ANOTADOS NA CARTEIRA (observar):		Sim	Não
Vacina	[F03]	1	2
Peso	[F04]	1	2
Desenvolvimento	[F05]	1	2
48. O esquema vacinal está respeitado	[F06]		Sim 1 Não 2
49. Alguma vez, o médico, a enfermeira, o agente de saúde ou a líder da Pastoral conversou com você para explicar como está o peso e o desenvolvimento de <CRIANÇA>?	[F07]		Sim 1 Não 2
50. Este cartão mostra o peso de uma criança. Por meio do cartão, como você acha que a criança está crescendo?	[F08]		Bem 1 Mais ou menos 2 Não esta crescendo bem 3 Não sabe 4

51. Você poderia me dizer quando é que uma criança precisa ser levada com urgência ao médico?	Espontâneo	Induzido	Não	
Criança não consegue nem mamar no peito [F09]	1	2	3	
Criança fica com a pele muito amarelada [F10]	1	2	3	
Criança fica cada vez mais doente [F11]	1	2	3	
Criança fica com febre [F12]	1	2	3	
Criança respira com dificuldade [F13]	1	2	3	
Criança tem sangue nas fezes [F14]	1	2	3	
Criança bebe pouco líquido [F15]	1	2	3	
Criança tem diarreia [F16]	1	2	3	
Criança tem vômito [F17]	1	2	3	
Criança tem tosse com febre alta [F18]	1	2	3	
Criança tem olhos fundos, sede intensa, moleza extrema [F19]	1	2	3	
Criança fica com os lábios, pés e mãos arroxeados [F20]	1	2	3	
Criança tem ataque, convulsão [F21]	1	2	3	
Criança respira rápido com chiado [F22]	1	2	3	
52. Ontem, em que ocasiões você lavou as mãos	Espontâneo	Induzido	Não	NSA
Depois de ir ao banheiro [F23]	1	2	3	
Depois de trocar as fraldas ou levar <CRIANÇA> ao banheiro [F24]	1	2	3	
Antes de cozinhar [F25]	1	2	3	8
Antes de dar comida para <CRIANÇA> [F26]	1	2	3	
53. Quando <CRIANÇA> costuma lavar as mãos, ou você lava as mãos dele(a)	Espontâneo	Induzido	Não	
Depois de ir ao banheiro [F27]	1	2	3	
Antes de comer [F28]	1	2	3	
54. Aqui na sua casa, que cuidados vocês tomam para prevenir malária ou dengue	Espontâneo	Induzido	Não	
Usam mosquiteiro [F29]	1	2	3	
Mantêm o pátio limpo [F30]	1	2	3	
Mantêm os recipientes com água sempre tampados [F31]	1	2	3	
Não deixam pneus no pátio [F32]	1	2	3	
Não deixam garrafas vazias e sacos plásticos no pátio [F33]	1	2	3	
Usam tela nas janelas e portas [F34]	1	2	3	
Passam repelente sempre que saem de casa [F35]	1	2	3	
Não tomam banho no rio ao anoitecer [F36]	1	2	3	

BLOCO G – ESTIMULAÇÃO PSICOSSOCIAL		
55. Ontem, todas as pessoas que estavam nesta casa, inclusive as crianças, almoçaram ou jantaram todos juntos?	[G01]	Sim 1 Não 2
56. Na sua casa, há jornais, revistas ou livros que <CRIANÇA> possa ver?	[G02]	Sim 1 Não 2
57. <CRIANÇA> tem algum livro infantil ou com gravuras ou figuras?	[G03]	Sim 1 Não 2
58. Todos os dias, você ou outra pessoa da sua família costuma brincar, ler ou conversar apenas com <CRIANÇA>?	[G04]	Sim 1 Não 2

59. As crianças brincam com muitas coisas diferentes. Eu vou dizer algumas dessas coisas ou brinquedos e gostaria que me dissesse se há algum em casa para <CRIANÇA> brincar.	Sim	Não		
Brinquedos feitos por adultos (pião, pipa, etc.)	[G05] 1	2		
Objetos da casa (panelas, colheres, canecas, etc.)	[G06] 1	2		
Objetos e materiais de fora da casa (pedras, gravetos)	[G07] 1	2		
Brinquedos que tocam música	[G08] 1	2		
Brinquedos de encaixar, montar	[G09] 1	2		
Brinquedos de movimento, como corda de pular, raquetes, chocalho	[G10] 1	2		
Bola	[G11] 1	2		
Lápis ou giz colorido para escrever	[G12] 1	2		
Boneco(a)	[G13] 1	2		
60. <CRIANÇA> costuma brincar ou jogar com outras crianças?	[G14]	Sim 1 Não 2		
61. Você tem televisão em casa? SE NÃO <input type="checkbox"/> 64	[G15]	Sim 1 Não 2		
62. Quantas horas/dia <CRIANÇA> assiste à televisão? SE NÃO ASSISTE <input type="checkbox"/> 64	[G16]	Não assiste 0 Menos de três horas 1 De três a seis horas 2 Mais de seis horas 3		
63. Antes de deixar <CRIANÇA> assistir à televisão, você costuma verificar se o programa é adequado para a idade dele(a) e conversa com ela(e) sobre quais são os melhores programas para assistir?	[G17]	Sim 1 Não 2		
64. Na última semana, você/o pai de(a) <CRIANÇA>	Semp re	Às vezes	Não	IGN
Brincou com <CRIANÇA>	[G18] 1	2	3	9
Conversou com <CRIANÇA>	[G19] 1	2	3	9
Cuidou de(a) <CRIANÇA>	[G20] 1	2	3	9
Passeou com <CRIANÇA>	[G21] 1	2	3	9
Ajudou a dar de comer a <CRIANÇA>	[G22] 1	2	3	9

BLOCO G1 – Apenas para as crianças com menos de 1 ano de idade			
65. Nos últimos três dias, você ou outra pessoa da sua família com mais de 15 anos de idade fez alguma destas coisas com <CRIANÇA>?	Sim	Não	NSA
Brincou com brinquedos que fazem som, barulho [G23]	1	2	8
Cantou para <CRIANÇA> [G24]	1	2	
Jogou bola ou objetos que rolam [G25]	1	2	
Brincou com brinquedos pequenos [G26]	1	2	

BLOCO G2 – Apenas para as crianças com idade entre 1 e 2 anos			
66. Nos últimos três dias, você ou outra pessoa da sua família com mais de 15 anos de idade fez alguma destas coisas com <CRIANÇA>?	Sim	Não	NSA
Cantou para <CRIANÇA> [G27]	1	2	8
Jogou bola [G28]	1	2	
Brincou com brinquedos pequenos [G29]	1	2	
Desenhou, pintou [G30]	1	2	
Levou <CRIANÇA> para passear [G31]	1	2	

BLOCO G3 – Apenas para as crianças com idade entre 3 e 4 anos			
67. Nos últimos três dias, você ou outra pessoa da sua família com mais de 15 anos de idade fez alguma destas coisas com <CRIANÇA>?	Sim	Não	NSA
Correu com <CRIANÇA> [G32]	1	2	8
Cantou para <CRIANÇA> [G33]	1	2	
Jogou bola [G34]	1	2	
Brincou com brinquedos pequenos [G35]	1	2	
Desenhou, pintou [G36]	1	2	
Levou <CRIANÇA> para passear [G37]	1	2	
Brincou com quebra cabeça [G38]	1	2	

BLOCO G4 – Apenas para as crianças com idade entre 5 e 6 anos			
68. Você ou outra pessoa da sua família faz alguma destas coisas com <CRIANÇA>?	Sim	Não	NSA
Ensina o alfabeto (as letras) [G39]	1	2	8
Ensina a ler ou escrever [G40]	1	2	
Ensina <CRIANÇA> sobre como sair com outras crianças [G41]	1	2	
Ensina <CRIANÇA> sobre como se comportar na escola [G42]	1	2	
Joga bola [G43]	1	2	
Anda de bicicleta, cavalo, etc. [G44]	1	2	

BLOCO H – GERENCIAMENTO DO COMPORTAMENTO				
69. Quando você vai fazer alguma coisa que <CRIANÇA> pode ir junto, por exemplo, ir a um parque, visitar outra pessoa, você costuma perguntar pra ele(a) se ele(a) que ir junto?	[H01]	Sim , pergunta sempre e só o leva se ele(a) quiser Sim , pergunta sempre , mas o leva mesmo que não queira Não pergunta, mas sempre o leva Não pergunta e nem o leva Outro	1 2 3 4 5	
70. O que você faz quando <CRIANÇA> não se comporta bem, isso é, faz alguma coisa que você não quer?		Espontâneo	Induzido	Não
Dá um castigo	[H02]	1	2	3
Faz ameaças	[H03]	1	2	3
Bate nele(a)	[H04]	1	2	3
Diz não e explica por que ele(a) não deve se comportar assim	[H05]	1	2	3
Dá umas palmadas	[H06]	1	2	3
Grita com criança	[H07]	1	2	3
Diz NÃO ou PÁRA	[H08]	1	2	3
Distrai a criança	[H09]	1	2	3
Manda a criança sentar, ir para o quarto ou leva a criança embora se não está em casa	[H10]	1	2	3
71. Quando você sai de casa, quem fica cuidando de <CRIANÇA>?	[H11]	Avô da criança Avó da criança Pai da criança Tio da criança Tia da criança Criança < 10 anos Criança ≥ 10 anos Vizinhos Vai junto Fica sozinho Outro	01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11	

BLOCO I – PROTEÇÃO			
72. Já aconteceu alguma briga violenta na sua família e <CRIANÇA> estava presente?	[I01]		Sim 1 Não 2
73. Quem decide o que vai ser comprado e quanto vai ser gasto na compra de coisas que são necessárias para <CRIANÇA>?	[I02]	Eu mesmo(a) Avós Pai Mãe Outro	1 2 3 4 5

BLOCO I1 – Apenas para as crianças com menos de 1 ano de idade			
74. Você toma alguns dos seguintes cuidado para evitar que <CRIANÇA> sofra algum acidente? LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS	Sim	Não	NSA
<CRIANÇA> não dorme na mesma cama que os pais [I03]	1	2	8
O lugar onde <CRIANÇA> dorme fica longe do fogão, vela ou lamparina [I04]	1	2	
O lugar onde <CRIANÇA> dorme fica longe do chão [I05]	1	2	
Tampou as tomadas elétricas [I06]	1	2	
Os objetos pequenos ficam longe do alcance da criança [I07]	1	2	
Não deixa <CRIANÇA> sozinha [I08]	1	2	

BLOCO I2 – Apenas para as crianças com idade igual ou maior a 1 ano			
75. Você toma alguns dos seguintes cuidados para evitar que <CRIANÇA> sofra algum acidente? LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS	Sim	Não	NSA
Os cabos das panelas ficam para dentro do fogão [I09]	1	2	8
O lugar onde <CRIANÇA> dorme fica longe do fogão, vela ou lamparina [I10]	1	2	
O lugar onde <CRIANÇA> dorme fica longe do chão [I11]	1	2	
As tomadas elétricas ficam tampadas [I12]	1	2	
Os medicamentos ficam longe do alcance da criança [I13]	1	2	
Detergente, veneno, água sanitária ou hipoclorito de sódio ficam longe do alcance da criança [I14]	1	2	
Facas e tesouras ficam longe do alcance da criança [I15]	1	2	
<CRIANÇA> não pode brincar com fogos de artifícios e fogueira [I16]	1	2	

BLOCO J – CONSCIENTIZAÇÃO, DEMANDA E USO DE SERVIÇOS				
76. Você ou alguém da sua família costuma participar de reuniões para discutir como o serviço de saúde deve funcionar?	[J01]	Não há reunião 0 Não participa 1 Participa 2		
77. Aqui onde você mora tem:		Sim	Não	Não sabe
Posto de saúde	[J02]	1	2	3
Pronto socorro ou hospital	[J03]	1	2	3
Creche	[J04]	1	2	3
Pré-escola	[J05]	1	2	3
Serviço de assistência social	[J06]	1	2	3
Polícia	[J07]	1	2	3
78. Você ou alguém da sua família já pediu que fosse criado algum tipo de serviço (PRÉ-ESCOLA, CENTRO DE SAÚDE, HOSPITAL, CRECHE) para atender a sua comunidade?	[J08]	Sim 1 Não 2		

BLOCO J1 – Apenas para as crianças com idade entre 0 e 3 anos				
79. <CRIANÇA> vai à creche?	[J09]	Sim 1 Não 2 NSA 8		

BLOCO J2 – Apenas para as crianças com idade entre 4 e 6 anos				
80. <CRIANÇA> vai à pré-escola?	[J10]	Sim 1 Não 2 NSA 8		

BLOCO L – ESTRESSE E DEPRESSÃO			
APENAS PARA AS MÃES QUE TIVERAM FILHO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES			
As perguntas abaixo se referem a como você se sentiu nas últimas duas semanas. Por favor, responda se, desde <DIA DA SEMANA> de duas semanas atrás, houve dias em que....	Sim	Não	NSA
81. Você se sentiu triste ou infeliz a maior parte do tempo? [L01]	1	2	8
82. Você perdeu interesse pelas coisas (seu trabalho ou outras coisas de que gosta)? [L02]	1	2	
83. Era difícil gostar das suas atividades diárias? [L03]	1	2	
84. Era difícil pensar com clareza? [L04]	1	2	
85. Seu trabalho diário era um sofrimento? [L05]	1	2	
86. Teve dificuldade para tomar decisões? [L06]	1	2	
87. Você sentiu cansaço sempre? [L07]	1	2	
SE SIM EM ALGUMA DAS PERGUNTAS ENTRE 81 E 87			
88. O que você fez quando (CITAR A(S) PERGUNTA(S) COM RESPOSTA SIM) AS OPÇÕES NÃO DEVEM SER LIDAS	Sim	Não	NSA
Conversou com a família ou amigos [L08]	1	2	8
Foi à igreja / Falou com o padre (pastor) [L09]	1	2	
Procurou o serviço de saúde [L10]	1	2	
Tomou um remédio sem procurar o médico [L11]	1	2	

SE NÃO EM TODAS AS PERGUNTAS ENTRE 81 E 87			
89. O que você faria se tivesse sentido alguma dessas coisas que eu acabei de falar?	Sim	Não	NSA
AS OPÇÕES NÃO DEVEM SER LIDAS			
Conversaria com a família ou amigos [L12]	1	2	8
Iria à igreja / Falaria com o padre (pastor) [L13]	1	2	
Procuraria o serviço de saúde [L14]	1	2	
Tomaria um remédio sem procurar o médico [L15]	1	2	

BLOCO M – SOCIOECONÔMICO		
90. Você sabe ler e escrever?	[M01]	Sim 1 Não 2
91. Até que série você estudou na escola?	[M02]	Não estudou 0 Até a 4ª série do 1º grau 1 Além da 4ª série do 1º grau 2
92. O pai de <CRIANÇA> sabe ler e escrever?	[M03]	Sim 1 Não 2 Ignorado 9
93. Até que série o pai de <CRIANÇA> estudou na escola?	[M04]	Não estudou 0 Até a 4ª série do 1º grau 1 Além da 4ª série do 1º grau 2 Ignorado 9
94. De onde vem a água da casa usada para beber? SE FOR DA REDE PÚBLICA □96	[M05]	Rede pública 1 Chafariz 2 Cacimbão, poço 3 Rio, riacho, lagoa, açude 4 Nascente/Olho d'água 5 Outro 6
95. SE NÃO FOR DA REDE PÚBLICA: A água é fervida antes de beber?	[M06]	Sim 1 Não 2
96. Como é a privada da casa? SE NÃO HÁ SANITÁRIO □98	[M07]	Sanitário com descarga 1 Sanitário sem descarga 2 Casinha/ fossa negra 3 Não há 4
97. SE HÁ SANITÁRIO: O esgoto dessa privada está ligado a:	[M08]	Rede de esgoto 1 Fossa séptica 2 Fossa rudimentar 3 Vala 4 Rio, lagoa ou mar 5 Outro 6
98. Na sua casa, há energia elétrica?	[M09]	Sim 1 Não 2
99. Na sua casa, há rádio?	[M10]	Sim, funciona 1 Sim, não funciona 2 Não 3

ANEXO 2

Home Observation Measurement of the Environment-Short Form (HOME-SF) - Medida de Observação Domiciliar do Formulário Curto do Meio Ambiente

S = Mother Self-Report; O = Interviewer Observation

HOME-SF Item Description	Age Assessed		
	0-2 yrs	3-5 yrs	6-9 yrs
1. Child gets out of house 4 times a week or more	S	-	-
2. Child has 3 children's books (10 for ages 3-9 yrs; 20 for ages 10-14 yrs)**	S	S	S
3. Mother reads to child 3 times a week or more***	S	S	S
4. Child taken to grocery store (once/week or 2-3 times a month)	S	S	-
5. Child has one or more cuddly, soft or role-playing toys	S	-	-
6. Child has one or more push or pull toys	S	-	-
7. Mother believes parents should usually or always spend time teaching kids	S	-	-
8. Child eats meal with both mother and father(-figure) once a day or more	S	S	S
9. Mom often talks with child while working	S	-	-
10. Mom reports no more than 1 spank during past week	S	S	S
11. Mom spontaneously vocalize to/conversed with child at least twice	O	O	O

12. Mom responded verbally to child	O	-	-
13. Mom showed physical affection to child	O	O	O***
14. Mom did not spank child	O	O	-
15. Mom did not interfere/restrict child more than 3 times	O	-	-
16. Mom provided appropriate toys/activities to child	O	-	-
17. Mom kept child in view	O	-	-
18. Play environment is safe (home or building for ages 36 mos +)	O	O	O
19. Family subscribes to at least one magazine	-	S	-
20. Child has use of record/CD player and at least 5 records/CDs/tapes	-	S	-
21. Child helped to learn numbers at home	-	S	-
22. Child helped to learn alphabet at home	-	S	-
23. Child helped to learn colors at home	-	S	-
24. Child helped to learn shapes and sizes at home	-	S	-
25. Child has some choice in foods for breakfast and lunch	-	S	-
26. TV is on in home less than 5 hours per day	-	S	-
27. Non-harsh discipline if child hits (or swears/speaks in anger ages 72mos+)	-	S	S
28. Child taken to museum in past year	-	S	S
29. Child expected to make his/her bed	-	-	S
30. Child expected to clean his/her room	-	-	S

31. Child expected to clean up after spills	-	-	S
32. Child expected to bathe him/herself	-	-	S
33. Child expected to pick up after himself/herself	-	-	S
34. Child expected to keep shared living areas clean and straight	-	-	-
35. Child expected to do routine chores such as lawn, help w/ dinner, dishes	-	-	-
36. Child expected to help manage his/her own time	-	-	-
37. Musical instrument in home child can use (see #20)	-	-	S
38. Family gets a daily newspaper	-	-	S
39. Child reads several times a week for enjoyment	-	-	S
40. Family encourages child to start and do hobbies	-	-	S
41. Child receives lessons or belongs to sports/music/art/dance/drama org	-	-	S
42. Child taken to musical or drama performance in past year	-	-	S
43. Family visits with family or friends 2-3 times a month	-	-	S
44. Child spends time with father(-figure) 4 times a week	-	-	S
45. Child spends time with father(-figure) in outdoor activities once a week	-	-	S
46. When watching TV, parent discusses program with child	-	-	S

47. Mom encouraged child to contribute to conversation	-	-	○
48. Mom answered child's questions or requests verbally	-	○	○
49. Mom introduced interviewer to child by name	-	○	○
50. Mom's voice conveyed positive feeling about child	-	○	○
51. Home is not dark	-	○	○
52. Home is reasonably clean	-	○	○
53. Home is minimally cluttered	-	○	○

* One combined version of Interviewer Observations used for ages 6-14 years.

** Data available so that item can be scored based on 10+ books for all ages.

*** Physical affection items reported by mothers for these age groups but not included in score.

ANEXO 3

Medida de Observação Domiciliar do Formulário Curto do Meio Ambiente (HOME-SF) – versão em português

Escalas HOME e recodificação dos itens: Crianças menores de 3 anos
E = Suporte Emocional; C = Estimulação Cognitiva

Q Name 2002 - 2004	Q Name 2006- 2014 ¹	Esca la	Texto da Pergunta	Recodifica ção		
				1	0	
HOME -A01	MS- HOME -A01	C	1. Com que frequência a criança tem a oportunidade de sair de casa?	6, 7	1 - 5	5 - todos os dias 4 - 4 ou mais vezes por semana 3 - Algumas vezes por semana 2 - Cerca de uma vez por semana 1 - Algumas vezes por mês ou menos
HOME -A02	MS- HOME -A02	C	2. Quantos livros infantis a criança tem?	3, 4	1, 2	4 - 10 ou mais livros 3 - 3 a 9 livros 2 - 1 ou 2 livros 1 - nenhum
HOME -A03	MS- HOME -A03	C	3. Com que frequência você tem a oportunidade de ler para a criança?	5, 6	1 - 4	1 - nunca 2 - várias vezes por ano 3 - várias vezes por mês 4 - uma vez por semana 5 - Cerca de 3 vezes por semana 6 - todos os dias
HOME -A04	MS- HOME -A04	C	4. Com que frequência você leva a criança para fazer compras?	1	2 - 4	1 - duas vezes por semana ou mais 2 - uma vez por semana 3 - uma vez por mês 4 - quase nunca
HOME -A05	MS- HOME -A05	C	5. Aproximadamente quantos, se houver, brinquedos de pelúcia, molinhos, de amassar, macios ou de representação de papéis a criança tem?	>= 1	0	(Pode ser compartilhado com a irmã ou irmão)
HOME -A06	MS- HOME -A06	C	6. Aproximadamente quantos, se houver, brinquedos de empurrar ou puxar a criança tem?	>= 1	0	Pode ser compartilhado com a irmã ou irmão.)
HOME -A07	MS- HOME -A07	C	7. Alguns pais passam tempo ensinando novas habilidades aos filhos, enquanto outros	1, 2	3, 4	1- Os pais devem sempre gastar tempo ensinando seus filhos

			acreditam que os filhos aprendem melhor por si próprios. Qual das opções descreve melhor sua atitude?			2 - Os pais geralmente devem passar um tempo ensinando seus filhos 3 - Os pais geralmente devem permitir que seus filhos aprendam por conta própria 4 - Os pais devem sempre permitir que seus filhos aprendam por conta própria
HOME -A08	MS- HOME -A08	-	8. Quanto tempo a criança passa assistindo TV em um dia de semana comum?	-	-	ENTREVISTADOR: ESCREVA AS HORAS POR SEMANA (RESPOSTA PARA MAIS PRÓXIMO 1/2 H. "NÃO" OU "NENHUMA" = 0) (SE A RESPOSTA FOR " Não tenho TV " ENTÃO PERGUNTE: [Nome da criança] passa algum tempo assistindo TV fora de sua casa (por exemplo, com uma babá) em um dia de semana típico?)
HOME -A09	MS- HOME -A09	-	9. Quanto tempo a criança passa assistindo TV em um dia típico de fim de semana?	-	-	ENTREVISTADOR: INSIRA AS HORAS POR DIA DE FIM DE SEMANA (RESPOSTA PARA MAIS PRÓXIMO 1/2 HR. "NÃO" OU "NENHUMA" = 0) (SE A RESPOSTA FOR " Não tenho uma TV " ENTÃO PERGUNTE: [Nome da criança] passa algum tempo assistindo TV fora de sua casa (por exemplo, com uma babá) em um dia típico de fim de semana?)
HOME -A10B	MS- HOME -A10B	-	10. Aproximadamente quantas horas a TV fica ligada em sua casa por dia?	-	-	ENTREVISTADOR: ENTRE AS HORAS POR DIA, RESPOSTAS ATÉ 1/2 HORA. NOTA: MENOS DE 1 HORA POR DIA = 0.
HOME -A11	MS- HOME -A11	-	11. A criança alguma vez vê o pai, ou alguém que você considera uma figura paterna?	-	-	1 - Sim ... (Vá para MS-HOME-A12) 0 – Não

HOME -A12	MS- HOME -A12	-	12. Esta pessoa é o seu pai biológico, padrasto ou figura paterna?	-	-	1 - PAI BIOLÓGICO 2 - PASSO-PAI 3 - FIGURA-PAI
HOME -A13	MS- HOME -A13	-	13. Qual é a relação dele com você?	-	-	1 - CÔNJUGE 2 - EX-CÔNJUGE 3 - PARCEIRO 4 - EX-PARCEIRO 5 - NAMORADO 6 - EX-NAMORADO 7 - NOIVO 8 - AMIGO 9 - PAI 10 - AVÔ 11 - IRMÃO 12 - TIO 13 - ALGUÉM MAIS (ESPECIFICAR)
HOME -A14	MS- HOME -A14	*	14. A criança vê o seu pai/padrasto/figura paterna diariamente?	1	0, 2	1 – Sim 0 – Não
HOME -A15	MS- HOME -A15	E	15. Com que frequência a criança faz uma refeição com ambos você e o pai/padrasto/figura paterna?	1, 2	3 - 7	1 - Mais de uma vez por dia 2- uma vez por dia 3 - várias vezes por semana 4 - Cerca de uma vez por semana 5 - Cerca de uma vez por mês 6 – nunca
HOME -A16	MS- HOME -A16	E	16. Com que frequência você fala com a criança enquanto está trabalhando?	1, 2	3, 5	1 - Sempre (converse com seu filho quando estiver trabalhando) 2 - Frequentemente (converse com seu filho quando estiver trabalhando) 3 - Às vezes (converse com seu filho quando estiver trabalhando) 4 - Raramente (converse com seu filho quando estiver trabalhando) 5 - Nunca (converse com seu filho quando estiver trabalhando)
HOME -A17A	MS- HOME -A17A	-	17. Quão próxima a criança se sente de você?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto

HOME -A17B	MS- HOME -A17B	-	18. Quão próxima a criança se sente de seu pai (biológico)?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto 5 - não tem este pai
HOME -A17D	MS- HOME -A17D	-	19. Quão próximo(a) ele(a) se sente de seu pai/padrasto/figura paterna?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto
HOME -A18	MS- HOME -A18	E	20. Quantas vezes, se alguma, você teve que dar uma palmada (bater) na criança na semana passada?	0, 1	>= 2	
CSOB- 1A	CSOB- 1A	*	21. Entrevistador: Você observou a criança e sua mãe juntas em algum momento?	1	0	
CSOB- 2A	CSOB- 2A	E	22. Entrevistador: A mãe falou espontaneamente com a criança duas ou mais vezes (excluindo repreensão)?	1	0	
CSOB- 3A	CSOB- 3A	E	23. Entrevistador: A mãe respondeu verbalmente à fala da criança?	1	0	
CSOB- 4A	CSOB- 4A	E	24. Entrevistador: A mãe acariciou, beijou ou abraçou a criança pelo menos uma vez?	1	0	
CSOB- 5A	CSOB- 5A	E	25. Entrevistador: A mãe deu um tapa ou palmada na criança pelo menos uma vez?	0	1	
CSOB- 6A	CSOB- 6A	E	26. Entrevistador: A mãe interferiu nas ações da criança ou a restringiu de explorar >= 3 vezes?	0	1	
CSOB- 7A	CSOB- 7A	C	27. Entrevistador: A mãe forneceu brinquedos ou atividades interessantes para a criança?	1	0	
CSOB- 8A	CSOB- 8A	E	28. Entrevistador: A mãe manteve a criança à vista / podia ver a criança / olhou para ela com frequência?	1	0	

CSOB-9A	CSOB-9A	C	29. Entrevistador: O ambiente de brincar da criança é seguro?	1	0	
---------	---------	---	---	---	---	--

A partir de 2006, apenas as crianças com 4 anos ou mais recebem as avaliações administradas pelo entrevistador. Portanto, a partir de 2006, as pontuações brutas do HOME para crianças menores de 4 anos excluem os itens de observação do entrevistador (CSOB-1A até CSOB-9A).

* Item não faz parte da escala - usado na pontuação de outro(s) item(ns)

** Se houver alguma resposta ríspida nesta série, então a pontuação do item = 0

Nota: Todos os itens do HOME de observação do entrevistador (CSOB) NÃO são lidos para a mãe, mas preenchidos pelo entrevistador ao término do Suplemento da Criança.

ANEXO 3 (continuação)

Escala HOME e recodificação dos itens: Crianças com idade de 3-5 anos

E = Apoio Emocional; C = Estimulação Cognitiva

Nome Q 2002-2004	Nome Q 2006-2014	Escala	Texto da Pergunta	Recode		
				1	0	
HOME-B01	MS-HOME-B01	C	1. Com que frequência você lê histórias para a criança?	5, 6	1 - 4	1 - nunca 2 - várias vezes por ano 3 - várias vezes por mês 4 - uma vez por semana 5 - pelo menos 3 vezes por semana 6 - todos os dias
HOME-B02	MS-HOME-B02	C	2. Cerca de quantos livros infantis a criança tem?	4	1 - 3	4 - 10 ou mais livros 3 - 3 a 9 livros 2 - 1 ou 2 livros 1 - nenhum
HOME-B03	MS-HOME-B03	C	3. Cerca de quantas revistas sua família tem acesso?	2 - 5	1	1 - nenhum 2 - um 3 - dois 4 - três 5 - quatro ou mais
HOME-B04	MS-HOME-B04	C	4. A criança pode acessar algum aparelho (smartphone/celular, tablet, gravador) para ouvir músicas infantis e tem pelo menos 5 mídias de artistas/grupo de músicas infantis?	1	0	1 - sim 0 - Não
HOME-B05A	MS-HOME-B05A	C	5. Você ajuda ou ajudou [a criança] com os números?	1	-	1 - sim 0 - Não
HOME-B05B	MS-HOME-B05B	C	6. Você (ou outra pessoa) ajuda [a criança] com o alfabeto?	1	-	1 - sim 0 - Não
HOME-B05C	MS-HOME-B05C	C	7. Você (ou outra pessoa) ajuda [a criança] com as cores?	1	-	1 - sim 0 - Não
HOME-B05D	MS-HOME-B05D	C	8. Você (ou outra pessoa) ajuda [a criança] com formas e tamanhos?	1	-	1 - sim 0 - Não

HOME-B06	MS-HOME-B06	E	9. Quanta escolha é permitida à criança na decisão sobre os alimentos que ela come no café da manhã e no almoço?	1, 2	3, 4	1 - Muitas opções de escolha 2 - Alguma escolha 3 - pouca escolha 4 - Sem escolha
HOME-B07B	MS-HOME-B07B	E	10. Cerca de quantas horas a TV fica ligada em sua casa por dia?	0 – 4	>=5	ENTREVISTADOR: ENTRE AS HORAS POR DIA, RESPOSTA ATÉ 1/2 HORA. NOTA: MENOS DE 1 HORA POR DIA = 0.
HOME-B08B-01	MS- HOME-B08B-01	E**	11. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Revidaria	-	1	
HOME-B08B-02	MS- HOME-B08B-02	E**	12. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Mandaria a criança para o quarto	1	-	
HOME-B08B-03	MS- HOME-B08B-03	E**	13. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Daria uma palmada na criança	-	1	
HOME-B08B-04	MS- HOME-B08B-04	E**	14. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Conversaria com a criança	1	-	
HOME-B08B-05	MS- HOME-B08B-05	E**	15. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Ignoraria	1	-	
HOME-B08B-06	MS- HOME-B08B-06	E**	16. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Daria uma tarefa para a criança	1	-	
HOME-B08B-07	MS- HOME-B08B-07	E**	17. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Tiraria a mesada	1	-	

HOME-B08B-08	MS- HOME-B08B-08	E**	18. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Seguraria as mãos até se acalmar	1	-	
HOME-B08B-09	MS- HOME-B08B-09	E**	19. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Outro	Não áspero	Duro	
HOME-B08B-10	MS- HOME-B08B-10	E**	20. Se a criança ficasse tão zangada que lhe batesse, o que você faria? Isolaria por um curto período de tempo (time-out)	1	0	
HOME-B09	MS-HOME-B09	C	21. Com que frequência um membro da família tem a oportunidade de levar a criança para qualquer tipo de passeio?	3 – 5	1, 2	1 - Algumas vezes por ano ou menos 2 - Cerca de uma vez por mês 3 - Cerca de duas ou três vezes por mês 4 - várias vezes por semana 5 - Cerca de uma vez por dia
HOME-B10	MS-HOME-B10	C	22. Com que frequência um membro da família levou ou organizou a ida da criança a algum lugar que oferecesse atividade educativa fora da escola?	2 - 5	1	1 – nunca 2 - uma ou duas vezes 3 - várias vezes 4 - Cerca de uma vez por mês 5 - Cerca de uma vez por semana ou mais frequentemente
HOME-B11	MS-HOME-B11	-	23. Quanto tempo a criança passa assistindo TV em um dia de semana comum?	-	-	ENTREVISTADOR: ESCREVA AS HORAS POR SEMANA (RESPOSTA PARA MAIS PRÓXIMO 1/2 HR. "NÃO" OU "NENHUMA" = 0) (SE A RESPOSTA FOR " Não tenho TV " ENTÃO PERGUNTE: [Nome da criança] passa algum tempo assistindo TV fora de sua casa (por

						exemplo, com uma babá) em um dia de semana típico?)
HOME-B12	MS-HOME-B12	-	24. Quanto tempo a criança passa assistindo TV em um dia típico de fim de semana?	-	-	ENTREVISTADOR: INSIRA AS HORAS POR DIA DE FIM DE SEMANA (RESPOSTA PARA MAIS PRÓXIMO 1/2 HR. "NÃO" OU "NENHUMA" = 0) (SE A RESPOSTA FOR " Não tenho uma TV " ENTÃO PERGUNTE: [Nome da criança] passa algum tempo assistindo TV fora de sua casa (por exemplo, com uma babá) em um dia típico de fim de semana?)
HOME-B13	MS-HOME-B13	-	25. A criança alguma vez vê o pai, ou alguém que você considera uma figura paterna?	-	-	1 - Sim ... (Vá para MS-HOME-B14) 0 – Não
HOME-B14	MS-HOME-B14	-	26. Este homem é o pai biológico, padrasto ou figura paterna da criança?	-	-	1 - PAI BIOLÓGICO 2 - PASSO-PAI 3 - FIGURA-PAI
HOME-B15	MS-HOME-B15		27. Qual é a relação dele com você?	-	-	1 - CÔNJUGE 2 - EX-CÔNJUGE 3 - PARCEIRO 4 - EX-PARCEIRO 5 - NAMORADO 6 - EX-NAMORADO 7 - NOIVO 8 - AMIGO 9 - PAI 10 - AVÔ 11 - IRMÃO 12 - TIO 13 - ALGUÉM MAIS (ESPECIFICAR)
HOME-B16	MS-HOME-B16	-	28. A criança vê o seu (pai/padrasto/figura paterna) diariamente?	-	-	1 - sim 0 - Não
HOME-B17	MS-HOME-B17	E		1, 2	3 – 7	1 - Mais de uma vez por dia

			29. Com que frequência a criança faz uma refeição com você e o pai/padrasto/figura paterna?			2 - uma vez por dia 3 - várias vezes por semana 4 - Cerca de uma vez por semana 5 - Cerca de uma vez por mês 6 - nunca
HOME-B18A	MS-HOME-B18A	-	30. Quão próxima (chegada/apegada) a criança se sente de você?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto
HOME-B18B	MS-HOME-B18B	-	31. Quão próxima (chegada/apegada) a criança se sente de seu pai (biológico)?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto 5 - não tem este pai
HOME-B18D	MS-HOME-B18D	-	32. Quão próxima (chegada/apegada) a criança se sente de seu (pai/padrasto/figura paterna)?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto
HOME-B19	MS-HOME-B19	E	33. Quantas vezes, se alguma, você teve que dar uma palmada (bater) na criança na semana passada?	0, 1	>=2	
CSOB-1B	CSOB-1B	-	34. Entrevistador: Você observou a criança e sua mãe juntas em algum momento?	-	-	
CSOB-2B	CSOB-2B	E	35. Entrevistador: Mãe conversou com a criança 2 vezes ou mais (sem repreender ou comentários desconfiados)?	1	0	
CSOB-3B	CSOB-3B	E	36. Entrevistador: A mãe respondeu verbalmente às perguntas ou solicitações da criança?	1	0	

CSOB-4B	CSOB-4B	E	37. Entrevistador: A mãe acariciou, beijou ou abraçou a criança pelo menos uma vez?	1	0	
CSOB-5B	CSOB-5B	E	38. Entrevistador: A mãe apresentou o entrevistador à criança pelo nome?	1	0	
CSOB-6B	CSOB-6B	E	39. Entrevistador: Mãe restringiu fisicamente ou (sacudiu/agarrou) a criança?	0	1	
CSOB-7B	CSOB-7B	E	40. Entrevistador: A mãe deu um tapa ou palmada na criança pelo menos uma vez?	0	1	
CSOB-8B	CSOB-8B	E	41. Entrevistador: A voz da mãe transmitia um sentimento positivo em relação à criança?	1	0	
CSOB-9B	CSOB-9B	C	42. Entrevistador: O ambiente de brincar da criança é seguro?	1	0	
CSOB-10B	CSOB-10B	C	43. Entrevistador: O interior da casa é escuro ou perceptivelmente monótono?	0	1	
CSOB-11B	CSOB-11B	C	44. Entrevistador: Todos os cômodos visíveis da casa/apartamento estão razoavelmente limpos?	1	0	
CSOB-12B	CSOB-12B	C	45. Entrevistador: Todos os cômodos visíveis da casa/apartamento estão minimamente arrumados (pouco desorganizados)?	1	0	

* Item não faz parte da escala - usado na pontuação de outro(s) item(ns)

** Se houver alguma resposta ríspida nesta série, então a pontuação do item = 0

Nota: Todos os itens do HOME de observação do entrevistador (CSOB) NÃO são lidos para a mãe, mas preenchidos pelo entrevistador ao término do Suplemento da Criança.

ANEXO 3 (continuação)

Escala HOME e recodificação dos itens: Crianças com idade de 6-9 anos

E = Suporte Emocional; C = Estimulação Cognitiva

Nome Q 2002-2004	Nome Q 2006-2014	Escala	Texto da Pergunta	Recodificação		
				1	0	
HOME-C01	MS-HOME-C01	C	1. Cerca de quantos livros a criança tem?	4	1 – 3	1 - nenhum 2 - 1 ou 2 livros 3 - 3 a 9 livros 4 - 10 ou mais livros
HOME-C02	MS-HOME-C02	C	2. Com que frequência você lê em voz alta para a criança?	5, 6	1 – 4	1 - nunca 2 - várias vezes por ano 3 - várias vezes por mês 4 - uma vez por semana 5 - pelo menos 3 vezes por semana 6 - todos os dias
HOME-C03A	MS-HOME-C03A	E	3. Com que frequência se espera que a criança arrume sua própria cama?	2 – 5	outro	1 - quase nunca 2- Menos de 1/2 do tempo 3 - 1/2 do tempo 4 - Mais da metade do tempo 5 - quase sempre
HOME-C03B	MS-HOME-C03B	E	4. Com que frequência se espera que a criança limpe seu próprio quarto?	2 - 5	Outro	1 - quase nunca 2 - Menos de 1/2 do tempo 3 - 1/2 do tempo 4 - Mais da metade do tempo 5 - quase sempre
HOME-C03C	MS-HOME-C03C	E	5. Com que frequência se espera que a criança faça a limpeza após derramar algo?	2 – 5	outro	1 - quase nunca 2 - Menos de 1/2 do tempo 3 - 1/2 do tempo 4 - Mais da metade do tempo 5 - quase sempre
HOME-C03D	MS-HOME-C03D	E	6. Com que frequência se espera que a criança tome banho sozinha?	2 - 5	outro	1 - quase nunca 2 - Menos de 1/2 do tempo 3 - 1/2 do tempo 4 - Mais da metade do tempo 5 - quase sempre
HOME-C03E	MS-HOME-C03E	E	7. Com que frequência se espera que a criança pegue as coisas sozinha?	2 – 5	outro	1 - quase nunca 2 - Menos de 1/2 do tempo 3 - 1/2 do tempo 4 - Mais da metade do tempo 5 - quase sempre
HOME-C04	MS-HOME-C04	C	8. Existe algum instrumento musical que a criança possa usar na casa ou ela usa algo para fazer	1	0	1 - sim 0 - Não

			de instrumento musical em casa?			
HOME-C05	MS-HOME-C05	C	9. Sua família ouve ou ver notícias diariamente?	1	0	1 - sim 0 - Não
HOME-C06	MS-HOME-C06	C	10. Com que frequência a criança lê por prazer?	1, 2	3 – 5	1 - todos os dias 2 - várias vezes por semana 3 - várias vezes por mês 4 - várias vezes por ano 5 - nunca
HOME-C07	MS-HOME-C07	C	11. A sua família incentiva a criança a começar e manter a prática de um lazer, diversão ou um passatempo (uma brincadeira, distração, divertimento, entretenimento e recreação)?	1	0	1 - sim 0 - Não
HOME-C08	MS-HOME-C08	C	12. A criança tem aulas especiais ou pertence a algum grupo que incentive atividades como esportes, música, arte, dança, teatro, folclore etc.?	1	0	1 - sim 0 - Não
HOME-C09	MS-HOME-C09	C	13. Com que frequência um membro da família levou ou organizou a ida da criança a algum tipo de atividade educativa em locais fora da escola?	2, 5	1	1 - nunca 2 - uma ou duas vezes 3 - várias vezes 4 - Cerca de uma vez por mês 5 - Cerca de uma vez por semana ou mais frequentemente
HOME-C10	MS-HOME-C10	C	14. Com que frequência um membro da família levou ou organizou a ida da criança a algum tipo de apresentação musical ou teatral no ano passado?	2, 5	1	1 - nunca 2 - uma ou duas vezes 3 - várias vezes 4 - Cerca de uma vez por mês 5 - Cerca de uma vez por semana ou mais frequentemente

HOME-C11	MS-HOME-C11	E	15. Com que frequência toda a sua família se reúne com parentes ou amigos?	4, 5	1 – 3	1 - uma vez por ano ou menos 2 - Algumas vezes por ano 3 - Cerca de uma vez por mês 4 - duas ou três vezes por mês 5 - Cerca de uma vez por semana ou mais
HOME-C12	MS-HOME-C12	-	16. Quanto tempo você diria que a criança passa assistindo TV em um dia de semana comum?	-	-	ENTREVISTADOR: ESCREVA AS HORAS POR SEMANA (RESPOSTA PARA MAIS PRÓXIMO 1/2 HR. "NÃO" OU "NENHUMA" = 0) (SE A RESPOSTA FOR " Não tenho TV " ENTÃO PERGUNTE: [Nome da criança] passa algum tempo assistindo TV fora de sua casa (por exemplo, com uma babá) em um dia de semana típico?)
HOME-C13	MS-HOME-C13	-	17. Quanto tempo você diria que a criança passa assistindo TV em um dia típico de fim de semana?	-	-	ENTREVISTADOR: INSIRA AS HORAS POR DIA DE FIM DE SEMANA (RESPOSTA PARA MAIS PRÓXIMO 1/2 HR. "NÃO" OU "NENHUMA" = 0) (SE A RESPOSTA FOR " Não tenho uma TV " ENTÃO PERGUNTE: [Nome da criança] passa algum tempo assistindo TV fora de sua casa (por exemplo, com uma babá) em um dia típico de fim de semana?)
HOME-C14	MS-HOME-C14	-	18. A criança alguma vez vê o pai, padrasto, ou alguém que você considera uma figura paterna?	-	-	1 - Sim ... (Vá para MS-HOME-C15) 0 - Não
HOME-C15	MS-HOME-C15	-	19. Este homem é seu pai biológico, padrasto ou figura paterna?	-	-	1 - PAI BIOLÓGICO 2 - PASSO-PAI 3 - FIGURA-PAI
HOME-C16	MS-HOME-C16	-	20. Qual é a relação dele com você?	-	-	1 - CÔNJUGE 2 - EX-CÔNJUGE 3 - PARCEIRO 4 - EX-PARCEIRO

			(Direcionada para mãe)			5 - NAMORADO 6 - EX-NAMORADO 7 - NOIVO 8 - AMIGO 9 - PAI 10 - AVÔ 11 - IRMÃO 12 - TIO 13 - ALGUÉM MAIS (ESPECIFICAR)
HOME-C17	MS-HOME-C17	E	21. Com que frequência a criança passa algum tempo com seu pai, padrasto, ou figura paterna?	1, 2	3 - 7	1 - uma vez por dia ou mais frequentemente 2 - pelo menos 4 vezes por semana 3 - Cerca de uma vez por semana 4 - Cerca de uma vez por mês 5 - Algumas vezes por ano ou menos 6 - nunca 7 - Nenhum pai, padrasto ou figura paterna
HOME-C18	MS-HOME-C18	E	22. Com que frequência a criança passa tempo com seu pai, padrasto ou figura paterna em atividades ao ar livre?	1 - 3	4 - 7	1 - uma vez por dia ou mais frequentemente 2 - pelo menos 4 vezes por semana 3 - Cerca de uma vez por semana 4 - Cerca de uma vez por mês 5 - Algumas vezes por ano ou menos 6 - nunca 7 - Nenhum pai, padrasto ou figura paterna
HOME-C19	MS-HOME-C19	E	23. Com que frequência a criança faz uma refeição com ambos, mãe e pai?	1, 2	3 - 7	1 - Mais de uma vez por dia 2 - uma vez por dia 3 - várias vezes por semana 4 - Cerca de uma vez por semana 5 - Cerca de uma vez por mês 6 - nunca 7 - Sem pai, padrasto, figura paterna
HOME-C20	MS-HOME-C20	C	24. Quando sua família assiste TV, você ou (pai) discute os programas com a criança?			1 - sim 0 - Não 2 Não tenho uma TV

HOME-C21A	MS-HOME-C21A	-	25. Quão próxima a criança se sente de você? (mãe)	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto
HOME-C21B	MS-HOME-C21B	-	26. Quão próxima a criança se sente de seu pai biológico?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto 5 - não tem este pai
HOME-C21D	MS-HOME-C21D	-	27. Quão próxima (chegada) a criança se sente de seu padrasto?	-	-	1 - Extremamente perto 2 - bastante perto 3 - Razoavelmente perto 4 - Nem um pouco perto
HOME-C22B-01	MS-HOME-C22B-01	E**	28. Resposta da mãe à birra - Proibir de sair de casa (grounding)	1	-	
HOME-C22B-02	MS-HOME-C22B-02	E**	29. Resposta da mãe à birra - Palmada (bater)	-	0	
HOME-C22B-03	MS-HOME-C22B-03	E**	30. Resposta da mãe à birra - Conversar com a criança	1	-	
HOME-C22B-04	MS-HOME-C22B-04	E**	31. Resposta da mãe à birra - Dar à criança uma tarefa doméstica	1	-	
HOME-C22B-05	MS-HOME-C22B-05	E**	32. Resposta da mãe à birra – Ignorar	1	-	
HOME-C22B-06	MS-HOME-C22B-06	E**	33. Resposta da mãe à birra - Mandar a criança para o quarto	1	-	
HOME-C22B-07	MS-HOME-C22B-07	E**	34. Resposta da mãe à birra - Retirar mesada	1	-	
HOME-C22B-08	MS-HOME-C22B-08	E**	35. Resposta da mãe à birra - Tirar TV, telefone ou outros privilégios	1	-	
HOME-C22B-10	MS-HOME-	E**		1	-	

	C22B-10		36. Resposta da mãe à birra - Isolar por curto intervalo de tempo (time-out)			
HOME-C22B-09	MS-HOME-C22B-09	E**	37. Resposta da mãe à birra - Outra (especifique)	Não áspero	Duro	
HOME-C23A	MS-HOME-C23A	-	38. Notas baixas - Qual a probabilidade de você entrar em contato com o professor ou diretor?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23B	MS-HOME-C23B	-	39. Notas baixas - Qual a probabilidade de você ensinar a criança?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23C	MS-HOME-C23C	-	40. Notas baixas - Qual a probabilidade de você acompanhar de maneira mais próxima as atividades da criança?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23D	MS-HOME-C23D	-	41. Notas baixas - Qual a probabilidade de você punir/castigar a criança?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23E	MS-HOME-C23E	-	42. Notas baixas - Qual a probabilidade de você conversar com a criança?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23F	MS-HOME-C23F	-	43. Notas baixas - Qual a probabilidade de você ver a criança melhorar sozinha?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23G	MS-HOME-C23G	-	44. Notas baixas - Qual a probabilidade de você dizer à criança para estudar mais?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável

HOME-C23H	MS-HOME-C23H	-	45. Notas baixas - Qual a probabilidade de você ajudar mais a criança com o dever de casa?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23I	MS-HOME-C23I	-	46. Notas baixas - Qual a probabilidade de você limitar as atividades não escolares?	-	-	5 - muito provável 4 - um pouco provável 3 - Não tenho certeza de quão provável é 2 - Um pouco improvável 1 - Nem um pouco provável
HOME-C23J	MS-HOME-C23J	-	47. Notas baixas - Qual a probabilidade de você fazer outra coisa?	-	-	1 - Sim 0 - Não
HOME-C24A	MS-HOME-C24A	E	48. Quantas vezes na última semana você teve que dar umas palmadas na criança?	0,1	>=2	
HOME-C24B	MS-HOME-C24B	-	49. Quantas vezes na última semana você teve que colocar a criança de castigo?	-	-	
HOME-C24C	MS-HOME-C24C	-	50. Quantas vezes na última semana você teve que retirar a TV ou outros privilégios?	-	-	
HOME-C24D	MS-HOME-C24D	-	51. Quantas vezes na última semana você elogiou a criança por ela ter feito algo que valeu a pena/importante?	-	-	
HOME-C24E	MS-HOME-C24E	-	52. Quantas vezes na última semana você retirou a mesada da criança?	-	-	
HOME-C24F	MS-HOME-C24F	-	53. Quantas vezes na última semana você fez um carinho, deu abraço ou beijo na criança?	-	-	

HOME-C24G	MS-HOME-C24G	-	54. Quantas vezes na última semana você teve que mandar a criança para o quarto dela?	-	-	
HOME-C24H	MS-HOME-C24H	-	55. Quantas vezes na última semana você falou a outro adulto algo positivo sobre a criança?	-	-	
CSOB-1C	CSOB-1C	-	56. Entrevistador: Você observou a criança e sua mãe juntas em algum momento?	-	-	
CSOB-2C	CSOB-2C	E	57. Entrevistador: A mãe incentivou a criança a contribuir com a conversa?	1	0	
CSOB-3C	CSOB-3C	E	58. Entrevistador: A mãe respondeu verbalmente a perguntas ou pedidos da criança?	1	0	
CSOB-4C	CSOB-4C	E	59. Entrevistador: A mãe conversou com a criança, excluindo repreensão ou comentários desconfiados?	1	0	
CSOB-5C	CSOB-5C	E	60. Entrevistador: A mãe apresentou o entrevistador à criança pelo nome?	1	0	
CSOB-6C	CSOB-6C	E	61. Entrevistador: A voz da mãe transmitia um sentimento positivo em relação à criança?	1	0	
CSOB-7C	CSOB-7C	C	62. Entrevistador: O interior da casa é escuro ou	0	1	

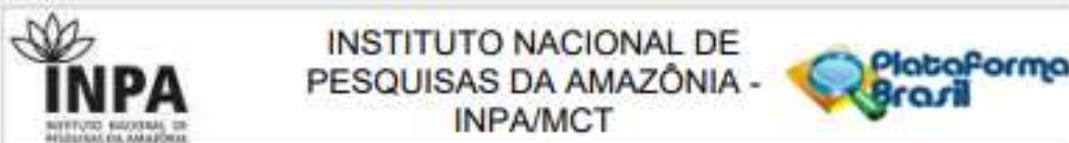
			perceptivelmente monótono?			
CSOB-8C	CSOB-8C	C	63. Entrevistador: Todos os cômodos visíveis da casa/apartamento estão razoavelmente limpos?	1	0	
CSOB-9C	CSOB-9C	C	64. Entrevistador: Todos os cômodos visíveis da casa/apartamento estão minimamente arrumados (pouco bagunçados)?	1	0	
CSOB-10C	CSOB-10C	C	65. Entrevistador: A edificação não apresenta perigos estruturais ou riscos como: usar o fogão para cozinhar, fazer fogo com lenha, usar faca, acessar a gasolina, casa mais próxima dos níveis da água, lugar apresenta perigo para queda, armas de caça, para a saúde dentro do alcance de uma criança em idade escolar?	1	0	

* Item não faz parte da escala - usado na pontuação de outro(s) item(ns)

** Se houver alguma resposta ríspida nesta série, então a pontuação do item = 0

Nota: Todos os itens do HOME de observação do entrevistador (CSOB) NÃO são lidos para a mãe, mas preenchidos pelo entrevistador ao término do Suplemento da Criança.

ANEXO 4



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: COMPETÊNCIAS FAMILIARES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS, AMAZONAS.

Pesquisador: Alessandra Araújo da Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 31634620.8.0000.0006

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.521.816

Apresentação do Projeto:

Este projeto já foi avaliado devidamente pelo cep/inpa no ano passado. Tendo sido aprovado. Nesta versão a autora através de emenda acrescenta as anuências das comunidades.

O projeto busca evidências e pretende mostrar que o desenvolvimento infantil está intimamente relacionado com a qualidade encontrada no ambiente familiar. A família é reconhecida como determinante na direção do desenvolvimento infantil, que pode ser favorável ou prejudicial. Mediante as particularidades das áreas ribeirinhas e percebendo a escassez e limitação de estudos com informações sobre as famílias locais, quanto aos seus conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas aos cuidados infantis, é de onde surge a proposta desta pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Avaliar as competências familiares que contribuem para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil de crianças de até seis anos de idade em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas.

Objetivos Secundários: • Identificar as características demográficas e socioeconômicas de

Endereço: Av. André Araújo, nº 2936 - sala CEP - Prédio Diretoria
Bairro: Alípio **CEP:** 69.080-971
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3643-3287 **Fax:** (92)3643-3257 **E-mail:** cep.inpa@inpa.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
PESQUISAS DA AMAZÔNIA -
INPAMCT



Continuação do Parecer: 4.521.816

domicílios com crianças de até seis anos de idade em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas; • Analisar o preenchimento e as informações das cadernetas de saúde das crianças com até seis anos de idade, residentes em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas; • Avaliar as competências familiares e as oportunidades de estimulação ambiental e domiciliar de crianças de até seis anos de idade, residentes em comunidades rurais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram devidamente apresentados e avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem relevância científica e social. É uma pesquisa de Mestrado.

As metodologias propostas de coleta e de análise dos dados estão em correspondência com os objetivos da pesquisa. É um estudo observacional de corte transversal, de abordagem quali-quantitativa. A coleta de dados e informações será composta por pais e/ou cuidadores de crianças com até 6 anos de idade residentes em três localidades rurais situadas na margem esquerda do Rio Negro, área rural de Manaus, Amazonas. As comunidades são Nova Jerusalém, (Mipindiaú), São Sebastião do Cuieiras e Santa Maria.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nesta avaliação apenas estamos certificando que a pesquisadora acrescentou anuências que foram solicitadas durante a primeira avaliação do projeto. O projeto já foi analisado por este CEP tendo sido aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório", para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS Nº 001/13, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_168715	09/01/2021		Aceito

Endereço: Av. André Araújo, nº 2936 - sala CEP - Prédio Diretoria
 Bairro: Alípio CEP: 69.080-971
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3643-3287 Fax: (92)3643-3287 E-mail: cep.inpa@inpa.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
PESQUISAS DA AMAZÔNIA -
INPA/MCT



Contribuição do Parecer: 4.521.818

Básicas do Projeto	_E1.pdf	20:29:08		Aceito
Outros	Anuencia_Comunidade_Santa_Maria.pdf	09/01/2021 20:21:57	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Outros	Anuencia_Comunidade_Mipindiau.pdf	09/01/2021 20:21:32	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Outros	Anuencia_Comunidade_Cueiras.pdf	09/01/2021 20:21:12	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	encaminhamento_das_anuencias.pdf	09/01/2021 20:14:48	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Cronograma	cronograma_de_atividades_ajustado.pdf	09/01/2021 20:11:34	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Outros	Garantia_de_Returno_e_Beneficios_ao_Participante.pdf	13/06/2020 15:53:48	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COMPETENCIAS_FAMILIARES_PARA_A_PROMOCAO_DA_SAUDE.pdf	13/06/2020 15:53:10	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Outros	Justificativa_do_termo_de_anuencia_da_comunidade.pdf	13/06/2020 15:35:46	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	NOVO_TCLE.pdf	13/06/2020 15:32:57	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	13/06/2020 15:32:31	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Compromisso_do_Pesquisador.pdf	13/06/2020 15:30:24	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Infraestrutura.pdf	13/06/2020 15:29:04	Alessandra Araújo da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_PROJETO_COMPETENCIAS.pdf	04/05/2020 19:58:21	Alessandra Araújo da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 03 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Rogério Souza de Jesus
(Coordenador(a))

Endereço: Av. André Araújo, nº 2936 - sala CEP - Prédio Diretoria
Bairro: Aleixo CEP: 69.080-971
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (02)3643-3287 Fax: (02)3643-3287 E-mail: cep.inpa@inpa.gov.br