UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LETICIA APARECIDA DA SILVA

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARES NO
AMBIENTE DE CUIDADO DE MÃES ADOLESCENTES E SEUS BEBÊS
– UMA ANÁLISE COMPARATIVA

SÃO PAULO
2020

LETICIA APARECIDA DA SILVA

O IMPACTO DE UM PROGRAMA DE VISITAS DOMICILIARES NO
AMBIENTE DE CUIDADO DE MÃES ADOLESCENTES E SEUS
BEBÊS – UMA ANÁLISE COMPARATIVA

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 Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida
Fracolli

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
2020

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, Leticia Aparecida

O impacto de um programa de visitas domiciliares no ambiente de cuidado de mães adolescentes e seus bebês – uma análise comparativa / Leticia Aparecida Silva. São Paulo, 2020.

159 p.

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

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva.

1. Saúde Ambiental. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Saúde da Família. 4. Cuidados de Enfermagem. 5. HOME. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.

Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Leticia Aparecida da Silva

Título: O impacto de um programa de visitas domiciliares no ambiente de cuidado de mães adolescentes e seus bebês – uma análise comparativa

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

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracolli

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP

Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Aos meus pais Marlene e Vicente, que abriram mão das suas
próprias expectativas sobre mim para me dar condições de
desenvolver pensamento crítico e senso de responsabilidade, numa
luta diária contra imposições sociais.*

*Às mães adolescentes que participaram deste estudo, por abrirem
suas casas e suas vidas, pela confiança depositada no meu trabalho,
pelo afeto recebido e por terem ampliado meu olhar de modo que
posso me considerar uma pessoa diferente após esta jornada.*

AGRADECIMENTOS

À **minha orientadora** e Professora Doutora Lislaine Aparecida Fracolli pela generosidade em transmitir seus conhecimentos e experiência de forma leve e amiga, por ampliar meu olhar para a prática profissional na atenção primária me oferecendo oportunidades de vivências que estavam além da minha formação. Obrigada por acreditar no meu potencial, entender minhas limitações, ser sempre disponível e parceira, estar ao meu lado e aflorar o melhor de mim de forma afetiva.

À Professora Doutora Anna Maria Chiesa pela compreensão, liberdade e confiança dedicadas para que eu pudesse desenvolver meu trabalho como enfermeira visitadora, como supervisora de equipe e como aluna; por sempre me mostrar o lado bom das coisas e me acalmar durante as tempestades.

À colega Reginalice pelo incentivo, carinho e risadas do cotidiano, mas também por ser alguém que entende meus medos e angústias, muitas vezes exagerados, que apenas outra ariana pode entender.

À equipe de supervisão do Programa Primeiros Laços, pelo conhecimento compartilhado, por serem mais que um grupo de profissionais e muitas vezes embarcarem comigo em “missões humanas”.

A toda equipe do Programa Primeiros Laços por se dedicarem ao desenvolvimento de um projeto que transforma vidas.

À minha mãe Marlene, por todo o suporte e incentivo nos momentos mais difíceis, por estar sempre ao meu lado e ser um exemplo admirável de mulher forte. Esta conquista é fruto da sua luta.

Ao meu pai, Vicente, por fazer a melhor propaganda de mim que eu poderia desejar, por ser tão afetivo e presente.

À Lourdes, a mãe que a vida me deu. Obrigada por me acolher e me cuidar como filha.

À Verena, irmã que escolhi, mola do meu poço, por cuidar de mim e ser uma grande fonte de carinho e apoio emocional.

À Ana, amiga que me confiou seu bem mais precioso, Tom, que toda semana abria um portal de alegria no meu mundo.

À amiga Angela, enfermeira, companheira de todas as horas e exemplo de profissional.

À Cecília, pelo companheirismo na jornada como enfermeira visitadora.

Às enfermeiras visitadoras do Programa Primeiros Laços, pela confiança, dedicação e parceria no objetivo de mudar realidades através a prática cotidiana.

Aos amigos, que acompanharam minha trajetória, aceitaram e compreenderam minha ausência, quando antes eu estava disponível para momentos de lazer.

Às irmãs Telarinas, por todo amor e magia que trouxeram para minha vida.

Às companheiras de orientação, Kesley, Lucíola e Flávia, pelo exemplo, pelo auxílio durante todo esse processo, por contribuírem para o desenvolvimento deste estudo.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Modelos Técnico-Assistenciais e a Promoção da Saúde pelo acolhimento e incentivo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelas oportunidades de crescimento acadêmico e profissional.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e aos seus colaboradores por me oferecerem as condições possíveis para a construção e desenvolvimento deste estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

“Todas as histórias que vivi fazem-me quem sou hoje, mas insistir somente nas negativas é superficializar minha experiência e negligenciar as muitas outras que formaram-me.

A história única cria estereótipos, e o problemas com os estereótipos não é que eles sejam mentira, mas que eles sejam incompletos. Eles fazem uma história tornar-se a única história. A consequência de uma única história é essa: ela rouba das pessoas sua dignidade, dificultando o reconhecimento de nossa humanidade compartilhada, enfatizando como nós somos diferentes, ao invés de como somos semelhantes (...)

Quando rejeitamos a única história, e percebemos que nunca há uma única história sobre lugar nenhum, nós reconquistamos um tipo de paraíso.”

Chimamanda Ngozi Adichie

Silva LA. O impacto de um programa de visitas domiciliares no ambiente de cuidado de mães adolescentes e seus bebês – uma análise comparativa [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: Existem fortes evidências que associam ambiente e desenvolvimento infantil (DI) na primeira infância e justificam a relevância de estudos sobre as características do ambiente com o objetivo de compreendê-lo e, assim, intervir sobre o DI. Ambientes físico e socialmente empobrecidos, bem como a ausência de estimulação e brincadeiras, limitam a oportunidade da criança de interagir com o meio em que vive. Crianças de classes econômicas mais baixas crescem e se desenvolvem frequentemente em ambientes de privação de espaço e estímulo. Modificar esses cenários e torná-los ambientes capazes de promover o DI é um desafio. Por essa razão, o Programa Jovens Mães Cuidadoras (PJMC) é uma proposta de assistência que tem como foco a promoção de práticas parentais positivas voltadas para mães adolescentes e que vivem em situação de vulnerabilidade social. **Objetivo:** Avaliar os resultados do PJMC no âmbito do ambiente domiciliar de cuidado à criança, utilizando o Inventário IT-HOME. **Método:** Estudo de natureza exploratória, descritiva, centrada no ambiente domiciliar de 80 mães adolescentes e seus bebês acompanhados pelo PJMC, randomizadas 40 para o grupo intervenção (GI) e 40 para o grupo controle (GC). Os dados foram coletados através de avaliações periódicas (3, 6, 12 e 24 meses de vida da criança) utilizando o Inventário IT-HOME como instrumento, armazenados na plataforma REDCap e trabalhados com os softwares RStudio, versão 1.2.1335; R, versão 3.60; GUI 1.70 El Capitan Build e Excel, versão 16.16.3. Sendo assim, foram realizadas análises descritiva e comparativa dos dados com cálculo de escore geral e das sub escalas do inventário IT-HOME, para os grupos Intervenção e Controle. Os dados sociodemográficos escolaridade da mãe, assim como presença de parceiro, foram avaliados para verificar sua influência na comparação de resultados do inventário IT-HOME entre GC e GI. **Resultados:** Apesar da diferença entre os grupos não ser estatisticamente significativa na maioria das análises, este estudo mostrou resultados positivos da intervenção do PJMC. Desse modo, os dados sugerem que o PJMC precisa sofrer adequações na abordagem do período de 13 a 24 meses para que seja mais efetiva na manutenção da qualidade do ambiente. Outro dado importante, a presença de companheiro materno pode ter relação estatisticamente

significativa com o desempenho do grupo intervenção no Inventário IT-HOME: para *Escore Total* e sub escore *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos apropriados* aos 6 meses; *Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador* aos 12 meses; e, *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana* aos 24 meses de vida do bebê. Enquanto isso, escolaridade materna pode ter relação, estatisticamente significativa, com o desempenho do grupo intervenção no Inventário IT-HOME para *Escore Total*, sub escores *Responsividade Emocional e Verbal do cuidador* e *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos apropriados* aos 6 meses de vida do bebê. O número de visitas recebidas teve fraca associação com a qualidade do ambiente, assim como a rotatividade de enfermeira visitadora não mostrou impacto sobre o mesmo. **Conclusão:** Os resultados mostram um discreto impacto das ações desenvolvidas pelo PJMC na qualidade do ambiente das famílias assistidas. Contudo, talvez sejam necessárias algumas adaptações culturais para que o Inventário IT-HOME possa apreender com fidelidade a realidade das periferias brasileiras e ser mais sensível a proposta do PJMC. Além disso, quando se trabalha com condições de vulnerabilidade severa torna-se muito desafiador medir impactos a curto prazo, pois a instabilidade da situação financeira e social muitas vezes faz com que a construção de um ambiente domiciliar favorável ao desenvolvimento infantil seja lenta e sua manutenção delicada.

Palavras-chave: Saúde Ambiental. Desenvolvimento Infantil. HOME. Saúde da Família. Cuidados de Enfermagem.

Silva LA. The impact of a home visiting program on the care environment of adolescent mothers and their babies - a comparative analysis [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: There are strong evidences associating home environment and child development (CD) in early childhood and justifying the relevance of studies about the characteristics of the environment in order to understand it and, thus, intervene on CD. Physically and socially impoverished environments, as well as the absence of stimulation and plays, limit the child's opportunity to interact with the environment in which they live. Children of lower economic classes often grow and develop in environments with a lack of space and stimulation. Change these scenarios and make them capable of promoting CD is challenging. For this reason, the Young Mothers Caregivers Program (YMCP) is a proposal for assistance focusing on the promotion of positive parenting practices to teenage mothers who live in a situation of social vulnerability. **Objective:** To evaluate the results of the YMCP within the home environment of child care, using the IT-HOME Inventory. **Method:** An exploratory and descriptive study centered on the home environment of 80 teenage mothers and their Children monitored by the YMCP, from which 40 of them are selected for the intervention group (IG) and the other 40 for the control group (CG). The data were collected through periodic evaluations (3, 6, 12 and 24 months of the child's life) using the IT-HOME Inventory as an instrument, stored on the REDCap platform and analysed with RStudio software, version 1.2.1335; R, version 3.60: GUI 1.70 El Capitan Build and Excel, version 16.16.3. Descriptive and comparative data analysis were performed calculating the general score and the subscales of the IT-HOME inventory, for the Intervention and Control groups. The mother's sociodemographic data, like education and partner's presence, were evaluated to verify their influence on the comparison of the results of the IT-HOME inventory between CG and IG. **Results:** Although the difference between the groups is not statistically significant in most cases, this study has shown positive results of YMCP intervention. Nevertheless, the analysis suggest that the YMCP needs improvements in its approach regarding children from 13 to 24 months in order to be more effective in maintaining the quality of the environment. Another important fact, the presence of a partner may have a statistically significant relationship with the performance of the intervention group in the IT-HOME

Inventory: for Total Score and sub-score Availability of Materials for Toys and Games appropriate at 6 months; Caregiver's Emotional and Verbal Responsiveness at 12 months; and, Opportunity for Variation in Daily Stimulation at 24 months. Meanwhile, mother's education level may have a statistically significant relationship with the performance of the intervention group in the IT-HOME Inventory for the Total Score, sub-score Emotional and Verbal Responsibility of the caregiver and Availability of Toys and Games Materials appropriate to 6 months babies. The number of the program visits had a weak link with the quality of the environment, as well as the turnover of the visiting nurses which has not shown any impact on it. **Conclusion:** The results show a small impact of the actions developed by the PJMC on the quality of the assisted families' environment. However, some cultural adaptations may be necessary so that the IT-HOME Inventory can reliably assimilate the reality of the Brazilian peripheries and be more sensitive to the YMCP's proposal. In addition, when working with conditions of severe vulnerability, it becomes very challenging to measure the impacts in the short term, as the instability of the financial and social situation often slow down the construction of a home environment favorable to child development and difficult its maintenance.

Keywords: Environment Health. Child Development. HOME. Family Health. Nursing Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Diagrama esquemático e ilustrativo dos níveis do ambiente a partir da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner. São Paulo, 2020..... 30
- Figura 2** – Fluxograma de visitas domiciliares do Programa Jovens Mães Cuidadoras. São Paulo, 2020 45
- Figura 3 (1)** – Diagrama de fluxo CONSORT da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”. São Paulo, 2020 48
- Figura 3 (2)** – Diagrama de fluxo CONSORT da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”. São Paulo, 2020 49
- Figura 3 (3)** – Diagrama de fluxo CONSORT da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”. São Paulo, 2020 50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Análise visual dos Escores IT-HOME Total dos grupos Controle e Intervenção ao longo do tempo. São Paulo 2020.....	62
Gráfico 2	Análise visual do Subescore Responsividade Emocional e Verbal do cuidador (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	63
Gráfico 3	Análise visual do Subescore Ausência de Restrição e Punição (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	64
Gráfico 4	Análise visual do Subescore Organização do Ambiente Físico e Temporal (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	65
Gráfico 5	Análise visual do Subescores Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	66
Gráfico 6	Análise visual do Subescore Envolvimento do Cuidador com a Criança (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	67
Gráfico 7	Análise visual do Subescore Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020.....	68
Gráfico 8	Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 1 GI. São Paulo, 2020	69
Gráfico 9	Subescores ao longo do tempo para Caso 1 GI. São Paulo, 2020 ...	70
Gráfico 10	Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 2 GC. São Paulo, 2020	71
Gráfico 11	Escores ao longo do tempo para Caso 2 GC. São Paulo, 2020.....	72

Gráfico 12	Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 3 GI. São Paulo, 2020	73
Gráfico 13	Subescores ao longo do tempo para Caso 3 GI. São Paulo, 2020 ...	74
Gráfico 14	Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 4 GC. São Paulo, 2020	75
Gráfico 15	Subescores ao longo do tempo para Caso 4 GC. São Paulo, 2020..	76
Gráfico 16	(parte 1) – Relação entre a presença de companheiro materno e escore IT-HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	80
Gráfico 16	(parte 2) – Relação entre a presença de companheiro materno e escore IT-HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	81
Gráfico 17	(parte 1) – Relação entre a escolaridade materna e escore IT- HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020.....	88
Gráfico 17	(parte 2) – Relação entre a escolaridade materna e escore IT- HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	89
Gráfico 18	Correlação entre o número de visitas e o escore IT-HOME Total. São Paulo, 2020	95
Gráfico 19	Relação entre troca ou não de enfermeiras visitadoras e o escore IT-HOME Geral. São Paulo, 2020	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil socioeconômico das gestantes do PJMC no momento do Baseline. São Paulo, 2020.....	127
Tabela 2	Variações do Escore IT-HOME Total entre avaliações para Grupos Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). São Paulo, 2020	59
Tabela 3	Número de mães participantes com maiores e menores Escores IT-HOME Total para Grupos Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). São Paulo, 2020.....	59
Tabela 4	Resultados das Subescalas e IT-HOME Total para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020.....	60
Tabela 5	Distribuição dos Escores IT-HOME Total para Grupos Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). São Paulo, 2020	128
Tabela 6	Distribuição do Subescore Responsividade Emocional e Verbal do cuidador (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	129
Tabela 7	Distribuição do Subescore Ausência de Restrição e Punição (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020.....	130
Tabela 8	Distribuição do Subescore Organização do Ambiente Físico e Temporal (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	131
Tabela 9	Distribuição do Subescore Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	132
Tabela 10	Distribuição do Subescore Envolvimento do Cuidador com a Criança (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	133

Tabela 11	Distribuição do Subescore <i>Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana</i> (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020.....	134
Tabela 12	Relação entre a presença de companheiro materno e escore IT-HOME Total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020	82
Tabela 13	Relação entre a escolaridade materna e escore IT-HOME Total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020.....	89
Tabela 14	Relação entre rotatividade de enfermeiras visitadoras e o escore IT-HOME Geral. São Paulo, 2020	135

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estratégia de busca utilizada em cada base de dados consultada para levantamento de estudos do tipo RCT. São Paulo, 2020	36
Quadro 2	Resultados das buscas de estudos RCT em bases de dados. São Paulo, 2020	37

LISTA DE SIGLAS

DI	Desenvolvimento Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
PIM	Programa Infância Melhor
VD	Visita Domiciliar
PBF	Programa Bolsa Família
BPC	Benefício de Prestação Continuada
PJMC	Programa Jovens Mães Cuidadoras
RCT	Ensaio Clínico Randomizado
HOME	Inventário de Observação Doméstica para Mensuração do Ambiente
UBS	Unidade Básica de Saúde
LIT	Levantamento de informações territoriais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRDI	Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil
EJA	Ensino de Jovens e Adultos
CRAS	Centro de referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	22
1.2 AS PROPOSTAS ASSISTENCIAIS PARA AJUDAR PAIS E CUIDADORES A CONSTRUÍREM AMBIENTES FAVORÁVEIS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	31
1.3 AVALIAÇÃO DE IMPACTO NO AMBIENTE EM INTERVENÇÕES COM FOCO NO DI	34
2 HIPÓTESE	38
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL	41
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
4 MÉTODO	42
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	43
4.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA “O EFEITO DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO PILOTO”	43
4.3 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA “O EFEITO DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO PILOTO”	50
4.4 ACESSO AOS DADOS DA PESQUISA “O EFEITO DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO PILOTO”	51
4.5 CARACTERÍSTICAS DOS DADOS SELECIONADOS E UTILIZADOS NESTA PESQUISA	51
4.5.1 Inventário de Observação Doméstica para Mensuração do Ambiente - HOME	51
4.5.2 Questionário de dados sociodemográficos	53
4.6 TRATAMENTO DOS DADOS NESTA PESQUISA	54
5 RESULTADOS	55
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	56
5.2 INVENTÁRIO IT-HOME	58
5.2.1 Resultados das subescalas IT-HOME	63
5.2.2 Casos com “melhores e piores” escores IT-HOME e as contribuições das subescalas	68

5.3	RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MÃE: PRESENÇA DE COMPANHEIRO E ESCOLARIDADE MATERNA, COM O ESCORE IT-HOME TOTAL E SUBESCALAS	77
5.3.1	Presença de companheiro	77
5.3.2	Escolaridade Materna	86
5.4	RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE VISITAS E O DESEMPENHO NO INVENTÁRIO IT-HOME	94
5.5	RELAÇÃO ENTRE A ROTATIVIDADE DE ENFERMEIRA E O DESEMPENHO NO INVENTÁRIO IT-HOME	95
6	DISCUSSÃO	97
7	CONCLUSÃO	110
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
	APÊNDICES	126
	ANEXOS	136

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 A IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O desenvolvimento humano é um processo que envolve equilíbrios e modificações nas características biopsicológicas dos indivíduos durante o curso de sua vida (Bronfenbrenner, Morris, 2006).

Há alguns anos, o ambiente, de maneira geral, e o ambiente domiciliar, especificamente, ocupam posições de destaque nos estudos sobre desenvolvimento infantil (DI).

Neste estudo DI será definido segundo Souza e Verissimo (2015):

“O Desenvolvimento Infantil é parte fundamental do desenvolvimento humano, um processo ativo e único de cada criança, expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária e no exercício de seu papel social. O período pré-natal e os anos iniciais da infância são decisivos no processo de desenvolvimento, que é constituído pela interação das características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. O alcance do potencial de cada criança depende do cuidado responsivo às suas necessidades de desenvolvimento”.

Existem fortes evidências que associam ambiente e DI principalmente na primeira infância. Tais evidências apontam que quanto mais “rico em estímulos” for o ambiente, melhor será o desenvolvimento da criança (Bradley, 2002; Brazelton, Greenspan, 2002).

Estudos indicam ainda que as aquisições da criança durante a primeira infância repercutem para toda a vida adulta (Bradley, Corwyn, McAdoo & Coll, 2001; Brazelton, Clark et. al., 2020; Greenspan, 2002; Shore, 2000).

Considerando como ambiente “tudo o que cerca a criança inclusive as relações familiares e sociais”, julga-se que a organização do ambiente físico (elementos que compõem a casa como cômodos, móveis e objetos) e social (onde se desenvolvem as relações, como festas, períodos de recreação), assim como a relação entre cuidador primário e criança, interferem no desenvolvimento infantil, tornando-se um importante determinante de saúde e de DI (Macedo et al., 2010).

Restringir a definição do ambiente a um lugar “físico” específico é desfavorável. Visto que, um “lar é construído por mais do que as paredes e cômodos de uma casa. As experiências domésticas e as relações que se estabelecem entre adultos e crianças são poderosos componentes do ambiente, a isso comumente denomina-se lar e família”. Um passeio no parque com a mãe, uma visita ao estádio de futebol com o pai, uma discussão entre os pais dentro do carro a caminho da escola podem estar fortemente associados à rede de atos e eventos que fazem parte do “ambiente” e da vida de uma criança. Para algumas crianças, a noção de lar pode estar vinculada a várias residências simultaneamente (Bradley, 2002).

Esse “ambiente” em que a criança está inserida, assim como seu cuidador, revela componentes essenciais para a existência de um padrão positivo de desenvolvimento infantil. Pois, quando uma pessoa se interessa pela outra e demonstra esse interesse realizando uma atividade conjunta, tem-se não apenas condições especialmente favoráveis para a aprendizagem, mas também favorece a busca e o aprimoramento da relação. Sendo assim, ambientes físico e socialmente empobrecidos, somados à ausência de estimulação e brincadeiras limitam as oportunidades da criança de interagir com o meio em que vive (Bastos et al., 1999; Bradley, 2002).

A influência negativa do ambiente no desenvolvimento do cérebro humano foi estudada e relatada em crianças órfãs da Romênia privadas de estímulos afetivo-familiares no início de suas vidas. Segundo pesquisa realizada por Costa (2018) o governo do ditador Nicolae Ceaușescu, que durou de 1974 a 1989, implantou um projeto para aumentar o “capital humano” da Romênia e com isso fomentar a produtividade econômica criando uma série de políticas públicas para estimular a natalidade, impedindo a contracepção e cobrando taxas de casais que tinham menos de cinco filhos. Dessa maneira, muitas crianças foram abandonadas e entregues ao Estado, considerado mais competente para criá-las. Estas passaram a viver em orfanatos que supriam suas necessidades fisiológicas, mas tinham restrições ao convívio familiar/afetivo e a um cuidador responsivo e carinhoso. Durante esse período, mais de 65.000 crianças foram abrigadas em orfanatos, sendo que 85% foram deixadas nessas instituições ainda no primeiro mês de vida. Nos orfanatos públicos, apenas um cuidador era responsável por 10 crianças menores de 3 anos ou 20 crianças quando elas eram maiores de 3 anos de idade. As crianças chegavam a

entrar em contato com 17 cuidadores diferentes em uma semana e permaneciam até 20 horas por dia desacompanhadas em seus berços (Chugani et al., 2001). As condições descritas nos orfanatos romenos eram de importante privação de estímulos sensoriais, onde o ambiente foi definido como salas com 20 a 30 crianças muitas vezes balançando-se para frente e para trás, ou mudando o apoio dos pés quando em posição vertical, enquanto seguravam as grades dos berços, em silêncio. As paredes não eram decoradas e as crianças não tinham brinquedos. Além disso, havia pouca interação com o cuidador e até mesmo a alimentação de lactantes era recebida através de um frasco escorado ou auto-segurado (Fisher et al., 1997). Após a queda de Nicolae Ceaușescu, pesquisadores liderados por Charles Nelson tiveram acesso a essas crianças que apresentavam déficit do desenvolvimento e importantes alterações emocionais e comportamentais. As crianças avaliadas apresentavam o metabolismo reduzido (hipo-metabolismo) em diversas áreas do córtex cerebral. Em suma, os estudos sobre a neuroplasticidade e a vulnerabilidade sugerem que o cérebro pode ser “moldado” pelo ambiente, tanto por experiências positivas quanto negativas (Costa, 2018).

Cabe lembrar que, no Brasil, crianças de classes econômicas mais baixas “crescem e se desenvolvem” frequentemente em ambientes de privação de espaço e de estimulação física e afetiva (Lamy Filho et al., 2011). Por essa razão, a lição apreendida com a experiência dos “orfãos da Romenia” nos mostra a importância de reconhecer e modificar esses “ambientes” de privação de cuidado e de relações afetivas, buscando transformá-los em espaços capazes de promover o desenvolvimento infantil.

Nesse sentido, construir ambientes familiares “protetores” e “ricos em estimulação afetiva” é um desafio, principalmente quando esses ambientes estão localizados nas periferias das grandes metrópoles. Para tanto, se faz necessário o investimento em políticas públicas que preparem pais e cuidadores para realizarem atividades de interação efetiva, regular e recíproca com a criança por longos períodos de tempo. Ademais, é imprescindível ajudá-los a compreender que a atividade de interação infantil deve ainda ser progressivamente mais complexa; e que os objetos e símbolos presentes no ambiente devem estimular a atenção, a exploração, a manipulação e a imaginação de seus filhos em desenvolvimento (Bradley, 2002). A esse processo de “modificação” do ambiente, Bronfenbrenner chama de “transição

ecológica”.

Para Bronfenbrenner (1979/1996), as transições ecológicas são elementos-base no processo de desenvolvimento, sendo, ao mesmo tempo, consequências e instigadores de aprendizagens: quanto mais experiências de transições ecológicas a criança tiver, mais rico será o seu desenvolvimento. Portanto, ao privarmos uma criança de ambientes novos, ou em constante mutação do ponto de vista da estimulação, estamos limitando o potencial de desenvolvimento desta criança (Bradley, 2002; Bronfenbrenner, Morris, 2006).

No fim da década de 1970, Bronfenbrenner publicou um estudo, inicialmente chamado de Teoria Ecológica, que privilegiava uma noção de desenvolvimento que enfatizava os diferentes contextos presentes em ambientes naturais para compreensão da realidade vivida e percebida pela pessoa. O autor afirma que a pessoa é resultado do contexto em que ela se insere (Bronfenbrenner, 1986). Entretanto, ao reformular sua teoria para uma compreensão bioecológica do desenvolvimento humano, Bronfenbrenner passou a ressaltar, além da interdependência indivíduo-contexto, as características da pessoa. Dessa forma, para este autor, o desenvolvimento humano é definido como “o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida”. O autor diz ainda que, a interação da pessoa com o ambiente é caracterizada pela reciprocidade; a pessoa em desenvolvimento molda-se, muda e recria o meio no qual se encontra (Bronfenbrenner, 1989).

Bronfenbrenner (1993) ressaltou a importância das políticas públicas sobre o bem-estar e o desenvolvimento dos seres humanos. Isso o levou, durante muitos anos, a tentar modificar, desenvolver e implementar políticas, que pudessem influenciar a vida das crianças e de suas famílias.

Dessa maneira, a teoria Bioecológica busca compreender a forma como a pessoa está inserida e se desenvolvendo nos diferentes sistemas ambientais, que são dinâmicos e vivenciados ao mesmo tempo. Essa teoria ficou conhecida e foi utilizada por vários pesquisadores no Brasil (Verissimo, 2017; Haddad, 1997; Yunes, 2001) como um modelo que diferencia as várias camadas (esferas ou dimensões) de ambientes que conformam o indivíduo.

Bronfenbrenner e Morris (1998) incluíram uma nova forma de olhar as propriedades da pessoa em desenvolvimento a partir da qual tendem a reforçar a ênfase nas características biopsicológicas desse indivíduo (Martins, Szymanski, 2004). No modelo bioecológico são representados quatro aspectos multidirecionais inter-relacionados, chamado de modelo PPCT: “**processo, pessoa, contexto e tempo**”. A seguir, detalham-se cada um desses aspectos:

a) Processo: alcança destaque como principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento e relaciona-se com as interações recíprocas que ocorrem de forma gradativa, quando considerada sua complexidade, entre o sujeito e as pessoas, objetos e símbolos presentes no seu ambiente imediato (Bronfenbrenner, Morris, 2006). Essas formas particulares de interação entre organismos e contextos, denominadas **processos proximais**, são fundamentais e devem acontecer regularmente por períodos de tempo extensos. Processos proximais são considerados como propulsores do desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2005). Brincar individualmente ou em grupo, interação entre crianças, adquirir novas habilidades motoras e/ou cognitivas, são exemplos citados por Bronfenbrenner como mecanismos do desenvolvimento. É pelo empenho nessas tarefas que o indivíduo torna-se capaz de atribuir significado ao seu mundo e, a partir disso, transformá-lo. De maneira geral, as pessoas com as quais as crianças pequenas interagem constantemente são os pais e outras pessoas mais velhas, como professores e familiares, estes desempenham importante papel nos processos que cercam a interação direta face a face – processos proximais foi o nome dado por Bronfenbrenner a esse tipo de interação (Bronfenbrenner, 2005).

b) Pessoa: refere-se ao fenômeno de estabilidade e mudanças na vida do indivíduo em desenvolvimento no decorrer de sua existência. A abordagem destaca a importância de consideração às características do indivíduo, como suas crença, seu nível de atividade e temperamento, além de seus objetivos e motivações. Para o autor, isso tem impacto relevante tanto na forma como os contextos são experienciados pela pessoa, quanto nos tipos de contextos nos quais o sujeito se insere. No modelo bioecológico proposto por Bronfenbrenner e Morris (1998), são descritas três características da pessoa que influenciam e

moldam o curso do desenvolvimento humano: *Demandas, Recursos e Disposições*.

A primeira, *Demandas*, é definida como as disposições que podem colocar os processos proximais em movimento e continuam sustentando a sua operação. São estímulos imediatos em direção à outra pessoa, tais como interesse e capacidade de resposta (decisão de interagir ou não), levando em consideração características físicas do interlocutor que influenciam as interações iniciais de forma positiva ou negativa (Bronfenbrenner, Morris, 2006).

A segunda, *Recursos*, influencia a capacidade de empenho em processos proximais ativos. Refere-se aos recursos bioecológicos de habilidade, experiência e conhecimento para que os processos proximais sejam efetivos em determinada fase de desenvolvimento. Esta característica considera os recursos sociais e materiais que promovem processos proximais, como por exemplo acesso à comida de qualidade, moradia adequada, cuidado parental, educação, entre outros. E, também, os recursos que operam como elementos perturbadores: deficiências físicas e genéticas graves, lesões cerebrais, etc. Sendo assim, este conjunto de recursos constituem os “passivos” e os “ativos” biopsicológicos que interferem na inclinação de um indivíduo para se engajar verdadeiramente em processos proximais (Bronfenbrenner, Morris, 2006).

A terceira característica do indivíduo, *Disposições*, é aquela relacionada às diferenças de temperamento, motivação, persistência, etc., que influenciam na capacidade de dedicar-se e persistir em atividades progressivamente complexas. Como exemplo podemos supor duas crianças que, em condições equivalentes de recurso, seguem caminhos distintos dependendo do tipo de motivação que recebem – Enquanto uma receberá estímulo para ser bem-sucedida e persistir nas tarefas, e provavelmente alcançará sucesso, a outra, apesar dos mesmos recursos não terá a mesma disposição, força e persistência (Bronfenbrenner, Morris, 2006).

c) Contexto: é caracterizado por qualquer evento ou condição fora do organismo que pode influenciar ou ser influenciado pela pessoa em desenvolvimento. Sabe-se que o ambiente ecológico de desenvolvimento humano não se restringe a um ambiente único e imediato, e deve ser descrito

como um conjunto de estruturas que têm o mesmo centro, cada uma contida na seguinte (Bronfenbrenner, 1996, p.18). Esse conjunto de estruturas, que nas palavras do autor lembra um jogo de bonecas russas encaixadas uma dentro da outra, interferem mutuamente entre si e causam juntas um efeito no desenvolvimento da pessoa. Essas estruturas foram classificadas como subsistemas organizados socialmente para auxiliar, amparar e nortear o indivíduo em crescimento. São eles: microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema, que juntos contribuem para descrever e analisar os contextos de vida proximais e distais do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1993).

O Microssistema: segundo a definição apresentada por Bronfenbrenner (1996, p. 18), “é onde acontece um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas”. Trata-se, portanto, de um ambiente ou local no qual o indivíduo pode estabelecer interações face a face. Nesse sistema, as relações devem ter como características essenciais: reciprocidade, o que um indivíduo faz na conjuntura relacional influencia o outro, e vice-versa; equilíbrio de poder, quem tem o domínio da relação progressivamente passa-o para a pessoa em desenvolvimento, de acordo com suas capacidades e necessidades; e, afeto, ativa a preservação de sentimentos, preferencialmente positivos ao longo do processo. São exemplos de microssistema a família, a escola, a creche, a universidade, a depender da situação de vida de cada um. Como aponta Bronfenbrenner (1996) em sua definição, o microssistema possui elementos que influenciam o desenvolvimento psicológico, como as atividades, os papéis e as relações interpessoais.

O Mesossistema: abarca a interação entre dois ou mais microssistemas em que a pessoa em desenvolvimento está inserida. Tais interações podem contribuir para o desenvolvimento de forma positiva ou negativa. Um exemplo de mesossistema é composto pela vinculação entre o microssistema familiar e o escolar, ou seja, a união de esforços entre pais e professores tendo em vista o desenvolvimento saudável da criança.

O Exossistema: também formado a partir da união entre diferentes contextos, exceto pela inserção da pessoa em desenvolvimento, mesmo se ela puder ser afetada por esse subsistema. Como é o caso do ambiente de trabalho dos pais, onde a criança não está presente, mas sofre as consequências das rotinas do

local. Ou ainda em, dois exemplos distintos, o primeiro quando os pais têm um dia estressante no trabalho e chegam em casa menos dispostos a interagir com a criança, e o segundo quando a empresa adota a política de licença maternidade estendida promovendo o fortalecimento do vínculo mãe-bebê nos primeiros meses de vida da criança (Bronfenbrenner, 2005). **O**

Macrossistema: à extensão dos sistemas de valores e crenças que estão inseridos nas múltiplas culturas, as quais permeiam o curso do desenvolvimento, Bronfenbrenner denominou macrossistema. É um quadro de estrutura mais ampla e integra-se a todos os padrões globais do micro, meso e exossistema, associados aos sistemas sociais, políticos e econômicos. Exemplifica-se macrossistema ao considerarmos os eventos que inspiram o contexto familiar, como no caso de uma criança que cresce em uma tribo indígena e é fortemente influenciada pelo macrossistema da cultura presente neste contexto (Bronfenbrenner, 2005).

d) Tempo: o cronossistema, uma dimensão inserida nos demais elementos dessa teoria, acrescenta dimensões de tempo às estruturas existentes, ao captar as mudanças do meio – diz respeito às modificações de vida influenciadas pelos eventos ambientais que oferecem condições para o desenvolvimento das pessoas (Bronfenbrenner, Evans, 2000). Sendo assim, cronossistema é o resultado do tempo sobre outros sistemas. Este aspecto leva em consideração os fatores relacionados ao macrossistema, como mudanças de políticas públicas e crises econômicas, que afetam a pessoa em desenvolvimento (Kagitçibasi, 2007). Ainda como fatores do cronossistema estão as mudanças nas estruturas familiares, causadas tanto pelo aumento do número de mulheres no mercado de trabalho, quanto pelo declínio da família estendida em países em desenvolvimento.

Assim, a relação entre o indivíduo e os 5 sistemas interconectados promovem o desenvolvimento humano, que é dinâmico e contextualizado, no qual o indivíduo atua ativamente participando do próprio processo de desenvolvimento, como ilustra a figura 1.

Figura 1 – Diagrama esquemático e ilustrativo dos níveis do ambiente a partir da Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

O diagrama acima ajuda a visualizar como a criança em desenvolvimento está conectada a uma série de ambientes relacionais nos quais ela, ao mesmo tempo, exerce e sofre influências que impactam direta ou indiretamente no seu desenvolvimento; por isso a importância de pensar como construir intervenções que sensibilizem e articulem o maior número possível desses sistemas a fim de potencializar o DI.

O desenvolvimento da criança está diretamente relacionado com o suporte que é oferecido ao seu comportamento exploratório e à sua demanda para a aprendizagem de novas habilidades. Um “ambiente desfavorável” impacta negativamente o ritmo de DI, pois torna de baixa qualidade a interação da criança com o ambiente físico e social. Interações sociais, afetivas e ambientais pobres limitam a capacidade da criança de aprender (Shore, 2000). Além disso, de acordo com a idade a criança demanda mais suporte para aprendizagem e aprimoramento de habilidades sociocognitivas. Por essa razão, a falta de suporte para aprendizagem pode causar danos para o desenvolvimento, sendo estes diretamente proporcionais à gravidade das condições adversas, podendo até ser irreversíveis (Saegert, Winkel, 1990).

Atualmente discute-se que é tarefa dos pais e cuidadores, a partir do exercício da parentalidade “positiva”, prover esse suporte para a aprendizagem e cuidado responsivo das crianças. Então, a parentalidade positiva pode ser entendida como um grupo de ações com o objetivo não apenas de auxiliar as crianças a se ajustarem ao ambiente, mais também a explorarem de forma exitosa as oportunidades que lhes são oferecidas (Saegert, Winkel, 1990).

Nesse sentido, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal em parceria com o Ibope Inteligência publicou a pesquisa Primeiríssima Infância - Creche, realizada em 2016, que teve o objetivo de mapear as necessidades e os interesses das famílias em relação ao atendimento educacional de crianças de 0 a 3 anos. Participaram da pesquisa 9.593.641 domicílios de diversas regiões do Brasil com crianças de 0 a 3 anos de idade e no documento declarou-se que 33% delas frequentavam a creche (pública ou particular), 12% eram levadas para a casa de alguém durante o dia, enquanto 57% ficavam em casa (FMCSV, 2017). Dados do mesmo ano, obtidos pelo Observatório da Primeira Infância, apontam uma cobertura de 31% de creches públicas e conveniadas na cidade de São Paulo para a faixa etária de 0 a 3 anos, ou seja, 69% das crianças do município não têm acesso à educação infantil. Vale ressaltar que na perspectiva da Teoria Bioecológica tanto a creche, quanto a casa de alguém que cuida da criança fazem parte do microssistema (Observatório da Primeira Infância, 2018).

Portanto, pode-se concluir que a maioria das crianças de 0 a 3 anos de idade no Brasil depende exclusivamente dos pais e cuidadores familiares e, por consequência, do ambiente doméstico para aprender e se desenvolver. Fato que reitera a ideia apresentada acima de que o cuidado infantil e a criação de ambientes estimuladores e protetivos são tarefas de pais e cuidadores familiares.

1.2 AS PROPOSTAS ASSISTENCIAIS PARA AJUDAR PAIS E CUIDADORES A CONSTRUÍREM AMBIENTES FAVORÁVEIS PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Embora em países pobres ou em desenvolvimento as dificuldades socioeconômicas sejam um importante determinante para o processo de saúde-doença e para a parentalidade positiva, programas com foco na primeira infância têm

demonstrado resultados positivos. Na Colômbia, uma intervenção realizada junto a pais e cuidadores de crianças que combinou estimulação psicossocial e nutrição, utilizando a visita domiciliar (VD) como ferramenta, alcançou resultados significativos como escores adequados na cognição e linguagem das crianças, quando comparados com o grupo controle (Attanasio et al., 2014). Um outro programa de intervenção também de visitação com foco no desenvolvimento psicossocial, realizado na Jamaica, demonstrou que as crianças assistidas, passados 20 anos, obtiveram ganhos salariais médios 42% maiores, quando comparadas com o grupo controle (Gertler et al., 2014). Cabe ressaltar que os programas acima citados têm em comum o foco nos cuidadores familiares e a importância de organização do ambiente domiciliar.

No Brasil existem algumas iniciativas governamentais e não governamentais que enfocam o ambiente e as competências parentais para o pleno desenvolvimento das crianças. Contudo, as avaliações de impacto desses programas e a adoção dos mesmos como políticas públicas ainda são incipientes.

Desse modo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser mencionada como um modelo de assistência, inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), que utiliza a VD e o foco no ambiente sóciofamiliar como meio de oferecer cuidado às crianças. E, portanto, tem potência para impactar o desenvolvimento da criança e as competências parentais.

Existem também iniciativas, complementares às políticas públicas sociais (como o Sistema Único de Assistência Social - SUAS) e de saúde, que partilham os mesmos instrumentos e focos, tal como o Programa Infância Melhor (PIM) iniciado em 2003 no Estado do Rio Grande do Sul, que ressalta a importância da parentalidade positiva para o desenvolvimento da criança. Este programa reconhece a VD e a ludicidade junto à criança como tecnologias de fortalecimento dos cuidados parentais. No PIM, as visitas são realizadas por profissionais com ensino médio completo que passam por treinamento específico abrangendo temas de saúde física e psicossocial. Ressalta-se que o PIM obteve resultados exitosos nos domínios sócio-emocional, motor, cognitivo, além de um melhor vínculo com o cuidador (Verch, 2017). Um outro exemplo de propostas dessa natureza são os seguintes programas e iniciativas: Atenção à Primeira Infância e à Maternidade, desenvolvida no município de Munhoz de Melo-PR (2012); Atenção Melhor à Infância, realizada em Vila Velha-ES (2012);

Programa Primeira Infância Ribeirinha, nos municípios de Iraduba, Novo Airão e Manacapuru-AM (2013); Cresça com Seu Filho, desenvolvido em Fortaleza-CE (2014); São Paulo Carinhosa, em São Paulo-SP (2014); Atenção Nutricional e Estímulo ao Desenvolvimento da Primeira Infância, realizado em 28 municípios do Acre, Amazonas, Roraima, Rondônia e São Paulo (2014), Primeira Infância Acreana, no Acre (2015); e, o programa Em Construção, no Estado de Alagoas (2016) (Verch, 2017). As iniciativas de cuidado com foco no desenvolvimento da primeira infância, no fortalecimento da parentalidade e na importância do ambiente para o DI citadas acima encontram-se em diferentes estágios de implementação e continuidade, e infelizmente não foram ainda “assumidas” como políticas públicas efetivas.

Atualmente, por influência do Marco Legal da Primeira Infância (Brasil, 2016a) foi implantado em âmbito nacional o Programa Criança Feliz. Este programa está vinculado ao Ministério do Desenvolvimento Social e tem como objetivos: promover o desenvolvimento humano na primeira infância; apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento; promover o cuidado à criança em vulnerabilidade; colaborar com o exercício da parentalidade; estimular o desenvolvimento de atividades lúdicas; e focar seu atendimento prioritariamente nos primeiros mil dias de vida, por meio de visita domiciliar. É uma ação em larga escala que prioriza tanto as gestantes e as crianças de famílias integrantes do Programa *Bolsa Família* - PBF, quanto as famílias com crianças portadoras de deficiência que recebem Benefício de Prestação Continuada - BPC e, também, as crianças privadas do convívio familiar (Decreto Federal nº 8.869 de 2016) (Brasil, 2016b). A adesão às diretrizes do programa Criança Feliz é voluntária aos Estados e Municípios e o projeto já atendeu, em dois anos de atividades, a mais de 275 mil crianças e 37 mil gestantes, apesar de sofrer com dificuldades orçamentárias, políticas e de operacionalização (Brasil, 2018b). Tal programa é um passo importante na implementação de políticas públicas direcionadas à criança e ao adolescente no Brasil.

Uma outra iniciativa de assistência com foco no DI que foi testada na cidade de São Paulo (Brasil) é o Programa Jovens Mães Cuidadoras (PJMC), cuja proposta se caracteriza pela construção de práticas parentais positivas com finalidade de promover o DI. O programa tem como público-alvo adolescentes que engravidam em situação de vulnerabilidade social. O PJMC foi inspirado em iniciativas internacionais tais como: *Family Nursing Partnership*®, desenvolvido nos EUA e no Reino Unido; e,

Minding the Baby®, nos EUA.

O PJMC possibilita o uso de tecnologias leves numa proposta de assistência pioneira em seus moldes no Brasil. Portanto, mostrar sua potencialidade para a construção de práticas parentais positivas, expressas através de um ambiente favorável para o desenvolvimento infantil, traria perspectivas para a adoção desse programa em larga escala, integrando políticas públicas de saúde voltadas para a primeira infância.

O PJMC foi testado no contexto da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”, a partir de um ensaio clínico controlado randomizado (RCT), iniciado em agosto de 2015 e encerrado em maio de 2018. Esta pesquisa passou pelos Comitês de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento informado. O estudo foi registrado em clinicaltrials.gov (Identificador: NCT02807818).

Por apresentar resultados preliminares exitosos, o PJMC recebeu incentivos financeiros adicionais para iniciar uma nova etapa de pesquisa com duração de 3 anos, ampliando sua amostragem para 200 mães adolescentes. Para esta nova fase o programa sofreu algumas alterações: expandiu sua área de abrangência e foi rebatizado como “Primeiros Laços”.

Os dados utilizados na presente pesquisa foram derivados do banco de dados da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”, realizada entre 2015 e 2018. A qual será mais detalhada no item metodologia.

1.3 AVALIAÇÃO DE IMPACTO NO AMBIENTE EM INTERVENÇÕES COM FOCO NO DI

Diversos autores têm explorado formas de avaliar o ambiente, dentre eles, Silva et al. (2018). Dessa maneira a necessidade de instrumentalizar profissionais de saúde para reconhecer vulnerabilidades no desenvolvimento infantil, desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de validar marcadores de vulnerabilidade a disfunções no

desenvolvimento socioemocional de lactentes. Com a intenção de que estes marcadores possam contribuir na construção de propostas de intervenções, como o PJMC, que incidam sobre esses agravos. Os autores validaram para microssistema e mesossistema os seguintes marcadores de Vulnerabilidade Individual: (i) Dificuldade dos pais/cuidadores em se relacionar com a criança; (ii) Fragilidade dos pais/cuidadores na proteção física e segurança da criança; (iii) Situação de adoecimento dos pais/cuidadores; (iv) Presença de instabilidade nas relações familiares e no apoio social; e (v) Situação de violência e/ou dependência química dos pais/cuidadores. Para exossistema e macrossistema, os marcadores de Vulnerabilidade Social foram: (i) Dificuldade de autonomia dos pais/cuidadores devido à condição sociocultural; (ii) Precariedade nas condições socioeconômicas dos pais/cuidadores; e (iii) Vulnerabilidade Programática: Indisponibilidade de programas para atender à criança e sua família.

Esses marcadores podem auxiliar na identificação e encaminhamento de crianças em condições de risco para o DI para programas de intervenção, sendo assim um elemento direcionador das ações específicas desses programas em sua fase de elaboração na intenção de atender às necessidades da população-alvo.

Em uma revisão sistemática com metanálise que incluiu ensaios clínicos randomizados e estudos quase-experimentais, Kendrick et al. (2000) avaliaram a efetividade dos programas de visita domiciliar envolvendo pelo menos uma visita pós-natal com foco na parentalidade e qualidade do ambiente doméstico. O autor descreve que 34 estudos de sua revisão relataram resultados relevantes; 26 deles abrangiam famílias em risco de desfechos de saúde adverso para mãe ou para a criança, sendo assim semelhante a população atendida pelo PJMC. A aferição da qualidade do ambiente doméstico foi realizada de várias maneiras nos estudos analisados, contudo, a medida padrão mais comumente utilizada foi o Inventário de Observação Doméstica para Mensuração do Ambiente (HOME). O autor coloca a possibilidade de superestimação de dados dos estudos analisados devido ao viés de “desejabilidade social”, ou seja, os pais apresentam um melhor comportamento durante a visita de avaliação porque desejam um resultado favorável; assim, o escore HOME poderia ser uma medida menos tendenciosa, por ser construída levando-se em consideração, também, a observação do entrevistador e não apenas o autorrelato da mãe como a maioria dos outros instrumentos disponíveis.

A partir da publicação de Kendrick et al identificou-se a necessidade de uma revisão da literatura para o presente estudo, e vem sendo desenvolvida uma pesquisa de revisão sistemática de literatura e metanálise, com a finalidade de levantar artigos de pesquisa, do tipo RCT, que avaliaram a efetividade de programas de visita domiciliária na promoção de parentalidade e qualidade do ambiente doméstico. Nesta revisão sistemática o descritor parentalidade foi associado, separadamente, aos descritores ambiente doméstico, saúde ambiental, eficácia, avaliação, resultado, visita domiciliar, visitador de saúde, enfermagem em saúde comunitária, estudo comparativo, ensaio controlado não dominado, ensaio clínico e estudo comunitário. O quadro 1 abaixo apresenta a estratégia de busca usada para cada uma das base de dados onde foram realizadas as buscas.

Quadro 1 – Estratégia de busca utilizada em cada base de dados consultada para levantamento de estudos do tipo RCT. São Paulo, 2020

Base de Dados	Estratégia de Busca
Embase	('clinical trial' OR 'clinical study' OR 'evaluation and follow up' OR 'economics') AND ('health visitor' OR 'home visit' OR 'domiciliary visit') AND (effectiveness OR evaluation OR outcome) AND (1997:py OR 1998:py OR 1999:py OR 2000:py OR 2001:py OR 2002:py OR 2003:py OR 2004:py OR 2005:py OR 2006:py OR 2007:py OR 2008:py OR 2009:py OR 2010:py OR 2011:py OR 2012:py OR 2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py)
Web of Science	(effectiveness OR evaluation OR outcome) AND ("home visit" OR "domiciliary visit" OR "health visitor") com filtro para 1997-2018
CINAHL	(effectiveness OR evaluation OR outcome) AND ("home visit" OR "domiciliary visit" OR "health visitor") com filtro para 1997-2018
Scopus	TITLE-ABS-KEY (effectiveness OR evaluation OR outcome) AND (("health visitor") AND (domiciliar OR home)) com filtro para 1997-2018
PubMed	(((((("Clinical Trial"[Publication Type] OR "Randomized Controlled Trial"[Publication Type]) OR "Comparative Study"[Publication Type]) OR "Follow-Up Studies"[Mesh]) OR "Prospective Studies"[Mesh]) AND "Community Health Nursing"[Mesh]) AND (((("Health Visit"[Journal] OR ("health"[All Fields] AND "visit"[All Fields]) OR "health visit"[All Fields]) OR ("house calls"[MeSH Terms] OR ("house"[All Fields] AND "calls"[All Fields]) OR "house calls"[All Fields] OR ("home"[All Fields] AND "visit"[All Fields]) OR "home visit"[All Fields])) OR (Domiciliary[All Fields] AND visit\$[All Fields]))) AND (((("Evaluation"[Journal] OR "Evaluation (Lond)"[Journal] OR "evaluation"[All Fields]) OR effectiveness[All Fields]) OR outcome[All Fields]) AND ("1997/01/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT]))

Fonte: A autora.

Em seguida, foi realizada busca de artigos científicos publicados nas bases de dados PubMed, Embase, Web of Science, CINAHL e Scopus. Dois revisores avaliaram independentemente os títulos e os resumos de todos os artigos identificados na busca eletrônica. O quadro abaixo apresenta o resultado das buscas nas bases de dados.

Quadro 2 – Resultados das buscas de estudos RCT em bases de dados. São Paulo, 2020

Base de Dados	Resultado da Busca	Descartados pelo Título	Selecionados pelo Resumo
Embase	856	841	15
Web of Science	875	868	7
CINAHL	768	766	2
Scopus	127	80	3
PubMed	62	60	2

Fonte: A autora.

Tal pesquisa encontra-se em andamento, dada a especificidade do assunto; atualmente os revisores estão em fase de leitura integral dos artigos para realizar análise de sensibilidade e qualidade de metodológica, através da escala de Jadad, para posterior reunião de consenso e tabulação dos dados. Houve dificuldade em traçar uma estratégia de busca eficiente para cada base de dados, visto que deveriam ser rastreados artigos que utilizaram o HOME como instrumento, e por isso a pesquisa estendeu-se além do prazo inicialmente planejado. Contudo, a investigação realizada até o momento permitiu o levantamento de artigos que subsidiam a discussão dessa dissertação.

O *Home Observation for Measurement of the Environment Inventory* (HOME) ou Inventário de Observação para Medição do Ambiente utiliza a teoria dos sistemas ecológicos de Urie Bronfenbrenner (Totsika, Sylva, 2004) descrita anteriormente e, por isso, foi o instrumento escolhido da coleta de dados.

2 Hipótese

2 HIPÓTESE

O Programa Jovens Mães Cuidadoras (PJMC) promove práticas parentais positivas que reconhecem o ambiente como um importante “condicionante” do DI. Logo, estimula as mães/cuidadores/familiares a “mudarem” esse ambiente domiciliar, em âmbito físico, social e relacional, para que este possa impactar positivamente no cuidado à criança.

A maioria dos programas com foco no DI, como os citados anteriormente, preocupam-se em avaliar seus desfechos na perspectiva da criança, resultando em dados sobre aquisição e desenvolvimento de habilidades cognitivas, motoras e socioeducacionais. Contudo, o impacto dos programas no ambiente domiciliar, considerado um mediador importante para as aquisições infantis, é pouco estudado.

Por se tratar de um programa com acompanhamento longitudinal, que busca a construção de competências parentais positivas, espera-se que, produza impacto no ambiente domiciliar de modo permanente e seja refletido no desenvolvimento dos outros filhos.

Se o PJMC evidenciar resultados positivos na construção e manutenção do ambiente físico e social onde a criança se desenvolve, pode se constituir em uma alternativa ou complementação de cuidado para o desenvolvimento de competências parentais que dão suporte adequado ao DI.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar os resultados do PJMC no ambiente domiciliar de cuidado à criança, utilizando o Inventário HOME.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os resultados do Inventário HOME, entre os grupos Controle e Intervenção;
- Analisar e comparar as subescalas de cada dimensão do Inventário HOME entre os grupos Controle e Intervenção:
 - Responsividade emocional e verbal do cuidador primário;
 - Ausência de restrição e punição;
 - Organização do ambiente físico e temporal;
 - Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para a criança;
 - Envolvimento do cuidador primário com a criança;
 - Oportunidade de variação na estimulação cotidiana.
- Verificar associação entre os resultados do Inventário HOME no Grupo Intervenção e o número de visitas recebidas;
- Verificar associação entre os resultados do Inventário HOME no Grupo Intervenção e a presença de companheiro da mãe;
- Verificar associação entre os resultados do Inventário HOME no Grupo Intervenção e a escolaridade materna.

4 Método

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este é um estudo de natureza exploratória, descritiva, centrada no ambiente domiciliar de mães adolescentes e seus bebês acompanhados pelo Projeto Jovens Mães Cuidadoras (PJMC). Utilizando dados secundários coletados na pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto” (registrado em clinicaltrials.gov; identificador: NCT02807818), e considerando a importância de se apresentar a trajetória metodológica que produziu os dados aqui analisados, me dedico nas próximas páginas a descrever detalhadamente tal pesquisa.

4.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA “O EFEITO DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO PILOTO”

Desenho do Estudo e Participantes

A pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto” foi um estudo controlado randomizado (RCT), registrado em clinicaltrials.gov (Identificador: NCT02807818), realizado para analisar a eficácia do PJMC. RCT é um tipo de estudo que se dedica a testar uma determinada intervenção através da divisão dos participantes em dois grupos: um que recebe a intervenção (grupo intervenção); e, outro que é considerado padrão para comparação (grupo controle). Esta divisão é aleatória para que as características dos participantes sejam semelhantes entre os grupos mantendo-os equilibrados. A análise dos resultados ou avaliação de desfechos no RCT é conduzida por pesquisadores que passaram por um cegamento, ou seja, não podem identificar a qual grupo pertence cada participante (Jadad, 2007; Souza, 2009). Foram sujeitos desse RCT Cento e sessenta e nove adolescentes grávidas e classificadas quanto aos critérios de inclusão: (a) idade 14 a 19 anos de idade, (b) primípara, (c) gravidez entre 8-16 semanas, (d) classificação social baixa (as classes C, D, E de acordo com a escala

ABEP), (e) residindo na região oeste da cidade de São Paulo (ABEP, 2016). Destas 169 gestantes, 80 foram incluídas na pesquisa e randomizadas para Grupo Intervenção (n = 40) que recebe VD do PJMC além dos cuidados usuais na rede pública de saúde e Grupo Controle (n = 40) que recebe cuidados usuais na rede pública de saúde. Para garantir grupos homogêneos a randomização foi estratificada levando em consideração não apenas o tipo de Unidade Básica de Saúde (UBS), que serve de referência para o atendimento da gestante (se é UBS tradicional ou conta com ESF), mas também o contexto familiar com base no nível de escolaridade da mãe da adolescente grávida.

Características da assistência oferecida ao Grupo Intervenção

O PJMC foi desenvolvido com base nos programas Minding the Baby® (Estados Unidos) e Nurse Family Partnership® (Reino Unido), promove uma intervenção de VDs realizada por enfermeiras que começa entre a 8^o e a 16^o semana de gestação e termina aos 24 meses de vida da criança, ou a qualquer momento que a adolescente solicite seu desligamento. A frequência de VD realizada pode ser quinzenal (durante a gestação e dos 2 meses a 20 meses de idade da criança), semanal (no início da gestação e durante o puerpério) ou mensal (de 21 a 24 meses de vida da criança) como ilustrado no fluxograma da figura 2. Este programa se apoia em três referenciais teóricos: a **Teoria do Apego**, que reconhece a importância crítica de bebês recém-nascidos desenvolverem ligações seguras com suas mães para seu desenvolvimento posterior; a **Teoria da Autoeficácia**, que fornece uma estrutura para as enfermeiras visitadoras compreenderem como as mulheres tomam decisões para si e para seu filho; e, a **Teoria Bioecológica**, que destaca a importância do contexto social, comunitário e familiar da mãe em influenciar suas decisões, comportamentos e as formas de cuidar dos filhos. O PJMC tem como objetivos promover a saúde e o desenvolvimento durante a primeira infância da seguinte maneira: 1) melhorando os resultados da saúde da mãe e da criança; 2) promovendo relações de cuidado sensíveis e responsivas entre mãe e criança; 3) desenvolvendo na mãe a parentalidade positiva (definida como a habilidade tanto da mãe estar atenta às necessidades físicas e emocionais do filho, quanto sustentar ações para suprir essas necessidades); 4) estimulando interações cognitivas e emocionais entre mães e bebês (apego); 5) colaborando para melhorar e aprimorar a rede de apoio familiar e social;

e, 6) apoiando ações para melhorar a autoeficácia (definida como a capacidade individual para o alcance de uma melhor inserção no trabalho e na vida) das mães adolescentes (Pinheiro et al., 2018).

Figura 2 – Fluxograma de visitas domiciliares do Programa Jovens Mães Cuidadoras. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

As VDs do PJMC são compostas por cinco dimensões de assistência:

1) Cuidados com a saúde - a enfermeira visitadora oferece ações de cuidado à saúde materna e infantil, acompanhando o progresso da gestação, o desenvolvimento do feto, a alimentação saudável, a qualidade de vida, a vacinação, o crescimento e o desenvolvimento infantil, a utilização de métodos contraceptivos, entre outros tópicos;

2) Saúde ambiental - a enfermeira visitadora auxilia a mãe a reconhecer as potencialidades e limites de sua casa e imediações para o crescimento e desenvolvimento da criança, ajuda a mãe a “antever” situações de risco e fazer a prevenção de acidentes domésticos. Também encoraja a adolescente a refletir sobre as potencialidades e fragilidades do território onde ela vive no sentido de identificar recursos favoráveis para garantir segurança, acesso à saúde e educação;

3) Parentalidade positiva - a enfermeira visitadora estimula e ajuda a mãe a desenvolver as competências parentais necessárias para um cuidado sensível e responsivo, que proporcione o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, considerando a mesma como um sujeito em formação;

4) Rede social & família - a enfermeira visitadora incentiva a mãe a reconhecer e ampliar sua rede de apoio dentro e fora da família, informando-a sobre direitos sociais, políticas públicas e preparando-a para que seja capaz de utilizar esses recursos quando necessário;

5) Projeto de vida - a enfermeira visitadora acompanha a mãe no planejamento, de forma estruturada, de ações para retomar objetivos como continuar os estudos, capacitar-se para encontrar um emprego e, ainda, utilizar sua rede social de apoio.

Sendo assim, o PJMC possui protocolos para nortear as VDs por período de acompanhamento (gestação, puerpério, 2 a 12 meses e 13 a 24 meses do bebê). Nesses protocolos também são registrados todos os dados das visitas e intervenções realizadas (Pinheiro et al., 2018). Para que a intervenção seja realizada da melhor maneira possível, as enfermeiras visitadoras participam de reuniões de supervisão semanais. Nestas se discutem casos com 2 enfermeiras sêniores e 2 psicólogas especializadas em psicologia do desenvolvimento infantil (Fracolli et al., 2018; Pinheiro et al., 2018).

Características da assistência que incide sobre o Grupo Controle

As participantes alocadas no grupo controle receberam atendimento nas UBS e demais serviços oferecidos pelo SUS, seguindo as diretrizes nacionais do Ministério da Saúde no contexto dos cuidados pré-natais e puericultura de rotina (Brasil, 2010, 2012a, 2012b, 2018a; Paim et al., 2011).

Coleta de dados para Avaliação de Desfechos

Na pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto” todas as participantes foram submetidas

a avaliações de desfecho, realizadas por entrevistadores cegos para o status de participação das mães. As avaliações foram realizadas no momento do ingresso no programa (linha de base), em seguida com 30 semanas de gestação, aos 3, 6, 12 e 24 meses de vida da criança. As entrevistas foram conduzidas por psicólogos experientes e treinados para aplicar os testes específicos. Antes do início da coleta de dados, os entrevistadores receberam treinamento próprio. Tais avaliações tinham como foco a saúde materna geral, a saúde mental e a saúde ambiental, exposição ao estresse, suporte social, neurodesenvolvimento da criança, e exposição à negligência e ao abuso. A relação de todos os instrumentos aplicados nas avaliações pode ser encontrada no ANEXO 1. Os dados foram coletados entre 06 de fevereiro de 2016 e 18 de dezembro de 2018.

A figura 3, dividida em três partes para proporcionar uma leitura mais confortável, apresenta o CONSORT da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”.

Figura 3 (1) – Diagrama de fluxo CONSORT da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”. São Paulo, 2020

Figura 3 (2) – Diagrama de fluxo CONSORT da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”. São Paulo, 2020

Figura 3 (3) – Diagrama de fluxo CONSORT da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”. São Paulo, 2020

4.3 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA “O EFEITO DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO PILOTO”

O gerenciamento e armazenamento dos dados da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto” foi realizado através da plataforma REDCap. Trata-se de um software livre, sem custos de aquisição ou de atualizações. É uma plataforma digital, que funciona em modos online e offline, acessível a partir de computadores, tablets ou até mesmo smartphones. O REDCap permite a importação e exportação de dados, a construção de relatórios reprodutíveis e a transferência de dados para os principais softwares de análises estatísticas (REDCap, 2019). Os dados foram inseridos no REDCap por 2 digitadores capacitados através de treinamentos presenciais e por webconferência oferecidos pelo Consórcio REDCap Brasil. Após a inserção, os dados

foram revisados por 3 revisores independentes, que fizeram um levantamento de 10% de todos os dados inseridos e realizaram conferência de digitação com os dados em formato físico.

4.4 ACESSO AOS DADOS DA PESQUISA “O EFEITO DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UM ESTUDO PILOTO”

Para acessar os dados da pesquisa “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto” é necessário uma solicitação formal ao coordenador da pesquisa através de requisição digital, especificando quais dados seriam necessários e sua finalidade de uso. Após aprovação do coordenador, a requisição é encaminhada ao Data Manager da pesquisa, que compila os dados solicitados e os encaminha por email em versão compatível com os principais softwares de análises estatísticas. Os dados solicitados para esta pesquisa foram os referentes ao Inventário HOME e ao questionário sociodemográfico.

4.5 CARACTERÍSTICAS DOS DADOS SELECIONADOS E UTILIZADOS NESTA PESQUISA

4.5.1 Inventário de Observação Doméstica para Mensuração do Ambiente - HOME

O Inventário HOME tem capacidade de medir a qualidade e a quantidade de estimulação e suporte disponíveis no ambiente familiar da criança, e a relação destes com seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo. Ele é focado na criança dentro do ambiente e não no status socioeconômico da família (Caldwell, Bradley, 2001). Elegeu-se este instrumento não apenas pela sua larga utilização internacional em estudos semelhantes, mas também por ser constituído de questões que levam em consideração os diferentes aspectos do ambiente físico, social e relacional estabelecidos na moradia.

Existem quatro versões do instrumento que avaliam o ambiente nas diferentes fases do desenvolvimento: 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 crianças entre três e seis anos; 3. Inventário HOME versão Middle Childhood (MC-HOME) designado para crianças na faixa etária compreendida entre 6 e 10 anos; e, 4. Inventário HOME versão Early Adolescent (EA-HOME), destinado a crianças e pré-adolescentes entre 10 e 14 anos. Neste estudo foi utilizada a versão Infant Toddler ou IT-HOME (ANEXO 2).

O IT-HOME é composto por uma entrevista com o cuidador primário da criança e pela observação direta da interação do cuidador com criança.

São 45 itens divididos em seis subescalas, a saber:

1. **Responsividade emocional e verbal do cuidador primário:** comunicação e interações efetivas entre cuidador e a criança (11 pontos);
2. **Ausência de restrição e punição:** como o adulto disciplina a criança (8 pontos);
3. **Organização do ambiente físico e temporal:** como o tempo da criança é organizado fora da casa da família. Como se parece o espaço pessoal da criança no lar (6 pontos);
4. **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 (9 pontos);
5. **Envolvimento do cuidador primário com a criança:** como o adulto interage fisicamente com a criança (6 pontos);
6. **Oportunidade de variação na estimulação cotidiana:** a forma como a rotina da criança incorpora encontros com pessoas diferentes do cuidador principal (5 pontos).

Em cada subescala do Inventário IT- HOME há itens de observação (18 itens), de entrevista (24 itens) e que podem ser observados ou perguntados (3 itens). Para cada item é dado 0 ou 1 ponto, de acordo com a ausência ou a presença do comportamento durante a observação, respectivamente. Cada subescala possui uma quantidade máxima de pontos, a depender do número de itens que a compõem: Responsividade emocional e verbal do cuidador primário – 11 pontos, Ausência de restrição e punição – 8 pontos, Organização do ambiente físico e temporal – 6 pontos, Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para a criança – 9 pontos, Envolvimento do cuidador primário com a criança – 6 pontos, Oportunidade de variação na estimulação cotidiana – 5 pontos. O escore total do IT-HOME é dado pela somatória dos itens presentes em cada subescala, totalizando 45 pontos. O escore do IT-HOME fornece um perfil da família em relação ao nível de estimulação do ambiente no qual a criança vive. Assim convencionou-se a seguinte classificação: de zero a 25 pontos é considerado nível inferior à 4ª parte, de 25 a 36 pontos é entendido como nível médio e de 37 a 45 pontos compreende-se como nível superior à 4ª parte elaborados por Caldwell, Bradley (1984).

4.5.2 Questionário de dados sociodemográficos

O questionário sociodemográfico foi construído pelos pesquisadores e continha questões sobre estado civil, escolaridade, raça, ocupação, renda, uso de benefícios sociais e características de moradia (ANEXO 3).

Assim como o IT-HOME esse questionário foi aplicado com 3, 6, 12 e 24 meses de vida do bebê. Em todas as avaliações as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP parecer 1.061.143 de maio/2015 e parecer 2.324.151 de outubro/2017) e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (parecer 2.286.606 de setembro/2017). Tais aprovações podem ser encontradas no ANEXO 4.

4.6 TRATAMENTO DOS DADOS NESTA PESQUISA

Para esta pesquisa, a partir das informações do IT-HOME, realizou-se uma análise descritiva e comparativa dos dados com cálculo de escore total e das subescalas do inventário IT-HOME para os grupos Intervenção (GI) e Controle (GC). Os dados sociodemográficos de escolaridade da mãe, assim como a presença de parceiro, foram avaliados para verificar sua influência na comparação de alguns resultados do inventário IT-HOME entre GC e GI. Segundo a compreensão de ambiente colocada para esta pesquisa os dados sociodemográficos também compõem o ambiente social, familiar e afetivo da criança. Ainda para este estudo, o tratamento dos dados não considerou as variáveis com dados incompletos. Apenas a variável escolaridade foi tratada quando houve inconsistência. Os testes estatísticos usados, não paramétricos, retiraram da análise as linhas com um dado incompleto. Testes estatísticos foram aplicados conforme a necessidade e indicação do profissional estatístico que deu suporte ao estudo adotando-se o nível de significância de 5%. A análise dos dados foi realizada com os softwares RStudio, versão 1.2.1335; R, versão 3.60; GUI 1.70 El Capitan Build e Excel, versão 16.16.3.

5 Resultados

5 RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados dados referentes a:

- Perfil sociodemográfico;
- Escores totais do inventário IT- HOME;
- Escores das subescalas do inventário IT- HOME;
- Exemplos de casos de melhores e piores escores do inventário IT-HOME para GC e GI;
- Relação de algumas características sociodemográficas da mãe com os escores do inventário IT-HOME;
- Relação entre o número de visitas e os escores do inventário IT-HOME;
- Relação entre a rotatividade de enfermeira visitadora que acompanhou uma mesma mãe e os escores do inventário IT- HOME.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

O perfil sociodemográfico das mães adolescentes estudadas mostrou quanto à sua Cor ou Raça, no GC, que 32,5% (13 gestantes) declararam-se como Branca, 15,0% (6 gestantes), como Pretas, 47,5% (19 gestantes), como Pardas, 2,5% (1 gestante) Amarela e 2,5% (1 gestante) Indígena. Já no Grupo Intervenção (GI), 30,0% (12 gestantes) se declararam Branca, 10,0% (4 gestantes), Pretas, 52,5% (21 gestantes) afirmaram ser Pardas, 7,5% (3 gestantes), Amarelas e 0,0% se declarou Indígena. Considerando esta variável, pode-se dizer que os grupos são semelhantes.

Quanto ao Estado Civil, no GC, 35,0% (14 gestantes) disseram ser Casadas ou viver com o cônjuge, 15,0% (6 gestantes), Solteiras, 50,0% (20 gestantes) se declararam Solteiras com parceiro fixo ou namorado, e 0,0% se declarou Viúva ou como Divorciada/Separada. No GI, 32,5% (13 gestantes) se declararam Casadas ou vivem com cônjuge, 22,5% (9 gestantes), Solteiras, 45,0% (18 gestantes), Solteiras com parceiro fixo ou namorado e, novamente, nenhuma gestante se declarou Viúva ou Divorciada/Separada.

No que diz respeito à Escolaridade, no GC, declararam-se como Analfabeta/Fundamental incompleto 2,5% (1 gestante), Fundamental I completo/Fundamental II incompleto, 7,5% (3 gestantes), Fundamental completo/Médio incompleto, 80,0% (32 gestantes), Médio completo/Superior incompleto, 10,0% (4 gestantes), nenhuma gestante se declarou com escolaridade Superior completo. No GI, observaram-se resultados levemente distintos: nenhuma gestante ou 0,0% se declarou Analfabeta/Fundamental I incompleto ou Superior completo, 20,0% (8 gestantes) afirmaram estudo de Fundamental I completo/Fundamental II incompleto, enquanto 70,0% (28 gestantes) estudaram até o Fundamental completo/Médio incompleto e, por fim, 10,0% (4 gestantes) declararam-se com escolaridade Médio completo/Superior incompleto.

Quando perguntadas sobre sua situação ocupacional, no GC 25,0% (10 gestantes) estavam Empregadas, 35,0% (14 gestantes), Desempregadas, 27,5% (11 gestantes) eram Estudantes, 12,5% (5 gestantes) disseram ser Donas de Casa e nenhuma gestante 0,0% se declarou pensionista ou com outra ocupação. No Grupo Intervenção, foram observados números discretamente diferentes e desfavoráveis: 12,5% (5 gestantes) se declararam como Empregadas, 47,5% (19 gestantes), Desempregadas, 2,5% (1 gestante), Pensionista, 25,0% (10 gestantes) Estudantes, 12,5% (5 gestantes), Donas de casa e nenhuma gestante 0,0% declarou sua situação ocupacional como outro.

Sobre o rendimento mensal, entre as gestantes que disseram estar empregadas no Grupo Controle, observamos que 20,0% (2 gestantes) declararam receber menos de R\$ 300, 10,0% (1 gestante) recebia entre R\$ 301 e R\$ 500, 30,0% (3 gestantes) tinham rendimentos entre R\$ 501 e R\$ 800, e 40,0% (4 gestantes) auferiram entre R\$ 801 e R\$ 1100. Já no Grupo Intervenção, 20,0% (1 gestante) recebia menos de R\$ 300, para outros 20,0% (1 gestante) os provimentos variavam entre R\$ 301 e R\$ 500, enquanto 40,0% (2 gestantes) eram remuneradas entre R\$ 501 e R\$ 800, e apenas 20,0% (1 gestante) entre R\$ 801 e R\$ 1100. Os dados acima descritos podem ser encontrados na Tabela 1 (APÊNDICE A).

5.2 INVENTÁRIO IT-HOME

No GI, do total de 40 mães 18 (45%) receberam as 4 avaliações previstas para aplicação do IT-HOME, 11 (27,5%) passaram por 3 avaliações, 3 (7,5%) por 2 avaliações, enquanto 2 (5%) apenas 1 avaliação e 6 (15%) das participantes do GI não foram avaliadas pelo Inventário IT-HOME. Neste grupo, da totalidade de mães randomizadas, 23 (57,5%) têm avaliações dos tempos 3 e 6 meses, destas, 22 (95,65%) apresentaram aumento no escore total neste período, 1 (4,3%) apresentou queda no escore total. Vinte e oito mães (70%) têm avaliações para os tempos 6 e 12 meses, destas, 15 (53,57%) apresentaram aumento de escore no período e 13 (46,42%) demonstram queda de escore total. Para os tempos de 12 e 24 meses foram avaliadas 25 mães (62,5%), destas, 4 (16%) apresentaram aumento de escore no período, 20 (80%) queda de escore e 1 (4%) manteve o mesmo escore. Observou-se que 32 (80%) mães do GI tiveram o ambiente domiciliar avaliado através do IT-HOME por mais de uma vez em 2 anos de vida da criança, como demonstra a Tabela 2.

No GC, das 40 mães randomizadas, 19 (47,5%) receberam as 4 avaliações do IT-HOME, 10 (25%) participaram de 3 avaliações, 5 (12,5%) de 2 avaliações, enquanto 3 (7,5%) apenas 1 avaliação e 3 (7,5%) das participantes do GC não receberam avaliação do Inventário IT-HOME. Neste grupo, da totalidade das mães participantes, 27 (67,5%) têm medidas dos tempos de 3 e 6 meses, destas 21 (77,77%) apresentaram aumento no escore total neste período, 1 (3,7%) apresentou queda e 5 (18,51%) mantiveram o mesmo escore total. Vinte e nove mães (72,5%) têm avaliações para os tempos de 6 e 12 meses, destas, 19 (65,51%) apresentaram aumento de escore, 9 (31,03%) mostraram queda de escore e 1 (3,44%) manteve o mesmo escore total do IT-HOME no período. Para os tempos de 12 e 24 meses foram avaliadas 25 mães, destas 3 (12%) apresentaram aumento de escore e 22 (88%) indicaram queda no escore total. Observou-se que 34 (85%) das mães tiveram o ambiente domiciliar avaliado através do IT-HOME por mais de uma vez, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Variações do Escore IT-HOME Total entre avaliações para Grupos Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). São Paulo, 2020

Período de avaliação IT-HOME	↑ Score		↓ Score		= Score		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GI	3 - 6 meses	22	95,6	1	4,3	0	23	57,5
	6 - 12 meses	15	53,57	13	46,42	0	28	70
	12 - 24 meses	4	16	20	80	1	25	62,5
GC	3 - 6 meses	21	77,77	1	3,7	5	27	67,5
	6 - 12 meses	19	65,51	9	31,03	1	29	72,5
	12 - 24 meses	3	12	22	88	0	25	62,5

Fonte: A autora.

A quantidade de maiores e menores escores de resultado do IT-HOME estão listados na Tabela 3 abaixo. Considerando maiores escores de resultados aqueles cujo escore da avaliação de 24 meses esteja no quartil superior da pontuação da escala (entre 37 e 45). E como menores escores de resultado aqueles cujo escore da avaliação de 24 meses esteja no quartil inferior da pontuação da escala (entre 0 e 25). Foram excluídos aqueles casos em que não havia dados da avaliação de 24 meses. Assim, no GI, 2 participantes (5%) se classificaram entre os maiores resultados e 9 participantes (22,5%) se classificaram entre os menores resultados. No GC, 4 participantes (10%) estiveram entre os maiores resultados, enquanto 13 participantes (32,2%) entre os menores resultados.

Tabela 3 – Número de mães participantes com maiores e menores Escores IT-HOME Total para Grupos Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). São Paulo, 2020

Resultados	GI		GC	
	N	%	N	%
Maior	2	5	4	10
Menor	9	22,5	13	32,5

Fonte: A autora.

Dentre todas as avaliações, os escores máximos alcançados foram de 41 para os dois grupos e os escores mínimos obtidos foram de 15 e 16, respectivamente, para GI e GC independente do tempo de avaliação.

Vale lembrar que o Inventário IT-HOME é composto por 45 itens (somando total de 45 pontos) divididos em seis subescalas: Responsividade emocional e verbal do cuidador primário – 11 pontos, Ausência de restrição e punição – 8 pontos, Organização do ambiente físico e temporal – 6 pontos, Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados para a criança – 9 pontos, Envolvimento do cuidador primário com a criança – 6 pontos, Oportunidade de variação na estimulação cotidiana – 5 pontos.

Na Tabela 4 é apresentada uma compilação dos resultados de Subescalas e IT-HOME Total ao longo do tempo, que serão discutidos mais detalhadamente a seguir.

Tabela 4 – Resultados das Subescalas e IT-HOME Total para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Variável	Grupo	Tempo	N*	Média	DP	Mediana	Min	Max
Subescala Responsividade	Controle	3 meses	27	7,52	1,89	8	3	10
		6 meses	35	8,46	2,21	9	2	11
		12 meses	30	8,67	2,04	9,5	3	11
		24 meses	27	7,63	2,91	7	2	11
	Intervenção	3 meses	28	7,96	2,22	9	1	10
		6 meses	29	9,28	1,33	10	6	11
		12 meses	32	9,47	1,57	10	6	11
		24 meses	25	8,92	2,10	10	4	11
Subescala Ausência.punição	Controle	3 meses	27	5,33	0,78	5	3	7
		6 meses	35	5,40	0,55	5	5	7
		12 meses	30	5,20	1,63	5	1	8
		24 meses	27	4,81	2,11	5	0	8
	Intervenção	3 meses	28	5,46	0,64	5	5	7
		6 meses	29	5,48	0,69	5	4	7
		12 meses	32	5,41	0,88	5	3	7
		24 meses	25	5,08	1,63	6	1	7
Subescala Organização.ambiente	Controle	3 meses	27	4,41	1,05	4	2	6
		6 meses	35	4,97	1,04	5	3	6
		12 meses	30	5,13	0,78	5	4	6
		24 meses	27	4,22	1,19	4	2	6
	Intervenção	3 meses	28	4,36	1,37	5	1	6
		6 meses	29	5,00	1,07	5	2	6
		12 meses	32	5,06	1,05	5	2	6
		24 meses	25	4,76	0,97	5	3	6

(continua)

(continuação)

Variável	Grupo	Tempo	N*	Média	DP	Mediana	Min	Max
Subescala Disponibilidade.materiais	Controle	3 meses	27	2,48	1,34	3	0	5
		6 meses	35	4,11	1,71	4	1	9
		12 meses	30	6,07	2,59	6,5	1	9
		24 meses	27	4,56	2,49	5	0	9
	Intervenção	3 meses	28	2,50	1,43	3	0	5
		6 meses	29	4,66	1,65	4	2	7
		12 meses	32	6,09	2,04	7	2	9
		24 meses	25	4,04	2,68	4	0	8
Subescala Envolvimento.materno	Controle	3 meses	27	3,89	1,50	4	2	6
		6 meses	35	4,63	1,29	5	1	6
		12 meses	30	4,20	1,30	5	2	6
		24 meses	27	2,67	1,39	3	1	5
	Intervenção	3 meses	28	3,93	1,41	4	1	6
		6 meses	29	4,66	1,08	5	1	6
		12 meses	32	4,56	0,98	5	2	6
		24 meses	25	3,12	1,13	3	1	5
Subescala Estimulação.diária	Controle	3 meses	27	2,33	0,73	2	1	4
		6 meses	35	2,83	0,92	3	1	5
		12 meses	30	2,60	0,97	3	0	5
		24 meses	27	2,81	0,92	3	1	4
	Intervenção	3 meses	28	2,50	0,92	3	1	5
		6 meses	29	3,07	0,88	3	1	5
		12 meses	32	3,00	0,95	3	1	5
		24 meses	25	3,36	1,15	3	1	5
HOME.Total	Controle	3 meses	27	26,00	4,75	27	17	34
		6 meses	35	30,40	4,89	31	18	41
		12 meses	30	31,90	6,63	32,5	16	41
		24 meses	27	26,70	7,12	25	16	39
	Intervenção	3 meses	28	26,70	4,74	27	15	33
		6 meses	29	32,10	3,62	33	23	37
		12 meses	32	33,60	4,44	34	24	41
		24 meses	25	29,30	5,70	30	17	38

(conclusão)

*número de sujeitos avaliados

Fonte: A autora.

O gráfico 1 apresenta a distribuição dos escores totais do IT-HOME para GC e GI em cada tempo de avaliação. Pode-se observar que GC e GI apresentam uma mediana de escore diferente em todos os momentos de avaliação, exceto aos 3 meses

quando as medianas dos dois grupos são iguais. Aos 6 e 12 meses ambos os grupos apresentam tendência de aumento do valor da mediana, sendo que no GI este aumento é mais significativo. De 12 para 24 meses ambos os grupos apresentam tendência de queda na mediana de escore, sendo a queda mais significativa no GC que atingiu valores inferiores aos verificados na avaliação de 3 meses. Assim, aos 24 meses a mediana de escore IT-HOME Total é 25 para o GC e 30 para o GI. A diferença de mediana entre os grupos variou ao longo do tempo, sendo a maior diferença de 5 pontos aos 24 meses. Dados numéricos podem ser observados na Tabela 5 (APÊNDICE B).

Gráfico 1 – Análise visual dos Escores IT-HOME Total dos grupos Controle e Intervenção ao longo do tempo. São Paulo 2020

Fonte: A autora.

5.2.1 Resultados das subescalas IT-HOME

As subescalas do IT-HOME se apresentam da seguinte forma:

- a) Na subescala **Responsividade Emocional e Verbal do cuidador** (11 pontos) GC e GI iniciam, respectivamente, com medianas 8 e 9; aos 6 meses observa-se tendência de aumento em 1 ponto para ambos os grupos; aos 12 meses o GC ganha 0,5 ponto e o GI mantém sua mediana anterior (GC 9,5 e GI 10); aos 24 meses observa-se queda de 2,5 pontos na mediana do GC e estabilização na mediana do GI, aumentando assim a diferença de pontos entre os grupos (GC 7 e GI 10), conforme apresentado no gráfico 2. Dados numéricos podem ser observados na Tabela 6 (APÊNDICE C).

Gráfico 2 – Análise visual do Subescore **Responsividade Emocional e Verbal do cuidador** (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

b) Na Subescala **Ausência de Restrição e Punição** (8 pontos) nos GC e GI observa-se mediana 5 e este valor se mantém aos 3, 6 e 12 meses. Aos 24 meses o GI apresenta aumento de 1 ponto na mediana, terminando em 6 pontos e o GC permanece em 5 pontos. Vale ressaltar que o escore máximo para esta subescala é 8 e foi atingido apenas pelo grupo controle aos 12 e 24 meses. Conforme apresentado no gráfico 3. Dados numéricos podem ser observados na Tabela 7 (APÊNDICE D).

Gráfico 3 – Análise visual do Subscore **Ausência de Restrição e Punição** (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

c) Na subescala **Organização do Ambiente Físico e Temporal** (6 pontos), GC e GI iniciam, respectivamente, com mediana de subscores 4 e 5; aos 6 meses o GC sobe um ponto, passando para 5 e o GI se mantém em 5; aos 12 meses os valores não se modificam e aos 24 meses a mediana do GC cai um ponto terminando com os mesmos resultados verificados aos 3

meses, ou seja, 4 e 5 para GC e GI, respectivamente, conforme apresentado no gráfico 4. Dados numéricos podem ser observados na Tabela 8 (APÊNDICE E).

Gráfico 4 – Análise visual do Subscore ***Organização do Ambiente Físico e Temporal*** (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

- d) Na subescala ***Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos apropriados*** (9 pontos) os dois grupos iniciam com a mediana de subescores 3; aos 6 meses ambos os grupos apresentaram um aumento de 1 ponto; aos 12 meses o GC apresenta aumento de 2,5 pontos ficando com mediana de 6,5 e o GI apresenta um aumento de 3 pontos ficando com mediana de 7. Na avaliação de 24 meses ambos os grupos apresentam tendência de queda nas medianas, terminando com 5 para GC e 4 para GI. Pode-se ressaltar que esta é a única subescala em que o GI termina com subescore inferior ao GC, conforme apresentado no gráfico 5. Dados numéricos podem ser observados na Tabela 9 (APÊNDICE F).

Gráfico 5 – Análise visual do Subescores *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados* (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

e) Na subescala *Envolvimento do Cuidador com a Criança* (6 pontos), GC e GI iniciam com o mesmo valor de mediana: 4; apresentam aumento de 1 ponto aos 6 meses; aos 12 meses ambos os grupos mantêm a mediana de 5 e, chegando aos 24 meses pode-se observar pelo gráfico 6 que ambos os grupos apresentam queda de mediana para 3, um valor menor que o inicial. Dados numéricos podem ser observados na Tabela 10 (APÊNDICE G).

Gráfico 6 – Análise visual do Subscore *Envolvimento do Cuidador com a Criança* (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

- f) Na subescala *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana* (5 pontos) GC e GI iniciam mediana, respectivamente, 2 e 3; aos 6 meses o GC apresenta aumento de 1 ponto, enquanto o GI mantém a mediana da avaliação anterior (GC 3, GI 3). Este resultado não se altera aos 12 e aos 24 meses. Conforme apresentado no gráfico 7. Dados numéricos podem ser observados na Tabela 11 (APÊNDICE H).

Gráfico 7 – Análise visual do Subescore *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana* (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

5.2.2 Casos com “melhores e piores” escores IT-HOME e as contribuições das subescalas

Dado o interesse em compreender onde se localizam os pontos de fragilidade e os potenciais da Intervenção do PMJC, a proposta para esta etapa é apontar quais foram as “subescalas” que impactaram de forma tanto positiva, quanto negativa no escore total do IT-HOME. Os casos a seguir foram eleitos por apresentarem dados em todos os tempos de avaliação e pontuações de destaque.

- a) Abaixo apresenta-se um exemplo de caso de cada grupo (intervenção e controle) que obteve maior escore total. Considerando maior escore de resultados aqueles cujo escore total da avaliação de 24 meses esteja no quartio superior da pontuação da escala (entre 37 e 45).

Caso 1 (GI)

No caso 1 abaixo representado pelos gráficos 8 e 9 observa-se que o escore total teve aumento dos 3 aos 12 meses, antes de apresentar pequena queda. Enquanto a pontuação da última avaliação foi maior em comparação à primeira e está no quartio superior. Comparando as subescalas pode-se dizer que *Responsividade Emocional e Verbal*, *Organização do Ambiente* e *Variação da Estimulação* foram as que mais contribuíram para o bom resultado, visto que elas mantiveram-se em seus escores máximos na maioria dos tempos de avaliação.

Gráfico 8 – Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 1 GI.
São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Gráfico 9 – Subescores ao longo do tempo para Caso 1 GI. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Caso 2 (GC)

No caso 2 abaixo representado pelos gráficos 10 e 11 observa-se um aumento progressivo de pontuação no escore total dos 3 aos 24 meses, saindo do quartil médio na primeira avaliação para o quartil superior na última avaliação. Analisando as subescalas, pode-se dizer que *Organização do Ambiente* e *Disponibilidade de Materiais* foram as que mais contribuíram para este resultado, ao se manterem com pontuações crescentes e no subescore máximo ou muito próximo dele.

Gráfico 10 – Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 2 GC. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Gráfico 11 – Escores ao longo do tempo para Caso 2 GC. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

b) Abaixo apresenta-se um exemplo de caso de cada grupo (intervenção e controle) que obteve menor escore total. Considerando menor escore de resultados aqueles cujo escore total da avaliação de 24 meses esteja no quartil inferior da pontuação da escala (entre 0 e 25).

Caso 3 (GI)

No caso 3 abaixo representado pelos gráficos 12 e 13 observa-se aumento de pontuação dos 3 aos 12 meses e, então, uma queda acentuada aos 24 meses para um valor inferior ao apresentado aos 3 meses, deixando o escore final no quartio inferior. Analisando as subescalas pode-se dizer que *Responsividade Emocional e Verbal*, *Ausência de Restrição e Punição*, *Organização do Ambiente*, *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos* e *Envolvimento do Cuidador* foram as que contribuíram para o resultado final, pois apresentaram queda nos últimos tempos de avaliação.

Gráfico 12 – Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 3 GI. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Gráfico 13 – Subscores ao longo do tempo para Caso 3 GI. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Caso 4 (GC)

No caso 4 abaixo representado pelos gráficos 14 e 15 observa-se aumento de pontuação dos 3 aos 12 meses e, então, uma queda acentuada aos 24 meses para um valor inferior ao apresentado aos 3 meses, deixando o escore final no quartio inferior. Analisando as sub escalas pode-se dizer que *Responsividade Emocional*, *Ausência de Restrição e Punição* e *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos* foram

as que contribuíram para o resultado final, pois apresentaram queda apenas no último tempo de avaliação e para escores inferiores aos do primeiro tempo de avaliação.

Gráfico 14 – Escore IT-HOME Total ao longo do tempo para Caso 4 GC.
São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Gráfico 15 – Subscores ao longo do tempo para Caso 4 GC. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

5.3 RELAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA MÃE: PRESENÇA DE COMPANHEIRO E ESCOLARIDADE MATERNA, COM O ESCORE IT-HOME TOTAL E SUBESCALAS

5.3.1 Presença de companheiro

O gráfico 16 abaixo, dividido em duas partes para facilitar a leitura, apresenta os escores IT-HOME Total e por subescalas para mães com e sem a presença de um companheiro no GC e GI.

Na presença de companheiro o escore *IT-HOME Total* do GC e GI demonstram valores de mediana muito próximos aos 3 meses, enquanto aos 6 meses a diferença entre as medianas aumenta e o GI apresenta pontuação maior que GC, com significância estatística ($p=0,04$). Aos 12 meses ambos os grupos indicam aumento de mediana. Entre 12 e 24 meses observa-se uma queda importante de mediana em ambos os grupos, sendo a maior queda no GC. No escore IT-HOME Total observa-se que a mediana das mães sem companheiro no GI apresenta menores valores, quando comparada ao GC aos 3 meses. A mediana de ambos os grupos cresce gradativamente até os 12 meses com GC apresentando melhores pontuações que GI, contudo a diferença de pontos entre os grupos diminui entre 3 e 12 meses. Aos 24 meses o GI mantém seu valor anterior de mediana, mas o GC retrata uma queda significativa de valor.

Na subescala *Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador*, na presença de companheiro aos 3 meses o GI apresenta mediana maior que GC, já aos 6 meses ambos os grupos indicam aumento e GI se mantém acima de GC. Aos 12 e 24 meses o GC apresenta queda progressiva de mediana, porém o GI consegue manter a mesma mediana atingida aos 6 meses, mostrando-se mais estável. Além disso, a diferença de medianas que se estabelece aos 12 meses entre GI e GC, sendo GI com a maior pontuação, tem significância estatística ($p=0,04$). Na ausência de companheiro, GC aponta mediana maior que o GI aos 3 meses. Enquanto aos 6 meses GC mantém a mediana anterior e GI tem discreto aumento da mediana, e aos 12 meses GC denota discreto aumento e GI aumento significativo, com mediana maior que GC. Ainda aos 12 meses ambos os grupos apresentam queda de mediana, contudo, a queda do GC é bastante significativa atingindo valor inferior ao apresentado na avaliação de 3 meses. Já o GI, neste cenário, exibe uma queda

discreta e tem valor superior ao apresentado aos 6 meses.

Observando-se a escala *Ausência de Restrição e Punição* na condição com companheiro os dois grupos apresentam desempenhos equivalentes dos 3 aos 12 meses; aos 24 meses a mediana do GI se mantém e do GC apresenta aumento, terminando o período em destaque. Já na condição sem companheiro é possível notar que aos 3 meses GC tem mediana maior que GI. Já aos 6 meses GC mantém o valor de mediana e GI apresenta discreto aumento, contudo permanecendo com valor inferior aos de GC; aos 12 meses a situação se inverte, GC apresenta uma queda e GI aumenta o valor da mediana; aos 24 meses GC apresenta nova queda e GI mantém o valor da mediana, terminando com pontuação superior ao GC.

Quanto à subescala *Organização do Ambiente Físico e Temporal*, na presença de companheiro o GI apresenta mediana mais alta que o GC aos 3 meses, enquanto aos 6 meses GI mantém o valor de mediana e GC apresenta aumento, ficando com mesmo valor que GI; aos 12 meses ambos os grupos mantêm suas medianas; aos 24 meses GC apresenta nova queda no valor de sua mediana e GI mantém. Na ausência de companheiro GI e GC demonstram a mesma mediana aos 3 meses; aos 6 meses GC apresenta discreta queda de mediana e GI o mantém; aos 12 meses o GC apresenta discreto aumento de mediana, recuperando o valor exibido aos 3 meses e o GI mantém o valor da mediana; aos 24 meses o GC apresenta nova queda e GI se mantém imóvel. Chama atenção a estabilidade da mediana do GI durante todos os tempos de avaliação independente da condição em relação a parceiro.

Na subescala *Disponibilidade de Materiais e Brinquedos*, na presença de companheiro aos 3 meses observa-se a mesma mediana em ambos os grupos; aos 6 meses o GC apresenta discreto aumento de mediana e o GI exibe aumento um pouco mais consistente, ficando com valor acima do GC, com significância estatística ($p=0,02$); aos 12 meses ambos os grupos têm aumento de mediana, que é maior no GC deixando os valores iguais; aos 24 meses observa-se queda de mediana nos 2 grupos, sendo a queda mais intensa no GI, que fica com mediana inferior ao GC. Na condição sem companheiro aos 3 meses GC exibe mediana maior que GI; aos 6 meses a mediana do GC sofre discreto aumento e do GI se mantém; aos 12 meses ambos os grupos apresentam importante aumento de mediana, ficando o GI com valor maior que GC; aos 24 meses a mediana dos dois grupos sofre queda, contudo, o declínio no GC é mais significativo, deixando-o com valor inferior ao GI.

Com relação ao *Envolvimento do Cuidador com a Criança*, na presença de companheiro aos 3 meses os dois grupos apresentam a mesma mediana; enquanto aos 6 meses observa-se o mesmo aumento na mediana de ambos os grupos; aos 12 meses tem-se manutenção nas medianas para ambos os grupos; aos 24 meses as medianas caem, sendo a queda menor no GI que encerra com valor superior ao GC. Na ausência de companheiro, aos 3 meses o GC tem mediana maior que GI; aos 6 meses GC mantém sua mediana e observa-se aumento na mediana do GI; aos 12 meses a mediana do GC cai e do GI aumenta ficando acima do GC; a partir de então ambas as medianas apresentam queda e aos 24 meses chegam ao mesmo valor. Chama atenção que o valor da mediana para o GI aumenta até os 12 meses, mas cai aos 24 meses e termina com o mesmo valor que tinha aos 3 meses.

Na subescala *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana*, aos 3 meses no quesito ‘com companheiro’ é possível observar que o GI apresenta mediana superior ao GC; aos 6 meses o GC tem aumento de mediana e atinge o mesmo valor do GI, sendo mantida esta situação aos 12 e 24 meses; o GI, aos 24 meses mostra discreto aumento de mediana, com significância estatística ($p=0,04$). Chama atenção a estabilidade das medianas do GI até os 12 meses. Na avaliação ‘sem companheiro’ aos 3 meses GC e GI apresentam a mesma mediana; aos 6 meses observa-se aumento de mediana para o GI e manutenção de mediana para o GC; aos 12 meses a mediana do GI sofre queda e os grupos apresentam os mesmos valores de mediana observados aos 3 meses; aos 24 meses ambas as medianas aumentam. Chama atenção a estabilidade do GC dos 3 aos 12 meses na ausência de companheiro. Os dados numéricos podem ser verificados na Tabela 12.

Gráfico 16 (parte 1) – Relação entre a presença de companheiro materno e escore IT-HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Gráfico 16 (parte 2) – Relação entre a presença de companheiro materno e escore IT-HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Tabela 12 – Relação entre a presença de companheiro materno e escore IT-HOME Total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

	Presença de Parceiro?	Tempo de Avaliação	Grupo	min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
HOME Total	Sim	3 meses	Controle	17	21,75	26,5	29,25	34	24	0,25
			Intervenção	20	24,75	27	30	33	24	
		6 meses	Controle	18	27	30,5	32,5	41	28	0,04
			Intervenção	26	30	33	35	37	25	
		12 meses	Controle	17	29,25	32	36,75	41	22	0,35
			Intervenção	24	31	34	36	41	25	
		24 meses	Controle	16	21,5	25	30	39	19	0,19
			Intervenção	17	25	29,5	33,25	38	20	
	Não	3 meses	Controle	27	27	27	30	33	3	0,71
			Intervenção	15	16,5	23,5	30,75	33	4	
		6 meses	Controle	24	28,5	30,5	32,5	33	6	0,91
			Intervenção	23	26	29,5	32,5	34	4	
		12 meses	Controle	16	31,25	35	38	40	8	0,9
			Intervenção	24	31,5	34	38	41	7	
		24 meses	Controle	16	20	24	32,5	36	7	0,28
			Intervenção	21	25	34	35	38	5	
Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador	Sim	3 meses	Controle	3	6	7,5	9	10	24	0,1
			Intervenção	3	8	9	9	10	24	
		6 meses	Controle	2	8	9	10	11	28	0,07
			Intervenção	6	9	10	10	11	25	
		12 meses	Controle	5	7	8	10	11	22	0,04
			Intervenção	6	8	10	10	11	25	
		24 meses	Controle	2	6,5	7	10	11	19	0,1
			Intervenção	4	7,75	10	11	11	20	
	Não	3 meses	Controle	8	8,5	9	9,5	10	3	0,85
			Intervenção	1	4,75	8	10	10	4	
		6 meses	Controle	6	8	9	10	11	6	0,91
			Intervenção	6	7,5	8,5	9,5	11	4	
		12 meses	Controle	3	10	10	11	11	8	0,75
			Intervenção	6	9,5	11	11	11	7	
		24 meses	Controle	4	4	4	10,5	11	7	0,45
			Intervenção	5	7	9	10	11	5	

(continua)

(continuação)

	Presença de Parceiro?	Tempo de Avaliação	Grupo	min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
Ausência de Restrição e Punição	Sim	3 meses	Controle	3	5	5	6	7	24	0,55
			Intervenção	5	5	5	6	7	24	
		6 meses	Controle	5	5	5	6	7	28	0,33
			Intervenção	4	5	5	6	7	25	
		12 meses	Controle	1	4,25	5	6	7	22	0,74
			Intervenção	3	5	5	6	6	25	
		24 meses	Controle	0	4	6	6	8	19	0,57
			Intervenção	1	3,75	5	6	7	20	
	Não	3 meses	Controle	5	5,5	6	6	6	3	0,69
			Intervenção	5	5	5	5,5	7	4	
		6 meses	Controle	5	5,25	6	6	6	6	0,7
			Intervenção	5	5	5,5	6	6	4	
		12 meses	Controle	5	5	5,5	7,25	8	8	1
			Intervenção	4	5,5	6	7	7	7	
Organização do Ambiente Físico e Temporal	Sim	3 meses	Controle	2	4	4	5	6	24	0,91
			Intervenção	1	4	5	5	6	24	
		6 meses	Controle	3	5	5	6	6	28	0,93
			Intervenção	2	5	5	6	6	25	
		12 meses	Controle	4	5	5	6	6	22	0,76
			Intervenção	2	4	5	6	6	25	
		24 meses	Controle	2	3	4	5	6	19	0,13
			Intervenção	3	4	5	5	6	20	
	Não	3 meses	Controle	3	4	5	5	5	3	0,84
			Intervenção	2	4,25	5	5,25	6	4	
		6 meses	Controle	3	3	4,5	6	6	6	0,82
			Intervenção	5	5	5	5,25	6	4	
		12 meses	Controle	4	4,75	5	5,25	6	8	0,49
			Intervenção	4	5	5	6	6	7	
		24 meses	Controle	3	4	4	5,5	6	7	0,35
			Intervenção	4	5	5	6	6	5	

(continua)

(continuação)

	Presença de Parceiro?	Tempo de Avaliação	Grupo	min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
Disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados	Sim	3 meses	Controle	0	2	3	3	5	24	0,78
			Intervenção	0	1	3	3,25	5	24	
		6 meses	Controle	1	3	4	4,25	9	28	0,02
			Intervenção	2	4	5	6	7	25	
		12 meses	Controle	1	4	6	8	9	22	0,88
			Intervenção	2	5	6	7	9	25	
	Não	24 meses	Controle	0	2	5	6	8	19	0,61
			Intervenção	0	2	3,5	6	8	20	
		3 meses	Controle	3	3	3	3	3	3	0,69
			Intervenção	1	1	2	3,25	4	4	
		6 meses	Controle	3	4	4	4	5	6	0,22
			Intervenção	2	2	2	3	6	4	
Envolvimento do Cuidador com a Criança	Sim	12 meses	Controle	1	5	7,5	8,25	9	8	1
			Intervenção	2	5,5	8	8	9	7	
		24 meses	Controle	3	3	4	6	9	7	1
			Intervenção	0	2	7	8	8	5	
	Não	3 meses	Controle	2	2	4	5	6	24	0,47
			Intervenção	2	3	4	5	6	24	
		6 meses	Controle	1	4,75	5	5	6	28	0,81
			Intervenção	1	5	5	5	6	25	
		12 meses	Controle	2	3	5	5	6	22	0,51
			Intervenção	2	4	5	5	6	25	
	Não	24 meses	Controle	1	1,5	2	3,5	5	19	0,17
			Intervenção	1	2	3	4	5	20	
		3 meses	Controle	4	4,5	5	5	5	3	0,55
			Intervenção	1	1	3	5	5	4	
		6 meses	Controle	1	4,25	5	5,75	6	6	0,32
			Intervenção	2	3,5	4	4,25	5	4	
	Não	12 meses	Controle	2	3,75	4	5	5	8	0,53
			Intervenção	2	4	5	5	5	7	
	Não	24 meses	Controle	1	2	3	3	4	7	0,55
			Intervenção	2	2	3	4	5	5	

(continua)

(continuação)

	Presença de Parceiro?	Tempo de Avaliação	Grupo	min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana	Sim	3 meses	Controle	1	2	2	3	3	24	0,19
			Intervenção	1	2	3	3	5	24	
		6 meses	Controle	1	2	3	3	5	28	0,35
			Intervenção	1	3	3	3	5	25	
		12 meses	Controle	1	3	3	3	5	22	0,83
			Intervenção	2	3	3	4	5	25	
	Não	24 meses	Controle	1	2	3	4	4	19	0,04
			Intervenção	1	3	3,5	4,25	5	20	
		3 meses	Controle	1	1,5	2	3	4	3	0,84
			Intervenção	1	1,75	2	2	2	4	
		6 meses	Controle	1	2	2	2,75	4	6	0,49
			Intervenção	2	2	2,5	3,5	5	4	
		12 meses	Controle	0	1	2	2,25	3	8	0,85
			Intervenção	1	1,5	2	2	4	7	
		24 meses	Controle	1	2	3	3	4	7	0,86
			Intervenção	1	2	3	3	3	5	

(conclusão)

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

5.3.2 Escolaridade Materna

No gráfico 17 abaixo, dividido em duas partes para facilitar a leitura, pode-se analisar a relação entre escolaridade e os escores IT-HOME. No GC nenhuma mãe apresentava escolaridade Fundamental I, por isso observa-se apenas a curva do GI.

As curvas de escore IT-HOME Total se comportam de forma parecida entre GC e GI quando olhamos os resultados de mães com escolaridade Fundamental II. Com a diferença de que o GI inicia com escores mais altos comparados ao GC e mantém elevados ao longo do tempo, mesmo quando ambos os grupos apresentam queda de escore na avaliação de 24 meses. Chama atenção que no GC a queda aos 24 meses é para um escore inferior ao inicial. Contudo, encontramos dados estatisticamente significativos para mães com escolaridade Fundamental II aos 6 meses no escore total, quando GI apresenta 4,5 pontos a mais que GC ($p=0,02$); e na subescala *Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador*, quando GI apresenta 1 ponto a mais que GC ($p=0,01$). Nesta subescala também encontramos dados estatisticamente significativos para a mesma escolaridade aos 24 meses, quando GI tem 3 pontos a mais que GC ($p=0,05$).

Para as mães com escolaridade Ensino Médio pode-se observar curvas que se comportam de forma discretamente distinta. Visto que aos 3 meses, o GC apresenta escore ligeiramente menor que o GI; aos 6 meses têm-se a inversão dessa situação, pois o GC mostra uma tendência de aumento do escore mais acentuada que o GI e a diferença de pontos entre GC e GI diminui; aos 12 meses ambos os grupos demonstram aumento de escore, o GC tem escore mais alto que GI e a diferença de pontos entre eles aumenta discretamente; finalmente aos 24 meses observa-se queda de escore em ambos os grupos, sendo o escore do GC maior que do GI e a diferença de pontos entre eles é mantida.

Também chama atenção a subescala *Ausência de Restrição e Punição*. Quando aplicada às mães com escolaridade Fundamental II, pois não se observa alteração no subescore de ambos os grupos entre 3 e 6 meses, sendo a pontuação atingida pelo GI ligeiramente inferior ao GC. A partir de 6 meses o GC apresenta uma tendência de queda de subescore bastante acentuada até os 24 meses, mas o GI apresenta discreta queda aos 6 meses e ligeiro aumento aos 24 meses, terminando com subescore maior que o inicial.

Para as mães com escolaridade Ensino Médio as subescalas de maior destaque são as seguintes: 1-*Responsividade Emocional*, 2-*Ausência de Restrição e Punição* e 3-*Envolvimento Materno ou do cuidador com a criança*. Na primeira, observa-se aos 3 meses uma considerável diferença de subescores entre os grupos, sendo o subescore do GI maior quando comparado ao GC; aos 6 meses o GI apresenta discreta tendência de queda e o GC acentuada tendência de aumento ficando com o maior subescore entre os grupos; aos 12 meses os grupos apresentam o mesmo subescore, a partir daí ambos os grupos exibem tendência de queda no subescore; contudo este efeito é mais intenso no GC que chega aos 24 meses com subescore inferior ao GI. Neste caso, pode-se dizer que a intervenção apresenta efeito mais consistente aos 24 meses fazendo com que a tendência de queda no subescore seja menos acentuada. Na segunda, observa-se aos 3 meses uma considerável diferença de subescores entre os grupos, sendo que GI apresenta maior subescore que GC; a partir de então o subescore do GC tem acentuada ascensão chegando aos 12 meses com valores equivalentes entre os grupos; aos 24 meses observa-se uma tendência de queda muito mais elevada no GI, que atinge um subescore menor que os valores apresentados pelo GC aos 24 e aos 3 meses, sugerindo que a intervenção mostra algum efeito apenas até os 12 meses para mães com maior escolaridade. Na terceira, observa-se aos 3 meses uma considerável diferença de subescores entre os grupos, sendo que pela primeira vez essa variação é a favor do GC; aos 6 meses há uma tendência de aumento para ambos os grupos; aos 12 meses há uma discreta tendência de queda para o GC e uma acentuada tendência de aumento para o GI, diminuindo a diferença de subescores entre os grupos; aos 24 meses ambos os grupos apresentam uma tendência de queda, porém ela é maior para o GC que termina com um subescore ligeiramente menor que o GI, sugerindo que a intervenção apresenta melhora de efeito progressivamente até os 12 meses e depois parece não ter efeito para as mães com maior escolaridade. Os dados numéricos podem ser verificados na Tabela 13.

Gráfico 17 (parte 1) – Relação entre a escolaridade materna e escore IT-HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Gráfico 17 (parte 2) – Relação entre a escolaridade materna e escore IT-HOME total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

Tabela 13 – Relação entre a escolaridade materna e escore IT-HOME Total e subescores para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

HOME	Escolaridade	Tempo	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	Valor p*
HOME Total	Fundamental I	3 meses	Controle						0	0
			Intervenção	21	24	27	27,5	28	3	
		6 meses	Controle						0	0
			Intervenção	29	29,5	30	31	32	3	
		12 meses	Controle	30	30	30	30	30	1	0,80
			Intervenção	24	29,25	32,5	34,25	35	4	
		24 meses	Controle	25	25	25	25	25	1	1
			Intervenção	24	24,5	25	29,5	34	3	
	Fundamental II	3 meses	Controle	17	22,5	27	29,5	34	23	0,46
			Intervenção	15	24,25	27,5	30	33	22	
		6 meses	Controle	18	27	29,5	31,75	41	26	0,02
			Intervenção	23	30,25	34	35	37	22	
		12 meses	Controle	16	27,5	32	36,75	41	22	0,20
			Intervenção	25	31,25	33,5	36	41	22	
		24 meses	Controle	18	20,25	24,5	29,25	39	18	0,10
			Intervenção	17	24,75	29,5	34,25	38	16	
	Ensino Médio	3 meses	Controle	19	23,5	26	28	31	4	1
			Intervenção	23	24	25	28	31	3	
		6 meses	Controle	27	30,5	32	32,5	36	7	0,84
			Intervenção	26	30,5	32,5	33,5	35	4	
		12 meses	Controle	32	32,5	37	39	40	7	0,82
			Intervenção	24	33	37	38	41	6	
		24 meses	Controle	16	28,25	35	37,25	39	6	0,57
			Intervenção	26	28	31,5	33,5	38	6	
Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador	Fundamental I	3 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	6	7	8	8,5	9	3	
		6 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	6	7,5	9	9,5	10	3	
		12 meses	Controle	10	10	10	10	10	1	1
			Intervenção	6	9	10,5	11	11	4	
		24 meses	Controle	11	11	11	11	11	1	0,34
			Intervenção	8	8	8	8,5	9	3	
	Fundamental II	3 meses	Controle	3	6	8	9	10	23	0,17
			Intervenção	1	7,25	9	9	10	22	
		6 meses	Controle	2	6,5	9	10	11	26	0,01
			Intervenção	6	9	10	10	11	22	
		12 meses	Controle	3	7	8	10	11	22	0,06
			Intervenção	6	8	10	10,75	11	22	
		24 meses	Controle	2	4,25	7	9,75	11	18	0,05
			Intervenção	4	7	10	11	11	16	
	Ensino Médio	3 meses	Controle	5	8	9	9,25	10	4	1
			Intervenção	9	9	9	9	9	3	

(continua)

(Continuação)

HOME	Escolaridade	Tempo	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	Valor p*
		6 meses	Controle	8	9,5	10	10	11	7	0,09
			Intervenção	8	8,75	9	9	9	4	
		12 meses	Controle	9	9,5	10	11	11	7	1
			Intervenção	9	10	10	10,75	11	6	
		24 meses	Controle	4	7,25	11	11	11	6	1
			Intervenção	7	7,75	10,5	11	11	6	
	Ausência de Restrição e Punição	3 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	5	5,5	6	6,5	7	3	
		6 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	6	6	6	6	6	3	
		12 meses	Controle	5	5	5	5	5	1	0,13
			Intervenção	6	6	6	6	6	4	
		24 meses	Controle	7	7	7	7	7	1	0,61
			Intervenção	3	3	3	5	7	3	
		3 meses	Controle	4	5	5	6	7	23	0,80
			Intervenção	5	5	5	6	7	22	
		6 meses	Controle	5	5	5	6	7	26	0,62
			Intervenção	4	5	5	6	7	22	
	Fundamental II	12 meses	Controle	1	4,25	5	6	8	22	0,97
			Intervenção	3	5	5	6	7	22	
		24 meses	Controle	0	3,25	5	6	8	18	0,46
			Intervenção	1	5	6	6	7	16	
	Ensino Médio	3 meses	Controle	3	4,5	5,5	6	6	4	0,69
			Intervenção	5	5,5	6	6	6	3	
		6 meses	Controle	5	5	5	5,5	6	7	0,19
			Intervenção	5	5,75	6	6	6	4	
		12 meses	Controle	5	5	6	6	8	7	1
			Intervenção	5	5	5,5	6,75	7	6	
		24 meses	Controle	3	4,25	5,5	6	7	6	1
			Intervenção	2	4,25	5,5	6	7	6	
Organização do Ambiente Físico e Temporal		3 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	3	4	5	5	5	3	
		6 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	2	3,5	5	5,5	6	3	
		12 meses	Controle	4	4	4	4	4	1	0,45
			Intervenção	4	4,75	5,5	6	6	4	
		24 meses	Controle	2	2	2	2	2	1	0,34
			Intervenção	4	4,5	5	5	5	3	
	Fundamental II	3 meses	Controle	2	4	5	5	6	23	0,81
			Intervenção	2	4	5	5	6	22	
		6 meses	Controle	3	4,25	5	6	6	26	0,77
			Intervenção	2	5	5	5	6	22	
		12 meses	Controle	4	5	5	6	6	22	0,73
			Intervenção	3	4	5	6	6	22	

(continua)

HOME	Escolaridade	Tempo	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	Valor p*
Disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados	Ensino Médio	24 meses	Controle	3	4	4	5,75	6	18	0,61
			Intervenção	3	4	5	5,25	6	16	
		3 meses	Controle	3	3	3,5	4	4	4	0,58
			Intervenção	1	3	5	5,5	6	3	
		6 meses	Controle	3	4	5	5,5	6	7	0,15
			Intervenção	5	5,75	6	6	6	4	
		12 meses	Controle	4	4,5	5	6	6	7	0,87
			Intervenção	2	5	5,5	6	6	6	
		24 meses	Controle	3	3,25	4	4	6	6	0,16
			Intervenção	3	5	5	5,75	6	6	
	Fundamental I	3 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	1	2	3	3	3	3	
		6 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	4	4	4	5	6	3	
		12 meses	Controle	6	6	6	6	6	1	0,71
			Intervenção	2	2	3,5	5,5	7	4	
		24 meses	Controle	1	1	1	1	1	1	0,50
			Intervenção	2	3	4	6	8	3	
	Fundamental II	3 meses	Controle	0	2	3	3	5	23	0,90
			Intervenção	0	1,25	3	3,75	5	22	
		6 meses	Controle	1	3	4	4	9	26	0,03
			Intervenção	2	4	5	6	7	22	
		12 meses	Controle	1	4	5,5	8	9	22	0,51
			Intervenção	4	5	7	8	9	22	
		24 meses	Controle	1	3	4	6	8	18	0,50
			Intervenção	0	2	3	6	8	16	
	Ensino Médio	3 meses	Controle	0	2,25	3	3	3	4	1
			Intervenção	1	1	1	3	5	3	
		6 meses	Controle	3	3,5	4	4	6	7	0,61
			Intervenção	2	2	3	4,75	7	4	
		12 meses	Controle	5	6	8	9	9	7	0,42
			Intervenção	2	4,75	7,5	8	9	6	
		24 meses	Controle	3	5,5	7,5	8	9	6	0,14
			Intervenção	1	2,5	5,5	7	7	6	
Envolvimento do Cuidador com a Criança	Fundamental I	3 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	3	3,5	4	4	4	3	
		6 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	4	4	4	4,5	5	3	
		12 meses	Controle	3	3	3	3	3	1	1
			Intervenção	2	2,75	3,5	4,25	5	4	
		24 meses	Controle	2	2	2	2	2	1	1
			Intervenção	2	2	2	2,5	3	3	
	Fundamental II	3 meses	Controle	2	2	4	5	6	23	0,51
			Intervenção	1	3	5	5	6	22	

(continuação)

HOME	Escolaridade	Tempo	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	Valor p*
Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana	Ensino Médio	6 meses	Controle	1	4,25	5	5	6	26	0,45
			Intervenção	2	5	5	5	6	22	
		12 meses	Controle	2	3	4,5	5	6	22	0,09
			Intervenção	2	4,25	5	5	6	22	
		24 meses	Controle	1	1	2	3	5	18	0,09
			Intervenção	1	2	3	4	5	16	
		3 meses	Controle	2	4,25	5	5	5	4	0,26
			Intervenção	2	2,5	3	3,5	4	3	
		6 meses	Controle	4	4,5	5	5,5	6	7	0,11
			Intervenção	1	3,25	4	4,25	5	4	
		12 meses	Controle	4	4,5	5	5	6	7	0,56
			Intervenção	3	4,25	5	5	5	6	
		24 meses	Controle	1	3,25	4	4,75	5	6	0,73
			Intervenção	3	3	3,5	4	5	6	
	Fundamental I	3 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	1	1	1	1,5	2	3	
		6 meses	Controle						0	0,51
			Intervenção	2	2,5	3	3	3	3	
		12 meses	Controle	2	2	2	2	2	1	0,41
			Intervenção	2	2,75	3	3	3	4	
		24 meses	Controle	2	2	2	2	2	1	0,34
			Intervenção	3	3	3	3,5	4	3	
	Fundamental II	3 meses	Controle	1	2	2	3	4	23	0,17
			Intervenção	1	2	3	3	5	22	
		6 meses	Controle	1	2	3	3	5	26	0,44
			Intervenção	1	3	3	3	5	22	
		12 meses	Controle	0	2	3	3	5	22	0,19
			Intervenção	1	3	3	3,75	5	22	
		24 meses	Controle	1	2	3	3	4	18	0,17
			Intervenção	1	3	3	4,25	5	16	
	Ensino Médio	3 meses	Controle	1	1,75	2,5	3	3	4	1
			Intervenção	1	2	3	3	3	3	
		6 meses	Controle	2	2	3	3,5	4	7	0,09
			Intervenção	3	3,75	4	4,25	5	4	
		12 meses	Controle	1	2,5	3	3	3	7	0,48
			Intervenção	2	2,25	3	3,75	4	6	
		24 meses	Controle	2	2,25	3	3,75	4	6	0,35
			Intervenção	1	3,25	4	4	5	6	

(conclusão)

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

5.4 RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE VISITAS E O DESEMPENHO NO INVENTÁRIO IT-HOME

Ao longo do projeto aplicou-se a hipótese de que quanto maior o número de visitas melhor seria o desempenho das mães no Inventário IT-HOME, pois estas seriam expostas a um número maior de processos de cuidado, teriam mais oportunidades para esclarecer dúvidas e maior possibilidade de mudança ou incorporação de hábitos e aquisição de habilidades. No entanto, no gráfico 18 pode-se observar que houve fraca correlação entre o número de visitas e o escore IT-HOME Total. As famílias que atingiram escores IT-HOME no quartio superior (entre 37 e 45) receberam o mesmo número de visitas que aquelas que atingiram escores IT-HOME no quartio médio (entre 26 e 36). No geral as mães receberam entre 50 e 60 visitas, sendo que a maioria com este intervalo de visitas se concentra no quartio médio. O valor de coeficiente de correlação lineal de Pearson foi 0,17. O valor estimado do coeficiente de correlação é considerado baixo. Ou seja, não há uma associação lineal entre os escores HOME e o número de visitas.

Gráfico 18 – Correlação entre o número de visitas e o escore IT-HOME Total. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

5.5 RELAÇÃO ENTRE A ROTATIVIDADE DE ENFERMEIRA E O DESEMPENHO NO INVENTÁRIO IT-HOME

Por se tratar de um trabalho em que o vínculo é de seus principais pilares, a hipótese seria de que as mães que tiveram troca de enfermeira poderiam apresentar escore IT-HOME mais baixos. O gráfico 19 mostra que em todos os tempos de avaliação, exceto aos 6 meses, as mães que foram acompanhadas pela mesma enfermeira do início ao fim da pesquisa (sem troca de enfermeira) apresentaram medianas de escore total IT-HOME maiores, quando comparadas a mães que passaram por pelo menos uma troca de enfermeira ao longo da pesquisa. Aos 6 meses, as mães que passaram por troca de enfermeira apresentaram uma elevação de mediana estatisticamente significativa (valor de p menor que 0,05) Dados numéricos podem ser observados na Tabela 14 (APÊNDICE I).

Gráfico 19 – Relação entre troca ou não de enfermeiras visitantes e o escore IT-HOME Geral. São Paulo, 2020

Fonte: A autora.

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos revelam em ambos os grupos que a maioria das participantes eram pardas, solteiras, com baixa escolaridade (considerando a idade, a maioria das participantes encontra-se em atraso escolar), desempregadas e quando empregadas a renda foi menor que um salário mínimo (R\$ 788,00 em 2015). Estes são dados condizentes com os divulgados no Levantamento de Informações Territoriais (LIT) realizado com base no Censo Demográfico de 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) onde pode-se verificar o seguinte: 1,6% dos moradores de aglomerados subnormais (nome dado pelo IBGE as favelas) possuíam curso superior, 51% das mulheres se declaram de cor parda, 58% das mulheres têm o primeiro filho antes dos 20 anos, 21% dos lares em favelas são chefiados por mães solo, 31,6% da população que trabalha recebe até meio salário mínimo, 27,8% possuem trabalho sem carteira assinada (IBGE, 2013).

Apesar da diferença entre os grupos não ser estatisticamente significativa, na maioria das análises, este estudo mostrou resultados positivos da intervenção do PJMC. A análise dos *Escores IT-HOME Total* dos grupos Controle e Intervenção ao longo do tempo indica uma tendência de que a qualidade do ambiente domiciliar apresenta melhores escores até 1 ano de idade do bebê e após decaia nos 2 grupos; contudo, no GI a queda é menor, denotando potencial do PJMC para manter um ambiente de qualidade para o desenvolvimento da criança. Os dados sugerem que o PJMC precisa sofrer adequações na abordagem do período de 13 a 24 meses, para que esta seja mais efetiva na manutenção da qualidade do ambiente.

Andrade et al. (2005) em um estudo de coorte transversal com o objetivo de analisar a associação entre a qualidade do estímulo doméstico e o desempenho cognitivo infantil, examinou 350 crianças com idades entre 17 e 42 meses residentes em áreas centrais e periféricas de Salvador-BA, que não sofreram nenhum tipo de intervenção prévia, e encontrou uma média de escore IT-HOME Total de 27, número menor que o encontrado na amostra do PJMC; com isso fica claro o potencial do PJMC mesmo com a necessidade de ajustes.

Na subescala *Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador* a intervenção se destaca, pois a análise longitudinal evidencia melhora progressiva neste aspecto da qualidade do ambiente; entretanto o mesmo não acontece no GC. Este é um

resultado esperado da intervenção, já que desde a gestação as enfermeiras visitadoras trabalham com as mães o vínculo afetivo e estimulação do bebê. Nas visitas são abordados temas referentes à importância de conversar com o bebê desde a gravidez, responder ao seu balbuciar, apontar e nomear objetos de interesse, explicar o mundo de forma suave e com vocabulário compreensível ao bebê (manhês), contar histórias como formas de brincar, estimular a exploração elogiando as aquisições de habilidades e motivando a transposição das dificuldades encontradas de forma amorosa, acolhedora e compreensiva (Pinheiro, 2016). Essa abordagem parece ter atingido os resultados esperados, visto que na maioria dos tempos de avaliação a mediana do GI é igual ou maior do que a concentração dos melhores resultados do GC. Os resultados encontrados nesta subescala são parecidos com os demonstrados em um estudo RCT canadense, que investigou os efeitos de uma intervenção domiciliar com duração de um ano - baseada no Modelo Transacional de Intervenção Precoce em Casa - com foco no desenvolvimento infantil em uma amostra de recém-nascidos termo e pré-termo (Barrera, Rosenbaum e Cunningham, 1986).

Na Subescala *Ausência de Restrição e Punição* existe uma tendência de manutenção de escores iguais entre GI e GC, no que diz respeito à dimensão da qualidade do ambiente dos 3 até os 12 meses; a partir daí há uma mudança positiva apenas no GI. Podemos atribuir isso ao crescente ganho de autonomia e capacidade de interação do bebê. Aos 24 meses o bebê é mais ativo e explorador, muitas vezes não atendendo às demandas, imposições ou expectativas dos cuidadores sobre seu comportamento (Mahler, Pine, Bergman, 2002); o que pode resultar em restrições e punições mais frequentes (Cassidy, Berlin, 1994). O resultado diferenciado pode indicar que as mães do GI estavam mais dispostas a aceitarem comportamentos de difícil manejo, provavelmente devido ao empenho das enfermeiras não apenas em mostrar para mãe que uma criança com desenvolvimento saudável é mais exploradora, mas ainda que colocar restrições a esse comportamento é prejudicial ao desenvolvimento infantil. Também pode indicar que o impacto do programa pode ser cumulativo, ou seja, embora tenha se iniciado a intervenção na gravidez, o impacto dessa dimensão de qualidade do ambiente só consegue ser visualizado aos 24 meses. Chama atenção o fato de apenas o GC ter atingido a pontuação máxima da subescala (8 pontos) em dois tempos de avaliação. Estes dados de pontuação

favoráveis para GI (aumento de subescore após os 12 meses) estão de acordo com um estudo realizado para testar os impactos na criança, de um programa de intervenção aplicado no período pré-natal direcionado a famílias que vivem em comunidades desfavorecidas de Dublin, na Irlanda; onde as famílias do grupo que recebeu tratamento também foram mais propensas a aceitar comportamentos infantis abaixo do ideal sem o uso de punição (Orri et al., 2019).

Quanto à *Organização do Ambiente Físico e Temporal* também podemos inferir um potencial do PJMC em manter essa dimensão da qualidade do ambiente doméstico. O foco de observação e perguntas tratado nessa subescala dizem respeito à organização do ambiente no sentido de manter uma estabilidade, ou seja, a rotina. Dada a pontuação menor do GC quando comparado com o GI aos 3 meses e alterações insipientes ao longo do tempo, pode-se concluir que este outro resultado é condizente com a proposta do PJMC. Visto que desde o início das VDs é colocada a importância da construção e manutenção de uma rotina tanto para a família, quanto para a criança, além de preparar a mãe para o fato de que a criança demandará uma necessidade gradativamente maior de envolvimento em atividades que exigirão planejamento (Pinheiro, 2016).

A subescala *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos apropriados* é a única em que o GI apresenta pontuação menor que o GC aos 24 meses; este resultado também pode ser entendido como efeito da Intervenção. Por se destinar a uma população economicamente desfavorecida, o PJMC aposta no poder da interação e propaga a ideia de que o cuidador pode ser um “brinquedo” muito atrativo para criança, além de estimular que objetos do cotidiano, como potes plásticos, panelas e meias velhas, sejam usados pelas mães na improvisação de brinquedos (Pinheiro, 2016). Isso pode ter impacto negativo na pontuação de itens da subescala como “O cuidador primário fornece brinquedos que favorecem a coordenação visomotora simples – por exemplo: peças para serem introduzidas ou retiradas dos orifícios, caixas, contas para enfiar, etc” que compõem esta subescala. Outro aspecto a se considerar é o natural aumento do tamanho dos brinquedos com a progressão da idade. E o fato de as mães que participaram deste RCT residirem em espaços físicos bastante limitados, que raramente comportariam o armazenamento de um brinquedo como triciclo ou mesas e cadeiras apropriadas para a criança, impactando negativamente a pontuação de questões como “A criança tem um patinete, um

andador, um triciclo, qualquer carrinho que a criança impulsiona com os pés”.

A dimensão da qualidade do ambiente que surpreendeu de forma negativa diz respeito à subescala *Envolvimento do Cuidador com a Criança*, pois ambos os grupos apresentaram, aos 24 meses, pontuações menores que aos 3 meses, quando a princípio se esperaria o contrário. Porém, podemos fazer uma reflexão a cerca do desenvolvimento, posto que, aos 24 meses a fragilidade física é reduzida e com o progressivo ganho de habilidades as mães tendem a dar cada vez mais autonomia às crianças, reduzindo assim a vigilância sobre elas; o que é considerado saudável e prova o desenvolvimento do sentimento de empatia nas mães (Brazelton, Cramer, 1992). Outro fenômeno a ser considerado é a introdução das crianças na creche após completarem 12 meses, fenômeno esse que inclusive exigiu uma adaptação das visitas do PJMC, pois as crianças já não ficavam na casa em horário comercial, o qual era o adotado para realização das VDs. Grande parte das mães acredita que na creche a criança receberá a maior parte da estimulação necessária ao seu desenvolvimento, e por isso deixam de se preocupar em oferecer brincadeiras estruturadas para a criança em casa (Bógus et al., 2007). Os apontamentos citados acima podem impactar de forma negativa em itens da subescala como “*O cuidador primário tende a conversar com a criança dentro do seu campo visual e tende a olhá-la frequentemente*” ou “*O cuidador primário estrutura os períodos de brinquedo da criança*”, portanto esses dados sugerem que a intervenção precisaria abordar de forma mais incisiva esses dois subitens, do aspecto da qualidade do ambiente que diz respeito a *Envolvimento do Cuidador com a Criança*.

Outro aspecto da qualidade do ambiente em que uma revisão da intervenção pode ser bem-vinda é o contemplado pela subescala *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana*. Nesta, apesar de o GI apresentar melhor resultado que GC aos 3 meses, este último permanece inalterado durante todos os tempos seguintes de avaliação. Talvez a intervenção possa optar por oferecer um conjunto de atividades para estimulação da criança através de brincadeiras que envolvam tanto a criança, quanto a mãe e, ainda, outro cuidador, promovendo fortalecimento do vínculo, para além do desenvolvimento de habilidades da criança. Um bom exemplo desse tipo de intervenção é o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), que leva ações socioeducativas às famílias com crianças de zero até seis anos em situação de vulnerabilidade social através da orientação de atividades lúdicas específicas,

voltadas à promoção das habilidades/capacidades das crianças, considerando seu contexto cultural, suas necessidades e interesses, em atendimentos semanais realizados nas casas das famílias (Verch, 2017).

O presente estudo alcançou escores IT-HOME Totais e de subescalas muito parecidos com os encontrados por Souza e Magalhães (2012), em seu estudo cujo objetivo foi comparar o desenvolvimento motor de crianças mineiras de 12 a 18 meses nascidas pré-termo e a termo; além de investigar sua relação com o desempenho funcional e com a quantidade e qualidade de estímulos ambientais. Ambos os estudos apresentam medianas que se aproximam bastante da mediana padrão reportada no manual do *Home Observation Measurement of the Environment* (HOME), exceto para subescala *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos apropriados* e para escores *IT-HOME Total* que estão abaixo da mediana americana (Souza, Magalhães, 2012).

Os dados apresentados mostram que o impacto do PJMC no ambiente é limitado, poucas análises verificaram diferença estatisticamente significativa entre os GC e GI, causando a impressão de que a pouca diferença observada pode ser entendida mais como uma adaptação natural da mãe aos acontecimentos, do que um efeito direto do PJMC.

Nos casos específicos apresentados, a subescala *Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador* pode ser considerada uma potência da intervenção, pois ela contribui para um melhor resultado no GI, mas o mesmo não acontece no GC. Da mesma forma se comporta a subescala *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana*, que além de aparecer como contribuindo para um melhor resultado no GI, não aparece como contribuindo para um resultado ruim em nenhum dos grupos. Como fragilidades pode-se considerar a subescala *Ausência de Restrição e Punição*, por apresentar grande contribuição para um resultado pior em ambos os grupos. Diante disso é relevante que em uma revisão dos protocolos de visita do PJMC sejam incluídas estratégias que possam impactar em aspectos considerados para pontuação na subescala *Ausência de Restrição e Punição* como, por exemplo, orientações que levem a mãe a promover uma comunicação saudável com a criança, sem gritos, cuidando para não demonstrar irritabilidade ou hostilidade verbal, muito menos punições físicas (Barros, Freitas, 2015).

De acordo com a Teoria Bioecológica (Bronfenbrenner, 1996) a família é uma parte importante do ambiente da criança em desenvolvimento e a amostra em estudo é composta por famílias com características diversas. Assim, justifica-se a eleição de algumas características maternas, tais como escolaridade da mãe e presença de companheiro, para correlacionar com os resultados do Inventário IT-HOME e conhecer o impacto do microssistema familiar no desenvolvimento da criança.

Estudos apontam que a presença de ambos os pais é importante para o desenvolvimento infantil e, também, crianças que crescem com o pai ou com uma figura paterna apresentam melhor desenvolvimento cognitivo e menores índices de problemas de comportamento (Black, Dubowitz, Starr, 1999; Marshall, English, Stewart, 2001). Diante disso, avaliou-se a relação entre os escores IT-HOME e a presença de um companheiro para a mãe.

Na presença de companheiro o escore *IT-HOME Total* aos 6 meses do GI apresenta pontuação maior que GC, com significância estatística, o que pode indicar uma associação positiva entre a presença de companheiro e melhores pontuações no *IT-HOME Total* para as mães que recebem a intervenção; ou seja, possivelmente a intervenção ajuda as mães com companheiro a melhorarem a qualidade geral do ambiente domiciliar.

Na subescala *Responsividade Emocional e Verbal do Cuidador* aos 12 meses e na presença de companheiro o GI apresenta mediana de subescore maior que o GC, com significância estatística. Contudo, comparando resultados com e sem companheiro, ambos os grupos apresentam melhores escores desta subescala na ausência de companheiro, o que pode ser explicado pelo fato da criança não ser o único foco de atenção e cobrança (Barker, Loewenstein, Ribeiro, 1997). Quando há um companheiro algumas mães sentem-se envergonhadas em usar o “manhês” na presença do cônjuge e, então, se habitua a não fazê-lo na presença de outras pessoas, dificultando a avaliação deste item através da observação. Denomina-se “manhês” às modificações na fala da mãe, ou figura substitutiva, dirigidas à criança pequena frequentemente representadas por uma fala mais lentificada, aveludada, com uso de falseto, diminutivos, repetições, partes sussurradas, duração prolongada de certas palavras, mais de um acento frasal, etc; que são observadas em diferentes línguas e culturas (Cavalcante, Barros, 2012; Scorsi, Lyra, 2012) e constituem-se em um instrumento importante para o desenvolvimento tanto psíquico (Pierotti, Levy,

Zornig, 2010), quanto físico - motor e linguagem - da criança (Flores, Beltrami, Souza, 2011), e por isso é usado como ponto de avaliação em Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil - IRDI (Mozzaquatro, Arpini, Polli, 2015).

Na presença de um companheiro também pode haver maior cobrança por organização, o que leva a mãe a diminuir a frequência com que permite à criança se envolver em atividades e jogos que promovam bagunça (Barker, Loewenstein, Ribeiro, 1997). Estes aspectos poderiam contribuir para menor pontuação no Inventário IT-HOME. Entretanto, para o GI os subescores aos 12 meses são muito próximos tanto para presença quanto para ausência de companheiro; o mesmo não acontece no GC. Isso pode sugerir que a intervenção tem o potencial para amenizar o suposto efeito negativo que a presença de um companheiro pode exercer sobre a *responsividade do cuidador*. Durante as visitas, as enfermeiras visitadoras sempre conversam diretamente com a criança usando o “manhês” de forma clara e audível e expressando ideias de fácil compreensão. Ademais, interrompem imediatamente a conversa com as mães quando a criança solicita atenção, exercendo assim uma modelagem para o comportamento das mães (Pinheiro, 2016).

Para a subescala *Disponibilidade de Materiais e Brinquedos* observa-se um comportamento de trajetória muito diferente com a variável presença de companheiro. Aos 6 meses, enquanto o GC mantém a mesma pontuação de mediana independente da presença de companheiro, no GI com a presença de companheiro, o aumento de pontuação é mais intenso, com significância estatística; o que pode se justificar por serem os três primeiros meses de vida um período em que a presença da mães é mais constante devido a amamentação. Além disso as enfermeiras visitadoras do PJMC estimulam que a interação com os pais e as descobertas do próprio corpo e do mundo sejam o foco mais lúdico para o bebê, o que pode afastar alguns pais ou companheiros imbuídos da cultura social que o coloca no papel de provedor, no caso, através do fornecimento de brinquedos para a criança (Barker, Loewenstein, Ribeiro, 1997). O aumento desse subescore no GI na avaliação de 6 meses, com significância estatística, está de acordo com o que se espera. Pois apenas aos 6 meses com o fortalecimento muscular e ganhos motores, as enfermeiras visitadoras do PJMC estimulam mais intensamente a introdução de brinquedos, então os pais ou companheiros das mães também podem sentir-se mais confortáveis para interagir com a criança, que já não parece tão frágil e não é amamentada com tanta frequência,

e essa interação é facilitada por brinquedos. Isso pode explicar a relação entre a presença de companheiro e o aumento da qualidade do ambiente no que diz respeito à disponibilidade de brinquedos (Engle, Breaux, 1998). Apesar dos bons resultados, ajustes no protocolo de visitas também podem ser feitos no sentido de incluir mais a participação do pai no primeiro trimestre de vida e mostrar que, apesar da cultura social, o papel do pai em prover o afeto e cuidados básicos são muito importantes para o desenvolvimento do bebê (Cox, Owen, Henderson, 1992).

Na subescala *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana* é possível observar padrões de desempenho da mediana no subescore muito distintos, na presença ou ausência de companheiro para ambos os grupos. Na presença de companheiro os subescores do GI são mais altos desde os 3 meses e apesar de se manterem estáveis aos 6 e 12 meses, tendem a aumentar discretamente aos 24 meses, com significância estatística; diferente do GC que mantém a mesma mediana dos 6 aos 24 meses. Este padrão de estabilidade não acontece na ausência de companheiro, condição em que a mediana de subescore de ambos os grupos varia ao longo dos tempos de avaliação e aos 24 meses os dois grupos têm o mesmo resultado. É possível inferir que a presença de companheiro potencializa o efeito da intervenção neste aspecto da qualidade do ambiente. E que a intervenção tenha efeito cumulativo, pois nesta condição o GI apresenta tendência de aumento de subescore aos 24 meses e o GC não. Os dados sugerem que a intervenção pode ser capaz de manter a estabilidade da qualidade do ambiente na presença de um companheiro para a mãe. Estes resultados estão de acordo com o que é empreendido nas VDs, pois as enfermeiras visitadoras abordam a importância da leitura e contação de histórias para a criança, estimulam que o pai ou companheiro deve fazer parte da rotina de cuidados da criança e explicam a importância de proporcionar para a criança a oportunidade de conviver e, ainda, estabelecer relações saudáveis com outros membros da família, dentro e fora de casa (Pinheiro, 2016).

Os resultados do PJMC no ambiente domiciliar com a variável presença de companheiro tornam-se de difícil comparação com resultados de outros estudos já publicados, pois aqui observamos resultados diversos nas subescalas do IT-HOME, enquanto outros estudos apresentam apenas resultados que apontam o escore IT-HOME Total. Andrade et al. (2005), por exemplo, no mesmo estudo transversal já citado anteriormente, com o objetivo de analisar a associação entre a qualidade do

estímulo doméstico e o desempenho cognitivo infantil, examinando 350 crianças com idades entre 17 e 42 meses residentes em áreas centrais e periféricas de Salvador-BA, que não sofreram nenhum tipo de intervenção prévia, com relação a presença de companheiro, obtiveram piores escores para as mães sem companheiro, as médias foram de 27,3 e 25,7 para aquelas com companheiro e sem companheiro, respectivamente. No PJMC os piores resultados do IT-HOME Total foram para mães com companheiro. De uma forma geral, autores que estudam responsividade materna, relacionando-a ao desenvolvimento infantil, dizem que mães com apoio de um companheiro tendem a receber maior apoio social e a serem mais responsivas e envolvidas com seus filhos, o que favoreceria o desenvolvimento infantil (Burchinal, Follmer, Bryant, 1996; Heck, Parker, 2002).

Com relação a escolaridade é possível supor que, na população geral, mães com maior escolaridade foram expostas a um maior número de informações sobre desenvolvimento infantil e, por isso, conseguem prestar cuidados de maior qualidade, promover uma estimulação mais adequada e diversa, estabelecer relações mais saudáveis do ponto de vista físico e emocional e proporcionar menor exposição a riscos. Bradley (2002), afirma que a escolaridade materna exerce impacto sobre o desenvolvimento da criança através de fatores como práticas parentais, organização do ambiente doméstico, vivência com materiais para estimulação, entre outros.

Ao analisar os gráficos de Escore IT-HOME Total parece que o PJMC promove melhores resultados para mães com menor escolaridade, pois para aquelas com ensino fundamental II houve uma diferença maior de escore entre os grupos; as mães do GI com ensino fundamental II atingiram escores maiores que as mães do grupo intervenção com escolaridade Ensino Médio aos 3 e 6 meses, sendo que aos 6 meses houve significância estatística. Isso também pode indicar que a intervenção teve resultados mais eficazes até os 6 meses, pois ao receber a intervenção as mães com baixa escolaridade conseguiram proporcionar à criança um ambiente com maior qualidade, quando comparadas a um cuidador com maior escolaridade.

A escolaridade da mãe, segundo a Teoria Bioecológica (Bronfenbrenner, Morris, 1998), pode ser interpretada como um aspecto relacionado à “Recurso”, não da pessoa em desenvolvimento, a criança, mas daquela com quem se estabelece processos proximais e pode influenciar nos cuidados oferecidos à criança, dentro do microsistema. Tal aspecto pode ser mediador das subescalas *Responsividade*

Emocional e Verbal do Cuidador, Envolvimento do Cuidador com a Criança e Oportunidade de Variação da Estimulação Cotidiana. Observando as subescalas nota-se que *Responsividade Emocional e Verbal do cuidador* e *Envolvimento do Cuidador com a Criança* foram aquelas que apresentaram maior diferença entre os grupos quando a escolaridade da mãe foi Fundamental II. O que está de acordo com as expectativas do PJMC, pois desde a gestação as enfermeiras falam sobre a importância de se comunicar com a criança e considerá-la como um sujeito com desejos e necessidades, reconhecendo e elogiando seus ganhos de habilidades com carinho; de forma que mesmo as mães com menor escolaridade podem compreender e aplicar as orientações da enfermeira visitadora.

Na amostra do PJMC a escolaridade pode ter relação, estatisticamente significativa, com o desempenho no Inventário IT-HOME apenas aos 6 meses para *Escore Total*, e aos 6 e 24 meses para subescore *Responsividade Emocional e Verbal do cuidador*. Andrade et al. (2005), em um estudo com o objetivo de analisar a associação entre a qualidade do estímulo doméstico e o desempenho cognitivo infantil de crianças entre 17 e 42 meses, identificando o impacto da escolaridade materna sobre a qualidade dessa estimulação, ao examinar a escolaridade das mães em seu estudo encontrou a média de escore IT-HOME Total de 27,9 para mães com mais de 5 anos de estudo (equivalente ao Fundamental II ou maior), resultado inferior ao encontrado para todos os tempos de medida (dentro da mesma faixa etária) na amostra do PJMC. Na amostra de Andrade et al, apenas a subescala *Ausência de Restrição e Punição* se comportou de forma independente da escolaridade. Diferente do resultado encontrado por Lamy Filho et al. (2011) em uma pesquisa que objetivou analisar o ambiente domiciliar de 176 crianças de 2 anos quanto à oferta de estímulos e sua relação com suspeitas de atraso de desenvolvimento, em uma comunidade de baixa renda na periferia de São Luiz – MA, mostrou que a baixa escolaridade dos pais (menor ou igual a 5 anos de estudo - equivalente ao período de ensino fundamental I até ensino fundamental II) teve associação significativa para baixos escores do IT-HOME.

No mesmo sentido, um estudo realizado com 630 crianças em Pelotas-RS (Martins et al., 2004) buscou identificar fatores de risco que possam estar associados à qualidade do ambiente; e encontrou forte associação entre escolaridade materna e qualidade do ambiente. Apesar deste estudo utilizar a versão MC-HOME, para pré-

escolares, vale citá-lo aqui para ilustrar que a associação entre qualidade do ambiente e escolaridade materna é relevante ao longo de toda infância.

O PJMC foi estruturado de forma a instrumentalizar as mães, ainda que tenham pouca escolaridade, para que sejam capazes de promover um ambiente favorável ao desenvolvimento da criança.

O Inventário IT-HOME mede a qualidade do ambiente levando em consideração, de forma geral, a qualidade dos cuidados, o nível de estimulação e exposição a riscos ou elementos limitantes. Logo, os resultados apresentados acima no escore IT-HOME Total mostram que a intervenção foi capaz de impulsionar o desempenho dos cuidadores com menor escolaridade a níveis similares aos apresentados pelos cuidadores com maior escolaridade, até os 12 meses de vida da criança.

A relação entre o número de visitas e os resultados apresentados pelos participantes é foco de interesse de grande parte dos programas de intervenção precoce na primeira infância (Holland et al., 2014; Raikes et al., 2006). Os dados analisados na amostra do PJMC sugerem que não há uma associação comprovada entre os escores IT-HOME e o número de visitas, tal resultado se contrapõe ao que encontramos na literatura. Em um estudo de avaliação do programa Early Head Start, que teve como objetivo identificar se medidas de envolvimento dos pais nos programas de visitas domiciliares (dentre elas o número de visitas) prediziam resultados para crianças e para a família, chegou à conclusão de que muitas das variáveis de envolvimento em visitas domiciliares na amostra de 951 famílias associaram-se significativamente às variáveis de resultados da criança e da família. Para os resultados dos pais (entre eles a pontuação de escore HOME Total), a associação foi significativa em todas as análises, significando que, naquela amostra, houve associação positiva entre o número de visitas recebidas pela família e seu desempenho no HOME, embora a magnitude desses efeitos tenha sido de pequena a moderada (Raikes et al., 2006).

O Programa Nurse Family Partnership também fez um estudo parecido, com objetivo de examinar os padrões de frequência de visitas em uma amostra com 743 famílias do programa em Memphis, nos Estados Unidos, e as associações desses padrões com características e resultados familiares (entre eles os resultados do inventário HOME). No estudo, os participantes que receberam ao menos 50% do

número de visitas recomendado pelo programa apresentaram melhores ambientes domésticos (Holland et al., 2014).

Talvez uma limitação do presente estudo para encontrar relação positiva entre o número de visitas e os resultados da intervenção no inventário IT-HOME, seja o tamanho da amostra; já que quando comparada às amostras dos estudos acima citados que encontraram uma associação positiva, chama-se atenção para esta discrepância. Assim, recomenda-se que novas análises sejam realizadas com uma amostra mais significativa.

Por diversas razões, ao longo dos 3 anos em que a pesquisa se desenvolveu, houve uma rotatividade de enfermeiras visitadoras. Por consequência, algumas mães foram acompanhadas por mais de uma enfermeira durante a participação no PJMC (Fracolli et al., 2018). Considerando que o Enfermeiro é reconhecido como um profissional capacitado e bem aceito pelas famílias para propagar ações promotoras de parentalidade e desenvolvimento infantil (Reticena et al., 2019), alcançando, assim, melhores resultados em VDs quando comparado a outros profissionais de saúde (Donelan-Mccall, Olds, 2012); e, ainda, por ser o PJMC uma intervenção pautada no relacionamento enfermeira visitadora – mãe adolescente, mesmo comprovada a importância dessa relação para a construção de um papel maternal (Abreu-D'Agostini, 2020), analisou-se a relação entre a rotatividade de enfermeira visitadora e os resultados no inventário IT-HOME. Dessa maneira, os dados indicam que a assistência de uma mesma enfermeira - do início ao fim da participação de cada mãe no PJMC - refletiu em uma mediana maior na maioria dos tempos de avaliação. Contudo, não foi um elemento que estabeleceu relação, estatisticamente comprovada, com o desempenho das mães no IT-HOME, pois apenas aos 6 meses houve relação estatística, e esta foi favorável à rotatividade de enfermeiras visitadoras. Portanto a alternância de enfermeira visitadora não teria influência na qualidade do ambiente doméstico.

7 Conclusão

7 CONCLUSÃO

Na presente pesquisa o enfoque analítico foi direcionado a um dos objetivos/dimensão do PJMC definida como “saúde ambiental”. Esta dimensão se propõe a auxiliar a mãe adolescente a reconhecer a casa, a comunidade, os recursos sociais e as relações pessoais e familiares como processos que influenciam o desenvolvimento da criança. Para tanto, durante as VDs são apresentados conteúdos relativos à organização do domicílio e do entorno com foco na segurança, acessibilidade a serviços de qualidade e influência do ambiente social no desenvolvimento sociocognitivo da criança. As enfermeiras visitadoras fornecem apoio emocional e ajuda reflexiva para identificar recursos disponíveis no ambiente que possam garantir condições de vida adequadas, moradia segura, creche e escola, e acesso a serviços de saúde e segurança comunitária (Pinheiro, 2016).

Diante disso os resultados mostram um discreto impacto das ações desenvolvida pelo PJMC na qualidade do “ambiente” das famílias assistidas. Muito embora a amostra seja pequena e instável ao longo dos períodos de avaliações, dificultando assim que os achados sejam estatisticamente conclusivos.

Na experiência como enfermeira visitadora e, atualmente, como supervisora do PMJC e, ainda, do Programa PRIMIEROS LAÇOS* foi possível observar que o conjunto de intervenções aplicadas pelo PJMC tem resultado cumulativo, traça um caminho longo e lento para se converter em mudança concreta e perceptível no estilo de vida das famílias.

Quando se trabalha com condições de vulnerabilidade severa torna-se muito desafiador medir impactos a curto prazo, pois a instabilidade da situação financeira e social muitas vezes faz com que mudanças positivas manifestas em um mês precisem ser modificadas no seguinte, para atender a alguma demanda mais urgente o ponto de vista da sobrevivência. Ou seja, a construção de um ambiente domiciliar favorável ao desenvolvimento infantil é lenta e sua manutenção delicada.

As políticas públicas ou equipamentos que podem ser empregadas em favor das famílias - com o objetivo de transformar a realidade de vulnerabilidade (Bolsa

* Após sua primeira etapa (2015 – 2018) o Programa Jovens Mães Cuidadoras sofreu algumas modificações, entre elas uma expansão e foi rebatizado como “Programa Primeiros Laços”.

Família, CRAS, CREAS, Creche, EJA) - são vistas por seu público-alvo como limitadas e de difícil acesso. Com isso há certa resistência das famílias quando tais políticas públicas ou equipamentos são recomendados pelas enfermeiras visitadoras.

Um aspecto relevante para construção de um ambiente domiciliar saudável é o território, ou o entorno da residência, e nele a atuação do PJMC é muito limitada. A presença do tráfico, a violência e as barreiras geográficas colocam-se ainda como questões que exigem empenho não apenas da família, mas também da enfermeira visitadora para que seja possível ultrapassar este obstáculo e fazer evoluir a intervenção com a frequência e qualidade desejadas. Ou seja, intervenções para melhorar o ambiente de vida das crianças precisam ser intersectoriais, pois problemas complexos só se enfrentam com ações colaborativas e complementares (Clark et.al., 2020).

Cabe aqui ainda a ressalva de que o instrumento escolhido para a análise, o Inventário de Observação Doméstica para Mensuração do Ambiente (HOME), foi eleito por ser um instrumento utilizado por muitos programas pelo mundo, incluindo aqueles programas que inspiraram o PJMC. Contudo, a construção do HOME levou em consideração uma amostra norte americana de classe média e, apesar da validação, talvez sejam necessárias algumas adaptações culturais para que o mesmo possa apreender com fidelidade a realidade das periferias brasileiras, sendo mais sensível a proposta do PJMC. Tais adaptações têm sido estudadas em diferentes culturas e em outros estudos pelo mundo (Bradley, Corwyn, Whiteside-Manse, 1996; Jones et al., 2017). Assim, o resultado de pouco impacto do PJMC pode acontecer devido à inadequação do instrumento.

Mundialmente, programas de intervenção precoce com foco na primeira infância que possuem como estratégia a VD têm desenvolvido estudos e modificado suas diretrizes em relação à dose de intervenção (Holland et al., 2014, 2018; Ingoldsby et al., 2013; Wang et al., 2018), pois tem-se notado que a depender das características sociodemográficas das famílias, a adesão aos programas pode variar, impactando na diferença entre dose recomendada versus dose aceita e, conseqüentemente, nos resultados. No PJMC observou-se uma grande variação do número de avaliações realizadas ao longo do tempo, perdas em diferentes tempos de avaliação podem indicar necessidade de revisão da dose da intervenção e torna difícil a execução de análises em uma amostra, que já era pequena inicialmente. Recomenda-se, portanto,

que as análises realizadas neste estudo sejam replicadas com a amostra do Programa Primeiros Laços, que buscou a inclusão de número de participantes próximo de 200.

O fato de o PJMC ser uma intervenção inserida em uma pesquisa RCT e ter seus recursos humanos financiados através de bolsa de pesquisa, ou por voluntariado, constitui outra limitação do estudo. Houve dificuldade na retenção dos profissionais nos dois núcleos da pesquisa: intervenção e avaliação. A troca de enfermeira visitadora parece não ter impactado na qualidade do ambiente doméstico, mas pode ter impactado na qualidade da intervenção entregue às famílias, pois apesar de passar pelo treinamento teórico e técnico, a expertise que se adquire com as experiências vivenciadas no acompanhamento das famílias, constitui um substrato que não se pode oferecer por meio de treinamento e que é aliado à qualidade da intervenção. O mesmo pode-se dizer em relação às avaliadoras, que muitas vezes não estão familiarizadas com a realidade das famílias e as condições de trabalho impostas pelas residências e pelo território.

Diante do que se levantou, faz-se necessária uma revisão detalhada dos protocolos de intervenção, em especial do protocolo aplicado a partir dos 13 meses de vida da criança; para que as ações de cuidado empregadas pelas enfermeiras visitadoras sejam adaptadas às demandas específicas dessa fase do DI, além da necessidade de trabalhar uma transição da forma com que a mãe enxerga seu filho, que já não é mais um bebê totalmente vulnerável e dependente, mas sim uma criança que precisa de maior liberdade para se desenvolver explorando suas potencialidades. Entretanto, para que isso aconteça ela exige também um cuidado atento, gentil, amoroso e responsivo da mãe, que funcione como um porto seguro para o qual a criança pode se voltar quando precisar e onde não caiba nenhum tipo de violência.

Outras ações podem ser úteis no sentido de potencializar o impacto da intervenção. São elas: uma maior pactuação com escolas, para assegurar a permanência da mãe enquanto gestante, diminuir a evasão escolar e propiciar o retorno quando o abandono escolar se deu antes da gestação, possibilitando que tenham maior escolaridade; creches, para que as mães tenham maior conhecimento sobre o papel da creche e possam sentir-se seguras em contar com esse equipamento; CRAS e CREAS, para que a família possa ter acesso a benefícios sociais de direito, vagas e encaminhamentos para emprego, assistência necessária em casos de violência; além da UBS como parceira essencial para o PJMC.

Ao longo deste estudo algumas questões, que extrapolam os objetivos, se fizeram presente e podem ser foco de futuros estudos: Qual seria o instrumento mais adequado para captar o impacto do PJMC no ambiente domiciliar e que pudesse levar em consideração as especificidades da realidade das famílias que vivem nas favelas brasileiras? O tipo de intervenção proposta pelo PJMC consegue ultrapassar as barreiras impostas pela extrema vulnerabilidade social das famílias brasileiras? A estrutura proposta pelo PJMC pode ser replicada em outras cidades e se transformar em política pública? Quais as competências necessárias para enfermeira visitadora que atua em um programa de intervenção precoce no contexto brasileiro como o PJMC? Que tipo de incremento financeiro e logístico pode ser incorporado pelo PJMC para amenizar as perdas amostrais, assim como as de equipe?

Como implicações para a prática de enfermagem, os resultados do presente estudo podem contribuir para lançar um olhar mais profundo e diferenciado sobre a necessidade de ações voltadas para a construção e manutenção de um ambiente doméstico favorável ao DI, serem implementadas na prática dos serviços de saúde, seja em atendimentos na UBS ou na abordagem de VDs da ESF que considere mais o ambiente doméstico. Para isso pode ser necessário que a enfermeira saia de seu “setting terapêutico” habitual, ampliando sua zona de conforto para conhecer profundamente a realidade do território em que atua e ser mais empática na assistência às famílias com crianças.

Os resultados do estudo apontam ainda a necessidade de superarmos visões centradas na parentalidade disfuncional, na família desestruturada, como forma de explicarmos os desfechos negativos no desenvolvimento infantil, pois tais desfechos se dão por uma conjunção de razões e, para revertê-los devemos investir na identificação de fatores protetores e potencializadores de resiliência no processo parental, principalmente em cenários de maior vulnerabilidade, como é o caso da imensa maioria dos brasileiros.

Para uma contribuição que extrapole os limites da atenção primária, este estudo deixa a recomendação de incorporação da temática da parentalidade no currículo das faculdades de enfermagem. Apesar da formação do enfermeiro permitir que ele seja reconhecido como potencial ator na construção da parentalidade, tal temática é abordada apenas em cursos específicos voltados para assistência à

criança, quando na verdade, se a parentalidade fosse tratada de forma abrangente na graduação, o enfermeiro poderia estar capacitado a desenvolver ações promotoras de parentalidade em qualquer área de atuação dentro da enfermagem.

Além disso sugerimos uma reflexão sobre a possibilidade de que o tipo de assistência oferecida pelas enfermeiras visitadoras de programas de intervenção precoce voltados à primeira infância, como o PJMC, faça parte do “hall” de Práticas Avançadas em Enfermagem; visto que exige um treinamento denso, que contempla aspectos de saúde da mulher, obstetrícia, puericultura, saúde mental e saúde pública.

Referências bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica: Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [Internet]. São Paulo: ABEP; 2015 [citado 22 mar. 2020]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

Abreu-D'Agostini FCP, Charepe ZB, Reticena KO, Siqueira LDE, Fracolli LA. Vivências de interação entre mãe adolescente e enfermeira visitadora: um estudo fenomenológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54. No prelo.

Andrade AS, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Publica*. 2005;39(4):606-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400014>.

Attanasio OP, Bentham J, Fernández C, Fitzsimons EOA, Grantham-McGregor SM. Using the infrastructure of a conditional cash transfer program to deliver a scalable integrated early child development program in Colombia: cluster randomized controlled trial. *BMJ*. 2014; 349:g5785. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.g5785>.

Barker G, Loewenstein I. Where the Boys are: Attitudes Related to Masculinity, Fatherhood, and Violence Toward Women among Low-Income Adolescent and Young Adult Males in Rio de Janeiro, Brazil. *Youth Soc*. 1997; 29(2):166-96. <https://doi.org/10.1177/0044118X97029002002>.

Barrera ME, Rosenbaum, PL, & Cunningham, CE. Early Home Intervention with Low-Birth-Weight Infants and Their Parents. *Child Dev*. 1986, 57(1):20-33. doi: <http://doi.org/10.2307/1130634>.

Barros AS, Freitas MFQ. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: consequências e estratégias de prevenção com pais agressores. *Pensando Fam* [Internet]. 2015 [citado 2020 mar. 23]; 19(2):102-14. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2015000200009.

Bastos ACS, Urpia ACM, Pinho L, Almeida Filho NM. Impacto do ambiente familiar nos primeiros anos de vida. *Est Psicol*. 1999;4(2):239-271. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1999000200004>.

Black MM, Dubowitz H, Starr RH. African American fathers in low income, urban families: development, behavior, and home environment of their three-year-old children. *Child Dev*. 1999; 70(4):967-78. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00070>.

Bógus CM, Nogueira-Martins MCF, Moraes DEB, Taddei JAAC. Cuidados oferecidos pelas creches: percepções de mães e educadoras. *Rev Nutr.* 2007; 20(5):499-514. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732007000500006>.

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.* 2001a;72(6):1844-1867. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.t01-1-00382>.

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.* 2001b;72(6):1868-86. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.t01-1-00383>.

Bradley RH, Corwyn RF, Whiteside-Manse L. Life at home: same time, different places-an examination of the HOME Inventory in different cultures. *Early Dev Parent.* 1996; 5(4):251-269. doi: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0917\(199612\)5:4<251::AID-EDP137>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0917(199612)5:4<251::AID-EDP137>3.0.CO;2-I).

Bradley RH. Environment and Parenting. In: Bornstein M. *Handbook of Parenting*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 2002. p. 281-314. v.2.

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco: manual técnico* [Internet]. 5 ed. Brasília: MS; 2010 [citado 2020 jul. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção ao pré-natal de baixo risco* [Internet]. [citado 2020 jul. 24]. Brasília: MS; 2012a. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de Alto Risco*. [Internet]. [citado 2020 jul. 24]. Brasília: MS; 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.

Brasil. Lei nº. 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a infância e altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1 de maio de 1943, a Lei n. 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei n. 12.662, de 5 de junho de 2012 [Internet]. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 de mar. 2016a [citado 2020 jul. 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm

Brasil. Decreto nº. 8.869, de 5 de outubro de 2016. Institui o Programa Criança Feliz [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 06 out. 2016b [citado 2020 jul. 24]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8869.htm.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas [Internet]. Caderneta da Gestante. Brasília: MS; 2018a [citado 2020 jul. 24]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>.

Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social. Cadernos de Resultados 2016-2018 [Internet]. Brasília: MDS; 2018b [citado 2020 jul. 24]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/caderno_resultados_2016_2018.pdf.

Brazelton T, Cramer B. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes; 1992. (Original publicado em 1990).

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. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. Dev Psychol 1986; 22(6):723-42. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.22.6.723>.

Bronfenbrenner U. Ecological system theory. In: Vasta R, ed. Annals of Child Development. London, UK: Jessica Kingsley Publishers; 1989. p.187-249. vol. 6.

Bronfenbrenner U. The ecology of cognitive development: research models and fugitive findings. In: Wozniak R, Fischer K, eds. Development in context: acting and thinking in specific environments. Hillsdale-NJ: Erlbaum; 1993. p.3-44.

Bronfenbrenner U. A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Bronfenbrenner U, Evans G. Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. Social Dev. 2000;9(1):115-25, 2000. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00114>.

Bronfenbrenner U. Making Human Beings Human. Los Angeles: Sage; 2005.

Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental processes In: Damon W, Lerner RM, orgs. Handbook of child psychology: Theoretical models of human development. New York: John Wiley; 1998. p.993-1028. v.1.

Bronfenbrenner U, Morris PA. The bioecological model of human development. In: Damon W, Lerner RM, editors. Handbook of child psychology: Theoretical models of human development. New York: John Wiley; 2006. p.993-1028. v.1.

Burchinal MR, Follmer A, Bryant DM. The relations of maternal social support and family structure with maternal responsiveness and child outcomes among African American families. *Dev Psychol.* 1996; 32(6):1073-1083. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.32.6.1073>.

Caldwell BM, Bradley RH. Home observation for measurement of the environment. Little Rock: University of Arkansas at Little Rock; 1984.

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

Cassidy J, Berlin L. The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development.* 1994; 65(4):971-991. doi: <http://doi.org/10.2307/1131298>.

Cavalcante MCB, Barros ATMC. Manhês: Qualidade vocal e deslocamentos na dialogia mãe-bebê. *Veredas online* [Internet]. 2012 [citado 2020 jul.24]; (N. esp.):25-39. Disponível em: <https://www.uff.br/revistaveredas/files/2012/10/Manh%c3%aas-Qualidade-vocal-e-deslocamentos-na-dialogia-m%c3%a3e-beb%c3%aa1.pdf>.

Chugani HT, Behen ME, Muzik O, Juhász C, Nagy F, Chugani DC. Local Brain Functional Activity Following Early Deprivation: a Study of Postinstitutionalized Romanian Orphans. *NeuroImage.* 2001; 14(6):1290-1301. doi: <http://doi.org/10.1006/nimg.2001.0917>.

Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, Balabanova D, Bhan MK, Bhutta ZA, Borrazzo J. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *The Lancet* [Internet]. 2020 Feb 22 [cited 2021 Jan 3];393(10224):605-658. DOI 10.1016/S0140-6736(19)32540-1. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32540-1/fulltext?utm_source=Global+Health+NOW+Main+List&utm_campaign=0d8fd71968-EMAIL_CAMPAIGN_2020_02_18_03_28&utm_medium=email&utm_term=0_8d0d062dbd-0d8fd71968-2890801#](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32540-1/fulltext?utm_source=Global+Health+NOW+Main+List&utm_campaign=0d8fd71968-EMAIL_CAMPAIGN_2020_02_18_03_28&utm_medium=email&utm_term=0_8d0d062dbd-0d8fd71968-2890801#)

Costa JC. El neurodesarrollo en los primeros años de vida: genética vs. ambiente. *RELAdE* [Internet]. 2018 [citado 2020 jul. 24]; 7(1):52-60. Disponível em: <https://revistas.usc.gal/index.php/reladei/article/view/5259>.

Cox MJ, Owen MT, Henderson VK. Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Dev Psychol.* 1992, 28 (3):474-83. doi: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.28.3.474>.

Donelan-Mccall N, Olds D. Prenatal/postnatal home visiting programs and their impact on the social and emotional development of young children (0-5). In: Spiker D, Gaylor E, editors. Home visiting [Internet]. Colorado Denver, USA; 2012. (Encyclopedia on Early Childhood Development) [cited 2020 Jul. 24]. Available from: <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/dossiers-complets/en/home-visiting.pdf>.

Engle PL, Breaux C. Fathers' involvement with children: Perspectives from developing countries. Social Policy Report: Society for Research in Child Development. 1998; 12(1):1-23.

Fisher L, Ames EW, Chisholm K, Savoie L. Problems Reported by Parents of Romanian Orphans Adopted to British Columbia. Int J Behav Dev. 1997; 20(1):67-82. doi: <https://doi.org/10.1080/016502597385441>.

Flores MR, Beltrami I, Souza APR. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. Distúrb Comum [Internet]. 2011 [citado 2020 jul. 24]; 23(2): 143-152. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/8270>.

Fracolli LA, Reticena KO, Abreu FCP, Chiesa AM. The implementation of a home visits program focused on parenting: an experience report. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e 03361. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017044003361>.

Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV). Primeiríssima infância: creche: necessidades e interesses de famílias e crianças [Internet]. São Paulo: FMCSV; 2017 [citado 2020 jul.24]. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/primeirissima-infancia---creche/>.

Gertler P, Heckman J, Pinto R, Zanolini A, Vermeersch C, Walker S, Chang SM, Grantham-McGregor S. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. Science. 2014; 344(6187):998-1001. doi: <https://doi.org/10.1126/science.1251178>.

Haddad L. A ecologia do atendimento infantil: construindo um modelo de sistema unificado de cuidado e educação [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 1997.

Heck KE, Parker JD. Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. Health Serv Res. 2002; 37(1):173-186. doi: <http://doi.org/10.1111/1475-6773.99190>.

Holland ML, Olds DL, Dozier AM, Kitzman HJ. Visit Attendance Patterns in Nurse-Family Partnership Community Sites. Prev Sci. 2018;19(4):516–527. doi: <http://doi.org/10.1007/s11121-017-0829-6>.

Holland ML, Xia Y, Kitzman HJ, Dozier AM, Olds DL. Patterns of visit attendance in the nurse-family partnership program. Am J Public Health. 2014;104(10):e58-65. doi: <http://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302115>.

Ingoldsby EM, Baca P, McClatchey MW, et al. Quasi-experimental pilot study of intervention to increase participant retention and completed home visits in the nurse-family partnership. *Prev Sci*. 2013;14(6):525-34. doi: <http://doi.org/10.1007/s11121-013-0410-x>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 mostra as características territoriais dos aglomerados subnormais e suas diferenças das demais áreas das cidades. Agência IBGE Notícias [Internet]. 2013 nov. 06. [citado 2020 jul. 24]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14504-asi-censo-2010-mostra-as-caracteristicas-territoriais-dos-aglomerados-subnormais-e-suas-diferencas-das-demaais-areas-das-cidades>.

Jadad AR, Enkin MW. Randomized controlled trials. Questions, answers, and musings. 2 ed. London: Blackwell Publish / BMJ Books; 2007.

Jones PC, Pendergast LL, Schaefer BA, Rasheed M, Svensen E, Scharf R, et al. Measuring home environments across cultures: Invariance of the HOME scale across eight internacional site from the MAL-ED study. *J Sch Psychol*. 2017; 64:109–127. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2017.06>.

Kağıtçıbaşı Ç. Family, self, and human development across cultures: Theories and applications. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2007.

Kendrick D, Elkanb R, Hewittc M, Deweyc M, Blaird M, Robinsonbet J, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child*. 2000;82(6):443-51. doi: <http://doi.org/10.1136/ad.82.6.443>.

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. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011; 16(10):4181-4187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100023>.

Macedo LG, Schult NCW, Queiroz AH, Crepaldi MA, Cruz RM. Reflexões sobre os parâmetros psicométricos do Inventário HOME versão Infant Toddler. *Aval Psic* [Internet]. 2010 [citado 2020 jul. 24]; 9(2):233-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000200008.

Mahler M, Pine F, Bergman A. O nascimento psicológico da criança. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. (Original publicado em 1975)

Marshall DB, English DJ, Stewart AJ. The effect of fathers or father figures on child behavioral problems in families referred to child protective services. *Child Maltreatment*. 2001; 6(4):290-99. doi: <https://doi.org/10.1177/1077559501006004002>.

Martins MFD, Costa JSD, Saforcada ET, Cunha MDC. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(3):710-18. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300007>.

Martins E, Szymanski H. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2004 [citado 2002 fev. 25]; 4(1). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000100006.

Mozzaquatro CO, Arpini DM, Polli RG. Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. *Psicol Rev*. 2015; 21(2):334-51. doi: <http://doi.org/10.5752/P.1678-9523.2015V21N2P333>.

Observatório da Primeira Infância [Internet]. São Paulo. [Atualizado em 2018, citado em 2019 jan.8]. Disponível em: <https://www.observaprimeirainfancia.org.br/br/SP/sao-paulo/cobertura-de-creches-publicas-e-conveniadas>.

Orri M, Côté SM, Tremblay RE, Doyle O. Impact of an early childhood intervention on the home environment, and subsequent effects on child cognitive and emotional development: A secondary analysis. *PLoS One*. 2019;14(7):e0219133. Published 2019 Jul 3. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219133>.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-797. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).

Pierotti MMS, Levy L, Zornig SAJ. O manhês: costurando laços. *Estilos Clin* [Internet]. 2010 [citado 2020 mar. 26];15(2):420-33. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000200009.

Pinheiro DGM. Validação de conteúdo de um programa de visita domiciliar para a díade mãe-criança [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016 [citado 2020 mar. 22]. doi: <http://doi.org/10.11606/T.7.2017.tde-15052017-152904>.

Pinheiro DGM, Pola TBC, Silva CFA, Silva LA, Chiesa AM, Fracolli LA. Validação de conteúdo do programa de visita domiciliar para a díade mãe-criança. *Cogitare Enferm*. 2018;(23)2:e4055. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.54055>.

Raikes H, Green BL, Atwater J, Kisker E, Constantine J, Chazan-Cohen R. Involvement in Early Head Start home visiting services: Demographic predictors and relations to child and parent outcomes. *Early Child Res Q*. 2006; 21(1):2-24. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ecresq.2006.01.006>.

Research Eletronic Data Capture (REDCap Brasil) [Internet]. São Paulo. [atualizado 2019, citado 2019 jan. 8]. Disponível em: <https://www.redcapbrasil.com.br>.

Reticena KO, Yabuchi VNT, Gomes MFP, Siqueira LDE, Abreu FCP, Fracolli LA. Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019; 27:e3213. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>.

Saegert S, Winkel GH. Environmental psychology. *Annu Rev Psychol*. 1990;41:441-77. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.41.020190.002301>.

Scorsi L, Lyra MCDP. O Manhês e o Desenvolvimento da Comunicação Adulto-Bebê: Uma Revisão da Literatura com uma Proposta de Análise Microgenética das Trocas Mãe-Bebê. *Interação Psicol*. 2012;16(2):293-305. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v16i2.9138>.

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

Silva DI, Mello DF, Takahashi RF, Hollist CS, Mazza VA, Veríssimo MLOR. Validation of vulnerability markers of dysfunctions in the socioemotional development of infants. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3087. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2736.3087>.

Souza ES, Magalhães LC. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30(4):462-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000400002>.

Souza JM, Veríssimo MDLOR. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(6):1097-1104. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>.

Souza RF. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina*. 2009; 42(1):3-8. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v42i1p3-8>.

Totsika V, Sylva K. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. *J Child Adolesc Ment Health*. 2004; 9(1):25-35. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1475-357X.2003.00073.x>.

Verch K. Primeira Infância Melhor: Transforming the Attention towards the First Years of Life in Latin America: Challenges and Achievements of a Public Policy in Southern Brazil. BID; 2017. (Monografia do BID; 548) doi: <http://dx.doi.org/10.18235/0000814>.

Veríssimo MDLOR. The irreducible needs of children for development: a frame of reference to health care. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03283. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017017403283>.

Wang MC, Crespi CM, Jiang LH, Nobari T, Roper-Fingerhut H, Rauzon S, et al. Developing an index of dose of exposure to early childhood obesity community interventions. *Prev Med.* 2018; 111:135-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.036>.

Yunes MAM. A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda [tese]. São Paulo: Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica; 2001.

Apêndices

APÊNDICE A

Tabela 1 – Perfil socioeconômico das gestantes do PJMC no momento do Baseline. São Paulo, 2020

		Em qual grupo de randomização o paciente foi alocado?					
		Controle		Intervenção		Total	
		Count	Column N %	Count	Column N %	Count	Column N %
A sua cor ou raça é:	Branca	13	32,5%	12	30,0%	25	31,3%
	Preta	6	15,0%	4	10,0%	10	12,5%
	Parda	19	47,5%	21	52,5%	40	50,0%
	Amarela	1	2,5%	3	7,5%	4	5,0%
	Indígena	1	2,5%	0	0,0%	1	1,3%
Qual e o seu estado civil?	Casada ou vive com o cônjuge	14	35,0%	13	32,5%	27	33,8%
	Viúva	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Divorciada ou separada	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Solteira	6	15,0%	9	22,5%	15	18,8%
	Solteira, (com parceiro fixo, namorando)	20	50,0%	18	45,0%	38	47,5%
Qual o seu nível de escolaridade?	Analfabeto / Fundamental I incompleto	1	2,5%	0	0,0%	1	1,3%
	Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	3	7,5%	8	20,0%	11	13,8%
	Fundamental completo/Médio incompleto	32	80,0%	28	70,0%	60	75,0%
	Médio completo/Superior incompleto	4	10,0%	4	10,0%	8	10,0%
	Superior completo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Em qual situação ocupacional você se encontra?	Empregada	10	25,0%	5	12,5%	15	18,8%
	Desempregada	14	35,0%	19	47,5%	33	41,3%
	Pensionista	0	0,0%	1	2,5%	1	1,3%
	Estudante	11	27,5%	10	25,0%	21	26,3%
	Dona de Casa	5	12,5%	5	12,5%	10	12,5%
	Outro	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Qual é o rendimento (R\$) mensal que você ganha normalmente neste trabalho?	Menos que R\$ 300	2	20,0%	1	20,0%	3	20,0%
	Entre R\$301 e R\$500	1	10,0%	1	20,0%	2	13,3%
	Entre R\$ 501 e R\$ 800	3	30,0%	2	40,0%	5	33,3%
	Entre R\$ 801 e R\$ 1100	4	40,0%	1	20,0%	5	33,3%
	Entre R\$ 1101 e R\$2000	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Entre R\$ 2001 e R\$3000	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Entre R\$ 3001 e R\$ 4000	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Acima de R\$ 4001	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	não sabe	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Fonte: A autora

APÊNDICE B

Tabela 5 – Distribuição dos Escores *IT-HOME Total* para Grupos Intervenção (GI) e Grupo Controle (GC). São Paulo, 2020

Tempo de Avaliação	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
3 meses	Controle	17	22,5	27	29,5	34	27	0,52
	Intervenção	15	24	27	30	33	28	
6 meses	Controle	18	27,5	31	33	41	35	0,08
	Intervenção	23	30	33	35	37	29	
12 meses	Controle	16	29,25	32,5	37	41	30	0,44
	Intervenção	24	31	34	36,5	41	32	
24 meses	Controle	16	20,5	25	32	39	27	0,17
	Intervenção	17	25	30	34	38	25	

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

APÊNDICE C

Tabela 6 – Distribuição do Subescore *Responsividade Emocional e Verbal do cuidador* (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Tempo de Avaliação	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
3 meses	Controle	3	6	8	9	10	27	0,21
	Intervenção	1	7,75	9	9	10	28	
6 meses	Controle	2	8	9	10	11	35	0,17
	Intervenção	6	9	10	10	11	29	
12 meses	Controle	3	7	9,5	10	11	30	0,11
	Intervenção	6	8,75	10	11	11	32	
24 meses	Controle	2	5,5	7	10,5	11	27	0,12
	Intervenção	4	7	10	11	11	25	

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

APÊNDICE D

Tabela 7 – Distribuição do Subescore *Ausência de Restrição e Punição* (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Tempo de Avaliação	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
3 meses	Controle	3	5	5	6	7	27	0,75
	Intervenção	5	5	5	6	7	28	
6 meses	Controle	5	5	5	6	7	35	0,59
	Intervenção	4	5	5	6	7	29	
12 meses	Controle	1	5	5	6	8	30	0,81
	Intervenção	3	5	5	6	7	32	
24 meses	Controle	0	3,5	5	6	8	27	0,81
	Intervenção	1	4	6	6	7	25	

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

APÊNDICE E

Tabela 8 – Distribuição do Subescore ***Organização do Ambiente Físico e Temporal*** (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Tempo de Avaliação	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
3 meses	Controle	2	4	4	5	6	27	0,79
	Intervenção	1	4	5	5	6	28	
6 meses	Controle	3	4,5	5	6	6	35	0,93
	Intervenção	2	5	5	6	6	29	
12 meses	Controle	4	5	5	6	6	30	0,95
	Intervenção	2	4	5	6	6	32	
24 meses	Controle	2	3	4	5	6	27	0,79
	Intervenção	3	4	5	5	6	25	

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

APÊNDICE F

Tabela 9 – Distribuição do Subescore *Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados* (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Tempo de Avaliação	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
3 meses	Controle	0	2	3	3	5	27	0,96
	Intervenção	0	1	3	3,25	5	28	
6 meses	Controle	1	3	4	4,5	9	35	0.10
	Intervenção	2	4	4	6	7	29	
12 meses	Controle	1	4,25	6,5	8	9	30	0,75
	Intervenção	2	4,75	7	8	9	32	
24 meses	Controle	0	3	5	6	9	27	0,5
	Intervenção	0	2	4	7	8	25	

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

APÊNDICE G

Tabela 10 – Distribuição do Subescore ***Envolvimento do Cuidador com a Criança*** (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Tempo de Avaliação	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
3 meses	Controle	2	2	4	5	6	27	0,90
	Intervenção	1	3	4	5	6	28	
6 meses	Controle	1	4,5	5	5	6	35	0,70
	Intervenção	1	4	5	5	6	29	
12 meses	Controle	2	3	5	5	6	30	0,32
	Intervenção	2	4	5	5	6	32	
24 meses	Controle	1	1,5	3	3,5	5	27	0,18
	Intervenção	1	2	3	4	5	25	

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

APÊNDICE H

Tabela 11 – Distribuição do Subescore *Oportunidade de Variação na Estimulação Cotidiana* (Inventário IT-HOME) para GI e GC ao longo do tempo. São Paulo, 2020

Tempo de Avaliação	Grupo	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
3 meses	Controle	1	2	2	3	4	27	0,47
	Intervenção	1	2	3	3	5	28	
6 meses	Controle	1	2	3	3	5	35	0,29
	Intervenção	1	3	3	3	5	29	
12 meses	Controle	0	2	3	3	5	30	0,11
	Intervenção	1	2,75	3	3,25	5	32	
24 meses	Controle	1	2	3	3,5	4	27	0,73
	Intervenção	1	3	3	4	5	25	

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

APÊNDICE I

Tabela 14 – Relação entre rotatividade de enfermeiras visitadoras e o escore IT-HOME Geral. São Paulo, 2020

Houve troca de enfermeira?	Tempo de Avaliação	Min	q1	Mediana	q3	Máx	N	valor p*
Sim	3 meses	17	25	27	29,5	33	19	1
	6 meses	26	32,5	34	35	37	15	0,02
	12 meses	24	31,5	33	37	41	19	0,82
	24 meses	17	25	26,5	33,25	38	14	0,28
Não	3 meses	15	21	29	32	33	9	1
	6 meses	23	29	30	34	37	13	0,02
	12 meses	24	31	35	36,5	41	12	0,82
	24 meses	22	27	32	34,5	38	11	0,28

* Teste de Soma de postos de Wilcoxon

Fonte: A autora

Anexos

ANEXO 1 – ESCALAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS NAS AVALIAÇÕES DE DESFECHO DA PESQUISA “O EFEITO DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO PARA JOVENS GESTANTES SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL”

The effects over early brain development of a nurse home visitation program for pregnant youth and their families living in a poor urban area in São Paulo, Brazil PI: Guilherme V. Polanczyk
Project Period: May , 2015 – April , 2018

Construct	Name of Measure	Description	Evaluation time					
			Baseline 8-16 w	30 w	3 mo	6 mo	12 mo	24 mo
Demographics		Migration	X				X	
		Education, occupation, family income, use of social assistance, housing quality, family structure, history/presence of perinatal problem (BW, weeks) DOB mother, marital relationship	X	X	X	X	X	X
Health indicators		Sleep, BMI, Use of medications, use of tobacco/alcohol, Morbidity (hypertension, diabetes, infections, DSTs), stress measure derived from hair cortisol	X		X		X	X
Quality of care and environment		Attitudes toward pregnancy	X				X	
	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	Food safety	X		X	X	X	X
		Urban violence	X		X	X	X	X
Maternal psychosocial stressors	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)	Trauma, marital conflict and intimate violence, urban violence, history of childhood trauma			X		X	
	Life Events Questionnaire	Life events			X	X	X	X
Parental care	Parenting Stress Index (PSI)	Parental stress: child Domain (Distractibility/Hyperactivity, Adaptability, Reinforces Parent, Demandingness, Mood, Acceptability) Parent Domain (Competence, Isolation, Attachment, Health, Role Restriction, Depression, Spouse/Parenting Partner Relationship), Life Stress			X	X	X	X
	Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)	Emotional and verbal responsiveness of the mother; Absence of punishment and restriction; Organization of the physical and temporal environment; Availability of appropriate materials, toys and games; Maternal involvement with the child; Opportunity for variation in daily stimulation			X	X	X	X
	Parent-Child Conflict Tactics Scale (CTSPC)	Child maltreatment (physical, emotional, and negligence)			X	X	X	
	Emotional Availability (EA)	Adult domains sensitivity, structuring, nonintrusiveness, and nonhostility, child domains –responsiveness to adult and involvement of adult					X	X
Child Health	Physical growth	Weight, length, head and thoracic circumference			X	X	X	X
	Use of medical and social services	Number of consultations for childcare, hospitalizations, use of emergency services, accidents, medical tests, vaccinations, psychotherapy, use of conditional cash transfer program, unemployment insurance, etc.			X	X	X	X

Construct	Name of Measure	Description	Evaluation time					
			Baseline 8-16 w	30 w	3 mo	6 mo	12 mo	24 mo
Child Mental Health	Infant Behavior Questionnaire – Revised (IBQ-R) 3-12 mo	Child temperament: Activity Level, Distress to Limitations, Approach, Fear, Duration of Orienting, Smiling and Laughter, Vocal Reactivity, Sadness, Perceptual Sensitivity, High Intensity Pleasure, Low Intensity Pleasure, Cuddliness, Soothability, and Falling Reactivity					X	
	Early Childhood Behavior Questionnaire (ECBQ) 18-36 mo	Activity level/energy, attentional focusing, attentional shifting, cuddliness, discomfort, fear, frustration, high-intensity pleasure, impulsivity, inhibitory control, low-intensity pleasure, motor activation, perceptual sensitivity, positive anticipation, sadness, shyness, sociability, soothability						X
	Child Behavior Checklist (CBCL)	Child mental health problems						X
	Ages & Stages Questionnaires: Social-Emotional (ASQ-SE)	Social and emotional development					X	X
	Bayley Scales of Infant and Toddler Development, Third Edition (Bayley-III)	Cognitive, language, motor, and behavioral development					X	X
	EEG				X			
Maternal Mental Health	Beck Depression Inventory (BDI)	Depression					X	X
	Beck Anxiety Inventory (BAI)	Anxiety					X	X
	Adult Self-Report Escala (ASRS)	ADHD					X	X
		Drug use					X	
	Wechsler Adult Intelligence (WAIS – III)	IQ		X			X	
	Wechsler Intelligence Scales for Children (WISC-V)			X				
	Hayling	Executive function		X				
	Composite International Diagnostic Interview versão 2.1 (CIDI 2.1) - PTSD Section	experiencing or witnessing stressful events					X	
	Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women, (WHO)	Domestic Violence					X	
	Adult Temperament Questionnaire (ATQ)	Adult temperament: negative affect, extraversion/surgency, effortful control, orienting sensitivity			X	X	X	
		Criminality	X	X	X	X	X	X
		Substance use	X	X	X	X	X	X

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 ideias livres e fáceis, 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 à criança pelo observador.		
SUB-SCORE		
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 nas 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		
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-ESCORE		
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-ESCORE		
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 olhá-la frequentemente.		
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 brincar 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 – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO ATUAL
1. Desde a última entrevista realizada você mudou de domicílio? ☐ 0. Não (confirme os dados da última avaliação, passe para 12) ☐ 1. Sim
2. Quantas vezes você mudou de domicílio desde a nossa última entrevista? ____ ____ vezes
3. Qual é seu endereço atual completo? Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Ponto de referência: _____
4. O domicílio onde você reside é: <i>(não ler as opções, aguardar a resposta) Essas perguntas caso tenha mudado.</i> ☐ 1. Casa ☐ 2. Habitação em: casa de cômodos, cortiço ou cabeça de porco ☐ 4. Dentro de estabelecimento comercial ☐ 5. Instituição, orfanato e similares ☐ 6. Pensão, hotel ☐ 7. Alojamento de trabalhadores ☐ 8. Outro _____
5. Qual é o material que predomina na construção das paredes externas do domicílio? <i>(não ler as opções)</i> ☐ 1. Alvenaria ☐ 2. Madeira ☐ 3. Madeirite (folhas de compensado) ☐ 4. Outro _____
6. Quem é o responsável pela casa onde você mora? <i>(Registrar nome e relação com a gestante)</i> <i>(Morador responsável pelo pagamento das contas, decisão de quem pode dormir na casa)</i> _____
7. A água utilizada nesse domicílio é proveniente de: ☐ 1. Rede geral de distribuição ☐ 2. Poço ou nascente ☐ 3. Outro meio
8. Quantidade de banheiros ☐ 1. Não possui ☐ 2. Um ☐ 3. Dois ☐ 4. Três ☐ 5. Quatro ou mais
9. A coleta de esgoto nesse domicílio é proveniente de: ☐ 1. Rede geral de coleta ☐ 2. Poço ou fossa ☐ 3. Outro meio
10. Considerando o trecho de rua do seu domicílio, você diria que a sua rua é? ☐ 1. Asfaltada/ pavimentada ☐ 2. Terra/cascalho

<p>11. Qual e, atualmente, a situação do domicílio onde você mora? <i>A situação do domicílio em relação ao responsável pela casa</i></p> <p>() 1. Próprio, já quitado pelo responsável pela casa</p> <p>() 2. Próprio, ainda pagando</p> <p>() 3. Alugado</p> <p>() 5. Cedido</p> <p>() 6. Irregular (invadido)</p>
<p>12. Você mora com quem?</p> <p>() 1. Pais</p> <p>() 2. Avós maternos ou paternos</p> <p>() 3. Companheiro</p> <p>() 4. Companheiro e pais</p> <p>() 5. Companheiro e sogros</p> <p>() 6. Pais e outros membros da família, como avós, irmãos, tios e ou primos</p> <p>() 7. Pais, companheiro e outros membros da família, como avós, irmãos, tios e ou primos</p> <p>() 8. Companheiro e outros membros da família do companheiro.</p> <p>() 9. Outros membros da família, como avós, irmãos, tios e ou primos.</p>
<p>13. Quantas pessoas, incluindo você, residem no seu domicílio atual? <i>(considerar apenas as pessoas que dormiram no local na maior parte dos dias do último mês)</i></p> <p>_____ pessoas</p>
<p>14. Quantos cômodos existem neste domicílio?</p> <p><i>Não considere como cômodo: corredores, varandas abertas, garagem e outros compartimentos para fins não residenciais</i></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>15. Quantos cômodos são utilizados permanentemente como locais para dormir?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>16. O Seu filho dorme no quarto com alguém?</p> <p>() 0. Não, Sozinho</p> <p>() 1. Sim, com a Mãe e/ou pai</p> <p>() 2. Sim, com a Mãe e outro adulto</p> <p>() 3. Outra? _____</p>
<p>17. O seu filho dorme na mesma cama com outra pessoa?</p> <p>() 0. Não</p> <p>() 1. Sim, com a mãe e/ou pai</p> <p>() 2. Sim, com a mãe e outro adulto</p> <p>() 3. Outra opção: _____</p>
<p>18. O seu filho usa travesseiro para dormir?</p> <p>() 0. Não</p> <p>() 1. Sim</p>
<p>19. Em qual posição o seu filho dorme:</p> <p>() 1. De barriga para baixo</p> <p>() 2. De barriga para cima</p> <p>() 3. De lado</p>
<p>20. Você tem <i>smartphone</i>/ou <i>tablet</i> para uso pessoal?</p> <p>() 0. Não</p> <p>() 1. Sim. <i>Se sim, o sistema operacional é Android?</i> () Não () Sim Qual: _____</p> <p>() 99. NS/NR</p>
<p>21. Com que frequência você utiliza internet em algum local (domicílio, local de trabalho, escola, centro de acesso gratuito ou pago, domicílio de outras pessoas ou qualquer outro local)?</p> <p>() 1. Diariamente</p>

- ☐ 2. Pelo menos uma vez por semana
- ☐ 3. Pelo menos uma vez por mês
- ☐ 4. Menos de uma vez por mês
- ☐ 5. Nunca utiliza

Dados do domicílio

ADP2. Houve mudança em seu número de telefone: (1) Sim (0) Não

ADP2.1 Se sim, qual o número novo: _____

Mudou de aparelho, qual o modelo novo?

ADP3. Me fale o telefone de 3 (três) pessoas que possam te encontrar mesmo que você se mude:

ADP3.1. Nome: _____ Telefone: _____

ADP3.2. Nome: _____ Telefone: _____

ADP3.3. Nome: _____ Telefone: _____

INFORMAÇÕES DEMOGRAFICAS/CARACTERÍSTICAS DA GESTANTE/MAE DA CRIANÇA
1. Qual e o seu estado civil? ☐ 1. Casada ou vive com o cônjuge ☐ 2. Viuva ☐ 3. Divorciada ou separada ☐ 4. Solteira (nunca foi casada) ☐ 5. Solteira, (com parceiro fixo)
2. Numero de relacionamentos (parceiros) que teve desde o início da gestação ate agora? _____
3. Quanto tempo durou seu relacionamento mais longo, desde a ultima vez que conversamos? _____
4. Qual e a sua relação com o pai de seu (ua) filho(a): ☐ 1. Relacionamento estável, ele e marido ou companheiro e mora coma gestante/mae da criança ☐ 2. Relacionamento estável, ele e namorado ou companheiro, mas não mora com a gestante/mae da criança ☐ 3. Não tem um relacionamento estável com o pai do (a) filho(a) ☐ 4. Não sabe quem e o pai da criança
<i>Agora vamos falar um pouco sobre trabalho e estudo</i>
7.Você esta estudando no momento? ☐ 0. Não (passe para 10) ☐ 1. Sim
8.Se sim, em qual período (1) manha (2) tarde (3) noite
9.Quem fica com seu filho (a) para você estudar? _____
10Qual o seu nível de escolaridade? ☐ 1. Analfabeto / Fundamental I incompleto ☐ 2. Fundamental I completo / Fundamental II incompleto ☐ 3. Fundamental completo/Médio incompleto ☐ 4. Médio completo/Superior incompleto ☐ 5. Superior completo
11. Em que ano você esta? _____
12.Pensando no seu plano de vida. Você pensa em voltar/continuar a estudar? ☐ 0. Não ☐ 1. Sim pretendo concluir o ensino medio ☐ 2. Sim, pretendo fazer um curso tecnico e/ou faculdade ☐ 99. NSA
13.Em qual situação ocupacional você se encontra? ☐ 1. Empregada (passe para 15) ☐ 2.Desempregada (passe para 14) ☐ 3. Pensionista ☐ 4. Estudante ☐ 5. Dona de Casa ☐ 6. Outro: _____
14.Você esta procurando emprego? ☐ 0. Não (passe para 21) ☐ 1. Sim ☐ 9. NSA

15. Quanto tempo o seu filho(a) tinha quando você voltou a trabalhar ou iniciou o trabalho? _____ dias de vida
16. Você está em licença maternidade? ☐ 0. Não ☐ 1. Sim ☐ 9. NSA
17. Quanto tempo você está no trabalho atual? _____ anos _____ meses
18. No trabalho principal que você exerce você é: ☐ 1. Empregado/funcionário permanente com carteira de trabalho ☐ 2. Empregado/funcionário temporário com carteira de trabalho ☐ 3. Empregado sem contrato ☐ 4. Empregador ☐ 5. Trabalhador por conta própria (subsistência) ☐ 6. Trabalhador familiar não remunerado ☐ 9. NSA
19. No trabalho principal que você exerce, o tempo total de horas por semana dedicados a ele são de: _____ horas/semanais ☐ 90. NSA
20. Qual é o rendimento mensal que você ganha normalmente nesse trabalho? R\$: _____
21. No mês passado, qual foi o rendimento total dos moradores do seu domicílio, excluindo a renda vinda de programas sociais? (incluir renda da entrevistada) ☐ 1. Menos que R\$ 300 ☐ 2. Entre R\$ 301 e R\$ 500 ☐ 3. Entre R\$ 501 e R\$ 800 ☐ 4. Entre R\$ 801 e R\$ 1100 ☐ 5. Entre R\$ 1101 e R\$ 2000 ☐ 6. Entre R\$ 2001 e R\$ 3000 ☐ 7. Entre R\$ 3001 e R\$ 4000 ☐ 8. Acima de R\$ 4001 ☐ 99. NS
Benefícios provenientes de programas sociais (a entrevistadora receberá uma cópia dos benefícios respondidos pela gestante no último questionário). A entrevistadora perguntará para a gestante se os benefícios descritos mudaram desde a última entrevista. Caso mudaram, complete as perguntas a seguir
22. Você ou alguma outra pessoa que mora nesse domicílio recebe algum benefício do governo como por exemplo, bolsa família ou seguro desemprego.
Bolsa família ☐ 0. Não ☐ 1. Sim. Valor: R\$: _____ ☐ 99. NS/NR
Seguro desemprego ☐ 0. Não ☐ 1. Sim. Valor: R\$: _____ ☐ 99. NS/NR
Pro jovem Adolescente/ Agente Jovem ☐ 0. Não ☐ 1. Sim. Valor: R\$: _____ ☐ 99. NS/NR
Quem é beneficiado pelo pro jovem? ☐ 1. Você ☐ 2. Outro morador do domicílio ☐ 99. NS/NR
Programa de erradicação do trabalho infantil (Peti) ☐ 0. Não ☐ 1. Sim. Valor: R\$: _____ ☐ 99. NS/NR
Tarifa social de energia elétrica ☐ 0. Não ☐ 1. Sim. ☐ 99. NS/NR

Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC)		
() 0. Não	() 1. Sim. Valor: R\$: _____	() 99. NS/NR
Viva leite		
() 0. Não	() 1. Sim.	() 99. NS/NR
Leva Leite		
() 0. Não	() 1. Sim.	() 99. NS/NR
Renda Cidadã		
() 0. Não	() 1. Sim. Valor: R\$: _____	() 99. NS/NR
Renda mínima		
() 0. Não	() 1. Sim. Valor: R\$: _____	() 99. NS/NR
Auxílio reclusão		
() 0. Não	() 1. Sim. Valor: R\$: _____	() 99. NS/NR
Se recebe algum outro benefício.		
Qual? _____		
Valor: R\$: _____		
Somatório dos valores provenientes de programas sociais: (fazer o calculo)		
Valor R\$: _____		
Pretende tentar receber algum benefício? _____		
Qual? _____		

ANEXO 4 – APROVAÇÕES DOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto

Pesquisador: Eurípedes Constantino Miguel Filho

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 1

CAAE: 41573015.0.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.061.143

Data da Relatoria: 07/05/2015

Apresentação do Projeto:

Este estudo é um ensaio clínico randomizado, que pretende testar a efetividade de um programa intensivo de visita domiciliar, realizado por enfermeiras para jovens gestantes em comparação aos cuidados usuais. O "Programa de Visitação para Jovens Gestantes" tem como objetivo promover o desenvolvimento saudável intra-uterino e do bebê nos primeiros meses de vida em uma população de alto risco. Estes programas de visitas domiciliares para gestantes com foco no aprimoramento das relações mãe-bebê têm recebido grande atenção nos últimos 30 anos em todo o mundo. São considerados uma estratégia importante para melhorar a saúde da mãe no pré-natal, as condições de nascimento da criança e as ferramentas que os pais possuem para cuidar e estimular seu bebê adequadamente, promovendo a saúde e o desenvolvimento inicial da criança que influenciará de forma importante o seu desenvolvimento físico, emocional e cognitivo futuro.

Participarão da pesquisa 60 gestantes primigestas jovens, com idade entre 14 e 20 anos, serão aleatoriamente alocadas para o grupo de visita ou para acompanhamento pré-natal e de puericultura habitual e serão divididas em dois grupos:

Grupo de Cuidados Usuais – 30 sujeitos, sem intervenção. (A gestante receberá assistência pré-

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

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.061.143

natal e seu filho cuidados pediátricos que a UBS oferece usualmente. Irá passar por uma avaliação durante o período de pré-natal e seu filho irá passar por 2 avaliações, uma aos 2 meses e outra aos 6 meses de idade, e

Grupo de Intervenção - 30 sujeitos (a gestante será acompanhada por uma enfermeira treinada durante o período pré-natal, de 15 em 15 dias durante 32 semanas (8 meses); após o nascimento de seu filho/a, o acompanhamento para você e seu filho será semanalmente por um período de 6 semanas (1 mês e meio); dos 2 meses aos 6 meses de vida de seu filho, o acompanhamento para você e sua família será de 15 em 15 dias por um período de 20 semanas (5 meses).

Serão de gestantes que frequentam a UBS da região Oeste do município de SP: Vila Dalva, Jardim Boa Vista, Paulo VI, São Jorge, Jardim Jaqueline e Jardim de Abril; pertence às classes econômicas C, D ou E segundo o Critério Brasil;

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal

Testar a efetividade de um programa de visitas domiciliares focado em gestantes em risco, que busca promover o desenvolvimento infantil, do período intra-uterino até os 6 meses de vida, e identificar marcadores neurobiológicos dos estímulos ambientais e sociais positivos em uma população Brasileira.

Objetivos Específicos

Testar o efeito da intervenção sobre desfechos pré e peri-natais:

1. Testar o efeito da intervenção, em comparação aos cuidados usuais, sobre os desfechos maternos durante a gestação (ex: complicações obstétricas, exposição à violência);
2. Testar o efeito da intervenção, em comparação aos cuidados usuais, sobre os desfechos peri-natais (ex: cesariana, sofrimento fetal);
3. Testar o efeito da intervenção, em comparação aos cuidados usuais, sobre os desfechos para o recém-nascido (ex: peso de nascimento, Apgar);
4. Testar o efeito da intervenção, em comparação aos cuidados usuais, sobre indicadores de saúde da criança (ex: número de visitas ao pronto atendimento, negligência, abuso) aos 2 e 6 meses de

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

Continuação do Parecer: 1.061.143

vida;

5. Testar o efeito da intervenção, em comparação aos cuidados usuais, sobre indicadores de neuro-desenvolvimento da criança (ex: desenvolvimento de linguagem, motor, social) aos 2 e 6 meses de vida;
6. Testar o efeito da intervenção sobre indicadores do cuidado parental (ex: afetividade, responsividade, aleitamento materno) aos 2 e 6 meses;
7. Testar o efeito da intervenção sobre indicadores relacionados ao funcionamento familiar (ex: número de novas gestações, relacionamento conjugal, renda familiar) aos 2 e 6 meses;
8. Investigar o perfil plasmático de ocitocina e níveis de cortisol do cabelo materno durante a gestação; padrões de metilação e expressão gênica placentários e alterações do metabóloma, assim como metilação do sangue de cordão como potenciais mediadores do efeito da intervenção sobre a programação genética feto/placenta/mãe;
9. Investigar sincronia e organização neuronal, através de medidas neurofisiológicas quantitativas ao nascimento e durante os 6 primeiros meses de vida como assinaturas biológicas do efeito da intervenção sobre o neurodesenvolvimento precoce;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Além da visitação e avaliação clínica, serão realizadas: avaliações de características emocionais, cognitivas, comportamentais das gestantes e da criança, medidas hormonais e genéticas da mãe e do pai, coleta de sangue materno e paterno, coleta do cabelo materno, coleta da placenta e sangue do cordão umbilical que serão realizadas após os procedimentos médicos usuais após o parto, e avaliação eletroencefalográfica das crianças. O exame de EEG, que será feito aos 2 e 6 meses, os bebês serão avaliados durante o sono natural e após despertarem. Não haverá necessidade de sedação. E aos 6 meses, será filmada uma brincadeira com bebê e mãe. O pesquisador, ainda, irá utilizar fontes secundárias de dados, o prontuário médico poderá ser consultado para registro de resultados de exames e eventos clínicos. O pesquisador aponta que todos os procedimentos serão realizados por profissionais da equipe de pesquisa, sem comprometimento ou prejuízo do atendimento realizado pelos profissionais de saúde da UBS.

O pesquisador refere que os riscos são baixos/mínimos e principalmente ligados a coleta de sangue dos pais. E, como benefício, que este estudo, além de relevante para a saúde pública, é inovador pois testa uma estratégia de prevenção que mostrou-se eficaz em outros contextos. Que este estudo poderá servir de subsídio para melhorar a saúde da gestante/mãe e da criança após o nascimento.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.061.143

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia é adequada aos objetivos; a condição desconforto ao sujeito da pesquisa foi considerada pelo pesquisador, havendo possibilidade de desconforto para o voluntário na coleta de sangue.

Haverá retenção de amostras para armazenamento em banco. As amostras biológicas serão identificadas de forma a preservar a anonimidade dos participantes do estudo. Elas serão utilizadas para as análises descritas neste projeto. Caso não sejam utilizadas na íntegra, serão armazenadas no biorepositório do Instituto de Psiquiatria por dez anos no máximo. Poderão ser utilizadas em novo projeto de pesquisa apenas após aprovação do mesmo pelo Comitê de Ética da instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto é bem apresentado, detalhado, os currículos dos pesquisadores estão de acordo com a proposta da pesquisa.

Foram identificadas instituição proponente e coparticipante, a Folha de Rosto está correta. Autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, Fonte financiadora e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo da FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. Há benefícios previstos na realização do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.061.143

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).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, 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.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 26 de Maio de 2015

Assinado 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

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto

Pesquisador: Eurípedes Constantino Miguel Filho

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 7

CAAE: 41573015.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL
Bill & Melinda Gates Foundation
CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.286.606

Apresentação do Projeto:

Projeto multidisciplinar, envolvendo vários profissionais, inicialmente aprovado pelo CEP em abril de 2015 e com apoio financeiro de agências nacionais e internacionais. A presente solicitação refere-se ao pedido de:

- a) ampliar o tamanho amostral (para um total de 200 primigestas jovens), o que aumentará o poder estatístico do projeto;
- b) ampliar o tempo de seguimento - incluindo as avaliações nos meses 18 e 24 de vida além dos previamente programados (3,6 e 12 meses) e
- c) incluir coleta de sangue e saliva aos 24 meses de idade (além das coletas relatadas em períodos anteriores e descritas na versão anterior do projeto).

Não houve alterações na metodologia do ensaio clínico, apenas aumento da amostra e do período de avaliação.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica - Sem alterações

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.286.606

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações (já aprovado pelo CEP).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi atualizado e modificado para incorporar as novas solicitações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto multidisciplinar, multiprofissional, de complexa execução, original e de grande relevância para a área. Foi pela primeira vez aprovado pelo CEP em 2015, e portanto encontra-se em andamento, mas no momento solicitou-se aumento do tamanho amostral e prolongamento dos períodos de avaliação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_971922E5.pdf	28/08/2017 18:53:20		Aceito
Outros	TA_Versao_6_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:52:12	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	Carta_Alteracoes_Emenda_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:51:20	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	Carta_anuencia_SMS_2017.pdf	28/08/2017 18:51:00	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_6_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:49:58	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_6_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:49:40	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Folha de Rosto	Programa Visitação Gestantes_Folha Rosto.pdf	06/02/2015 11:49:06		Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.286.606

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2017

Assinado por:

**Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

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: O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto

Pesquisador: Eurípedes Constantino Miguel Filho

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP);

Versão: 6

CAAE: 41573015.0.3001.0086

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL
Bill & Melinda Gates Foundation
CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.324.151

Apresentação do Projeto:

Análise da seguinte emenda:

"Não houve alterações na metodologia do ensaio clínico, porém, para aumentar o poder estatístico, propomos o aumento do tamanho amostral com a inclusão de 200 primigestas jovens, entre 14 e 20 anos de vida, pertencentes às classes sociais C, D e E e residentes na Região Oeste da cidade de São Paulo. Estas serão randomizadas para o grupo visitação ou de cuidados usuais. O grupo visitação inclui visitas semanais/quinzenais de enfermeiros treinados qualificados a partir de 8-16 semanas de gestação, com foco na promoção e intervenção em condições de risco relacionados à saúde materna e infantil, desenvolvimento infantil inicial, relação mãe-bebê, funcionamento familiar e suporte social e auto-eficácia. O grupo cuidados usuais não recebe Avaliações cegas por avaliadores independentes acontecerão, além da 30ª semana de gestação, parto, 3, 6 e 12 meses, também aos 18 e 24 meses de vida com foco na saúde materna geral e saúde mental, exposição à estresse, suporte social, resultados do nascimento, saúde e neurodesenvolvimento da criança, cuidado parental e exposição à negligência e abuso. Ao nível biológico, as crianças aos 3, 6, 12 e 24 meses de vida serão submetidas a um protocolo de EEG

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.324.151

simples, não-invasivo, para investigação de sincronia e organização neural. Serão investigados possíveis marcadores de saúde, por extração de DNA e dosagens de citocinas, através da coleta de amostra de sangue e saliva da criança, aos 24 meses de idade.

Submetemos as modificações do projeto para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP, na nova versão propomos: a) ampliar o tamanho amostral, o que aumentará o poder estatístico do projeto, contribuindo para alcançarmos os resultados esperados; b) ampliar o tempo de seguimento e c) solicitamos a inclusão de coleta de sangue e saliva aos 24 meses de idade, detalhados abaixo.

Propomos ainda, pequenas mudanças no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), incluindo as alterações acima citadas. Reestruturamos algumas frases do TCLE, visando enquadrar as alterações, porém sem mudanças no conteúdo das ideias descritas."

Objetivo da Pesquisa:

-

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

-

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já aprovado por este CEP.

Trata esta relatoria da avaliação ética da seguinte emenda: "Aumento de tempo de seguimento e número de participantes, devido a aprovação de nova financiamento."

Do ponto de vista ético, esta emenda não muda a essência do estudo que continua a mesma, estando de acordo com a Res 466/12 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

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).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.324.151

pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, 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.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_971922 E5.pdf	28/08/2017 18:53:20		Acelto
Outros	TA_Versao_6_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:52:12	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Acelto
Outros	Carta_Alteracoes_Emenda_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:51:20	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Acelto
Outros	Carta_anuencia_SMS_2017.pdf	28/08/2017 18:51:00	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_6_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:49:58	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_versao_6_Ago_2017.pdf	28/08/2017 18:49:40	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Acelto
Folha de Rosto	Programa Visitação Gestantes_Folha Rosto.pdf	06/02/2015 11:49:06		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.324.151

Não

SAO PAULO, 10 de Outubro de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com