UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CECÍLIA FELIPE ABREU DA SILVA

**AMBIENTE DOMICILIAR DE CRIANÇAS ENTRE 12 E 24 MESES:
POTENCIAIS E FRAGILIDADES PARA A PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

SÃO PAULO

2015

CECÍLIA FELIPE ABREU DA SILVA

**AMBIENTE DOMICILIAR DE CRIANÇAS ENTRE 12 E 24 MESES:
POTENCIAIS E FRAGILIDADES PARA A PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Cuidados em Saúde – Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Silva, Cecília Felipe Abreu da

Ambiente domiciliar de crianças entre 12 e 24 meses: potenciais e fragilidades para a promoção do desenvolvimento infantil / Cecília Felipe Abreu da Silva. São Paulo, 2015.

102 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa

Área de concentração: Cuidados em Saúde – Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Desenvolvimento infantil. 2. Família. 3. Promoção da saúde. 4. Saúde da família. 5. Enfermagem. I. Título.

Nome: Cecília Felipe Abreu da Silva

Título: Ambiente domiciliar de crianças entre 12 e 24 meses: potenciais e fragilidades para a promoção do desenvolvimento infantil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Teresinha e Clóvis, os meus maiores exemplos de amor, a quem dedico todas as minhas conquistas.

Ao meu sobrinho Joaquim, minha inspiração e alegria em diversos momentos desta caminhada.

A todos os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica.

Para todas as crianças. Para que todas tenham vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que com imensa bondade e ternura me presenteou com a oportunidade de intenso aprendizado e que foi minha fortaleza em todos os momentos.

À orientadora Prof.^a Dr.^a Anna Maria Chiesa, por ter me acolhido, por cada ensinamento, por toda a compreensão e ternura com que me orientou e por ser um exemplo de ser humano.

À Prof.^a Dr.^a Emiko Yoshikawa Egry, por ter me incentivado a fazer o Mestrado e por todo o aprendizado nas orientações de iniciação científica.

À Dr.^a Maíra Rosa Apostólico, por ter me ensinado os primeiros passos da pesquisa em suas orientações durante minha graduação.

À Prof.^a Dr.^a Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, por ter me ensinando tanto sobre a infância e por todas as contribuições no Exame de Qualificação.

À Dr.^a Bacy Fleitlich-Bilyk, por contribuir com seu conhecimento em pesquisa para o delineamento deste estudo.

Às docentes e especialistas do Departamento da Saúde Coletiva, por serem referência nas lutas e conquistas no âmbito da saúde e pelo acolhimento de sempre.

Aos membros do grupo de pesquisa por terem me dado tantos momentos de reflexão, de partilha e aprendizado.

Aos meus pais, Clóvis e Teresinha, por serem meu apoio diário, por sempre acreditarem na minha capacidade, por investirem em meus sonhos e por serem meus maiores exemplos de bondade e coragem.

Aos meus irmãos e cunhadas, Cleiton e Regina, Clébio e Elaine e Célio e Fernanda, por serem meus exemplos de determinação e por todo o suporte que me oferecem sempre.

À toda minha extensa família, que de maneira muito generosa sempre compartilharam de minhas conquistas e alegria.

Aos colegas estudantes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que compartilharam saberes durante as disciplinas realizadas.

Aos docentes, enfermeiras especialistas e alunos da disciplina de Atenção Básica, pelas trocas de experiências e aprendizado durante o Programa de Aperfeiçoamento do Ensino.

Aos meus amigos, que acompanharam minha trajetória, compartilharam de conquistas e anseios e me fortaleceram em cada conversa: Ana Paula, Henrique, Gustavo, Natália, Luana, Eliane, Renata e Pe. Toninho.

À Pastoral da Criança, por me permitir cuidar de tantas famílias e crianças e por oportunizar tantas trocas de carinho e afeto.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por ser em muitos momentos minha segunda casa, um ambiente aonde cresci e desenvolvi muito de minha capacidade.

À todas as famílias que gentilmente participaram deste estudo.

À todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde que fizeram parte deste estudo, que me acolheram com receptividade nas unidades durante o período de coleta de dados.

À CAPES, pelo auxílio financeiro para a realização desta pesquisa.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”
(Leonardo Boff)

Silva CFA. Ambiente domiciliar de crianças entre 12 e 24 meses: potenciais e fragilidades para a promoção do desenvolvimento infantil [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Na primeira infância os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento global dos seres humanos, bem como os principais vínculos, são fornecidos pela família. Por isso, o ambiente domiciliar de cuidados merece atenção já que o mesmo exerce uma influência fundamental tanto para o desenvolvimento como para prejuízo dos potenciais. A presente pesquisa estudou o ambiente domiciliar de crianças entre 12 e 24 meses de idade com o instrumento IT-HOME visando caracterizar a qualidade desse ambiente em um contexto de implementação da tecnologia “Nossas Crianças: janelas de oportunidades”. **Objetivos:** Caracterizar a inserção social e estrutura das famílias que receberam a intervenção do Projeto Janelas; 2. Caracterizar o ambiente domiciliar a partir do instrumento IT-HOME; 3. Discutir os potenciais e fragilidades das famílias no cenário do ambiente domiciliar. **Método:** Tratou-se de uma pesquisa exploratória, quantitativa, por meio de entrevistas domiciliares com observação não participante e amostra randomizada. O cenário de estudo foi uma região do município de São Paulo. A população do estudo foi constituída por famílias que possuíam ao menos uma criança entre 12 e 24 meses de idade em sua composição e eram atendidas por equipes de Estratégia Saúde da Família que participaram da oficina de capacitação dos profissionais do Projeto Janelas. A análise de dados foi feita a partir do teste de Mann-Whitney para identificar a significância e buscar associação com as variáveis socioeconômicas das famílias. **Resultados e Discussão:** Foram entrevistadas 24 famílias, representando um total de 102 indivíduos. Dessas, 54% são do tipo nuclear completa; 33,3% quebrada e 12,5% expandida. Quanto às formas de viver 45,8% das famílias moram em residência própria em terreno próprio. Os potenciais encontrados nas formas de viver e trabalhar são o acesso das famílias aos bens e serviços, a qualidade da estrutura das moradias e a formalidade no emprego. As fragilidades verificadas dizem respeito à instabilidade nas condições habitacionais de algumas famílias, territórios com risco aumentado para acidentes e violências, elevada densidade domiciliar, baixa escolaridade dos chefes das famílias e escolaridade dos cuidadores primários influenciando o cuidado das crianças. Quanto à caracterização do ambiente domiciliar com o uso do Inventário IT-HOME, este estudo apontou maioria das pontuações consideradas de alto nível de estimulação (62,5%) e, nas subescalas, altas porcentagens para “Responsividade do cuidador primário” e “Envolvimento do cuidador primário com a criança”. A subescala que apresentou maior pontuações em nível baixo de estimulação foi a de “Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para as crianças”, uma dimensão que pode ser fortalecida com as famílias no cuidado longitudinal característico da Estratégia Saúde da Família. **Conclusões:** Os resultados desta pesquisa não permitiram estabelecer correlação entre a inserção social e a maior

estabilidade de relações responsivas, dado que o grupo estudado foi pequeno e relativamente homogêneo. O uso do instrumento IT-HOME no presente estudo contribuiu para direcionar o olhar para aspectos da interação entre o cuidador primário e a criança que antes poderiam passar despercebidos ao entrar no domicílio, contribuindo assim para aprimorar a identificação dos potenciais e das fragilidades das famílias e subsidiar o trabalho dos profissionais de saúde quanto à promoção do desenvolvimento da primeira infância.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil. Família. Promoção da Saúde. Saúde da Família. Enfermagem. HOME.

Silva CFA. Home environment of children aged between 12 and 24 months: potential and fragilities for promotion of child development. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015

ABSTRACT

In early childhood, care and stimulus needed for global growing and development of human being, as well as the main links, are provided for family. Therefore, the home environment of care deserves attention once it plays an essential influence on the potentials development or prejudice. This investigation assessed the home environment of children aged between 12 and 24 months through the IT-HOME tool aiming to characterize the quality of these environments in a context of implementation of the technology "Our children: windows of opportunities".

Objectives: to characterize the social insertion and the structure of families who received the intervention of Windows Project; 2. to characterize the home environment based on the IT HOME tool; 3. to discuss the potentials and fragilities of families in the scene of family environment. **Method:** This is an exploratory, quantitative research, conducted through home interviews with non-participant observation and randomized sample. The study place is a region in the city of Sao Paulo. Study population was composed for families who had at least one child aged between 12 and 24 months in their composition and who were attended for Family Heath Strategy teams that participated of the training workshops offered by Windows Project. Data analysis was performed using the Mann-Whitney test to identify the significance and to seek for association with the socioeconomic variables of families.

Results and Discussion: 24 families were interviewed, composing a total of 102 individuals. Of these, 54% are full nuclear family; 33,3% broken family and 12,5% expanded family. Concerning the way of living, 45,8% of families live in their own home and in their own land. The potentials in the way of living and working are the access of families to goods and services, the quality of home structure and the formality at work. The fragilities found concern the instability in home conditions of some families, territories with increased risk for accidents and violence, high home density, low education level of family heads and of primary caregivers, what impact on children care. Regarding the characterization of home environment through the IT-HOME, this study showed that most of scores were considered of high level of stimulation (62,5%) and, in subscales, we found high frequencies for "Responsiveness of primary caregiver" and "Involvement of primary caregiver with child. The subscale that presented the highest scores in low-level of stimulation was "Availability of materials, toys and games suitable for children", which is a dimension that may be strengthened with families during the longitudinal care provided for Family Health Strategy. **Conclusions:** Results of this research did not allow establishing correlation between social insertion and higher stability of responsive relations, once the sample assessed was small and relatively homogeneous. The use of IT-Home tool in this investigation favored to turn the look to aspects of the interaction between primary caregiver and child, what would be pass unnoticed when entering at home, contributing to improve the identification of potentials and fragilities of families, and to subsidize work of health professionals regarding to health promotion of early child development.

Keywords: Child development. Family. Health Promotion. Family Health. Nursing. HOME.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Caracterização da população estudada, segundo variável acesso a bens	50
Gráfico 2 - Caracterização dos riscos a que a população estudada sente-se exposta	51

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Revisão da Literatura sobre o uso do Inventário HOME versão Infant Toddler	24
Tabela 1 – Caracterização da população estudada, segundo variável tipo de família	46
Tabela 2 - Caracterização da população estudada, segundo variável propriedade de residência	47
Quadro 2. Caracterização da população estudada, segundo variável da quantidade de moradores, cômodos, dormitórios e banheiros por domicílio	47
Tabela 3 - Caracterização da população estudada segundo variáveis de ventilação natural, iluminação natural e presença de mofo ou bolor no ambiente	49
Tabela 4 - Caracterização dos responsáveis familiares, segundo sexo, parentesco com a criança, idade e escolaridade	52
Tabela 5 - Caracterização dos indivíduos, segundo realização de atividade remunerada	53
Tabela 6 - Caracterização dos indivíduos que trabalham segundo escolaridade	53
Tabela 7 - Caracterização dos indivíduos que trabalham, segundo tipo de inserção no trabalho	54
Tabela 8 – Caracterização das crianças, segundo variáveis de sexo, faixa etária e raça	56
Tabela 9 - Caracterização das cuidadoras primárias, segundo variáveis de sexo, idade, parentesco com a criança, naturalidade e escolaridade	57
Tabela 10 - Caracterização do ambiente domiciliar com o uso do Inventário IT-HOME	59
Tabela 11- Caracterização do ambiente domiciliar por subescalas do Inventário IT-HOME	60

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 AMBIENTE DOMICILIAR E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	18
1.2 CONTEXTO DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, VISITA DOMICILIÁRIA E PROJETO NOSSAS CRIANÇAS: JANELAS DE OPORTUNIDADES	20
1.3 UTILIZAÇÃO DO IT-HOME PARA AVALIAR O AMBIENTE DOMICILAR	23
2 OBJETIVOS.....	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	28
3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	29
3.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA	30
3.3 FAMÍLIA	32
3.4 VÍNCULO	33
3.5 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	34
3.6 NECESSIDADES ESSENCIAIS NA INFÂNCIA	35
4 MATERIAL E MÉTODO.....	36
4.1 TIPO DE PESQUISA	37
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	37
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	39
4.4 INSTRUMENTOS	40
4.5 COLETA DE DADOS	42
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS	44
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	44
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS DAS FAMÍLIAS	46
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR COM O USO DO INVENTÁRIO IT-HOME	58
5.3 SÍNTESE DOS POTENCIAIS E FRAGILIDADES NO CENÁRIO DO AMBIENTE DOMICILIAR	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES	76
ANEXOS	79

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A infância pode ser compreendida como uma construção social, caracterizando-se como um componente da cultura e da sociedade e não simplesmente como um momento precursor da vida adulta. Portanto, as crianças devem ser consideradas como atores dos processos sociais em sentido pleno e não simplesmente como seres em devir (Sirota, 2001).

Algumas transformações na sociedade moderna têm ocasionado mudanças na concepção de infância. Hoje ela emerge como realidade social, sendo que há maior reconhecimento e entendimento do significado da infância e dos direitos da criança em seus primeiros anos de vida. Esse assunto vem sendo tratado como prioritário em um número crescente de países em todo mundo (UNICEF, 2006).

No Brasil, um marco importante para a valorização da infância e da criança como cidadã, foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que teve como base doutrinária a concepção de proteção integral, elegendo como direitos fundamentais: direito à vida e a saúde; direito a liberdade, respeito e dignidade (Brasil, 2008).

Os cuidados com a primeira infância são de grande importância para o desenvolvimento global do ser humano. O bom desenvolvimento físico, psíquico e social da criança depende em grande parte, dos cuidados como atenção, nutrição, estímulo, acolhimento, compreensão e carinho (Veríssimo, Chiesa, 2009).

Em cada período da infância, a criança manifesta diferentes formas de agir devido às muitas mudanças físicas, emocionais, relacionais, cognitivas e espirituais de cada etapa do desenvolvimento (Ribeiro et al., 2009).

A relevância atribuída atualmente à primeira infância corresponde ao reconhecimento do papel decisivo dos primeiros anos de vida no desenvolvimento integral das potencialidades do ser humano, bem como o equilíbrio emocional, as dimensões intelectuais e cognitivas e a sociabilidade (UNICEF, 2006; Shonkoff, 2009).

Há robustas evidências de que relacionamentos estáveis, responsivos e estimulantes, e oportunidades de experiências de aprendizagem nos primeiros anos de vida trazem benefícios duradouros em termos de desenvolvimento, saúde física e mental do ser humano. As experiências vivenciadas na primeira infância influem na

formação da arquitetura básica do cérebro. (Mustard, 2007; Shonkoff, 2009; Fox, Levitt e Nelson, 2010).

Nesse período crítico, os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento, bem como os principais vínculos, são fornecidos fundamentalmente pela família. Independente do arranjo familiar, a família é um lugar onde acontece os primeiros processos de socialização, elemento fundamental para o desenvolvimento infantil. Exercendo o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, torna-se um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, e da proteção integral da criança (Andrade et al, 2005; Solymos, Maricondi e Soares, 2009). Entretanto, estudos apontam que é neste ambiente doméstico que a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com perigos para o seu desenvolvimento (UNICEF, 2006; Fox, Levitt e Nelson, 2010).

Um bom ambiente familiar e a qualidade dos cuidados oferecidos pelos cuidadores principais das crianças são determinantes chave para o desenvolvimento durante toda a infância (Bradley, Corwyn, McAdoo&Coll , 2001). Em meados do século XX, Winnicott (1999) já apontava a importância de que os pais tem que ser “suficientemente bons” para atender as necessidades das crianças, ocupando um lugar especial como meio ambiente e como provedor ambiental ao crescimento e desenvolvimento saudável.

1.1 AMBIENTE DOMICILIAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Nas últimas décadas, o ambiente domiciliar tem ocupado uma posição central nas avaliações de desenvolvimento infantil. Há evidências robustas que relacionam em que medida a criança é afetada pelo seu ambiente, e como as experiências proporcionadas nesse ambiente durante qualquer período do desenvolvimento, mas principalmente na primeira infância, tem efeitos ao longo da vida. Entende-se, portanto que há um consenso sobre a importância de se compreender a dinâmica entre a criança e o ambiente (Shore, 2000; Bradley, Corwyn, McAdoo&Coll , 2001; Brazelton, Greenspan, 2002).

Shore (2000, p. 47) afirma que: “o impacto do ambiente é dramático e específico, não somente influenciando a direção geral do desenvolvimento, como realmente afetando a forma como o circuito intrincado do cérebro humano é montado”.

Partindo do conceito de ambiente como sendo tudo o que cerca a criança, entende-se que a forma de organização do ambiente físico e social, bem como a interação do cuidador primário com a criança, influenciam no desenvolvimento desta, configurando-se como importante determinante de saúde para o desenvolvimento infantil (Macedo et al., 2010).

A literatura aponta que ambientes favoráveis para um desenvolvimento saudável tem uma função protetora, pois promovem potencial de resiliência diante de adversidades físicas e psicológicas, bem como o fortalecimento da autonomia. Para tanto, os adultos em um ambiente favorável devem apresentar atitude de diálogo, apoio, atenção e sensibilidade para com as crianças. Já os ambientes negativos expõem a criança a situações de vulnerabilidade que comprometem o seu desenvolvimento (Martins et al., 2004; Shonkoff, 2009, Gunnar et al., 2009)

Há diversas situações de vulnerabilidade que estão envolvidas na determinação do desenvolvimento e no comportamento das crianças. Para identificar uma criança vulnerável é necessário que haja inter-relação da condição do meio social no qual ela habita, com sua condição orgânica (Bronfrenbrenner, 2011; Pilz, Schermann, 2007).

A organização de elementos que compõem a vulnerabilidade da criança pode contribuir para a apreensão das situações adversas para o seu desenvolvimento. Visando contribuir conceitualmente para o conhecimento do fenômeno da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, Silva et al. (2013) elaboraram a Matriz Analítica da Vulnerabilidade no Desenvolvimento da Criança, adaptando de Ayres (2009) , a referida Matriz parte do agrupamento das dimensões: **individual** que é composta de aspectos biológicos, comportamentais e afetivos; **social**, composta de aspectos contextuais, socioeconômicos e socialmente relacionados e a **programática** que expressa o modo e o sentido em que as políticas, programas, serviços e ações, interferem sobre a situação da saúde das crianças. O estudo evidenciou que ao utilizar o conceito de vulnerabilidade no cotidiano profissional, o enfermeiro pode analisar criticamente as práticas de saúde a fim de promover uma assistência integral à criança.

Estudar o desenvolvimento infantil remete à necessidade de conhecer o contexto em que a criança esta inserida, visto que o processo saúde e doença expressa as condições de vida e de inserção dos indivíduos no sistema de produção e reprodução das sociedades. Portanto, é necessário compreender se nesse

contexto a criança tem acesso à habitação de qualidade, cultura, esporte, lazer e educação, como também acesso aos serviços de saúde (Bronfrenbrenner, 2011; Pilz, Schermann, 2007).

Estudos apontam que baixas condições econômicas, constituem situações de vulnerabilidade, mas tanto quanto uma boa renda familiar, uma relação positiva entre pais e filhos, construída sobre uma base de amor que proporciona oportunidades para exercitar suas habilidades, pode aumentar a competência social da criança e sua disposição para explorar o mundo. A estabilidade no relacionamento e um bom nível de cuidados com as crianças são fatores de proteção e enriquecimento para o desenvolvimento infantil (Halpern e Figueiras, 2002; Martins et al, 2004) .

Apesar da importância do tema, foram encontrados poucos estudos dedicados à avaliação da qualidade do ambiente familiar com crianças brasileiras. Acredita-se que a existência de poucos instrumentos validados e padronizados capazes de detectar o impacto adverso desses determinantes, possibilita que muitas crianças não sejam detectadas e conseqüentemente, não encaminhadas a programas de intervenção precocemente (Macedo et al., 2010).

A perspectiva adotada no presente estudo é a de superar a proposta de concentrar o foco das ações para a detecção precoce de problemas; considerada extremamente necessária, porém não suficiente; incluindo na intervenção o compromisso de qualificar as práticas familiares de cuidado infantil, visando a potencialização do desenvolvimento pleno da criança.

Este aspecto torna-se relevante quando existe a possibilidade de conhecer melhor a realidade das famílias como é o caso da Estratégia Saúde da Família (ESF).

1.2 CONTEXTO DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, A VISITA DOMICILIÁRIA E O PROJETO JANELAS

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da atenção básica em saúde, buscando superar a perspectiva médico-centrada e curativa do modelo tradicional e avançar na resolutividade dos agravos prevalentes. A proposta do PSF foi apresentada a partir de uma atenção

centrada na família, compreendida e percebida a partir do ambiente físico e social que vive (Chiesa, Veríssimo, Fracoli, 2009). Mais do que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra-familiares, permitindo, ainda uma compreensão ampla do processo saúde-doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social (Franco, Merhy, 1999).

As ações do enfermeiro na ESF se fundamentam, basicamente, em instrumentos instituídos de forma a operacionalizar seu trabalho nas diferentes frentes de atuação: consulta de enfermagem à gestante, idoso, puericultura e saúde do adulto, grupos educativos, e visitas domiciliárias sempre direcionadas para populações com características específicas (Chiesa, Batista, 2004).

A ESF possibilita aos profissionais realizarem ações de promoção, prevenção, não se restringindo somente ao âmbito da Unidade Básica de Saúde (UBS). Entretanto, quando se trata de instrumentalizar a ação do enfermeiro nos processos de trabalho que demandam uma clínica ampliada, um olhar diferenciado, como a que a Visita Domiciliária (VD) favorece, pouco encontramos no que se refere a tecnologias voltadas para a atuação do profissional no domicílio (Ávila, 2009).

Há inúmeras vantagens da VD como modalidade assistencial, especialmente nos casos em que é necessária uma maior aproximação do profissional de saúde com as condições de vida e saúde da família. Isso faz com que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados no interior da UBS. Na unidade de saúde há o contexto em que as desigualdades sociais, que constituem o grande determinante das condições de saúde-doença, muitas vezes são de pouca visibilidade, impossibilitando sua apreensão pelos profissionais responsáveis pela atenção à saúde das famílias (Egry, Fonseca, 2000).

Mesmo com a capilaridade da ESF para conhecer e intervir no ambiente familiar em relação ao desenvolvimento infantil, há poucos estudos abordando tal temática em âmbito nacional.

Sabe-se que as intervenções nos primeiros anos de vida tem potencial de compensar as tendências negativas, proporcionando às crianças menores mais oportunidades e conseqüentemente a possibilidade de transformar trajetórias de vida (Naudeau et al., 2011).

O desenvolvimento ao longo da primeira infância é cumulativo, mas a estudos apontam que algumas intervenções são particularmente importantes em períodos específicos, as janelas de oportunidades, por isso é tão importante priorizar ações para diferentes grupos etários (Naudeau et al., 2011)

O presente trabalho faz parte do projeto “Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias”, uma pesquisa-ação que se propõe a empregar as tecnologias do projeto “Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades” (Projeto Janelas) para instrumentalizar os profissionais das equipes de saúde da família.

O Projeto Janelas estrutura-se de forma diferenciada, a partir de um entendimento de que é necessário superar a abordagem tradicional ao desenvolvimento infantil, centrada principalmente na avaliação das aquisições motoras da criança, para outra que integra ações em diferentes níveis e influencia uma ampla gama de fatores relacionados ao desenvolvimento da criança. Considerando que o âmbito de ação das equipes da ESF, são privilegiadas quanto a intervenções para o cuidado diário e as oportunidades que a criança pode receber rotineiramente de sua família e de outros cuidadores, com vistas ao seu desenvolvimento integral (Chiesa et al., 2009).

Os conteúdos do projeto compreendem as áreas de: amor & segurança, higiene, cuidados de alimentação, brincadeira, prevenção de acidentes, direitos e participação. Estão presentes no caderno Toda Hora é Hora de Cuidar, destinada para as equipes de saúde utilizarem com as famílias com gestantes e crianças até três anos. Este caderno contém a ficha para o acompanhamento dos cuidados familiares, para ser utilizada pelas equipes de saúde da família em consultas de rotina e visita domiciliária. Para que essa tecnologia fosse utilizada, foi desenhado um curso de formação para a os profissionais de saúde no formato de oficinas, juntamente com o manual de apoio “Toda hora é hora de cuidar”, que objetiva instrumentalizar os profissionais para o uso do instrumento.

O caderno da família e o caderno da equipe abordam: a importância da participação da família no desenvolvimento da criança; a rotina como forma de estimulação da criança; as diferentes necessidades da criança em cada fase do seu desenvolvimento; as experiências e oportunidades que a família oferece que facilitam as conquistas da criança. Disponível online: (<http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/producao>).

1.3 UTILIZAÇÃO DO HOME PARA CARACTERIZAR O AMBIENTE DOMICILIAR

O Inventário *Home Observation for the Measurement of the Environment* (HOME) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o ambiente domiciliar. No tocante à saúde da criança, Caldwell e Bradley, propuseram um instrumento com a finalidade sistematizar o estudo do ambiente domiciliar e verificar a influência dinâmica entre fatores genéticos e ambientais no processo de cuidado que a criança recebe dos familiares (Caldwell e Bradley, 2001).

O instrumento tem a capacidade de medir a qualidade e a quantidade de estimulação e suporte disponíveis nos lares, e a relação destes com o desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança (Caldwell e Bradley, 2001). Foram criadas quatro versões desse instrumento, que avaliam o ambiente desde o nascimento até a pré-adolescência: 1. Inventário HOME versão *Infant Toddler* (IT-HOME), avalia crianças desde o nascimento até os três anos; 2. Inventário HOME versão *Early Childhood* (EC-HOME) destinado a faixa etária de crianças entre três a seis anos; 3. Inventário HOME versão *Middle Childhood* (MC-HOME), que avalia crianças com idade entre seis e 10 anos; e o Inventário HOME versão *Early Adolescent* (EA-HOME), destinado a crianças e pré-adolescentes entre 10 e 14 anos. Será utilizado nesta pesquisa o inventário HOME versão *Infant Toddler* (IT-HOME) (Caldwell e Bradley, 2001).

A busca na literatura aponta registros de sua utilização tanto em pesquisas como em intervenções em todos os continentes (Macedo et al, 2010). No Brasil, tem sido usado principalmente em pesquisas que objetivaram identificar fatores de riscos e associá-los com marcos no desenvolvimento infantil (Quadro 1) (Bastos et al., 1999; Graminha e Martins, 1997; Zamberlan, 1997; Martins et al, 2004; Andrade et al, 2005; Aiello, 2006; Wendt, 2006, Santa-Maria Mengel, 2007; Lamy Filho, 2011).

O Inventário IT-HOME já foi utilizado com enfoques na caracterização da qualidade do ambiente familiar relacionado a características do desenvolvimento cognitivo e motor das crianças (Graminha e Martins, 1997; Andrade et al, 2005). Outros estudos estão associados ao objetivo de implantar programas de intervenção a fim de promover o desenvolvimento infantil (Wendt, 2006, Santa-Maria Mengel, 2007).

Alguns estudos utilizaram o IT-HOME para caracterizar o ambiente familiar de crianças em comunidades de características mais específicas, como municípios e bairros (Bastos, 1999; Martins, 2004; Santa Maria-Menguel, 2007; Lamy Filho et al, 2011). Um estudo utilizou IT-HOME com a finalidade de analisar parâmetros psicométricos do instrumento (Macedo, 2010).

Quadro 1. Revisão da Literatura sobre o uso do Inventário HOME versão Infant Toddler.

Revisão da Literatura – Uso do IT-HOME no Brasil	
<i>Finalidades do uso do IT-HOME</i>	<i>Pesquisas</i>
Caracterização da qualidade do ambiente relacionado ao desenvolvimento infantil	-Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. (Graminha e Martins, 1997) -Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. (Andrade et al., 2005)
Construção de programas de intervenção	-Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade. (Wendt, 2006). -Vigilância do desenvolvimento em programa de saúde da família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento da criança [tese]. (Santa-Maria Menguel, 2007)
Caracterizar o ambiente domiciliar de crianças em comunidades, bairros e municípios específicos	-O impacto do ambiente familiar nos primeiros anos de vida: um estudo com adolescentes de uma invasão de Salvador. (Bastos, 1999) -Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas. Martins et al, 2004 -Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís – MA. Lamy Filho et al., 2011)
Analisar parâmetros psicométricos do instrumento	Reflexões sobre os parâmetros psicométricos do Inventário HOME versão InfantToddler. (Macedo et al., 2010)

Fonte: Base de Dados LILACS MEDLINE, Scielo e Psy-INFO (buscas realizadas no período de Outubro/ 2013 a Agosto/2014)

Nos estudos analisados, o Inventário IT-HOME mostrou-se pertinente para avaliar as necessidades individualizadas da criança e de suas famílias. Utilizando os resultados das avaliações, é possível identificar as áreas de dificuldades do ambiente familiar, o que pode orientar a criação de programas de intervenção a partir das necessidades de cada família. Portanto, há evidências que consideram o

Inventário IT-HOME um instrumento pertinente na avaliação do ambiente familiar e das interações entre o cuidador primário e a criança.

Diante da importância da família na construção de um ambiente domiciliar dotado de práticas favoráveis ao desenvolvimento infantil, o presente estudo questiona:

Como se caracteriza o ambiente doméstico de crianças entre 12 a 24 meses de idade em um contexto de implementação da tecnologia “Nossas crianças, janelas de oportunidades”, com o uso do Inventário IT HOME?

Justifica-se sua realização pela necessidade de investir no desenvolvimento de pesquisas voltadas para a apreensão de instrumentos que possam aprimorar o trabalho do profissional de saúde da Atenção Básica no sentido de promover e investir no desenvolvimento da primeira infância.

Toma-se por hipótese da pesquisa que a inserção social estável propicia estabilidade de relações responsivas e de suporte emocional dos cuidadores.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

- Caracterizar a inserção social e estrutura das famílias que estão em um contexto de implementação da tecnologia “Nossas crianças janelas de oportunidades”.
- Caracterizar o ambiente domiciliar a partir do IT-HOME.
- Discutir os potenciais e as fragilidades da família no cenário do ambiente domiciliar.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico utilizado para a discussão e análise dos resultados resgata vários conceitos e vertentes teóricas como: Promoção da Saúde, Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, Teoria do Apego, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, o conceito sobre Família e o referencial das Necessidades Essenciais da Infância.

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde é compreendida como um campo que muda o eixo de poder nas relações, buscando desconstruir a centralidade do poder no técnico, e instrumentalizar o outro para a conquista de sua emancipação no processo do cuidado, através da incorporação dos conceitos de saúde-doença ampliada, integralidade e equidade (Labonte, 1990).

A Carta de Ottawa (1996, p. 19) define promoção da saúde como:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Desde que surgiu como importante alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de problemas que afetam a saúde das populações humanas, a promoção da saúde tem sido implementada em diversos contextos, com distintas concepções e propostas de intervenção mais ou menos abrangentes (Buss, 2002).

O termo promoção da saúde está associado inicialmente a um 'conjunto de valores': vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma 'combinação de estratégias': ações do Estado, da comunidade, de indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais (Buss, 2009).

Um dos campos de ação propostos no contexto da promoção da saúde é a criação de ambientes favoráveis (Buss, 2009).

A 'criação de ambientes favoráveis à saúde' implica o reconhecimento da complexidade das nossas sociedades e das relações de interdependência entre

diversos setores. Refere-se à conquista de ambientes que facilitem e favoreçam à saúde, bem como o trabalho, o lazer, a escola e a própria cidade (Buss, 2009).

Em 1991, foi realizada a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Sundsval na Suécia. Evidenciou-se neste evento a situação de extrema pobreza e privação, em um ambiente de risco, a milhares de pessoas no planeta. Propuseram a ação de diversos segmentos da sociedade a se engajarem no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde. Reconheceu-se, assim, que outros setores, oriundos das comunidades, dos governos, das ONGs e organizações internacionais, têm um papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e de promoção da saúde. Ressaltou que, para promover este ambiente favorável à saúde, é preciso englobar quatro aspectos importantes: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico (Buss, 2009).

O referencial da Promoção da Saúde contribui para a reorientação das práticas assistenciais dos profissionais a fim de proporcionar uma atenção integral e fortalecimento dos potenciais de saúde das famílias. A partir desta perspectiva, é possível observar no cotidiano do trabalho em saúde a falta de recursos e tecnologias para se operacionalizar a promoção de ambientes favoráveis à saúde. Para tanto, torna-se essencial a incorporação de instrumentos e tecnologias leves baseados na construção da autonomia, de modo que possibilite aos profissionais redirecionar o olhar das carências para os potenciais presentes nas famílias acompanhadas pelos serviços de saúde (Chiesa et al, 2009).

3.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O desenvolvimento deste estudo norteou-se também pela Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que é a corrente de pensamento que observa de forma concreta como a sociedade se organiza e como os indivíduos nela se inserem. Segundo esta vertente, busca-se compreender os condicionantes sociais de fortalecimento dos potenciais de saúde, ou de desgaste, que levam ao adoecimento dos indivíduos e grupos.

Segundo Breilh apud Egry (1996, p. 62), o processo saúde/doença é a:

[...] síntese do conjunto de determinações que operam em uma sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, um potencial de desgaste ou potencial de fortalecimento característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde.

As autoras Queiroz e Salum (1996) apresentam os potenciais de desgaste e de fortalecimento como: “inerentes às formas de trabalhar e de viver dos diferentes grupos sociais, estão em constante embate, podendo produzir problemas de saúde que se expressam no corpo biopsíquico”.

Segundo Queiroz e Salum (1996, p 347) são exemplos de potenciais de fortalecimento na vida:

“propriedade de habitação; espaço e infraestrutura de moradia que acomode confortavelmente o núcleo familiar; acesso a serviços públicos de infraestrutura urbana; acesso a lazer e outras formas de bem-estar social e cultural; segurança; participação social e política; entre outros. Não contar com esses recursos significará estar exposto a maiores potenciais de desgaste.”

E são exemplos de potenciais de fortalecimento no trabalho:

“o salário, que permite desfrutar os bens que são culturalmente construídos pelos homens, em maior ou menor condição de exploração; a jornada de trabalho; o tempo e as condições de ida-volta para o trabalho; o tipo de ocupação e as condições de trabalho; a formalidade, com registro em carteira, que garante alguns direitos de proteção social; os benefícios oriundos do trabalho, como seguro-saúde, entre outros. Já os potenciais de desgaste encontram-se na contramão, constituindo a negação de direitos e a exploração mais acentuada no trabalho.”

Portanto, a ocorrência dos fenômenos de saúde e de doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que, por sua vez, define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos (Viana, Soares, Campos, 2013).

Chiesa, Faria e Bertolozzi (2009, p. 9-10) descrevem que, ao olhar para a saúde da criança a partir da perspectiva dessa Teoria, deve-se considerar que:

[...] as condições de saúde de um determinado grupo de crianças se produzem no local onde vivem, no âmbito das famílias, da escola ou das creches e em outros lugares onde se concretiza a vida nessa fase. Em cada um desses lugares, há determinantes que podem ser destrutivos para o funcionamento do organismo, que se referem à totalidade física e psíquica. Nesses locais, também podem haver fatores, processos e situações benéficas para a saúde.

3.3 FAMÍLIA

Segundo Sanicola apud Maricondi e Soares (2010 p.74) a família é:

[...] uma rede de solidariedade, quase sempre eficaz para oferecer os cuidados necessários a seus membros, especialmente àqueles que apresentam uma incapacidade temporária ou permanente para prover suas próprias necessidades de maneira autônoma, como no caso de crianças, idosos, de enfermidades físicas ou psíquicas, ou ainda de desemprego.

Esse conceito possibilita pensar a família em seus múltiplos jeitos de ser e existir. Considerando que as funções essenciais ao desenvolvimento e superação de adversidades dos diversos membros da família não são exercidas exclusivamente por um membro em particular, entende-se que a imagem da família está mais associada como uma rede de relações que pode ser fortalecida (Maricondi e Soares, 2010).

A partir dessa definição de família, usaremos nesse trabalho conceito de Patrimônio que é definindo como:

“Um conjunto de recursos dos quais as pessoas podem dispor para garantirem, a si mesmas e a seus familiares, maior segurança e melhor padrão de vida. Tais recursos compõem-se de trabalho, saúde, educação, moradia, habilidades pessoais e relacionais - relacionamentos familiares, de vizinhança, de amizade, comunitários e institucionais” (PIDMU, 2000 apud Maricondi e Soares, 2010)

A rede social é um dos patrimônios mais importantes da família, pois participam de maneira importante na construção da identidade dos membros da família e é fonte de sustento emocional, ajuda material, serviços e informações (Solymos, Maricondi, Soares, 2009). Em estudo anterior, Chiesa (2005) identificou

que, para as famílias atendidas pela ESF no município de São Paulo, a vinculação como o serviço de saúde representa um potencial de fortalecimento de sua rede de apoio.

3.4 VÍNCULO

A forma pela qual os pais cuidam de seus filhos influencia na forma como as crianças se sentem em relação a si mesmos e como são capazes de ajustar-se à vida. Quando os pais são coerentes em seus padrões de cuidados e prestam atenção aos sinais que as crianças apresentam, eles oferecem um ambiente altamente favorável para a criança sentir os pais (e o mundo) como confiáveis e responsivos às suas necessidades individuais (Klaus, Kennel e Klaus, 2000).

A teoria do apego confere uma dimensão para a compreensão da natureza e origem dos vínculos afetivos. A ligação contínua e íntima apresentada pela criança em relação a mãe ou cuidador principal inicia cedo e tende a durar por grande parte do ciclo vital (Klaus, Kennel e Klaus, 2000).

Bowlby (1984) entendia que qualquer forma de comportamento que implique em alcançar ou manter uma proximidade com o outro indivíduo diferenciado e preferido surge da necessidade de segurança e proteção, e evidencia a importância da ligação emocional para orientar o desenvolvimento afetivo, cognitivo e social da criança.

Na obra de Bowlby, os principais conceitos são os de vínculo afetivo, apego e comportamentos de apego.

Ainsworth apud Bee (1996 p 313) define Vínculo afetivo como “um laço relativamente durável em que o parceiro é importante como um indivíduo único e não pode ser trocado por nenhum outro. Num vínculo afetivo, existe o desejo de manter uma proximidade com o parceiro”

Já o apego é:

“uma subvariedade do vínculo emocional em que o senso de segurança de uma pessoa está estreitamente ligado ao relacionamento. Quando você está apegado, sente (ou espera sentir) um sentimento especial de segurança e conforto na presença do

outro, e pode usar o outro como uma “base segura” a partir do qual explorar o resto do mundo” (Bee, 1996, p 313).

Uma vez que os vínculos afetivos e os apegos são estados internos, não é possível vê-los diretamente. Mas deduz-se sua existência ao observar os comportamentos de apego, que são todos aqueles comportamentos que permitem à uma criança ou adulto conseguir e manter a proximidade em relação a uma pessoa a quem é apegado (Bee, 1996).

Este conceito é fundamental para o cuidado na fase inicial da vida e contribui para superar uma visão de instinto materno.

3.5 TEORIA BIOECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Para Urie Bronfenbrenner (1996, 2011), o desenvolvimento humano é definido como:

“o fenômeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos como indivíduos e grupos. Esse fenômeno se estende ao longo do ciclo de vida humano por meio de sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente.” (Bronfenbrenner, 2011, p. 43)

O autor propõe um modelo em que o desenvolvimento acontece através de processos de interação recíproca e progressivamente mais complexa entre a criança e todos os níveis de influência do meio ambiente. Por exemplo, mediante uma interação progressivamente mais complexa com seus pais, as crianças tornam-se cada vez mais agentes do seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2011).

O desenvolvimento é uma junção de forças que emanam de múltiplos contextos e parte das relações entre estes contextos. O autor diferencia vários níveis de contextos importantes para o desenvolvimento humano, que são interconectados e sofrem influências mútuas (Bronfenbrenner, 2013).

Um dos componentes principais do modelo é o Processo que envolve formas particulares de interação entre o organismo e o ambiente, o que os autores denominam como Processos Proximais, que operam através do tempo e são considerados mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano. No entanto, o poder destes processos de influenciar o desenvolvimento varia em função

das características da pessoa em desenvolvimento, dos contextos e dos períodos de tempo em que os processos proximais acontecem (Bronfenbrenner, 2011).

Especialmente na fase inicial, o desenvolvimento acontece através dos processos proximais; estes são encontrados nas atividades pais-crianças e criança-criança, brincadeiras em grupo ou só, leitura, aprendizagem de novas habilidades, solução de problemas, desempenho de tarefas complexas e aquisição de um novo conhecimento (Bronfenbrenner, Ceci, 1994).

3.6 NECESSIDADES ESSENCIAIS NA INFÂNCIA

Para avaliar a qualidade do ambiente familiar é necessário compreender as necessidades que as crianças apresentam. Brazelton e Greenspan (2002) apresentaram as Necessidades Essenciais na Infância, que são definidas como aquelas que fornecem as ferramentas necessárias para que a criança alcance o seu potencial intelectual, social, emocional e físico.

Destacam-se as seguintes necessidades essenciais para o desenvolvimento infantil: relacionamentos sustentadores contínuos; proteção física, segurança e regras; experiências que respeitam as diferenças individuais da criança; estabelecimento de limites, organização e expectativas; e comunidades amparadoras e de continuidade cultural (Brazelton e Greenspan, 2002).

Para que a criança possa se desenvolver, é preciso que ela receba cuidados que venham ao encontro de suas necessidades essenciais, um cuidado apropriado às peculiaridades da criança em cada etapa do desenvolvimento.

As perspectivas descritas acima são estruturantes do Projeto Janelas e por isso constituíram a base para análise dos resultados.

MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa, centrada na caracterização do ambiente domiciliar de famílias acompanhadas pelo Projeto Janelas. Optou-se pela entrevista domiciliar com observação não participante como técnica de coleta de dados e o IT-HOME como instrumento específico para levantamento do fenômeno.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Características do cenário

O município de São Paulo tem uma área de 1526,68 km², uma população de 11253503 hab. e uma densidade demográfica de 7365,24 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Paulo é de 0,805, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano muito alto (IDHM entre 0,8 e 1). Este índice avalia três setores principais: saúde (taxas de esperança de vida), aquisição de conhecimento (média de anos de estudo da população adulta e número esperado de anos de estudos) e qualidade de vida (Renda per capita) (Prefeitura de São Paulo, 2014).

O Índice de Gini é um instrumento utilizado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar. O índice de Gini do município de São Paulo é de 0,62 em 2010, demonstrando uma marcante desigualdade na distribuição de renda do município (Prefeitura de São Paulo, 2014).

A mortalidade infantil (mortalidade de crianças menores de um ano) em São Paulo é de 13,2 por mil nascidos vivos em 2010. Segundo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, a mortalidade infantil para o Brasil deve estar abaixo de 17,9 óbitos por mil em 2015. Em 2010, as taxas de mortalidade infantil do estado de São Paulo e do país eram 13,9 e 16,7 por mil nascidos vivos, respectivamente (IBGE, 2014).

As Unidades Básicas de Saúde que fizeram parte deste estudo estão em três Distritos Administrativos (DA) do município de São Paulo: três delas fazem parte do DA Raposo Tavares, duas delas fazem parte do DA Rio Pequeno, e uma do DA Jaguaré.

Os DA Raposo Tavares e Rio Pequeno, fazem parte da Subprefeitura do Butantã e o DA Jaguaré da Subprefeitura da Lapa.

A Subprefeitura do Butantã tem uma área de 56,10km² população de 428.217 habitantes, e uma Densidade Demográfica de 7.633 hab/km². O IDH da região é de 0,928 sendo considerado muito elevado e Índice de Gini de 0,58 indicando marcante desigualdade de renda no distrito (IBGE, 2014).

A Sub-prefeitura da Lapa tem uma área de 40,10 km², uma população de 305.526 habitantes e uma densidade demográfica de 7.619 hab/km². O IDH é 0,932, considerado muito elevado e Índice de Gini de 0,50 (IBGE, 2014).

A região do distrito Raposo Tavares tem uma área de 12,6km², conforme o censo de 2010 tem aproximadamente 100.164 habitantes e uma densidade demográfica de 7633 hab/km². O IDH da região é de 0,819 sendo considerado elevado (IBGE, 2014).

A região do Distrito Rio Pequeno tem uma área de 9,70km² uma população de 118.459 habitantes e uma densidade demográfica de 12.212 hab/km². O IDH da região é de 0,855, considerado elevado (IBGE, 2014).

A região do Distrito Jaguaré tem uma área de 6,60km², uma população de 49.863 e uma densidade demográfica de 7.555. O IDH da região é de 0,849, considerado elevado (IBGE, 2014).

A unidade 1 tem uma população de 18.403 habitantes, 7,7% da população esta na faixa etária de 60 anos e mais, 15,4% da população é de zero a 9 anos; São 06 equipes de ESF, com 5.609 famílias cadastradas, totalizando 19.493 pessoas, há 36 agentes comunitários de saúde, 12 auxiliares de enfermagem, 06 enfermeiros e 06 médicos.

A unidade 2 tem uma população de 27.095 habitantes, 8,9% da população tem 60 anos e mais, 15,4% da população é de zero a 9 anos. É uma unidade municipal com modelo de atendimento misto (tradicional e ESF). São 6 equipes de ESF com 5353 famílias cadastradas, no total 18.053 pessoas cadastradas. 36 ACS, 12 auxiliares de enfermagem, 06 enfermeiros e 7 médicos.

A unidade 3 é uma unidade municipal configurada na modalidade mista, implantadas 3 equipes de ESF, para parte da população do território. A unidade é referência para 42.479 habitantes na sua área de abrangência. Trabalham na unidade 3 médicos generalistas, 3 enfermeiras, 8 auxiliares de enfermagem, 24 ACS.

A unidade 4 tem uma população de 15.641 habitantes, 10,8% da população de 60 anos e mais, 13,7% da população de zero a 9 anos. Uma unidade municipal com modelo de atendimento misto (tradicional e ESF). São 5 equipes de ESF com 4084 famílias cadastradas, no total de 14.243 pessoas cadastradas. São 05 médicos, 05 enfermeiros, 10 auxiliares de enfermagem, 28 ACS, 03 médicos residentes e 1 residente de enfermagem.

A unidade 5 tem uma população de 15.009 habitantes, 8,4% da população de 60 anos e mais, 14,5% da população de zero a 9 anos. A UBS é municipalizada, como modelo de atendimento ESF. São 04 equipes de ESF com 3613 famílias cadastradas, no total de 12.432 pessoas cadastradas, são 04 médicos, 06 enfermeiros, 12 auxiliares de enfermagem, 23 ACS.

A unidade 6 tem uma população de 28.573 habitantes, 8,2% da população tem 60 anos e mais, 15,1% da população é de zero a 9 anos. Uma unidade municipal, com modelo de atendimento misto. São 6 equipes de ESF, com 5.710 famílias cadastradas, totalizando 19.121 pessoas. São 34 ACS, 12 auxiliares de enfermagem, 06 enfermeiros e 02 médicos.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do presente estudo foi constituída por famílias que possuíam ao menos uma criança entre 12 a 24 meses em sua composição e que fossem atendidas por equipes de ESF que participaram da oficina de capacitação dos profissionais do Projeto “Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias”

Optou-se pela faixa etária de 12 a 24 meses devido a algumas características relativas a essa etapa: aumento da autonomia da criança; aumento do risco de acidentes; a criança permanece mais tempo acordada e exige maior atenção do cuidador primário.

4.4 INSTRUMENTOS

a) Inquérito Domiciliar

Foi utilizado um instrumento para caracterização da família e dos membros que a compõe. Adaptado do Inquérito Domiciliar que vem sendo utilizado e aprimorado em disciplinas da graduação em enfermagem do departamento de enfermagem em saúde coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), desde meados dos anos 1990 e indicado por Nakamura et al. (2009) (ANEXO 1) para identificar diferentes formas de inserção social. Constam como dimensões da realidade objetiva: as condições das famílias pertencentes aos diferentes grupos sociais, as formas de trabalhar (ou de produzir) e de viver (ou de consumir) com seus potenciais de fortalecimento e desgastes (Egry, Cuba, Nichiata, 2013).

Os elementos considerados para o questionário deste estudo foram os dados demográficos de todos os membros da família, com destaque para o responsável, o cuidador primário e a criança, bem como as formas de trabalhar e as formas de viver.

Os dados demográficos constam de identificação do responsável (idade, sexo, cor/etnia, procedência, local de nascimento e escolaridade); números de membros por domicílio; identificação de todos os membros do domicílio quanto à idade, ao sexo, à cor/etnia, à procedência, ao local de nascimento e à escolaridade.

As formas de trabalhar eram relacionadas ao aporte de rendimento (salário, aposentadoria, locação de imóveis, benefícios, entre outros); e dados do responsável e membros da família quanto à situação de trabalho (afastado, desempregado, realiza atividade remunerada); Tipo de trabalho (empregado, autônomo, trabalho familiar, entre outros); Ocupação; Formalidade do trabalho; números de horas trabalhadas.

Quanto às formas de viver, o questionário apresenta questões relacionadas a caracterização do domicílio (imóvel próprio ou não, tipo de material de construção, número de cômodos, presença de ventilação e iluminação, presença de mofo, acesso a serviços de infraestrutura urbana e a bens de consumo); Preocupações da família: desmoronamento, enchentes, violência, acidente de trânsito, contaminação por lixo, esgoto, córregos, contato com vetores, desenvolvimento de dependência ao álcool e às drogas e envolvimento com problemas decorrentes do tráfico de drogas). E de todos os membros que realizam atividade remunerada o tempo gasto no trajeto

da residência/trabalho/residência, abordando a composição sociodemográfica, o nível socioeconômico e estrutura familiar.

Esse instrumento considera importantes dimensões da realidade objetiva, quais sejam a constituição da família, as formas de trabalhar (ou de produzir) e de viver (ou de consumir) dos diferentes grupos sociais, com seus potenciais de fortalecimento e de desgaste, para compreender a vulnerabilidade dos diferentes grupos sociais ao adoecimento, numa dada realidade (Nakamura et al, 2009)

O instrumento apresentado e analisado neste trabalho aproxima-se da perspectiva da promoção da saúde, na medida em que busca reconhecer vulnerabilidades e necessidades de saúde de diferentes grupos sociais da população, seus potenciais de fortalecimento e de desgaste, a partir das características de sua inserção na reprodução social (Egry, Cubas e Nichiata, 2013).

b) HOME

Como instrumento de coleta dos dados foi utilizado também o IT-HOME (ANEXO 2). Este Inventário compreende uma entrevista com o cuidador primário da criança e a observação direta da interação entre cuidador e criança (Caldwell e Bradley, 2001).

São 45 itens divididos em seis subescalas, a saber:

- Responsividade emocional e verbal do cuidador primário: a comunicação e interações efetivas entre cuidador e a criança;
- Ausência de restrição e punição: como o adulto disciplina a criança;
- Organização do ambiente físico e temporal: como o tempo da criança é organizado fora da casa familiar. Como se parece o espaço pessoal da criança no lar;
- Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para a criança: presença de vários tipos de brinquedos disponíveis para a criança e apropriados para sua idade;
- Envolvimento do cuidador primário com a criança: como o adulto interage fisicamente com a criança;

- Oportunidade de variação da estimulação cotidiana: a forma como a rotina da criança incorpora encontros com pessoas diferentes da mãe.

Macedo et al. (2010) aponta que o instrumento tem demonstrado capacidade adequada para avaliar a qualidade do ambiente em diferentes estratos sociais e para detectar características familiares quando aplicados em populações latino-americanas.

Segundo Aiello (2006), no Brasil existem três versões diferentes de tradução da escala. A autora ressalta a importância de realizar uma tradução adequada por um profissional capacitado e de sistematizar as traduções brasileiras, pois como está hoje configura uma limitação para posteriores comparações e análises no próprio país.

Em cada subescala do inventário HOME há itens de observação, itens de entrevista e itens que podem ser observados ou perguntados à mãe. Desse modo, dos 45 itens, 18 são obtidos por observação, três por observação ou entrevista e 24 por entrevista.

Para cada item, é dado zero ou um ponto, de acordo respectivamente com a ausência ou a presença do comportamento durante a observação. A soma dos itens presentes corresponde ao escore bruto de cada subescala, cuja soma corresponde ao escore total, fornecendo um perfil da família sobre o nível de estimulação ambiental: de zero a 25 itens presentes é considerado inferior à 4ª parte; de 25 a 36 é nível médio e de 37 a 45 o nível é superior à 4ª parte elaborados por Caldwell, Bradley (1984).

4.5 COLETA DOS DADOS

a) Seleção dos participantes

A população foi constituída a partir de amostragem por conveniência. A abordagem inicial do cuidador aconteceu em duas etapas, a pesquisadora responsável pelo projeto ficou durante uma semana em cada unidade de saúde convidando os responsáveis de crianças na faixa etária descrita para participar da pesquisa, foi apresentada a proposta, os objetivos da pesquisa bem como a necessidade de a entrevista acontecer no domicílio. No caso de uma resposta afirmativa ao convite, era agendado para a semana seguinte uma visita da

pesquisadora ao domicílio. O responsável assinava uma autorização (APÊNDICE A) em que constavam, o endereço, o telefone da pessoa que autorizou, a data, o horário da visita, bem como o contato da pesquisadora.

Na segunda etapa da coleta, foi efetuado contato telefônico para a responsável, um dia antes, para confirmar a data da visita e o endereço.

Os questionários foram aplicados pela pesquisadora responsável pela pesquisa, na casa da família em uma hora em que a criança estava acordada e que assim pudesse ser observada em sua rotina normal, naquele período do dia. Todo o procedimento no domicílio durava em torno de 40 minutos.

O período de coleta de dados foi de 12 de maio de 2014 a 23 de agosto de 2014, envolvendo as seis UBS descritos anteriormente.

Na UBS 1, foram abordados 24 responsáveis, houve 15 recusas e 10 repostas positivas. Com as desistências posteriores, apenas quatro famílias foram visitadas. Nessa unidade, as recusas foram justificadas na maioria das vezes devido à participação dos responsáveis em outras pesquisas que já aconteciam na unidade e por falta de interesse em participar de mais uma.

Na UBS 2, foram abordados dez responsáveis, houve sete recusas e três respostas positivas, sendo que foram realizadas três visitas e observadas quatro crianças, por que em um mesmo domicílio havia duas crianças da faixa etária do estudo presentes.

Na UBS 3, foram abordados 22 responsáveis, houve 15 recusas e sete respostas positivas, com as desistências foram realizadas apenas cinco visitas. A semana de captação nessa unidade aconteceu em período de copa do mundo e houve feriado na semana, ao todo foram apenas quatro dias de captação.

Na UBS 4, foram 14 responsáveis abordados, houve sete recusas e 7 respostas positivas, após duas desistências, foi possível realizar visita a cinco famílias.

Na UBS 5, foram abordados no período de uma semana 16 responsáveis por crianças entre 12 e 24 meses, houve cinco recusas e 11 respostas positivas para a visita. Devido à desistências durante a semana, apenas seis famílias foram visitadas e entrevistadas nesta Unidade.

Na UBS 6, foram abordados 13 responsáveis, houve nove recusas e quatro respostas positivas, mas não foi possível realizar nenhuma visita às famílias devido a 4 desistências. Essa unidade de saúde estava em processo de reforma do prédio,

e os atendimentos estavam acontecendo no território. As vacinas foram prejudicadas também devido àquela semana apresentar um frio intenso e chuvas. Na última semana de captação, houve a tentativa da pesquisadora de voltar ao território para fazer novo convite aos responsáveis, no entanto não houve adesão da proposta.

Portanto, foram observadas 24 crianças que são acompanhadas por equipes de ESF de cinco unidades de saúde do cenário de estudo.

Os dados foram tabulados e submetidos à análise estatística.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados relativos à média e ao desvio-padrão do Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente da amostra do estudo foram comparados à amostra de Bradley, Caldwell (1976). De acordo com a classificação do nível de risco quanto à estimulação ambiental em superior à 4ª parte (alto), médio e inferior à 4ª parte (inferior).

A análise foi feita relacionando os resultados do IT-HOME aos dados da composição sócio-demográfica, ao nível socioeconômico e à estrutura familiar.

Primeiramente, foi realizada análise descritiva dos dados baseada no cálculo de frequência, porcentagem, incidência ou mediana, de acordo com a natureza dos dados. Em segundo lugar, utilizou-se o teste de correlação de postos do Spearman para analisar associações entre as variáveis socioeconômicas, as variáveis do ambiente e o resultado do HOME. Em terceiro lugar, foi realizada análise estatística por meio de Mann-Whitney e o Teste de Kruskal-Wallis, com o objetivo de identificar variáveis significativas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Como parte do projeto de pesquisa “Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias”, os preceitos éticos estão resguardados pela apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP com o parecer número 145.626 (ANEXO 3) e Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com o parecer número 151.088 (ANEXO 4).

Ao realizar a entrevista foi entregue às responsáveis pelas crianças o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.RESULTADOS E DISCUSSÃO:

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DAS FAMÍLIAS

A população deste estudo foi constituída de 24 famílias, representando um total de 102 indivíduos. Dessas 13 (54%) são do tipo nuclear completa (casal com filhos); 8 (33,3%) são quebrada (um dos cônjuges com filhos e agregados ou não); e 3 (12,5%) são expandida (nuclear com agregados) (Tabela 1) segundo a classificação utilizada pelo IBGE.

Tabela 1 - Caracterização da população estudada, segundo variável de tipo de família (N=24). São Paulo, 2014.

Tipo de família	N	%
Nuclear Completa	13	54,2
Quebrada	8	33,3
Expandida	3	12,5
Total	24	100

A família é uma instituição que está passando por profundas transformações e a forma como estas se organizam e os princípios e regras que regem suas relações são muito variados (Maricondi e Soares, 2010)

Constata-se que na sociedade ocidental diminuiu o número de famílias nucleares completas (pai, mãe e filhos), aumentou o número de famílias compostas de mães morando sozinhas com seus filhos, aumentou o número de famílias reconstruídas (com filhos de casamentos anteriores morando juntos) e persistem as famílias extensas ou ampliadas (Maricondi e Soares, 2010).

Os dados deste estudo apontam essa variabilidade na estrutura familiar, o que permite pensar a família em seus múltiplos jeitos de ser e existir, considerando que, a partir desta perspectiva, as funções essenciais à sobrevivência e ao desenvolvimento dos membros da família não são exercidas por apenas um membro em particular, mas por uma rede de relações que pode ser fortalecida em seus potenciais (Maricondi e Soares, 2010) Essa perspectiva deve fundamentar o

processo de trabalho da ESF, dado que os arranjos tem uma grande influência no processo de cuidado.

Quanto à propriedade da residência 11(45,8%) famílias moram em residência própria em terreno próprio, sete (29,2%) moram em residência alugada, quatro (16,7%) moram em residência própria em terreno não próprio, e duas (8,3%) em residência cedida.

Tabela 2 -. Caracterização da população estudada, segundo variável da propriedade da residência (N=24). São Paulo, 2014.

Propriedade da residência	N	%
Própria em terreno próprio	11	45,8
Alugada	7	29,2
Própria em terreno não próprio	4	16,7
Cedida	2	8,3
Total	24	100,0

Destaca-se que 25% da amostra do estudo têm como habitação apenas propriedade de residência em terreno não próprio ou residências cedidas, observa-se uma exposição a maiores potenciais de desgaste, pois há uma constante insegurança quanto a possíveis retomadas do terreno e da habitação, significando uma maior instabilidade da família.

A média de moradores por domicílio foi de 4,7; a média de cômodos foi de 4,1. A média de dormitórios por domicílio foi de 2,1 e de banheiros 1,3 (Quadro).

Quadro 2. Caracterização da população estudada, segundo variável da quantidade de moradores, cômodos, dormitórios e banheiros por domicílio (N=24). São Paulo, 2014.

Variável	Min	Máx	Med	DP
Quantidade de moradores por domicílio	2	13	4,7	2,2
Cômodos total	2	7	4,1	1,3

Dormitórios	1	4	2,1	0,7
Banheiro	1	3	1,3	0,5

A densidade domiciliar em São Paulo (3,22 habitantes por domicílio) assemelha-se à média nacional (3,33 hab./dom.) e ao conjunto dos demais Estados (3,36 hab./dom.) (IBGE, - 2014)

Comparado à densidade domiciliar do estado e do país, a quantidade de moradores por domicílio neste estudo é elevada. Um dado muito relevante quando se trata de desenvolvimento infantil, visto que, segundo Mello, Tonete e Silva (2009) moradias precárias e/ou densamente ocupadas têm relação com a ocorrência de enfermidades respiratórias (Chiesa, Westphal e Akerman, 2008; Mello, Tonete e Silva, 2009), bem como risco aumentado para conflitos familiares e risco de problemas emocionais e de comportamento da criança (Halpern e Figueiras, 2004)

Todas as famílias tem acesso à água, luz e esgoto, apenas duas famílias não tem acesso à coleta de lixo na sua rua. Isso é um potencial de fortalecimento muito importante, visto que entre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) a falta de abastecimento de água, de rede de esgoto e de destino de lixo, são elementos que podem influenciar a saúde e o desenvolvimento infantil (Chiesa, Westphal e Akerman, 2008; Mustard, 2009).

Quando questionado ao entrevistado sobre a presença de ventilação natural e iluminação natural adequada 79,2% afirmaram que no ambiente em que viviam a ventilação natural era adequada e 87,5% afirmaram que a iluminação natural era adequada. 87,5% referiram não ter presença de mofo ou bolores no ambiente (Tabela 3).

As condições habitacionais influenciam a incidência e prevalência de doenças específicas, sendo que a habitação é um fator socioeconômico que possui implicações sobre a saúde. Quando um domicílio apresenta iluminação e/ou ventilação inadequada com presença de mofo ou bolores em algum dos cômodos, sabe-se que a criança apresenta um risco aumentado de desenvolver doenças respiratórias, e parte da população estudada referiu essa dificuldade.

Tabela 3. Caracterização da população estudada, segundo variável da ventilação e iluminação natural; presença de mofo ou bolores no ambiente (N=24). São Paulo, 2014.

Variável	N	%
Ventilação natural adequada		
Sim	19	79,2
Não	5	20,8
Iluminação natural adequada		
Sim	21	87,5
Não	3	12,5
Presença de mofo ou bolor		
Sim	3	12,5
Não	21	87,5
Total	24	100

Ao questionar quanto aos bens e serviços a que as famílias têm acesso, a saber: máquina de lavar roupa, carro, computador, acesso à internet, televisão a cabo e telefone fixo, obteve-se o resultado apresentado no gráfico 1.

Gráfico 1. Caracterização da população estudada, segundo variável acesso a bens.

Ao questionar sobre os riscos a que as pessoas sentem-se expostas, na moradia e bairro, obteve-se os resultados descritos no Gráfico 2. Foi questionado aos responsáveis das crianças se eles sentiam-se expostos a algum dos riscos listados pela pesquisadora, a saber: risco de desmoronamento ou enchente, contaminação de lixo ou esgoto, contato com vetores, incêndio da própria casa ou de vizinhos, risco de perder a casa, violência, acidente de trânsito ou atropelamento, desenvolver dependência de drogas ou envolver-se com o tráfico de drogas.

No geral os participantes apontavam a violência como principal risco a que se sentem expostos, seguido de acidentes de trânsito, envolver-se com o tráfico de drogas, e contatos com vetores.

No Brasil a taxa de mortalidade infantil vem diminuindo ao longo das décadas, devido ao maior acesso das crianças aos serviços de saúde, evidencia-se uma redução maior da mortalidade por causas infecciosas e respiratórias, colocando em destaque a importância das causas externas (acidentes e violências), que passam a ser considerados problemas de saúde pública (Harada e Pedroso, 2009).

Importante ressaltar que na faixa etária de 12 a 24 meses, a criança adquire e aprimora a capacidade de movimentar-se e tem muita curiosidade para descobrir o mundo, ao mesmo tempo em que não tem noção de perigo, o que intensifica o risco de acidentes.

Gráfico 2. Caracterização dos riscos a que a população do estudo sente-se exposta.

É essencial que as famílias consigam proporcionar um ambiente seguro para que as crianças possam brincar e se desenvolver. Para tanto é necessário que os profissionais de saúde que visitam as famílias em seus domicílios estejam atentos à organização do ambiente e a forma como a família lida com a supervisão constante das atividades das crianças, para que possam orientar quanto à prevenção de acidentes e como proporcionar oportunidades seguras para a criança brincar e se desenvolver (Silva et al, 2013).

É no domicílio que os acidentes mais acontecem, mas além de um ambiente domiciliar seguro, torna-se necessário que a superação desse problema envolva todos os segmentos da sociedade, visto que os acidentes e violências podem ocorrer em outros ambientes, como escolas, creches, parques infantis, vias públicas. Para tanto é necessário um compromisso de empreender uma mudança cultural sobre os vários aspectos que envolvem essa questão (Harada e Pedroso, 2009).

Envolver-se com o tráfico de drogas e desenvolver dependência de drogas foram riscos apontados por nove e oito cuidadores respectivamente. Sabe-se que a vivência na periferia pode tornar muitas famílias expostas ao poder dos narcotraficantes (Fleury, 2012). Esse tipo de risco é muito grave quando pensamos

nos desgastes do processo de desenvolvimento humano, visto que o medo, a insegurança e a falta de uma rede de proteção para as famílias organizadas pelo poder público expõe todos os membros da família a um constante estresse e maior vulnerabilidade social.

Caracterização dos responsáveis da família

Com relação aos responsáveis da família, 62,5% deles são do sexo masculino, 50% deles são os pais das crianças, predominantemente da faixa etária de 20 a 29 anos. Quanto à escolaridade 33,3% dos responsáveis tem o Ensino Fundamental incompleto (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização responsáveis familiares segundo sexo, parentesco com a criança, idade, escolaridade. São Paulo, 2014.

Variáveis/Responsáveis	N	%
Sexo		
Feminino	9	37,5
Masculino	15	62,5
Relação com a criança		
Mãe	05	20,8
Pai	12	50,0
Avó	04	16,7
Avô	02	8,3
Amigo	01	4,2
Faixa etária		
20-29	08	33,3
30-39	07	29,2
40-49	05	20,8
50-59	02	8,3
> 60	02	8,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	08	33,3
Fundamental completo	02	8,3
Médio incompleto	03	12,5
Médio completo	06	25,0
Superior incompleto	01	4,2
Superior completo	01	4,2
Não sabe	03	12,5
Total	24	100

Inserção dos indivíduos no trabalho

Os indivíduos das 24 famílias somam 102, destes 31 realizam algum tipo de atividade remunerada (Tabela 5). Das 24 famílias, em 21 delas havia pelo menos um membro da família realizando atividade remunerada. Desses, 18 são os responsáveis (chefes) pela família, seis são cônjuges dos responsáveis e sete filhos dos responsáveis. Com relação à criança, dos 31 trabalhadores, 14 são os pais, seis são as mães, três avós, dois avôs, três são tios, um irmão e dois são agregados/amigos que moram no lar.

Tabela 5. Caracterização dos indivíduos, segundo realização de atividade remunerada (N=102). São Paulo, 2014.

Realiza atividade remunerada	N	%
Sim	31	30,4
Não	34	33,3
Menores de 10 anos	37	36,3
Total	102	100

A média de idade dos que trabalham é de 32 anos, 20 são do sexo masculino e 11 do sexo feminino.

Quanto à escolaridade dos que trabalham: sete apresentam o ensino fundamental incompleto, três o ensino fundamental completo; cinco o ensino médio incompleto; oito o ensino médio completo; três o superior incompleto; dois o superior completo; e de dois indivíduos os respondentes não souberam informar (Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização dos indivíduos que trabalham, segundo escolaridade (N=31). São Paulo, 2014.

(continua)

Escolaridade dos que trabalham	N	%
Ensino fundamental incompleto	7	22,6
Ensino fundamental completo	3	9,7

(continuação)		
Escolaridade dos que trabalham	N	%
Ensino Médio incompleto	6	19,4
Ensino Médio completo	8	25,8
Ensino Superior incompleto	3	9,7
Ensino Superior completo	2	6,5
Não souberam informar	2	6,5
Total	31	100
(conclusão)		

Com relação ao tipo de inserção no trabalho, 18 são assalariados com contrato formal, nove trabalham por conta própria, duas são trabalhadoras domésticas, e dois são funcionários públicos (Tabela 7).

Tabela 7. Caracterização dos indivíduos que trabalham, segundo tipo de inserção no trabalho (N=31). São Paulo, 2014.

Tipo de inserção no trabalho	N	%
Assalariados com contrato formal	18	58,1
Conta própria/ autônomo	9	29,0
Trabalhadoras domésticas	2	6,5
Funcionários públicos	2	6,5
Total	31	100

Dos 31 trabalhadores, 20 apresentam carteira de trabalho assinada e 11 não tem devido a seu tipo de inserção no mercado de trabalho (autônomos e funcionários públicos).

Quanto à jornada de trabalho, há no mínimo 10 horas de trabalho semanais e no máximo 72 horas, sendo que a média de horas trabalhadas por semana é de 40, 27hs.

O tempo gasto na ida e volta do trabalho soma em média 74, 21 min por dia, sendo que no mínimo são 10 min e no máximo 240 min.

Das três famílias que não têm membros inseridos no mercado de trabalho, apenas uma delas recebe outro rendimento, proveniente de aluguel.

Das 21 famílias que têm membros inseridos no mercado de trabalho, quatro delas recebe outro rendimento proveniente de aluguel e três participam de algum programa oficial de auxílio como o Bolsa Família.

Os resultados deste estudo permitem analisar que na amostra estudada há potenciais de fortalecimento nas formas de trabalhar, tais como, 64,5% dos que trabalham apresentam formalidade no emprego através da carteira assinada, ou são funcionários públicos, que, devido à vinculação no emprego, têm assegurados alguns direitos de proteção social, benefícios oriundos do trabalho e uma maior estabilidade.

Em contrapartida, 29% dos trabalhadores estão em situação de maior instabilidade nas formas de trabalhar, pois são autônomos, não possuem formalidade com registro em carteira e para tanto não lhe são assegurados alguns direitos de proteção social, um evidente desgaste nas formas de trabalhar.

Outro potencial desgaste é o tempo e as condições de ida-volta para o trabalho de 74 minutos em média, pois, quando se trata de desenvolvimento infantil a quantidade de tempo que os pais vivem no domicílio pode ser importante determinante na quantidade e qualidade de estimulação e na formação de vínculo.

Observa-se que 51,7% dos que trabalham tem escolaridade menor do que o ensino médio completo. Sabe-se que em âmbito nacional muitos jovens interrompem os estudos no ensino fundamental e nem a metade dos jovens brasileiros entre 15 e 17 anos frequentam o ensino médio (Frigotto, 2010). Esse dado é importante no que diz respeito à qualificação para o mercado de trabalho, visto que a escolaridade pode influenciar as oportunidades de empregos e salários e consequentemente a estabilidade social das famílias.

Estudos apontam que a escolaridade dos chefes ou responsáveis pela família influencia de forma substancial o nível de bem-estar de seus filhos. Do ponto de vista socioeducacional, pode determinar as chances de escolarização dos filhos e da própria ambiência cultural da família (UNICEF, 2006).

Caracterização das crianças

A amostra foi constituída por 24 crianças entre 12 e 24 meses. São 14 do sexo feminino e dez do sexo masculino. Quanto a raça das crianças observadas 10 são brancas, 11 pardas e 3 negras. 22 crianças nasceram na capital do Estado de São Paulo, uma no interior e uma no estado de Minas Gerais (Tabela 8).

Tabela 8. Caracterização das crianças, segundo variáveis de sexo, faixa etária e raça (N=24). São Paulo, 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	14	58,3
Masculino	10	41,7
Faixa Etária		
12 a 15m	8	33,3
16 a 19m	9	37,5
20 a 23m	7	29,2
Raça		
Branca	10	41,7
Parda	11	45,8
Negra	3	12,5
Total	24	100

Caracterização das cuidadoras primárias

Ao caracterizar as cuidadoras primárias, observa-se que há cuidadores apenas do sexo feminino, 83,3% delas são as mães das crianças. A faixa etária predominante das cuidadores é de 20 a 24 anos e 41,7 delas tem a escolaridade de Ensino Médio completo (Tabela 9).

Tabela 9. Caracterização das cuidadoras primárias em relação ao sexo, idade, parentesco com a criança, naturalidade e escolaridade.

Variáveis/Cuidadoras	N	%
Sexo		
Feminino	24	100
Relação com a criança		
Mãe	20	83,3
Avó	01	4,2
Tia	01	4,2
Cuidadora não familiar	01	4,2
Faixa etária		
< 20 anos	02	8,3
20-24 anos	12	50,0
25-29 anos	04	16,7
30-35 anos	03	12,5
> 35 anos	03	12,5
Local de Nascimento		
São Paulo Capital	14	58,3
São Paulo Interior	01	4,2
Nordeste	09	37,5
Escolaridade		
Fundamental incompleto	02	8,3
Fundamental completo	03	12,5
Médio incompleto	03	12,5
Médio completo	10	41,7
Superior incompleto	06	25,0
Total	24	100

Culturalmente o papel de cuidadora tem sido designado às mulheres. Apesar da maior inserção da mulher no mercado de trabalho, ela ainda exerce o papel de cuidadora, por vezes em dupla jornada, o que traz à tona as questões de gênero e da divisão sexual do trabalho, cabendo à mulher cuidar da família e aos homens as tarefas do espaço público (Gomes, 2006).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DOMICILIAR PELO INVENTÁRIO HOME

Segundo a avaliação de Cawdel e Bradley dos 24 ambientes observados 15 (62,5%) são considerados Superior à 4ª parte, portanto de alto nível de estimulação, oito (33,3 %) de nível médio de estimulação e um domicílio foi avaliado como Inferior à 4ª parte portanto, de baixo nível de estimulação, colocando a criança em risco. Na tabela 12, é possível conhecer os resultados por escore com a pontuação média, mínima, e máxima de cada subescala, bem como o desvio padrão (Tabela 10).

Com relação a avaliação de cada subescala observa-se que a subescala que obteve maior pontuação de nível alto (superior à 4ª parte foi a de responsividade do cuidador primário com 91,7%. Seguido da subescala de Envolvimento do cuidador com a criança com 87,5%. A subescala que apresentou maior pontuação no nível baixo foi a de Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para as crianças com 16,7%. Ou seja, uma dimensão que pode ser trabalhada com a família no cuidado longitudinal característico da ESF.

Tabela 10. Caracterização do Ambiente Domiciliar com o uso Inventário IT-HOME.(N=24). São Paulo, 2014.

Níveis de risco segundo HOME		N	%		
Superior a 4ª Parte (37 a 45)		15	62,5		
Nível Médio (25 a 36)		8	33,3		
Inferior a 4ª Parte (0 a 25)		1	4,2		
Total		24	100,0		
Subescala	N	Média	DP	Mín do estudo/mín do HOME	Máx do estudo/Máx do HOME
Responsividade emocional e verbal do cuidador	24	10,63	0,924	6 (0-6)	11 (10-11)
Ausência de punição e restrição	24	6,38	0,711	4 (0-4)	7 (7-8)
Organização do ambiente físico e temporal	24	4,83	0,963	2 (0-3)	6 (6)
Disponibilidade de materiais	24	7,17	1,810	3 (0-4)	9 (8-9)
Envolvimento do cuidador	24	5,46	1,179	2 (0-2)	6 (5-6)
Oportunidade de variação na estimulação diária	24	2,96	1,042	1 (0-1)	5 (4-5)
Escore total no HOME	24	37,13	4,628	23 (0-25)	42 (37-45)

Tabela 11. Caracterização do Ambiente Domiciliar pelas Subescalas do Inventário IT- HOME. São Paulo, 2014.

Subescalas do HOME		
Elementos avaliados	F	%
Responsividade emocional e verbal do cuidador primário		
Baixo	0	0
Médio	2	8,3
Alto	22	91,7
Ausência de punição e restrição		
Baixo	1	4,2
Médio	12	50,0
Alto	11	45,8
Organização do ambiente físico e temporal		
Baixo	2	8,3
Médio	17	70,8
Alto	5	20,8
Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para a criança		
Baixo	4	16,7
Médio	7	29,2
Alto	13	54,2
Envolvimento do cuidador primário com a criança		
Baixo	2	8,3
Médio	1	4,2
Alto	21	87,5
Oportunidade de variação na estimulação diária		
Baixo	2	8,3
Médio	16	66,7
Alto	6	25,0
HOME Total		
Baixo	1	4,2
Médio	8	33,3
Alto	15	62,5

Esses dados de elevada estimulação no aspecto de responsividade do cuidador primário vai ao encontro de um eixo das necessidades essenciais da infância, propostas por Brazelton e Greenspan (2002), a necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos, uma interação que deve fornecer um

cuidado sensível, de modo que a criança se sinta querida, desejada ou amada, promovendo um bom desenvolvimento da segurança emocional.

Estudos da neurociência sobre o desenvolvimento cerebral infantil indicam que o cuidado responsivo exerce função biológica protetora, diminuindo efeitos adversos do estresse tóxico e traumas a que as crianças possam ser expostas, sendo, portanto, de grande importância o cuidado com a primeira infância para uma promoção do desenvolvimento humano (Shore, 2000; Shonkoff, 2009).

A responsividade do ambiente social, especialmente focalizado na figura materna, é um elemento crítico para a promoção do desenvolvimento infantil, visto que, o adulto é o responsável pelo estabelecimento das interações da criança com o meio ambiente, devendo conduzir esse processo de maneira ajustada às habilidades da criança. O desenvolvimento humano é uma construção partilhada pela criança e pelo adulto, atribui-se a este último um peso maior nas fases iniciais do desenvolvimento. Entretanto, sabe-se que isso não implica em uma passividade da criança. Pelo contrário, o estabelecimento de um sistema de comunicação que favoreça a formação do vínculo de apego requer, como condição indispensável, que o adulto siga as iniciativas da criança, o que caracteriza essencialmente a situação de responsividade (Lordelo, 2000).

Analogamente, na teoria bioecológica, há uma ênfase na relação de reciprocidade, de tal forma que mãe e filho se interinfluenciam, assim como são influenciados por outras pessoas, não necessariamente presentes no ambiente físico imediato. No caso de uma criança pequena, a necessidade dessa coordenação não só favorece a aquisição de habilidades interativas, como também estimula a evolução do vínculo e da interdependência, um passo importante para o desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996).

O estudo da relação diádica entre cuidador e criança poderá levar à compreensão das mudanças no desenvolvimento da criança, mas também nos adultos que cuidam dela e do ambiente em que está inserida (Bronfenbrenner, 1996).

Tal responsividade pode depender de numerosos determinantes do ambiente, incluindo as ideias e práticas culturais compartilhadas por um grupo

social, como por exemplo, as concepções dos indivíduos sobre a infância, a maternidade, filhos e sistemas de criação, dependentes (Lordelo, 2000).

As subescalas “Ausência de punição e restrição” e “Organização do ambiente físico e temporal” apresentaram maior porcentagem de pontuação no nível médio de estimulação: 50% e 70% respectivamente.

Uma necessidade essencial da infância é a necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas (Brazelton e Greenspan, 2002). Limites estabelecidos de maneira adequada, incentivo e reconhecimento de suas realizações e feitos promovem disciplina e ajudam a criança a estabelecer seus objetivos; por meio de cuidados afetuosos, desenvolvem-se, na criança, confiança, intimidade, empatia e vínculo.

Crianças seguramente apegadas são mais hábeis com os companheiros, mais exploradoras, mais seguras de si mesmas. O carinho também torna as crianças geralmente mais responsivas à orientação, de modo que a afeição e o carinho dos pais aumentam a força daquilo que eles dizem para a criança, e a eficiência de sua disciplina (MacDonald, 1992 apud Bee, 1996)

Há um evidente desgaste na quantidade de estimulação relacionada a subescala “Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para as crianças”.

Brincar é uma necessidade da infância, e trabalho da criança e o meio pelo qual ela se desenvolve em todos os aspectos, físico, emocional, cognitivo e social, de forma natural; a compreensão de que brincar é uma necessidade básica da criança é essencial aos cuidadores (Ribeiro, Borba e Rezende, 2009).

A criança pequena precisa de oportunidades e estímulos para brincar, para aumentar e aprimorar seu repertório de ações em relação a si mesma, as relações e às coisas. Macedo (2013) apresenta a importância da brincadeira na faixa etária dos 18 meses de idade, quando as brincadeiras desta criança são estruturadas pelo jogo de exercício, quando duas condições mobilizam a atividade lúdica: a repetição e o prazer funcional.

Uma proposta para trabalhar com crianças nessa faixa etária, portanto, é o cesto de tesouros que se refere ao acesso de uma criança de seis aos 18 meses a uma cesta contendo objetos, em torno de 15 a 20, do cotidiano caseiro. Colheres, tampas, panelas, chocalhos, escovas, panos, papéis, mangueiras, chaves, copos são alguns dos mais de 100 itens sugeridos para comporem a cesta (Macedo, 2013).

Quando a criança tem acesso a esses objetos elas aprendem, por exploração lúdica, pela repetição mobilizada pelo prazer funcional, muitas coisas ou propriedades dos objetos com os quais interage. Mas, aprendem também ou aperfeiçoam os comportamentos que utilizam para interagir com eles. Aprendem a coordenar suas ações e, mais que isso, a descobrir a dupla função de um mesmo objeto ou ação (Macedo, 2013).

Essa ação é uma forma de dar oportunidades para a criança brincar que não precisa necessariamente de brinquedos caros ou de muitas funcionalidades, pois a exploração da criança a objetos cotidianos pode ser uma fonte importante de aprendizado.

Totsika e Sylva (2004), apontam que os escores e subescalas podem ser usados para orientar programas, sendo pontos de partida para intervenção e promoção do desenvolvimento infantil.

Diante da avaliação do HOME e da necessidade de pensar na perspectiva da promoção do desenvolvimento infantil, O material do Projeto Janelas torna-se uma importante estratégia para a promoção do desenvolvimento da criança, pois essa tecnologia leve tem a finalidade de priorizar condutas relativas ao fortalecimento dos potenciais das famílias.

Deste modo ao detectar uma família com potenciais de fortalecimento nas áreas de responsividade e envolvimento do cuidador primário, o profissional procura elogiar as famílias, de modo que fortaleça essa potencialidade.

Ao perceber que as famílias apresentam nível médio de estimulação nas áreas de Ausência de punição ou organização do ambiente, o profissional pode orientar um cuidado maior na organização de limites, rotinas e ambientes.

Ao perceber a baixa estimulação quanto aos brinquedos e brincadeiras como um potencial desgaste, torna-se essencial o profissional orientar quanto as diversas formas de envolver o lúdico, montar brinquedos e usar dos materiais disponíveis em casa para brincar com a criança.

Nos testes estatísticos de correlação foram feitos cruzamentos de todas as variáveis com cada subescala e com o HOME total. Apenas quando realizado o Teste de Kruskal-Wallis relacionando a variável escolaridade dos membros da família com as pontuações das subescalas do HOME foi possível observar associação significativa da variável escolaridade com a pontuação da subescala “Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para a criança”.

Bem como, a escolaridade do cuidador primário com as subescalas “Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para a criança”; “Oportunidade de variação na estimulação diária” e a pontuação total.

A escolaridade do cuidador primário está associada a um conjunto de valores, crenças e comportamentos que se traduzem em formas específicas de organizar o espaço, os materiais e as experiências cotidianas da criança dentro e fora de casa (Zamberlan e Biasoli-Alves, 1997; Hoff, 2002; Bradley e Corwyn, 2005; Cruz, 2012). Esta associação acontece de forma consistente ao longo do desenvolvimento da criança e permite explicar, pelo menos parcialmente, a associação significativa de maior escolaridade e maiores pontuações nas subescalas do HOME.

Bronfenbrenner e Ceci (1994) defendem que, nas famílias que vivem em maior instabilidade social, os processos proximais não têm os mesmo resultados e nem a mesma riqueza, quando comparados com famílias de maior estabilidade social, pois aqueles pais não dispõem de conhecimento e recursos para proporcionar um ambiente rico e estimulante quanto os que dispõem mais recursos financeiros. Isto é especialmente importante, na medida que se entende que os pais são os maiores responsáveis pelo ambiente imediato da criança, pois eles não apenas podem responder às dicas e iniciativas dela, como também engajá-las em novas atividades envolvendo interação com pessoas, objetos, símbolos ou outros estímulos que podem vir a se tornar foco dos processos proximais, determinando, assim, os tipos de processos proximais no qual a criança se engaja.

Bradley e Corwyn (2002) ressaltam que, apesar das evidências da literatura apontarem a escolaridade dos cuidadores e o status sócio-econômico como um fator importante para o desenvolvimento infantil, é necessário levar em consideração que existe uma enorme variabilidade nas experiências das crianças em cada classe social. Cada família experimenta a privação de recursos de maneira diferente. Além disso, o impacto da estabilidade social sobre o desenvolvimento infantil varia em função da cultura, do país e do bairro onde a criança reside.

5.3 SÍNTESE DOS POTENCIAIS E FRAGILIDADES NO CENÁRIO DO AMBIENTE DOMICILIAR

Utilizando as dimensões individual, social e programática propostas por Silva et al. (2013) na formulação da matriz analítica de vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, apresenta-se a síntese dos potenciais e fragilidades encontrados no cenário do ambiente domiciliar das crianças que participaram deste estudo.

Considerando que a dimensão individual diz respeito às relações sustentadoras contínuas; e proteção física, segurança e regras, foram encontrados potenciais na alta porcentagem da subescala “Responsividade do cuidador principal” e “Envolvimento do cuidador primário com a criança” e maior porcentagem média nas subescalas “Ausência de punição” e “Organização do ambiente”. São potenciais devido à possibilidade de fortalecer e empoderar esses aspectos da família.

Ainda na dimensão individual encontrou-se fragilidade quanto à alta porcentagem no nível baixo da subescala “Disponibilidade de materiais” e a pouca valorização do brincar como essencial para a infância.

A dimensão social está relacionada à inserção social da família e ao acesso aos direitos à proteção e promoção social. Nesse âmbito, foram encontrados potenciais quanto ao acesso das famílias aos bens e serviços, a qualidade da estrutura das moradias, a formalidade no emprego e o acesso aos serviços de saúde. Na contramão, foram encontrados fragilidades, por vezes no mesmo território, instabilidade nas condições habitacionais das famílias, territórios com risco aumentado para acidentes e violência, elevada densidade domiciliar, baixa escolaridade dos chefes da família, grande quantidade de tempo gasto na ida-volta

do trabalho e escolaridade dos cuidadores primários influenciando o cuidado das crianças.

Na dimensão programática, que diz respeito ao cenário político-programático e diretrizes e implementações político-programáticas, encontrou-se como potencial a presença da estratégia saúde da família em todas as unidades, bem como a implementação do Projeto Janelas nas unidades de saúde que participaram deste estudo, de modo que as equipes de saúde da família já utilizam o material com famílias de gestantes de crianças menores de um ano. Em contrapartida, há fragilidade quando ainda há presença de assistência que prioriza apenas os aspectos biológicos do desenvolvimento, quando não existe uma rede de proteção à criança bem estruturada ou ações intersetoriais e interdisciplinares que favoreçam a promoção do desenvolvimento infantil integralmente.

Organizar os elementos potenciais e fragilidades nessas dimensões favorece a apreensão das situações adversas para o desenvolvimento infantil, auxilia na compreensão do cenário e das vulnerabilidades das crianças, e possibilita o planejamento de intervenções direcionadas às necessidades essenciais a crianças e a promoção de um desenvolvimento saudável e integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que os objetivos do trabalho foram: Caracterizar a inserção social e estrutura das famílias que estão em um contexto de implementação da tecnologia “Nossas crianças janelas de oportunidades”; Caracterizar o ambiente domiciliar a partir do IT HOME; e Discutir os potenciais e as fragilidades da família no cenário do ambiente domiciliar, entende-se que os objetivos foram alcançados.

Os resultados permitiram identificar que as famílias apresentam uma variabilidade na estrutura familiar, predominando a estrutura nuclear completa. A inserção social caracterizou-se pelas formas de viver e trabalhar, de modo que foi possível identificar potenciais e desgastes em cada dimensão.

A maioria das famílias vive em residências com maior estabilidade, apresentam boas condições de moradia, mas com alta densidade domiciliar. Os cuidadores relataram riscos a que as famílias sentem-se expostas, revelando bairros com risco para acidentes e violências.

As formas de trabalhar da maioria dos trabalhadores das famílias entrevistadas foram identificadas como estáveis devido ao tipo de inserção no trabalho predominantemente assalariado com contrato formal e carteira assinada. Em contrapartida, o tempo gasto na ida e volta do trabalho produz desgastes na qualidade de vida destas famílias.

A caracterização das famílias com o uso do IT-HOME evidenciou potenciais forças quanto à estimulação das crianças no ambiente domiciliar, sendo possível identificar pontuações de alto nível de estimulação. Destaca-se a elevada estimulação quanto às subescalas “Responsividade emocional e verbal do cuidadoras primárias”, e o “Envolvimento das cuidadoras com a criança, subescalas que estão relacionadas com as necessidades essenciais da criança de relacionamentos que proporcionem segurança emocional.

Os resultados desta pesquisa identificam que o grupo estudado apresenta uma inserção social estável o que pode contribuir para propiciar uma maior estabilidade de relações responsivas.

O IT-HOME foi um instrumento importante para identificar potenciais e fragilidades quanto à quantidade e qualidade de estimulação que as crianças recebem no ambiente domiciliar, crianças essas que estão em um contexto de implementação de uma tecnologia leve que visa qualificar práticas familiares do cuidado infantil.

Os profissionais que trabalham na Atenção Básica têm a oportunidade de visitar famílias que têm crianças na faixa etária estudada. Torna-se essencial para a prática profissional um olhar sensível às necessidades das crianças de receber cuidados promotores de seu desenvolvimento no ambiente em que elas passam uma quantidade de tempo elevada.

Ao utilizar instrumento IT-HOME para caracterizar o ambiente domiciliar de crianças entre 12 e 24 meses, o presente estudo mostrou-se pertinente ao direcionar o olhar para aspectos da interação entre o cuidador primário e a criança que antes poderiam passar despercebidos ao entrar no domicílio, contribuindo assim para aprimorar a identificação dos potenciais e das fragilidades das famílias e subsidiar o trabalho dos profissionais de saúde quanto à promoção do desenvolvimento da primeira infância.

Uma limitação deste estudo encontra-se na amostra reduzida, portanto, sugere-se que futuros estudos possam trabalhar com amostras maiores.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Aiello ALR. Instrumentos para avaliação do ambiente familiar visando à inclusão.[Internet] [citado 2013mar. 01]. Disponível em: http://www.sbpnet.org.br/livro/57ra/programas/CONF_SIMP/textos/analuciaaiello.htm.
- Andrade AS, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico M, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev. saúde pública. 2005; 39(4):606-11.
- Ávila LK. A promoção da saúde na organização das ações de enfermagem em saúde da criança no município de São Paulo [tese].São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc. 2009;18(2): 11-23.
- Bee H. O desenvolvimento dos relacionamentos sociais. In: Bee H. A criança em desenvolvimento. Trad. Varonese MAV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Bowlby J. Apego. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- Bradley R. Environment and Parenting. In: Bornstein M. Handbook of Parenting. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 2002.
- Bradley RH, Corwyn RF, McAdoo HP, CollCG. The Home environments of children in the United States Part I: Variations by age, ethnicity, and poverty status. Child. dev. 2001; 72 (6): 1844-1867.
- Bradley RH, Corwyn RF, McAdoo HP, Cool CG. The Home Environments of Children in the United States Part II: Relations with Behavioral Development through Age Thirteen." Child dev. 2001; 72(6): 1868-86.
- Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA [internet] [citado 2014 ago. 21] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
- Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças: o que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture reconceptualized: A bioecological model. Psychological Review. 1994; 101: 568-586.
- Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- Bronfenbrenner U. Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Bastos ACS, Uripia ACM, Pinho L, Almeida Filhos NM. O impacto do ambiente familiar nos primeiros anos de vida: um estudo com adolescentes de uma invasão de Salvador, Bahia. *Estud. psicol.* 1999; 4(2): 239-71.

Buss PM. Promoção da saúde da família. Programa Saúde da família. 2002.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. 2009

Caldwell B, Bradley RH. HOME Inventory Administration Manual. Little Rock: University of Arkansas at Little Rock; 2001.

Chiesa AM, Batista KBC. Desafios da implantação do Programa Saúde da Família em uma grande cidade: reflexões acerca experiência de São Paulo. *Mundo saúde.* 2004; 28(1): 42-8.

Chiesa AM, Faria LS, Bertolozzi MR. A determinação social do processo saúde-doença e a vigilância à saúde. In: Fujimori EF, Ohara CVS (organizadoras). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.* São Paulo: Manole, 2009. p. 1-23.

Chiesa AM, Fracolli LA, Veríssimo MDLOR, Zoboli ELCP, Ávila LK, Oliveira AAP. A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43 (ESP2): 1352-7.

Chiesa AM, Veríssimo MDLOR, Fracolli LA. O projeto nossas crianças: Janelas de Oportunidades: possibilidades e limites para atenção à saúde da criança. Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELCP. *Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças Janelas de oportunidades.* São Paulo: NACE-AENSC; 2009. p. 13-28.

Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M. Doenças respiratórias agudas um estudo das desigualdades em saúde. *Cad. saúde pública.* 2008; 24(1): 55-69.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Egry EY, Fonseca RMGSF. A família, a visita domiciliária e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2000; 34(3) 233-9.

Egry EY, Cubas MR, Nichiata LYI. Instrumentos de leitura de necessidades de saúde: geoprocessamento, inquérito populacional e CIPESC. In: Soares CB, Campos CMS (orgs). *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.* Barueri: Manole, 2013. p. 369-387.

Fleury S. Militarização do social como estratégias de integração – o caso da UPP de Santa Marta. *Sociologias (Porto Alegre).* 2012; 14(30): 1994-222.

Fox SE, Levitt P, Nelson CA. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child dev.* 2010; 81(1):28-40.

Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. [Internet] [citado 2013mar. 01]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns;1999>.

Frigotto G. Educação e a qualificação de Jovens e Adultos pouco Escolarizados: promessa integradora num tempo histórico de produção destrutiva. *Perspectiva (UFSC)*. 2014; 31: 389-405.

Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Situação da Infância Brasileira 2006. Índice de Desenvolvimento infantil. Brasil; 2006. [Internet]. [citado 2014 ago. 12]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/IDI_2004.pdf.

Gomes VGO. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em pré-escolas. *Texto contexto - enferm* 2006; 15(1):35-42.

Graminha SSV, Martis MAO. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. *Medicina (Ribeirão Preto)*.1997; 30: 259-267.

Gunnar MR, Herrera A, Hostinar CE. Stress and early brain development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, editores. *Encyclopedia on Early Childhood Development (Online)*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009, 1-8.

Hadara MJCS, Pedroso GC. Prevenção de Acidentes na Infância. In: Fujimori EF, Ohara CVS (organizadoras). *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. São Paulo: Manole, 2009. p. 1-23.

Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J. pediatr. (Online)*. 2004; 80(2): S104-10.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional 2010. [Internet]. Brasília, 2014. [citado 2014 jun 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm1>, acesso em 15 jun 2014.

Klaus MH, Kennel JH, Klaus PH. Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Labonte R. *Health Promotion and Empowerment: practice frameworks*. Toronto: Centre for Health Promotion; 1990.

Lamy Filho F, Medeiros SM, Lamy ZC, Moreira MEL. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís –MA. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(10):4181-87.

Lordelo ER, Fonseca A L, Araujo ML. Responsividade do ambiente de desenvolvimento: crenças e práticas como sistema cultural de criação de filhos. *Psicol. Reflex. Crit. [online]*. 2000; 13(1): 73-80.

Macedo LG, Schult NCW, Queiroz AH, Crepaldi MA, Cruz RM. Reflexões sobre os parâmetros psicométricos do Inventário HOME versão Infant Toddler. *Aval Psic.* 2010; 9(2): 233-41.

Maricondi MA, Soares MLPV. Família e rede social. In: Secretaria de Direitos Humanos. *Coleção Abrigos em Movimento. Redes de proteção social*. Brasília, 2010. p. 71-83 [citado 2013 nov 7]. Disponível em: <http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>.

Mello DF, Barros DM, Pinto IC, Furtado MCC. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. *Acta paul. enferm.* 2009; 22(6): 748-54.

Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

Mustard JF. Investindo no desenvolvimento infantil: preenchendo a lacuna entre o que sabemos e o que fazemos. In: Cypel S, Kisil M, Lisbona PW, organizadores. Desenvolvimento Infantil da concepção aos três anos de idade: contribuição do I workshop da FMCSV. São Paulo; 2007, p. 12-21.

Mustard JF. Early Human Development – Equity from the start – Latin America. Revista latino-americana de ciências sociais, niñez y juventude, Manizales – Col. 2009; 7(2): 639-80.

Naudeau S, Kataoka N, Valerio A, Neuman MJ, Elder LK. Programas Domiciliares de DPI para a mudança de comportamento em saúde, nutrição e na família. In: Como investir na primeira infância: um guia para discussões de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância. Washington: The World Bank, 2010. p 105-126.

Nakamura E, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Chiesa AM, Takahashi RF. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. Rev. Lationam. Enferm. (Online). 2009; 17(2): 253-8.

Pilz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças em Canoas/RS. Ciênc. saúde coletiva. 2007;12(1):181-90.

Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Empreendedorismo. Atlas Municipal. [internet] [citado 2014 out. 12] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/trabalho/informacoes/atlas_municipal/

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em Saúde Coletiva. In: Livro-Resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996. São Paulo: ABen-Seção-SP; 1996. p. 347.

Ribeiro CA, Borba RIHB, Rezende MA. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: Fujimori EF, Ohara CVS (organizadoras). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole, 2009. p. 287-327.

Ribeiro MO, Sigaud CHS, Rezende MA, Veríssimo MDLO. Desenvolvimento infantil: a criança nas diferentes etapas de sua vida. In: Fujimori EF, Ohara CVS (organizadoras). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole, 2009. p. 61-89.

Santa-Maria Menguel MR. Vigilância do desenvolvimento em programa de saúde da família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento da criança [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo Preto, 2007.

Sarti CA. A família como ordem simbólica. Psicol. USP. (Online). 2004; 15(3):11-28.

Silva DI, Chiesa AM, Veríssimo MDLOR, Mazza VA. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. Rev. Esc. Enferm. USP. 2013; 47(6): 1397-402.

Sirota R. Emergência de uma sociologia da infância: evolução do objeto e do olhar. Cad. Pesqui.(online). 2001; 112: 7-31.

Solymos GMB, Maricondi MA, Soares MLPV. A criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: Chiesa AM, Fracolli LA, Zobolli ELCP. Promoção da saúde da criança: a experiência do projeto Nossas Crianças Janelas de oportunidades. São Paulo: NACE-AENSC; 2009. p. 43-73.

Shonkoff JP. Investment in Early Childhood Development Lays the Foundation for a Prosperous and Sustainable Society . In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, editores. Encyclopedia on Early Childhood Development [on line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2009.

Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro. Trad. Iara Regina Brasil. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.

Totsika V, Sylva K. The HOME Observation for Measurement of de Environment Revisited. Child adolesc. ment. health. 2004; 9(1): 25-35.

Veríssimo MDLOR, Chiesa AM. A promoção do desenvolvimento infantil: instrument para o acompanhamento dos cuidados familiares. In: Fujimori EF, Ohara CVS (organizadoras). Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. São Paulo: Manole, 2009. p. 328-353

Viana N, Soares CB, Campos CMS. Reprodução social e processo saúde-doença: para compreender o objeto da Saúde Coletiva. In: Soares CB, Campos CMS (orgs). Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. Barueri: Manole, 2013. p. 107-142.

Wendt NC. Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

Winnicott WD. A construção da confiança: conversando com os pais. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAR A VISITA DOMICILIAR

Autorização

Eu, _____, afirmo que a pesquisadora Cecília Felipe Abreu me informou sobre a finalidade da pesquisa “**Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias**” e sobre a necessidade de fazer uma visita domiciliar para realizar uma entrevista com o(a) cuidador(a) de crianças entre 12 a 24 meses.

Autorizo a realização da visita domiciliar no dia: _____ às _____.

Telefone: _____

Endereço: _____

Assinatura do responsável

Assinatura da pesquisadora

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pesquisa: Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias

Data e horário da visita domiciliar para a realização da pesquisa:

Pesquisadora Responsável: Cecília Felipe Abreu

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Prezado (a) senhor (a)

Meu nome é Cecília Felipe Abreu da Silva, sou pesquisadora responsável pela pesquisa: “Avaliação do ambiente domiciliar de crianças entre 12 e 24 meses: potenciais e fragilidades para a promoção do desenvolvimento infantil”, o qual integra o projeto “Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias.”, coordenada pela Profª Dra. Anna Maria Chiesa. Essa pesquisa tem o objetivo de caracterizar o ambiente doméstico de crianças entre 12 a 24 meses de idade. Gostaria de contar com a sua participação respondendo a perguntas sobre sua família, sua residência, as práticas de cuidado que vocês adotam para com seu filho(a), e aspectos relacionados ao dia-a-dia da criança. Sua participação é de grande importância para a produção do conhecimento nessa temática e para o aprimoramento dos profissionais de saúde. As informações serão utilizadas somente no interior da pesquisa e a identidade dos participantes será mantida sob sigilo. A participação nessa pesquisa é voluntária e o(a) Sr.(Sra.) poderá desistir de participar em qualquer momento, sem qualquer prejuízo no atendimento. Qualquer esclarecimento sobre o estudo poderá ser dado sempre que necessário através do telefone 3061-7652.

Eu, _____, responsável pela criança _____, tendo recebido os esclarecimentos acima, e ciente dos meus direitos, concordo em participar como informante na coleta de dados para esta pesquisa.

Declaro estar ciente: a) sobre o objetivo da pesquisa, b) a forma de participação e utilização das informações, c) quanto à liberdade de recusar ou interromper sem prejuízo de qualquer espécie d) de que eu posso contar com orientações que se fizerem necessárias.

São Paulo, ____ de _____ de 2014

Assinatura do Responsável

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 1 - INQUÉRITO DOMICILIAR

Microárea: _____ Família: _____

Unidade de Saúde:

- () 1. Jaguaré
 () 2. Jd. São Jorge
 () 3. Jd. Boa Vista
 () 4. Vila Dalva
 () 5. Paulo VI
 () 6. Jd. d'Abril

Tipo de família:

- () 1. Nuclear: casal sem filhos
 () 2. Nuclear completa: o casal com filhos
 () 3. Expandida: nuclear com agregados
 () 4. Quebrada: um dos cônjuges com filhos e agregados ou não
 () 5. Outros: por exemplo, agregado de amigos ou vive só.

Vamos começar esta entrevista fazendo algumas perguntas para conhecer todas as pessoas que moram nesta casa.

Identif	Primeiro nome	Relação com o responsável	Idade (pode ser aproximada, caso o respondente não saiba com precisão)	Sexo	Raça / Cor (é a que o entrevistado referir, mesmo que o entrevistador não concorde)	Local de Nascimento	Escolaridade (última série que cursou até o final)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
		1 Responsável 2 Cônjuge 3 Filho 4 Parente 5 Agregado		1 M 2 F	1 Branco 2 Pardo 3 Preto 4 Amarelo 5 Indígena	1 RMSP 2 SP int 3 Sudeste 4 Sul 5 Nordeste 6 Norte 7 Centro-oeste 8 Outro país 99 Não sabe	1 Analfabeto 2 Fund. inc. 3 Fund. 4 Médio inc. 5 Médio 6 Sup. inc. 7 Superior 8 < de 14 anos estudando 9 < 14 anos fora da escola

Quantas pessoas moram neste domicílio? (----- pessoas)

Formas de trabalhar						
Ident	Quem são as pessoas que realizam atividade remunerada nesta casa? (investigar se há moradores menores de 15 com alguma atividade remunerada (vende em faróis, lava pára-brisa de carro, pede esmola, ajuda familiar em atividade remunerada, faz bicos, entre outros)	Qual é a ocupação dos que trabalham? (atividade remunerada que realizam: professor de ensino fundamental em escola pública/ escola particular; médico; faxineira diarista/mensalista; empregada doméstica mensalista; jardineiro; engenheiro; enfermeira; vendedor; entre outros)	Nesse trabalho é:	Carteira de trabalho assinada?	Quantas horas trabalha habitualmente por semana? (pode ser uma média, especialmente para os que não tem horário fixo, como por exemplo vendedoras da Avon ou Natura)	Quantos minutos gasta por dia no percurso de ida e volta do trabalho? (pode ser uma média) Multiplique pelo nº de dias trabalhados na semana
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
	1 Sim 2 Não 3 menor de 10 anos e não tem atividade remunerada		1 Trabalhador doméstico 2 Empregado 3 Empregador 4 Conta própria 5 Aprendiz ou estagiário sem remuneração 6 Não remunerado em ajuda a membro do domicílio 7 Trabalhador na produção para o próprio consumo 8 Funcionário público ou militar	1 Sim 2 Não 3 Não se aplica	1 Sim 2 Não	

A família tem algum outro rendimento proveniente de:

1 Aposentadoria 2 Aluguel 3 Pensão alimentícia, mesada, doação recebida de não morador

4 Programas oficiais de auxílio (renda mínima/bolsa-escola, seguro-desemprego, etc)

5 Outros -----

Formas de viver

Adequada: se todos os cômodos são considerados ventilados, iluminados e secos pelo informante. *Inadequada:*

Propriedade da residência	Acesso aos serviços básicos	Opinião quanto à:		
1 Própria em terreno próprio 2 Própria em terreno não próprio 3 Invadida / Ocupada 4 Alugada 5 Cedida 6 Outro 9 Não sabe	1. Água 2. Luz 3. Esgoto 4. Coleta de lixo na rua da casa	Ventilação natural () Entrevistado () Entrevistador	Iluminação natural () Entrevistado () Entrevistador	Presença de mofo e bolores () Entrevistado () Entrevistador
		1 Adequada 2 Inadequada 9 Não observou		0 Não existe 1 Existe: ocasional 2 Existe: constante 9 Não observou

Nesta casa tem
1 máquina de lavar roupa
2 computador
3 internet
4 TV a cabo
5 telefone fixo
6 carro

se um ou mais
cômodos
não o
são.

Material da habitação	Cômodos	
1 Alvenaria c/ acabamento 2 Alvenaria s/ acabamento 3 Madeira 4 Material aproveitado	Total: ----- Servindo de dormitório: --- -----	Banheiro: ----- 1. de uso exclusivo da família 2. compartilhado por várias famílias

Riscos a que as pessoas da casa sentem-se expostas, por morar neste lugar	
1 Desmoronamento/Enchente	
2 Contaminação (lixo, esgoto, córregos)	
3 Contato com vetores (ratos e insetos)	
4 Incêndio da própria residência ou de vizinhos	
5 Perder a casa	
6 Violência	
7 Acidente de trânsito/atropelamento	
8 Desenvolver dependência de drogas (incluindo álcool e cigarro)	
10 Envolver-se com o tráfico de drogas	
11 Outros riscos que vc observou, mas não foram relatados	
Quais?	
12 Nenhum	
9 Não Sabe	

ANEXO 2 - INVENTÁRIO HOME PARA OBSERVAÇÃO E MEDIDA DO AMBIENTE (0 A 3 ANOS)

Folha de Registro

Nome da criança:

Data da Visita:.....

Data de Nascimento:.....

Entrevistador:.....

Relação da pessoa entrevistada com a criança:.....

Local da entrevista:

Pessoas presentes no local no momento da entrevista:

.....

Comentários:.....

.....

.....

I – RESPONSABILIDADE EMOCIONAL E VERBAL DA MÃE	SIM	NÃO
1. O cuidador primário vocaliza espontaneamente em relação à criança pelo menos duas vezes durante a visita (exclui-se chamar a atenção ou passar pito).		
2 O cuidador primário responde às vocalizações da criança com uma resposta vocal ou verbal.		
3 O cuidador primário diz à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome de uma pessoa ou objeto num estilo “didático”.		
4. A fala do cuidador primário é distinta, clara e audível para o entrevistador-observador.		
5 O cuidador primário inicia intercâmbio verbal com o observador – faz perguntas e comentários espontâneos.		
6. O cuidador primário expressa idéias livres e facilmente, e usa frases de tamanho adequado para conversar (por exemplo, apresenta mais do que meras e breves respostas).		
7. O cuidador primário permite à criança ocasionalmente envolver-se em jogos e brincadeiras que provocam bagunça.		
8. O cuidador primário espontaneamente elogia as qualidades ou comportamentos da criança pelo menos duas vezes durante a visita.		
9. Quando falando sobre ou para a criança a voz do cuidador primário transmite um sentimento positivo.		

10. O cuidador primário acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita.		
11. O cuidador primário mostra alguma resposta emocional positiva frente a elogios feitos a criança pelo observador.		
SUB-ESCORE		
II – AUSÊNCIA DE RESTRIÇÃO E PUNIÇÃO	SIM	NÃO
12. O cuidador primário não grita com a criança durante a visita.		
13. O cuidador primário não expressa irritação, aborrecimento ou hostilidade aberta em relação à criança.		
14. O cuidador primário não esbofeteia nem espanca a criança durante a visita.		
15. O cuidador primário relata apenas uma ocorrência de punição física que tenha ocorrido durante a semana passada.		
16. O cuidador primário não critica, passa “pito” ou “arrasa” verbalmente com a criança durante a visita.		
17. O cuidador primário não interfere com as ações da criança ou restringe seus movimentos mais do que 3 vezes durante a visita.		
18. Pelo menos 10 livros estão presentes e visíveis no lar.		
19. A família tem um animal de estimação.		
SUB-ESCORE		
III – ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E TEMPORAL	SIM	NÃO
20. Quando o cuidador primário se ausentava, o cuidado à criança é fornecido por pelo menos uma de três substitutas regulares.		
21. Alguém leva a criança à quitanda, supermercado, etc., pelo menos uma vez por semana.		
22. A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana.		
23. A criança é levada regularmente ao médico ou clínica para verificação de saúde ou cuidados preventivos.		
24. A criança tem um lugar especial no qual pode guardar seus brinquedos e pequenos “tesouros”.		
25. O ambiente de brinquedos, de jogos da criança parece seguro e livre de		

acidentes.		
SUB-SCORE		
IV – DISPONIBILIDADE DE MATERIAIS DE BRINQUEDOS E JOGOS APROPRIADOS	SIM	NÃO
26. A criança tem brinquedos ou outros objetos que envolvam atividade muscular.		
27. A criança tem brinquedos de empurrar ou puxar.		
28. A criança tem uma patinete, um andador, um triciclo, qualquer carrinho que a criança impulsiona com os pés.		
29. O cuidador primário fornece brinquedos ou sugere atividades interessantes para a criança durante a visita.		
30. O cuidador primário fornece objetos apropriados para a aprendizagem de acordo com a idade da criança: brinquedos de pelúcia ou jogos de faz de conta.		
31. O cuidador primário fornece material de aprendizagem apropriado à idade da criança: móveis, mesas e cadeiras, cadeirões, chiqueirinho.		
32. O cuidador primário fornece brinquedos que favorecem a coordenação viso-motora simples – por exemplo: peças para serem introduzidas ou retirada de orifícios, caixas, contas para enfiar, etc.		
33. O cuidador primário fornece brinquedos que favorecem a coordenação viso-motora complexa e que permitam combinações: jogos de empilhar ou encaixar blocos, etc.		
34. O cuidador primário fornece brinquedos que estimulem a leitura e a música.		
SUB-SCORE		
V – ENVOLVIMENTO MATERNO COM A CRIANÇA	SIM	NÃO
35. O cuidador primário tende a conservar a criança dentro do seu campo visual e tende a olha-la freqüentemente.		
36. O cuidador primário fala à criança enquanto realiza seu trabalho de casa.		
37. O cuidador primário conscientemente encoraja o desenvolvimento da criança.		
38. O cuidador primário investe em brinquedos mais complexos através de		

sua atenção.		
39. O cuidador primário estrutura os períodos de brinquedo da criança.		
40. O cuidador primário fornece brinquedos que desafiam a criança a desenvolver novas habilidades.		
SUB-ESCORE		
VI – OPORTUNIDADE DE VARIAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DIÁRIA	SIM	NÃO
41. O pai fornece algum cuidado à criança a cada dia.		
42. O cuidador primário lê histórias para a criança pelo menos 3 vezes por semana.		
43. A criança come pelo menos uma refeição por dia com a mãe e o pai.		
44. A família visita ou recebe visitas de parentes.		
45. A criança possui três ou mais livros.		
SUB-ESCORE		

Subescala	Escore	Menor que a 4ª parte	Médio	Superior à 4ª parte
I. Responsividade		0 - 6	7 - 9	10 – 11
II. Aceitação		0 - 4	5 - 6	7 – 8
III. Organização		0 - 3	4 - 5	6
IV. Materiais		0 - 4	5 - 7	8 – 9
V. Envolvimento		0 - 2	3 - 4	5 – 6
VI. Variedade		0 - 1	2 - 3	4 – 5
Escore Total		0 - 25	26 - 36	37 – 45

Para um rápido perfil de uma família, coloque um X na coluna que corresponde ao escore bruto em cada subescala e o escore total.

ANEXO 3 - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias

Pesquisador: Anna Maria Chiesa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06465712.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 145.626

Data da Relatoria: 13/11/2012

Apresentação do Projeto:

A partir da experiência com o "Projeto Nossas Crianças, Janelas de Oportunidades" - projeto interventivo para a inovação tecnológica no campo da educação e da promoção em saúde, mediante atuação das equipes da ESF - pretende-se "apoiar as ESF para ações voltadas ao desenvolvimento infantil". Para tanto, serão utilizadas: "a Ficha

de Acompanhamento dos Cuidados Familiares para a promoção da saúde infantil", "a cartilha e o manual de apoio para as equipes de saúde" e a formação dos profissionais de saúde para utilização dos materiais mencionados, considerados tecnologias inovadoras "para dar suporte às ações das equipes de saúde na promoção do desenvolvimento integral da criança, fortalecendo as competências familiares neste processo". De acordo com a autora, o potencial do Projeto Janelas para o fortalecimento das ações na atenção básica dá-se porque ele se estrutura de forma diferenciada, entendendo a necessidade de superar a abordagem tradicional ao desenvolvimento infantil, centrada principalmente na avaliação das aquisições motoras da criança, para outra que integra ações em diferentes níveis e influencia uma ampla gama de fatores relacionados ao desenvolvimento da criança. Os conteúdos do projeto abarcam as áreas de cuidados de alimentação, higiene, prevenção de acidentes, amor e segurança, brincadeira, direitos e participação. No que se refere a metodologia, "propõe-se a realização de uma pesquisa-ação, que visa simultaneamente conhecer e intervir na realidade pesquisada. Etapas previstas: Realização de Seminário de pactuação das etapas do projeto com a coordenação do Projeto Região Oeste para definição do cronograma de realização das atividades e construção dos instrumentos de

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - EEUSP

caracterização das práticas; Realização de oficinas de formação dos profissionais para apropriação das tecnologias do projeto; Definição do grupo de supervisão, monitoramento e avaliação do processo, contemplando representação da academia e dos serviços; Realização de Seminário para elaboração dos instrumentos de avaliação da implementação (caracterização dos serviços, grupo focal de profissionais, entrevistas com os pais/famílias); Reaplicação dos instrumentos de avaliação no momento após seis meses de implementação das tecnologias; Seminário Final para síntese das experiências".

Objetivo da Pesquisa:

Constam dos objetivos da pesquisa: " Empregar as tecnologias do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades (<http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/producao>) para instrumentalizar os profissionais das equipes de saúde da família e NASF; Reconhecer a apropriação dos profissionais em questão em relação a tais tecnologias; Discutir, na perspectiva dos profissionais, as possibilidades e limites da incorporação dessas tecnologias no cotidiano da atenção à saúde; Discutir, na perspectiva dos familiares, as possibilidades e limites do uso de tais tecnologias".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos. Com relação aos benefícios, haverá a capacitação dos profissionais de saúde para o uso de uma tecnologia de promoção da saúde para o desenvolvimento infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está descrita rigorosamente, tem fundamento teórico-conceitual e metodologicamente é coerente com o que propõe.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão de acordo com as orientações da Resolução 196/96.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7548

Fax: (11)3061-7548

E-mail: edipesq@usp.br

ANEXO 4 – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMS-SP

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Promoção de melhorias na atenção primária à saúde com foco no desenvolvimento infantil: fortalecendo os profissionais e as famílias

Pesquisador: Anna Maria Chiesa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06465712.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 151.088

Data da Relatoria: 06/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa-ação, que visa simultaneamente intervir e avaliar a realidade pesquisada, a partir de métodos participativos.

Empregando as tecnologias do projeto Nossas Crianças: Janelas de Oportunidades para instrumentalizar os profissionais das equipes de saúde da família e NASF, buscará reconhecer a apropriação dos profissionais que participaram em relação a tais tecnologias. Buscará também discutir, na perspectiva dos profissionais, as possibilidades e limites da incorporação dessas tecnologias no cotidiano da atenção à saúde, além de discutir, na perspectiva dos familiares, as possibilidades e limites do uso de tais tecnologias.

Hipótese: instrumentalização dos profissionais de saúde; aumento das competências profissionais em desenvolvimento infantil; promoção da saúde de famílias com crianças até 3 anos; desenvolvimento das crianças até 3 anos.

Número de amostras: 3.300

Critério de Inclusão: profissionais capacitados com o material do projeto Nossas crianças: janelas de oportunidades e famílias gestantes e/ou com crianças até 6 anos de idade (Região Butantan-Jaguará, São Paulo, SP)

Metodologia de Análise de Dados:

Serão feitas análises qualitativas dos discursos dos profissionais e dos familiares. Serão

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

realizadas planilhas com dados quantitativos e realizadas análises estatísticas com os dados.

Objetivo da Pesquisa:

Empregar as tecnologias do projeto Janelas para instrumentalizar os profissionais das equipes de saúde da família e NASF para ações de promoção do desenvolvimento infantil; Avaliar a apropriação dessas tecnologias pelos profissionais; Discutir as possibilidades e limites da incorporação dessas tecnologias no cotidiano da atenção à saúde, na perspectiva dos profissionais; Discutir as possibilidades e limites do uso de tais tecnologias, na perspectiva dos familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: aparentemente, riscos irrelevantes

Benefícios: instrumentalização dos profissionais para utilizarem a tecnologia de promoção de saúde de maneira que contribua para o desenvolvimento infantil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto previamente aprovado pelo CEP da Escola de Enfermagem da USP

O projeto apresenta descrição clara, obedecendo o rigor formal de uma pesquisa relevante, bem fundamentada e com padrões metodológicos compatíveis com a proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto apresentada foi considerada adequada. Foram informadas adequadamente as instituições proponentes e coparticipantes.

Foi apresentada autorização do gestor de SMS para realização do estudo.

Foram adequadamente apresentados cronograma, planilha de custos e fonte financiadora.

O currículo dos pesquisadores estão de acordo com o estudo proposto.

Apresentou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dentro dos padrões da Portaria 196/96 - CMS/MS

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências ou inadequações.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e). Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada ao CEP e outra à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 22 de Novembro de 2012

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com