



ANGE-BLEUETTE JEAN

**CUIDADO RESPONSIVO NA PRIMEIRA INFÂNCIA:
ESTUDO COM CRIANÇAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

**LAVRAS – MG
2025**

ANGE-BLEUETTE JEAN

**CUIDADO RESPONSIVO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: ESTUDO COM CRIANÇAS
ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora
Prof^ª. Dra. Maysa Helena de Aguiar Toloni

Coorientador
Prof. Dr. Wellington Segheto

**LAVRAS – MG
2025**

**Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração
de Ficha Catalográfica da Biblioteca Universitária da UFLA, com
dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Jean, Ange-Bleuette.

Cuidado responsivo na primeira infância : Estudo com crianças atendidas na
atenção primária à saúde / Ange-Bleuette Jean. - 2025.

79 p. : il.

Orientadora: Maysa Helena de Aguiar Toloni

Coorientador: Wellington Segheto

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal de Lavras, 2025.

Bibliografia.

1. Desenvolvimento infantil. 2. Vínculo afetivo. 3. Vulnerabilidade social. I.
Toloni, Maysa Helena de Aguiar . II. Segheto, Wellington . III. Universidade Federal
de Lavras. IV. Título.

ANGE-BLEUETTE JEAN

**CUIDADO RESPONSIVO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: ESTUDO COM CRIANÇAS
ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**RESPONSIVE CARE IN EARLY CHILDHOOD: A STUDY WITH CHILDREN
ATTENDED IN PRIMARY HEALTH CARE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do programa de Pós-Graduação em Nutrição e Saúde, área de concentração em Nutrição, para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em 30 de junho de 2025

Prof^a. Dra. Mariana Araújo Vieira do Carmo – UEMG

Prof. Dr. João Paulo Lima de Oliveira – UFLA

Orientadora

Prof^a. Dra. Maysa Helena de Aguiar Toloni

Coorientador

Prof. Dr. Wellington Segheto

**LAVRAS – MG
2025**

Às crianças de todo o mundo.

Que este trabalho seja uma contribuição para que todas, independentemente de onde nasceram ou vivem, possam receber o cuidado responsivo, a atenção e o afeto necessários desde os seus primeiros dias de vida. Que, especialmente aquelas que crescem em situações de vulnerabilidade, tenham a oportunidade de se desenvolver plenamente, cercadas de proteção, respeito e estímulo. Que cada reflexão aqui apresentada represente um passo a mais na construção de uma infância mais acolhedora, justa e cheia de possibilidades para todas as crianças.

AGRADECIMENTOS

Nenhuma trajetória se constrói isoladamente – é no equilíbrio entre o apoio recebido e a perseverança diante dos desafios que se edifica o caminho até a conquista.

Primeiramente, agradeço a Deus, pela força silenciosa que me sustentou nos dias mais difíceis, pela coragem que renasceu quando tudo parecia incerto e pelas oportunidades que surgiram, muitas vezes, quando eu já não esperava.

À Universidade Federal de Lavras, minha “alma mater”, e ao Departamento de Nutrição, que me acolheu com generosidade, oferecendo não apenas um espaço de aprendizado, mas também um lugar de transformação, onde pude crescer, amadurecer e encontrar novos sentidos para minha trajetória acadêmica e pessoal.

Aos meus pais, Marie-Mercie Jean e Pierre Antoine Pascal, por me fazer sentir suas presenças em cada passo, mesmo distantes fisicamente. Foram e continuam sendo meu alicerce, minha inspiração e meu porto seguro.

Aos meus irmãos, Antonise, Antony, Narlie e Mario, por me ensinarem, com atitudes simples e constantes, o valor da persistência, do amor incondicional e da esperança que renova.

Ao meu esposo, Johnny, por seus conselhos sábios diante das incertezas, por seu apoio firme nos momentos de cansaço e por me lembrar, com serenidade, que nenhum esforço é em vão. Aos meus filhos, Stephen Blardy e Od Nissah, pelos carinhos, abraços e gestos espontâneos que aquecem meu coração e me fazem sentir segura.

Às amigas Cristina e Smiralda, que essa caminhada me presenteou, agradeço profundamente pela parceria, pelo companheirismo e pelos momentos de troca que tornaram essa jornada mais leve, rica e significativa. Cada conversa, cada apoio e cada sorriso foram fundamentais para que eu não me sentisse sozinha no percurso.

À minha orientadora, professora Dra. Maysa, que me acolheu desde o primeiro dia na UFLA. Sou profundamente grata pela confiança, pela dedicação incansável, pela paciência nos momentos de dúvida e pelos ensinamentos generosos que me guiaram ao longo desta jornada.

Ao meu coorientador, professor Dr. Wellington Segheto, que sempre me aconselha com sabedoria, guiando-me com paciência e compromisso para que eu dê o melhor de mim. Suas orientações foram fundamentais para que este trabalho ganhasse profundidade, coerência e propósito.

Aos membros da banca, pelo tempo generosamente dedicado à leitura deste trabalho e pelas contribuições valiosas que enriqueceram minha formação e aprimoraram esta pesquisa.

Ao Programa “Bolsas Brasil PAEC OEA-GCUB” por meio do qual ingressei no Programa de Pós-graduação em Nutrição e Saúde do Departamento de Nutrição, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), expresso minha sincera gratidão pelo apoio financeiro concedido, que foi determinante para a continuidade da minha formação acadêmica em território estrangeiro. Esse suporte representou não apenas um recurso material, mas também um gesto de reconhecimento e valorização do esforço dedicado à construção do conhecimento.

Um agradecimento especial ao meu país, o Haiti, por meio da OEA, que contribuiu para que eu pudesse receber esta bolsa de estudo.

E, por fim, agradeço a mim mesma por não ter desistido, mesmo quando o caminho parecia longo demais ou as forças eram poucas. Por ter seguido, apesar das dúvidas, e por ter acreditado que era possível chegar até aqui. Que este seja apenas mais um capítulo de uma trajetória marcada por aprendizados, coragem e muitos sonhos ainda por realizar.

“A verdadeira mudança nasce da perseverança interior.” (Santa Teresa d’Ávila)

RESUMO

Introdução: Os cuidados responsivos são fundamentais na primeira infância e referem-se à habilidade dos cuidadores de perceber, entender e responder adequadamente aos sinais das crianças. Nesse sentido, investigar esse tema é essencial para avaliar as práticas de cuidado e compreender seus efeitos nas diferentes áreas do desenvolvimento infantil. **Objetivo:** Avaliar os cuidados responsivos de crianças de 0 a 3 anos acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde no município de Lavras, Minas Gerais. **Metodologia:** Estudo transversal, de abordagem quantitativa, vinculado ao projeto “Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância”. Foram entrevistadas 311 famílias de 324 crianças usuárias de 6 unidades da Estratégia Saúde da Família. Entre março de 2022 e março de 2023, os dados foram coletados por meio de formulários. O recebimento de cuidados responsivos foi mensurado por meio do Questionário de Avaliação do Desenvolvimento Infantil – PIPAS. As questões do bloco II, setores IV e V desse instrumento foram incluídas para avaliar as atividades realizadas com essas crianças. Deste modo, as variáveis sociodemográficas serviram para caracterizar a amostra e analisar a associação entre fatores sociodemográficos e a oferta de cuidados responsivos. Os dados foram duplamente digitados no software EpiInfo. Após a verificação da consistência, realizou-se a análise estatística no software Stata, versão 13.0. A análise descritiva incluiu as frequências relativas das variáveis exploratórias, e as diferenças entre categorias foram verificadas por meio do intervalo de confiança 95% (IC 95%). O cuidado responsivo, foi categorizado em: baixa responsividade, para o recebimento de zero a três cuidados, e alta responsividade, para quatro ou mais cuidados recebidos. A associação entre o recebimento de cuidado responsivo e as variáveis exploratórias foi analisada por meio de regressão logística bruta e ajustada, com nível de significância de 5%. **Resultados:** Destacou-se que 56,79% das crianças receberam estímulos positivos, no entanto, a ausência de livros (23,68%) e o uso excessivo de telas (68,54%) foram fatores frequentes no cotidiano das crianças. Ressalta-se que a renda familiar foi a única variável com associação estatisticamente significativa com o cuidado responsivo. **Conclusão:** Os achados evidenciam que os cuidados responsivos contribuem para a segurança emocional, a autonomia e o progresso social das crianças. Assim, é necessário direcionar intervenções que promovam o desenvolvimento saudável, minimizando as barreiras impostas pela vulnerabilidade econômica e social.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; vínculo afetivo; vulnerabilidade social.

ABSTRACT

Introduction: Responsive care is fundamental in early childhood and refers to the ability of caregivers to perceive, understand, and respond appropriately to children's signals. In this sense, investigating this theme is essential to evaluate care practices and understand their effects on different areas of child development. **Objective:** To evaluate the responsive care of children aged 0 to 3 years followed by Primary Health Care in the municipality of Lavras, Minas Gerais. **Methodology:** This is a cross-sectional study, with a quantitative approach, linked to the project "Child Health Handbook: implications on food and nutritional security in early childhood". A total of 311 families of 324 children from 6 units of the Family Health Strategy were interviewed. Between March 2022 and March 2023, data were collected through forms. Receipt of responsive care was measured using the Child Development Assessment Questionnaire (PIPAS). The questions in block II, sectors IV and V of this instrument were included to evaluate the activities carried out with these children. Thus, sociodemographic variables served to characterize the sample and analyze the association between sociodemographic factors and the provision of responsive care. The data were double-entered into the EpiInfo software by previously trained typists. After verifying the consistency, statistical analysis was performed using the Stata software, version 13.0. The descriptive analysis included the relative frequencies of the exploratory variables, and the differences between categories were verified using the 95% confidence interval (95% CI). Responsive care was categorized as: low responsiveness, for receiving zero to three care, and high responsiveness, for four or more care received. The association between receiving responsive care and exploratory variables was analyzed using crude and adjusted logistic regression, with a significance level of 5%. **Results:** It was highlighted that 56.79% of the children received positive stimuli; however, the absence of books (23.68%) and the excessive use of screens (68.54%) were frequent factors in the children's daily lives. It is noteworthy that family income was the only variable with a statistically significant association with responsive care. **Conclusion:** The findings demonstrate that responsive care significantly contributes to children's emotional safety, autonomy, and social development. Thus, it is necessary to direct interventions that promote healthy development, minimizing the barriers imposed by economic and social vulnerability.

Keywords: child development; affective bond; social vulnerability.

INDICADORES DE IMPACTO

O presente trabalho apresenta impactos sociais, culturais e econômicos significativos, beneficiando o desenvolvimento emocional, social e cognitivo das crianças. Ele fortalece o vínculo entre cuidadores e crianças, promovendo um ambiente seguro e de apoio, o que, em longo prazo, reduz a incidência de problemas emocionais e comportamentais. Esse tipo de cuidado é especialmente importante em comunidades vulneráveis, onde práticas de acolhimento e resposta sensível aos sinais das crianças podem transformar valores e práticas culturais. Em termos econômicos, o cuidado responsivo reduz gastos futuros em saúde e aumenta a produtividade ao formar adultos mais equilibrados e integrados socialmente. Isso representa uma economia substancial em saúde pública, já que a intervenção precoce na infância diminui a necessidade de tratamentos complexos no futuro. A pesquisa foi realizada na cidade de Lavras, Minas Gerais, o trabalho envolveu entrevistas com cuidadores de crianças de 0 a 3 anos. Os impactos do projeto se classificam em quatro áreas temáticas da Política Nacional de Extensão: Saúde, com ações de promoção de ambientes responsivos e seguros; Educação, por meio da capacitação de cuidadores e orientações sobre o desenvolvimento infantil; Direitos Humanos e Justiça, ao fomentar práticas de cuidado que respeitam e promovem o bem-estar integral das crianças; e Comunicação, mediante a disseminação de informações acessíveis e de fácil compreensão para as famílias sobre a importância do cuidado responsivo. A pesquisa está alinhada a diversos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, especialmente com o ODS 3 – Saúde e Bem-Estar, ao contribuir para o desenvolvimento saudável de crianças e reduzir os riscos de problemas de saúde a longo prazo. Relaciona-se também ao ODS 4 – Educação de Qualidade, promovendo ambientes de desenvolvimento integral desde a primeira infância, e ao ODS 10 – Redução das Desigualdades, ao oferecer suporte e informações para famílias em contextos de vulnerabilidade, melhorando a equidade de oportunidades de desenvolvimento. Através do fortalecimento das práticas responsivas, o projeto também apoia o ODS 16 – Paz, Justiça e Instituições Eficazes, pois incentiva práticas que constroem relações familiares saudáveis e sustentáveis.

IMPACT INDICATORS

The present work has significant social, cultural, and economic impacts benefiting the emotional, social, and cognitive development of children. It strengthens the bond between caregivers and children, promoting a safe and supportive environment, which, in the long run, reduces the incidence of emotional and behavioral problems. This type of care is especially important in vulnerable communities, where nurturing practices and responding sensitively to children's cues can transform cultural values and practices. In economic terms, responsive care reduces future health expenditures and increases productivity by forming more balanced and socially integrated adults. This represents substantial savings in public health, as early intervention in childhood decreases the need for complex treatments in the future. The research was carried out in the city of Lavras, Minas Gerais. The work involved interviews with caregivers of children from 0 to 3 years old. The impacts of the project are classified into four thematic areas of the National Extension Policy: Health, with actions to promote responsive and safe environments; Education, through the training of caregivers and guidance on child development; Human Rights and Justice, by fostering care practices that respect and promote the integral well-being of children; and Communication, through the dissemination of accessible and easy-to-understand information for families about the importance of responsive care. The research is aligned with several Sustainable Development Goals of the United Nations, especially with SDG 3 – Health and Well-Being, by contributing to the healthy development of children and reducing the risks of long-term health problems. It is also related to SDG 4 – Quality Education, promoting integral development environments from early childhood, and SDG 10 – Reducing Inequalities, by offering support and information to families in contexts of vulnerability, improving equity of development opportunities. Through the strengthening of responsive practices, the project also supports SDG 16 – Peace, Justice and Effective Institutions, as it encourages practices that build healthy and sustainable family relationships.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cobertura percentual da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em Minas Gerais e em Lavras (MG), no período de 2021 a 2024	36
Figura 2 – Organograma com a exposição das etapas percorridas pelo Projeto	39
Figura 3 – Frequência de estímulos responsivos	41
Figura 4 – Proporção de cuidados responsivos realizados pelos responsáveis em crianças de 0 a 36 meses da cidade de Lavras, MG, Brasil.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Marcos do desenvolvimento motor nos primeiros dois anos.....	25
Tabela 2 – Caracterização da amostra	40
Tabela 3 – Associação do cuidado responsivo com variáveis sociodemográficas.....	42

LISTA DE SIGLAS

AME	Ambulatório Médico de Especialidades
APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DI	Desenvolvimento Infantil
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
ENANI	O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NCF	<i>Nurturing Care Framework</i>
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PI	Primeira Infância
PIPAS	Primeira Infância para Adultos saudáveis
PIB	Produto Interno Bruto
PCF	Programa Criança Feliz
PSF	Programa Saúde da Família
QI	Quociente de Inteligência
QAD-PIPAS	Questionário de Avaliação do Desenvolvimento

	Infantil-PIPAS
RBS	Rede Básica de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SECCYD	<i>Study of Early Child Care and Youth Development</i>
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WBG	<i>World Bank Group</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
ZDP	Zona de Desenvolvimento Proximal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Indicadores de desenvolvimento na primeira infância	20
2.2	O processo de desenvolvimento na primeira infância.....	22
2.2.1	Desenvolvimento físico infantil.....	23
2.2.2	Principais marcos do desenvolvimento físico infantil	24
2.2.3	Influências genéticas e ambientais no desenvolvimento físico infantil	25
2.2.4	Nutrição e saúde no crescimento e desenvolvimento físico das crianças.....	26
2.3	Desenvolvimento cognitivo.....	27
2.3.1	Teorias do desenvolvimento cognitivo	27
2.3.2	Principais marcos do desenvolvimento cognitivo	28
2.3.3	O papel do ambiente físico e das interações sociais no desenvolvimento cognitivo.....	28
2.4	Desenvolvimento afetivo infantil.....	29
2.4.1	Teorias do desenvolvimento emocional	29
2.4.2	Principais marcos do desenvolvimento emocional	29
2.4.3	Influência do ambiente familiar e escolar no desenvolvimento afetivo	30
2.5	Desenvolvimento psicossocial infantil.....	31
2.5.1	Teoria do desenvolvimento psicossocial infantil.....	31
2.5.2	Importância das relações sociais e da cultura no desenvolvimento infantil...32	
2.6	O cuidado responsivo	32
2.6.1	Definição e princípios do cuidado responsivo	33
2.6.2	Exemplos de práticas de cuidado responsivo no dia a dia	33
2.6.3	Evidências sobre o impacto do cuidado responsivo na primeira infância.....	34
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	35
3.1	Aspectos gerais.....	35
3.2	Área de estudo	35
3.3	Aspectos éticos	36
3.4	População do estudo e amostragem	36
3.5	Coleta de dados.....	37
3.5.1	Instrumento de coleta de dados.....	37
3.5.2	Variáveis exploratórias	38
3.6	Análise de dados	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS	47
	ANEXO A	57
	ANEXO B	62
	ANEXO C	66

1 INTRODUÇÃO

Nos primeiros anos de vida, o fomento ao Desenvolvimento Infantil (DI) representa uma abordagem estratégica para potencializar o crescimento humano. Esse processo é influenciado por estímulos e interações sociais, que desempenham um papel importante na construção de habilidades. O bem-estar físico, as competências socioemocionais, as capacidades cognitivas e linguísticas adquiridas nessa fase constituem pilares para o sucesso acadêmico e profissional (Black *et al.*, 2017). Quando esses aspectos são adequados, a manifestação das competências e habilidades da criança ocorre de maneira semelhante em distintos contextos socioculturais, independentemente das particularidades regionais (Fernandes *et al.*, 2020).

Além disso, na Primeira Infância (PI), período compreendido entre o nascimento e os seis anos de idade (UNICEF, 2017), as crianças passam por transformações substanciais e adquirem competências significativas para sua integração no ambiente social. O desenvolvimento integral nessa fase demanda um cuidado especial e contínuo, que precisa ser promovido por meio de um ambiente seguro, enriquecedor e estimulante, no qual os cuidadores exercem um papel central (Brasil, 2024; Figueiras *et al.*, 2005).

De acordo com o Modelo Internacional *Nurturing Care*, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a implementação integrada de intervenções nas áreas de saúde, nutrição, educação na PI, segurança e proteção e cuidados responsivos são essenciais para o DI (WHO; UNICEF; WBG, 2018). A depender de como são conduzidas, a qualidade das interações entre cuidadores e crianças pode tanto favorecer quanto comprometer o crescimento saudável dos pequenos (Shonkoff *et al.*, 2012).

Os cuidados responsivos são fundamentais nesse processo e referem-se à habilidade dos cuidadores de perceber, interpretar e responder adequadamente aos sinais das crianças (WHO, 2020). Quando realizados de forma eficaz, esses cuidados promovem comportamentos positivos desde os primeiros meses de vida, como gestos, sorrisos e vocalizações, reduzem o risco de atrasos cognitivos e motores, bem como sentimentos de irritabilidade e insegurança nas crianças (Alvarenga; Weber; Bolsoni-Silva, 2016).

A observação dos movimentos e expressões das crianças, aliada à resposta dos cuidadores, está intrinsecamente ligada à prática dos cuidados responsivos. Esses cuidados contribuem para a proteção infantil, a identificação de suas necessidades, a criação de um ambiente favorável ao aprendizado e a construção de relações baseadas na confiança. As interações estabelecidas nesse contexto fortalecem os vínculos afetivos e favorecem a formação de conexões cerebrais (Brasil, 2023).

Sendo assim, a responsividade do cuidador envolve sensibilidade e atenção às expressões e sinais da criança, promovendo segurança emocional (Madigan *et al.*, 2024). Um vínculo afetivo seguro é essencial para o desenvolvimento socioemocional, pois contribui para um ambiente de confiança e proteção (Bowlby, 1969). Estímulos adequados ao desenvolvimento, como interações enriquecedoras e brincadeiras, também são elementos benéficos para o desenvolvimento cognitivo e social na PI (Berk, 2013).

No entanto, fatores contextuais como ambiente familiar e condições socioeconômicas impactam diretamente a qualidade do cuidado responsivo, pois situações precárias podem limitar o tempo e os recursos dos cuidadores para interagir com a criança (Goncalves *et al.*, 2023). O acesso a serviços de saúde e apoio na atenção primária favorece a promoção de boas práticas parentais, orientando cuidadores sobre a importância da responsividade (Dableh *et al.*, 2024).

O nível de conhecimento e a escolaridade dos cuidadores têm influência na adoção de comportamentos responsivos (Von Suchodoletz *et al.*, 2023). A presença de redes de apoio social também pode fortalecer as interações familiares e reduzir fatores de estresse que afetam o cuidado infantil (Jeong *et al.*, 2021). Levando em conta os fatores apresentados, é importante que existam dados acessíveis sobre os cuidados responsivos oferecidos às crianças ao redor do mundo e principalmente no Brasil, permitindo que ações efetivas sejam tomadas para superar os desafios enfrentados pela comunidade infantil.

Nesse contexto, nos últimos anos, poucos estudos sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) foram realizados no Brasil. Apesar do crescimento na implementação de programas voltados ao DPI, o país ainda carece de uma estratégia sistemática para monitorar os indicadores relacionados e obter uma visão abrangente do ambiente de cuidados oferecido às crianças (Venâncio *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a realização de estudos sobre os cuidados responsivos é importante para avaliar as práticas adotadas na PI, compreender sua dinâmica e analisar seus efeitos nas diversas áreas do DI. Tal aprofundamento pode contribuir de forma substancial para a qualificação das práticas profissionais no campo. Além disso, os dados poderão ser subsídios para a formulação de políticas públicas mais eficazes que promovam um ambiente saudável e estimulante aos vínculos afetivos, uma vez que essas intervenções contribuem para o desenvolvimento saudável das crianças em curto e em longo prazo.

A existência de dados em crianças de até três anos, como aqueles analisados em nosso estudo, se faz necessária, sobretudo em países de baixa e média renda, como o Brasil. O cuidado responsivo é a base para proteção contra violência, estimula ao desenvolvimento e aprendizado,

construção de relações confiáveis e fortalecimento de laços afetivos (Altafim *et al.*, 2021). Dessa forma, este trabalho poderá fornecer dados importantes para a elaboração de estratégias simples e que busquem aumentar o cuidado responsivo neste grupo populacional.

Monitorar os efeitos dos cuidados oferecidos às crianças é parte essencial de uma abordagem que visa promover seu desenvolvimento integral. Esse acompanhamento envolve observar, de forma sistemática e contínua, o crescimento físico, emocional, cognitivo e social da criança, em articulação com sua família, para fortalecer práticas cotidianas que estimulem seu potencial. Essa compreensão está em consonância com a Meta 3, principalmente a 3.2 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que propõe acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos até 2030, ampliando o acesso a cuidados e ações que promovam a sobrevivência e o desenvolvimento saudável na infância.

Objetivo Geral

- i. Avaliar os cuidados responsivos de crianças de 0 a 3 anos que foram acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde.

Objetivos Específicos

- i. Categorizar os cuidados responsivos com base na frequência das interações responsivas;
- ii. Analisar a associação entre o recebimento de cuidados responsivos e variáveis sociodemográficas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Indicadores de desenvolvimento na primeira infância

O Brasil é o maior país territorialmente da América do Sul, com uma população estimada de 212,6 milhões de pessoas (IBGE, 2024). Atualmente, o país conta com aproximadamente 18,1 milhões de crianças de 0 a 6 anos (FMCSV, 2023), das quais 55,4% vivem em famílias em situação de vulnerabilidade social (IBGE, 2022), uma condição que ainda representa um desafio significativo para a efetivação de políticas públicas voltadas à promoção do desenvolvimento integral na PI. Nesse contexto, e em consonância com a tendência mundial, o Brasil tem demonstrado um interesse crescente na promoção do DI durante os primeiros anos de vida

(Brasil, 2016).

Para tanto, utilizam-se no país diversas ferramentas padronizadas para monitorar o desenvolvimento e promover o cuidado integral na PI. Nesse sentido, uma pesquisa focada no acompanhamento dos indicadores de DI criou um inventário de itens denominado Questionário de Avaliação do Desenvolvimento Infantil no âmbito da PIPAS (QAD-PIPAS) para avaliar o progresso das crianças. Esse instrumento abrange quatro domínios essenciais: habilidades motoras, cognitivas, linguísticas e socioafetivas. Esse inventário possibilita uma avaliação completa do desenvolvimento de crianças com menos de cinco anos em nível populacional (Venâncio *et al.*, 2020a).

Do mesmo modo, o *Nurturing Care Framework* (NCF) traduziu essas evidências em cinco domínios. Esse modelo também abrange o fornecimento de oportunidades que permitam às crianças se desenvolverem de maneira adequada por meio de interações ambientais e sociais que sejam sensíveis e emocionalmente favoráveis (WHO; UNICEF; WBG, 2018) como explicado a seguir:

- i. Boa saúde: Uma condição de boa saúde é alcançada quando todos têm acesso a serviços de saúde de qualidade sem enfrentar dificuldades financeiras. É crucial que famílias e cuidadores possam utilizar uma ampla variedade de serviços, tanto em unidades de saúde quanto em suas comunidades. Esses serviços devem abranger ações de promoção e prevenção da saúde, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, proporcionando um atendimento integral que favoreça o bem-estar em todas as etapas do cuidado;
- ii. Nutrição adequada: indicadores relacionados à promoção de alimentação saudável, acesso a alimentos e nutrição infantil. A nutrição adequada é fundamental para o DI, porém, a promoção inadequada de alimentos destinados a lactentes e crianças constitui um determinante relevante que pode comprometer a decisão materna quanto à prática adequada da amamentação. Para enfrentar esse problema, o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno orienta a eliminação dessas estratégias comerciais indevidas. Tal instrumento representa um mecanismo importante para garantir um ambiente protetivo, no qual as mães possam realizar escolhas alimentares fundamentadas em informações isentas de vieses mercadológicos e contar com apoio integral no processo de decisão;
- iii. Cuidado Responsivo: indicadores relacionados a habilidades familiares e cuidados com a criança no ambiente doméstico. O cuidado responsivo está ligado à licença parental remunerada, creches acessíveis e planejamento urbano com espaços verdes. Esses elementos promovem o vínculo familiar, incentivam a amamentação, facilitam

- cuidados preventivos, apoiam mães solo e cuidadores de crianças com necessidades especiais;
- iv. Oportunidades de aprendizado precoce: indicadores relacionados ao acesso e à qualidade da educação formal. O acesso universal a creches de qualidade e à educação infantil é essencial para o desenvolvimento cognitivo e social das crianças, preparando-as para o ensino fundamental. Garantir esse acesso para todas as crianças, especialmente as de grupos vulneráveis, reduz o impacto negativo do estresse no aprendizado e promove um início equitativo na vida escolar;
 - v. Segurança e proteção: indicadores relacionados a proteções ou vulnerabilidades às quais a criança pode estar exposta no ambiente familiar ou comunitário. A proteção social contribui para a redução da pobreza e para a melhoria do acesso a serviços essenciais, como saúde e educação.

De forma análoga, é essencial acompanhar esses domínios para promover um DI pleno. Isso implica monitorar o crescimento e o desenvolvimento da criança em colaboração com a família, a fim de promover cuidados estimulantes no cotidiano. Ademais, é importante analisar fatores de risco ou proteção presentes no ambiente familiar e no meio em que a criança está inserida, considerando suas habilidades em relação ao esperado para sua idade (Bortoli; Teixeira; Venancio, 2022).

2.2 O processo de desenvolvimento na primeira infância

O desenvolvimento na PI atua como alicerce para a educação contínua, a eficiência no trabalho, a saúde física e mental, e o bem-estar social ao longo da vida (Richter *et al.*, 2017; Shonkoff *et al.*, 2012). Apesar de sua importância, observa-se que, nos últimos anos, houve uma escassez de estudos voltados ao desenvolvimento nessa fase (Pérez-Escamilla; Venâncio; Buccini, 2022). Estimativas indicam que a prevalência estimada de crianças que não alcançam os marcos de desenvolvimento varia entre 9% e 32% conforme diferentes pesquisas (Caetano *et al.*, 2020; Correia *et al.*, 2019). Outros estudos também evidenciam uma forte associação entre indicadores socioeconômicos como a baixa escolaridade materna e o risco aumentado de atrasos no DI (Araujo; Santos; Lima, 2020; Boo; Mateus; Duryea, 2018).

Em um estudo que avaliou o impacto de um amplo programa de visitas domiciliares no Brasil, os pesquisadores observaram que as famílias de menor renda que participaram do programa apresentaram maior vulnerabilidade em relação aos resultados de desenvolvimento das crianças. Em outras palavras, sem a implementação desse programa, essas crianças teriam

obtido pontuações significativamente mais baixas (Gonçalves; Duku; Janus, 2019). Essa descoberta ressalta os desafios enfrentados ao abordar as complexas condições sociais das famílias consideradas de alto risco, indicando a necessidade de um sistema de apoio social abrangente e consistente.

2.2.1 Desenvolvimento físico infantil

O DI é um processo contínuo e dinâmico que engloba muitos fatores (de Souza; Veríssimo, 2015). O crescimento, por sua parte, é um componente do desenvolvimento, particularmente no que se refere ao desenvolvimento físico (Paula *et al.*, 2016). Este último caracteriza-se pelo aumento da estrutura corporal global ou de segmentos específicos, sendo influenciado por dois mecanismos celulares fundamentais: a hipertrofia, que corresponde à ampliação do tamanho das células, e a hiperplasia, que se refere à multiplicação celular. As transformações fisiológicas mais significativas relacionadas ao desenvolvimento físico de vida ocorrem nos dois primeiros anos de vida (Magalhães Monteiro *et al.*, 2017).

A avaliação do desenvolvimento físico permite identificar possíveis atrasos no crescimento na PI e compreender sua relação com o estado de saúde e doença (Miranda *et al.*, 2012). A análise do desenvolvimento físico deve ir além da simples aferição de medidas antropométricas, abrangendo também a relação entre peso e estatura, padrões alimentares, desenvolvimento das habilidades motoras (grossa e fina), estado de saúde geral, condições socioeconômicas da família, histórico gestacional e obstétrico, nível de escolaridade dos cuidadores, qualidade do sono e exposição à luz solar (Magalhães Monteiro *et al.*, 2017a). Ao integrar esses fatores, obtém-se uma avaliação mais ampla, precisa e alinhada ao contexto individual da criança.

Um aspecto fundamental do desenvolvimento físico infantil é o desenvolvimento motor. Refere-se às transformações no comportamento motor, envolvendo a maturação do sistema nervoso central, a interação com o ambiente e estímulos durante o desenvolvimento (Getchell; Haywood, 2004). O desenvolvimento motor na infância envolve a progressiva ampliação das capacidades corporais, permitindo que a criança controle seu corpo em diferentes posturas, tanto estáticas quanto dinâmicas. Esse processo possibilita a locomoção e contribui para a realização das atividades do cotidiano (Santos; Dantas; Alberto De Oliveira, 2004).

Sob esta ótica, as habilidades motoras podem ser classificadas em dois tipos: habilidades motoras globais e habilidades motoras finas (Rebelo *et al.*, 2020). As habilidades motoras globais são predominantemente controladas pelos grandes grupos musculares e estão

envolvidas em movimentos amplos, como andar, correr e saltar. Por outro lado, as habilidades motoras finas são conduzidas pelos pequenos músculos e geralmente envolvem movimentos realizados com as mãos, como pegar objetos, desenhar, digitar ou tocar um instrumento de música (Rebelo *et al.*, 2020).

Além disso, o crescimento constitui uma das dimensões que compõem o processo global de desenvolvimento físico. Para o monitoramento e a vigilância do crescimento e desenvolvimento na PI, um aspecto fundamental é o registro das medidas na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) (Silva; Cursino; Da Silva, 2018). Um estudo sobre a vigilância do crescimento no contexto da Rede Básica de Saúde (RBS) do SUS no Brasil, constatou que a CSC é pouco utilizada para registrar as medidas de crescimento, e os responsáveis pelas crianças não recebem orientações adequadas sobre como fazer essas anotações (Pedraza, 2016).

Outros estudos conduzidos em várias cidades brasileiras sobre o registro dos dados de crescimento na CSC indicam que a ausência ou incompletude desses dados tem sido uma ocorrência comum (Abud; Gaíva, 2015). A falta de preenchimento adequado da CSC não apenas afeta a avaliação do crescimento, mas também dificulta a identificação de situações de risco como baixo peso ao nascer, perda excessiva de peso após o parto, a falta de amamentação exclusiva ou o desmame precoce e a implementação de cuidados adequados na rede de APS (Moreira; Gaíva, 2013).

O estudo realizado por Rosolem (2019) indicou que a CSC não tem sido fonte de informações para seguimento da atenção ao recém-nascido. No entanto, a continuidade da assistência a essa população infantil, mediante registros adequados, potencializa a coordenação do cuidado. Esse processo contribui para melhorar o acesso à saúde e para promover práticas de saúde infantil, com foco na prevenção dos principais agravos, na redução dos índices de morbimortalidade e na melhoria dos indicadores de saúde durante a PI.

2.2.2 Principais marcos do desenvolvimento físico infantil

Os marcos do desenvolvimento são um conjunto de habilidades que a maioria das crianças atinge em uma determinada idade (Tabela 1) (Zubler *et al.*, 2022). Eles são indicadores essenciais que auxiliam pais, médicos e professores a acompanhar o DI. Ademais, nos primeiros anos de vida, esses marcos fundamentais impulsionam o desenvolvimento físico (Ely *et al.*, 2018; Venancio *et al.*, 2020).

Tabela 1 – Marcos do desenvolvimento motor nos primeiros dois anos.

Idade (em meses)	Habilidades motoras gerais	Habilidades motoras finas
1	Reflexo de marcha; levanta ligeiramente a cabeça.	Segura objeto colocado na mão.
2 a 3	Levanta a cabeça até um ângulo de 90 graus quando deitada de bruços.	Começa a bater nos objetos à vista.
4 a 6	Vira o corpo; fica sentada com apoio; desloca-se sobre as mãos e joelhos (arrasta-se); mantém a cabeça ereta enquanto está sentada.	Alcança e pega objetos.
7 a 9	Senta-se sem apoio; engatinha.	Transfere objetos de uma mão para a outra.
10 a 12	Põe-se de pé e anda apoiando-se nos móveis; depois caminha sozinha; agacha-se e inclina-se; brinca de joguinhos de palmas.	Mostra sinais de preferência no uso das mãos; segura colher com a palma da mão, mas não tem boa mira ao levar a comida à boca.
13 a 18	Caminha para trás e de lado; corre (14 a 20 meses); rola bola de volta para adulto; bate palmas.	Empilha dois blocos; coloca objetos em recipiente menor e os despeja.
19 a 24	Sobe e desce escadas, dois pés por degrau; salta do chão com os dois pés.	Utiliza a colher para se alimentar; empilha de 4 a 10 blocos.

Fonte: Boyd e Bee (2011, p.127).

2.2.3 Influências genéticas e ambientais no desenvolvimento físico infantil

O desenvolvimento físico na PI é influenciado por uma combinação de fatores genéticos e ambientais (Fernandes *et al.*, 2023). Estudo desenvolvido por Arruda Burani (2021) tem demonstrado que os genes que uma criança herda de seus pais estabelecem um roteiro para o desenvolvimento.

Nessa perspectiva, a herança genética de uma criança pode influenciar seu ambiente de duas maneiras principais. Primeiro, a criança herda genes de seus pais, que também moldam o ambiente em que ela cresce. Por exemplo, pais com escores de Quociente de Inteligência (QI) mais altos não apenas têm maior probabilidade de transmitir genes associados ao QI elevado para seus filhos, mas também podem criar um ambiente mais enriquecedor e estimulante (Bee; Boyd, 2009). No entanto, crianças que herdaram tendências à agressividade e hostilidade de seus pais provavelmente vivem em um ambiente familiar caracterizado por críticas e negatividade, refletindo essas mesmas tendências genéticas dos pais (Bee; Boyd, 2009a)

Do mesmo modo, o ambiente social constitui um fator determinante no desenvolvimento de habilidades, repertórios e formas de conduta, nesse sentido, o desenvolvimento equilibrado da criança decorre da interação dinâmica entre adaptação ambiental, superação de desafios, regulação de situações críticas e apropriação construtiva das vivências próprias da PI (Teixeira; Lôbo; Duarte, 2016).

Estudo realizado por Yamille (2021) tem demonstrado que a maioria dos ambientes analisados foi considerada inadequada para favorecer o desenvolvimento motor infantil,

correspondendo ao nível socioeconômico encontrado. Esse achado está em consonância com os resultados obtidos por Gomes (2018) e Pizzo *et al.* (2015), os quais destacaram o impacto do contexto socioeconômico na disponibilidade de materiais voltados à estimulação motora das crianças. Nesse sentido, em famílias de baixa renda, a aquisição de brinquedos não é uma prioridade, e a ausência de contato com esses recursos pode comprometer o desenvolvimento de novas habilidades motoras.

2.2.4 Nutrição e saúde no crescimento e desenvolvimento físico das crianças

Durante os primeiros anos de vida, a nutrição, o nível socioeconômico da família, a qualidade dos estímulos recebidos, o suporte social e a saúde influenciam diretamente o progresso neuropsicomotor infantil (Pantano *et al.*, 2018). Nesse período, a nutrição adequada não apenas assegura o crescimento físico, mas também exerce um impacto significativo na saúde geral (Brasil, 2019).

A adoção de uma alimentação saudável, especialmente nessa fase, tem impactos positivos no crescimento, desenvolvimento e estado nutricional das crianças. A longo prazo, essa prática reduz o risco de doenças não transmissíveis, como obesidade, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, tanto na infância quanto na vida adulta (Silva; Teles; Santos, 2022).

Sendo assim, uma alimentação adequada e saudável contribui para a saúde infantil. Nessa etapa, o aleitamento materno favorece o crescimento adequado, o cuidado infantil, o desenvolvimento dos sistemas nervosos e imunológicos em recém-nascidos e na prevenção de infecções e doenças graves (Brasil, 2015). Além disso, a amamentação não apenas fortalece o sistema imunológico dos lactentes, mas também representa a forma mais natural e eficaz de criar um vínculo afetivo, proporcionar proteção e garantir a nutrição adequada para a criança, sendo também a intervenção mais econômica e eficiente para reduzir a morbimortalidade infantil (Brasil, 2015a, 2019a).

De forma análoga, o aleitamento materno é um direito humano fundamental e tem impacto direto nos padrões de saúde e mortalidade das populações. Compreender seus benefícios, padrões e fatores determinantes serve de fundamento para qualquer nação. Esse último contribui para a prevenção de diarreias, infecções respiratórias, além de promover o desenvolvimento intelectual das crianças (Brasil, 2015b).

No Brasil, quase todas as crianças receberam amamentação em algum momento. O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil de ENANI (2021) mostrou que metade das crianças brasileiras são amamentadas por mais de 1 ano e 4 meses. Porém, muitas crianças

utilizam chupetas ou recebem alimentos por meio de mamadeiras, o que pode prejudicar a continuidade do aleitamento materno. A prática do aleitamento materno cruzado, embora desaconselhada pelo Ministério da Saúde (MS), ainda é relativamente frequente.

Por outro lado, a doação de leite humano para os Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil diminuiu em 2024, totalizando 245,7 mil litros, menos do que os 253 mil registrados em 2023, o que reforça o desafio de atender plenamente à demanda nacional por leite humano (MDS, 2024). Esses dados destacam a importância de fortalecer ações, políticas e programas que promovam, protejam e apoiem o aleitamento materno (ENANI, 2021a).

Desde os seis meses de vida, a alimentação complementar promove o desenvolvimento saudável das crianças, contribuindo assim para prevenir o aparecimento de possíveis doenças, bem como auxiliar no aspecto psicológico e cognitivo. Essa fase é marcada pela transição da alimentação exclusivamente baseada em leite materno ou fórmula para a introdução de alimentos sólidos e variados, mantendo-se o aleitamento materno até os dois anos ou mais (Brasil, 2019; Marinho *et al.*, 2016).

Sendo assim, é fundamental incentivar o aleitamento materno, a saúde e a nutrição, a introdução de uma alimentação adequada e balanceada na PI. Para alcançar esse objetivo, a utilização de guias alimentares, conforme as recomendações da OMS, e a orientação alimentar por parte de profissionais de saúde contribuirão para garantir qualidade de vida e saúde nutricional às crianças (Santos *et al.*, 2020).

2.3 Desenvolvimento cognitivo infantil

2.3.1 Teorias do desenvolvimento cognitivo

Existem diversas teorias que explicam como as crianças desenvolvem suas habilidades cognitivas ao longo da infância. Duas das teorias mais influentes são as de Piaget e Vygotsky:

- i. **Teoria de Piaget:** Jean Piaget, um dos pioneiros no estudo do desenvolvimento cognitivo infantil, propôs uma abordagem construtivista, enfatizando que as crianças constroem ativamente seu próprio entendimento do mundo através da interação com o ambiente físico e social. Ele identificou quatro estágios principais no desenvolvimento cognitivo: Sensório- motor (0-2 anos), Pré-operacional (2-7 anos), operacional concreto (7-11 anos) e operacional formal (a partir dos 12 anos) (Piaget; Cook, 1952);
- ii. **Teoria de Vygotsky:** Lev Vygotsky destacou a importância das interações sociais e

do ambiente cultural no desenvolvimento cognitivo. Ele introduziu o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que se refere à distância entre o nível de desenvolvimento atual da criança e seu potencial de desenvolvimento com a ajuda de adultos ou pares mais competentes (Pino, 2010).

2.3.2 Principais marcos do desenvolvimento cognitivo

Os marcos do desenvolvimento cognitivo incluem a atenção, a memória e a linguagem. As crianças atingem esses marcos específicos no desenvolvimento de suas habilidades cognitivas, que são fundamentais para a compreensão do mundo e interação com os outros:

- i. **Atenção:** A capacidade de focar a atenção em estímulos relevantes e ignorar distrações favorece o aprendizado e a resolução de problemas. Esse processo se desenvolve ao longo dos primeiros anos e está diretamente ligado ao sucesso acadêmico e social (Diamond, 2013);
- ii. **Memória:** A memória também evolui significativamente na infância, passando de memória sensorial e de curto prazo para memória de longo prazo. Esse desenvolvimento permite que as crianças retenham e utilize informações de experiências passadas, facilitando o aprendizado contínuo e a adaptação a novas situações (Baddeley, 2003);
- iii. **Linguagem:** A aquisição da linguagem, permite às crianças não apenas se comunicar, mas também expressar pensamentos complexos e ideias abstratas. O ambiente linguístico ao redor da criança influencia a velocidade e a precisão com que a linguagem é adquirida (Hoff, 2013).

2.3.3 O papel do ambiente físico e das interações sociais no desenvolvimento cognitivo

Além das teorias específicas, o ambiente físico e social em que as crianças crescem reflete-se em seu desenvolvimento cognitivo:

- i. **Ambiente Físico:** Fatores como nutrição adequada e estímulos ambientais são essenciais para o desenvolvimento físico e mental saudável das crianças. Um ambiente rico em experiências sensoriais e oportunidades de exploração promove o desenvolvimento de habilidades cognitivas fundamentais (Cavallera *et al.*, 2019);
- ii. **Interações Sociais:** As interações com pais, cuidadores, colegas e outros adultos são importantes no desenvolvimento cognitivo. Vygotsky argumentou que as crianças aprendem melhor quando são guiadas por indivíduos mais experientes, que oferecem

suporte emocional e intelectual na resolução de problemas e no aprendizado de novas habilidades (Vygotsky; Cole, 1978).

2.4 Desenvolvimento afetivo infantil

2.4.1 Teorias do desenvolvimento emocional

Os vínculos afetivos atuam como base das interações humanas, durante esse período de convivência com os principais cuidadores, as crianças desenvolvem modelos internos dinâmicos, que consistem em representações mentais de sua própria identidade e das outras pessoas. Esses modelos internos são responsáveis por moldar os padrões afetivos precoces, os quais se manifestam na personalidade dos indivíduos (Dalbem; Débora; Dell'aglio, 2005; Pereira; Ferreira; Paredes, 2013; Schmidt; Argimon, 2009).

Esse processo de vinculação, que reconhece a necessidade inata do ser humano de estabelecer laços afetivos profundos com pessoas significativas, constitui o fundamento conceitual subjacente à Teoria do Apego elaborada por Ainsworth e Bowlby (Bowlby, 2023). De acordo com Bowlby (2023a), o estabelecimento de um apego infantil saudável está intrinsecamente ligado à sensibilidade do adulto que cuida da criança. Nessa perspectiva, a sensibilidade do cuidador em perceber e atender às necessidades emocionais do infante favorece a formação de um vínculo seguro e afetivo.

Um estudo realizado em crianças em situação de acolhimento no município de Marabá (PA) mostrou que o grau de afetividade dos cuidadores era, na maioria dos casos, negativo. Além disso, constatou-se uma desproporção na relação entre o número de crianças e cuidadores, com alguns cuidadores sendo responsáveis por várias crianças simultaneamente (Lopes da Costa *et al.*, 2020).

Em suma, a sensibilidade do cuidador propicia vínculos afetivos seguros, condição que pode ser comprometida pela sobrecarga observada em Marabá (PA). Dessa forma, aprimorar as condições de atendimento revela-se primordial para o estabelecimento de um apego saudável.

2.4.2 Principais marcos do desenvolvimento emocional

Desde os primeiros momentos de vida, os bebês demonstram uma forte inclinação para prestar atenção a rostos e expressões faciais. A partir de seis semanas de idade, algumas células

do córtex temporal, região associada ao reconhecimento facial, já estão funcionando. Além dessas habilidades inatas, o processo de socialização emocional é influenciado pela imitação de expressões e gestos, que ocorre desde os primeiros dias (Schultz; Izard; Abe, 2005).

Segundo Hughes (2011), por volta dos 18 meses, as crianças já conseguem identificar emoções básicas. As primeiras investigações sobre o desenvolvimento emocional revelaram que a compreensão das expressões faciais segue uma sequência previsível: inicialmente, as crianças compreendem emoções como alegria e tristeza, seguidas por raiva e surpresa (Scharfe, 2000).

Analogamente, as crianças conseguem utilizar informações emocionais básicas para tomar decisões simples. A partir dos dois anos, o desenvolvimento da linguagem permite uma socialização emocional mais complexa. Aos três anos, a maioria das crianças já usa rótulos para descrever emoções como alegria, tristeza, raiva e medo. Além disso, emoções como vergonha e orgulho, começam a se manifestar entre os dois e três anos, à medida que as crianças internalizam os padrões comportamentais de seus cuidadores (León-Rodríguez; Sierra-Mejía, 2008).

Crianças que demonstram uma boa identificação de emoções aos três anos tendem a entender melhor experiências emocionais mais elaboradas, como a coexistência de múltiplos sentimentos, aos seis anos (Schultz; Izard; Abe, 2005a).

2.4.3 Influência do ambiente familiar e escolar no desenvolvimento afetivo

O núcleo familiar é o primeiro ambiente de interação para uma criança e exerce influência na configuração do crescimento socioafetivo-cognitivo (Ely *et al.*, 2018). Cabe à família o dever de orientar, educar e preparar a criança para a convivência em sociedade, uma vez que seus hábitos, tradições e estilos de vida impactarão diretamente o comportamento infantil. Outrossim, é responsabilidade da família ensinar noções de respeito, estimular atitudes positivas e, quando necessário, estabelecer regras que guiam a criança em suas ações (Ribeiro; Bessia, 2015).

A escola, por sua vez, tem a função de ensinar, apoiar e implementar estratégias pedagógicas que contribuam para a construção do conhecimento. A criança precisa se sentir segura no ambiente escolar para poder se desenvolver de forma completa. Nesse ambiente, a interação com outros estudantes exige atitudes de respeito, assim como o relacionamento com professores e demais integrantes da equipe escolar (Oliveira *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a escola deve criar um ambiente estimulante, educativo, seguro e

afetivo, com profissionais qualificados para acompanhar as crianças em sua jornada de descoberta e conhecimento. Essa abordagem proporciona uma base sólida para o DI, capacitando as crianças a desenvolverem habilidades e competências que as tornem aprendizes autônomos, reflexivos e ativos no processo de construção do conhecimento (Liberal *et al.*, 2005).

Em contrapartida, quando a PI é submetida de forma contínua e sistemática a uma ausência de interação afetiva, maus-tratos, ambiente doméstico violento, estresse contínuo, entre outros, a estrutura cerebral sofrerá danos significativos (Nunes *et al.*, 2020). Por conseguinte, o estresse contínuo ativa o mecanismo de defesa de forma constante e sobrecarrega todo o funcionamento do organismo, afetando os sistemas que estão em desenvolvimento nas crianças, causando assim danos que podem persistir por toda a vida (Ely *et al.*, 2018; Souza, Mendes, Kappler, 2021).

Para Almeida (2008, p.353), “A família e a escola têm uma participação íntima, pois é um meio favorável à aprendizagem de sentimentos que marcam a vida da criança”. Nessa relação, a família deve despertar na criança o desejo de como ser um cidadão sociável, propiciando a educação do mesmo, valores de afeto, respeito, de como ser digno como cidadão, para colaborar com uma sociedade justa e harmônica.

2.5 Desenvolvimento psicossocial infantil

O desenvolvimento psicossocial refere-se ao crescimento e à evolução das habilidades emocionais, sociais e comportamentais da criança. Nessa fase, as interações com os cuidadores, familiares e o ambiente contribuem na formação da personalidade. Ademais, as experiências vivenciadas nesse período moldam a maneira como as crianças percebem o mundo, interagem com os outros e enfrentam desafios emocionais (Crespi *et al.*, 2020; Dias; Correia; Marcelino, 2013). Ele compreende diversos componentes, tais como: vínculo afetivo; exploração e autonomia; desenvolvimento de habilidades sociais; regulação emocional; desenvolvimento da identidade e autoestima (Carpigiani, 2010).

2.5.1 Teoria do desenvolvimento psicossocial infantil

No século XX, uma das teorias mais influentes sobre o desenvolvimento psicossocial foi proposta por Erik Erikson. Ele propôs oito estágios psicossociais, destacando como as interações sociais e o ambiente moldam o desenvolvimento humano ao longo da vida (Erikson, 1998; Orenstein; Lewis, 2024). Assim, nos primeiros estágios, conhecidos como "confiança

versus desconfiança", a criança desenvolve uma confiança básica quando suas necessidades são atendidas de forma consistente por cuidadores confiáveis. Analogamente, Erikson identificou a fase "autonomia versus vergonha e dúvida", em que a criança começa a conquistar autonomia. Entre os três e seis anos, na etapa denominada "iniciativa versus culpa", surge a curiosidade e o desejo de realizar ações, impulsionando o desenvolvimento da independência e do senso de propósito (Orenstein; Lewis, 2024a).

2.5.2 Importância das relações sociais e da cultura no desenvolvimento infantil

O contexto em que a criança está imersa, seja no seio familiar, escolar ou social, impacta o seu desenvolvimento (Oliveira *et al.*, 2020). Ambientes que estimulam a exploração, oferecem oportunidades para tomar decisões e fornecem *feedback* construtivo tendem a favorecer o DI (Hoffmann, 2023). Outro aspecto relevante do DI, sob a perspectiva da criança, envolve as habilidades que ela adquire ao brincar, seja com objetos ou com outras pessoas. Por meio do brincar, a criança aprende a explorar sensorialmente diferentes objetos e a reagir aos estímulos lúdicos propostos pelas pessoas com as quais interage (CCNCI, 2014). Da mesma forma, segundo Carvalho (2016), desde o nascimento, as brincadeiras proporcionam um contato genuíno, especialmente na interação mãe-bebê; durante essas interações, a mãe utiliza o tom de voz, oferece carinho, troca fraldas e estimula os sentidos da criança, como o olfato. O DI está intimamente ligado a essa fase de descobertas e à exploração de um mundo de fantasia característico da infância.

Teixeira; Lôbo e Duarte (2016) nos indicam que o desenvolvimento é influenciado pelas interações sociais, que proporcionam estímulos capazes de reforçar certos comportamentos e eliminar outros. Nesse contexto, a exposição gradual a fatores externos contribui para que a criança desenvolva uma percepção sobre os acontecimentos ao seu redor, as pessoas e as emoções envolvidas. Para os autores, essa interação facilita sua inserção no ambiente biopsicossocial, permitindo que ela vivencie um processo único de desenvolvimento personalizado, estreitamente relacionado à infância e suas particularidades.

2.6 O cuidado responsivo

O cuidado responsivo visa a díade cuidador-criança para promover interações responsivas e fortalecer o relacionamento pais-filho. Ele incentiva e apoia a sensibilidade e a capacidade de resposta (cuidados rápidos, consistentes, contingentes e apropriados às

sugestões, sinais, comportamentos e necessidades da criança) e o apego seguro (SESRS, 2023; WHO, 2020). Dessa forma, pais e cuidadores são incentivados a responder de maneira atenta e apropriada aos sinais das crianças. Isso pode ocorrer naturalmente nas interações diárias, como nos momentos de alimentação, banho e brincadeiras, no entanto, os pais podem precisar de apoio para incorporar essas práticas de forma consistente, especialmente em situações de estresse pessoal ou social (Pantano *et al.*, 2018).

2.6.1 Definição e princípios do cuidado responsivo

O cuidado responsivo envolve práticas de orientação antecipatória focadas em promover a segurança, o aprendizado e o desenvolvimento da criança, além de estabelecer uma relação de empatia e acolhimento entre cuidador e criança. Porém, esse papel de orientação não se restringe aos pais biológicos, mas também é assumido por tutores e cuidadores que mantêm uma relação constante e atenta com a criança (WHO, 2020b).

Do mesmo modo, o cuidado responsivo valoriza a singularidade de cada criança e enfatiza a construção de relações seguras e confiáveis (Ainsworth, 1979). Ele permite a autonomia da criança, promove sua autoestima e competência, incentivando a criança a participar ativamente de seu próprio cuidado e aprendizado (Landry, 2008). Pesquisas indicam que crianças que recebem cuidados responsivos tendem a ter um melhor desenvolvimento socioemocional (NICHD, 2006). Ademais, a neurociência mostra que o cuidado responsivo tem impacto positivo no desenvolvimento cerebral das crianças (Gunnar; Quevedo, 2007).

2.6.2 Exemplos de práticas de cuidado responsivo no dia a dia

As práticas de cuidado responsivo podem ser incorporadas em várias atividades diárias, como por exemplo:

- i. Durante a alimentação, os cuidadores podem observar os sinais de fome e saciedade da criança e responder adequadamente (Rajão; Martins, 2020);
- ii. Durante o tempo de brincar, os cuidadores podem seguir o interesse da criança e apoiar sua exploração e aprendizado (Avila Colla, 2019);
- iii. Ler livros juntos e discutir as histórias ajuda no desenvolvimento cognitivo e emocional (Seixas, 2020);
- iv. Validar os sentimentos da criança, reconhecendo suas emoções e crucial para o cuidado responsivo (Souza; Mendes; Kappler, 2021); e estabilidade para a criança

- v. Estabelecer e seguir rotinas previsíveis proporciona a segurança e estabilidade para a criança (Siegel; Bryson, 2013);
- vi. Estar disponível para responder às perguntas e curiosidades da criança estimula o desenvolvimento intelectual (Schwartzman; Lederman, 2017).

Sendo assim, é essencial fornecer *feedback* positivo e constante, encorajamento para apoiar a autoestima e a confiança da criança, responder de maneira calma e compreensiva aos comportamentos desafiadores dela, assim como participar ativamente das suas brincadeiras imaginativas e criativas. Isso fortalece o vínculo emocional, a sensação de segurança e as habilidades de resolução de problemas (Silva; Germano, 2015; Yavo; Campos, 2016).

2.6.3 Evidências sobre o impacto do cuidado responsivo na primeira infância

Estudo desenvolvido por Yavo e Campos (2016) aponta que o cuidado responsivo está associado a uma menor incidência de problemas comportamentais. A responsividade do cuidador pode melhorar a capacidade da criança de regular suas emoções e comportamentos, por conseguinte, crianças que experimentam cuidados responsivos têm maior probabilidade de desenvolver empatia e habilidades sociais (Azevedo; Mota; Mettrau, 2018).

Nesse sentido, a interação sensível e responsiva do cuidador estimula o desenvolvimento das funções executivas no cérebro infantil. Crianças com cuidados responsivos apresentam melhor adaptação às transições e mudanças na vida (NICHD, 2006). A presença constante e atenta do cuidador promove um sentimento de segurança, essencial para o crescimento psicológico, e a responsividade contribui para o desenvolvimento da autonomia e da independência infantil, e permite às crianças ter uma autoimagem mais positiva e maior autoestima.

À luz dessas considerações, evidências globais demonstram uma correlação positiva entre cuidados afetuosos e a saúde, o crescimento e DI, conforme sustentado por estudos neurocientíficos que indicam que esse tipo de cuidado na PI pode mitigar os efeitos negativos de condições socioeconômicas desfavoráveis no desenvolvimento cerebral (Oliveira; Machado, 2021).

3 MATERIAL E MÉTODOS

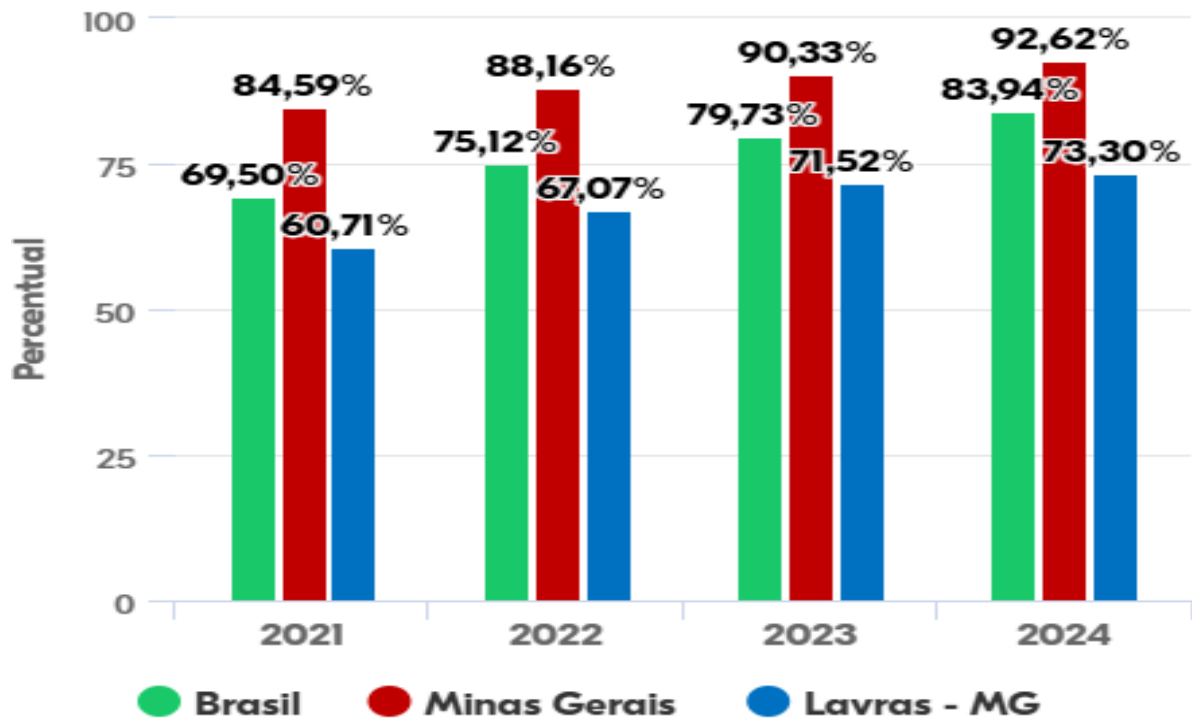
3.1 Aspectos gerais

O presente estudo possui caráter transversal, de natureza quantitativa, pertencente a um projeto mais amplo intitulado “Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância”. A população-alvo abrange os principais cuidadores de crianças de 0 a 3 anos acompanhadas pela rede pública de saúde do município de Lavras, assim como os profissionais responsáveis pela assistência dessas crianças nas unidades de atendimento locais.

3.2 Área de estudo

Idealizada em 2019 e concluída em 2023, a pesquisa foi realizada no município de Lavras, situado na região Sul de Minas Gerais, com uma estimativa populacional de 109.884 habitantes e a densidade demográfica era de 185,50 hab/km² (IBGE, 2022, 2024). A cidade tem uma taxa média de mortalidade infantil de 9,63 para cada 1.000 nascidos vivos e um índice de internações por diarreia de 8,6 para cada 1.000 habitantes, ocupando as posições 414 e 235 entre os 853 municípios do estado, respectivamente (IBGE, 2022). A cobertura da Atenção Primária à Saúde da população de Lavras é de 73,30%, o que representa um índice relativamente baixo em comparação com os dados estaduais e nacionais. Em Minas Gerais, a cobertura é de 92,62%, enquanto no Brasil o índice gira em torno de 83,94% (Brasil, 2021, 2024).

Figura 1 – Cobertura percentual da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em Minas Gerais e em Lavras (MG), no período de 2021 a 2024.



Fonte: Ministério da Saúde - e-Gestor (2021 – 2024).

3.3 Aspectos éticos

O projeto “Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Lavras (CAEE: 43815221.2.0000.5148/ n° 3.199.539/ 2019) (ANEXO A). Antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), foi transmitida às famílias a explicação completa da essência do estudo, incluindo seus objetivos, métodos e procedimentos utilizados na coleta de dados. As mães ou responsáveis que concordaram de maneira voluntária em participar da pesquisa assinaram o TCLE e autorizaram a participação de seus filhos. Além disso, as famílias foram informadas que a qualquer momento elas poderiam deixar de participar do estudo.

3.4 População do estudo e amostragem

A amostra dessa pesquisa foi composta por 311 famílias moradoras da zona urbana, atendidas por 6 Estratégias Saúde da Família (ESF) e 1 Ambulatório Médico de Especialidades (AME) da cidade, locais acobertados pelo Projeto. No período de março de 2022 a março de

2023, foram registrados dados de 324 crianças de 0 a 3 anos, sendo todas as crianças pertencentes às famílias entrevistadas. Essas crianças, acompanhadas pela rede pública de saúde do município de Lavras, Minas Gerais, estavam sob os cuidados de seus principais responsáveis no contexto familiar. Foram excluídas do estudo crianças que apresentavam patologias ou limitações que impedissem a aferição de medidas antropométricas, bem como outras informações relevantes ao experimento.

3.5 Coleta de dados

No período de março de 2022 a março de 2023, foram coletados dados de 324 crianças de 0 a 3 anos atendidas na APS do município de Lavras. Os coordenadores da pesquisa de campo constituíram um Manual de Padronização, visando a realização das etapas de forma homogênea e semelhante, incluindo os instrumentos que foram utilizados. Ao todo, 36 entrevistadores se comprometeram no registro de informações, sendo discentes de Medicina, Nutrição e Mestrado em Nutrição e Saúde. Para que houvesse a adequada padronização da coleta, os entrevistadores receberam a devida capacitação para a atividade na modalidade remota, através da plataforma de comunicação *Google Meet*, em função do treinamento ter sido realizado durante o período de quarentena devido à pandemia do COVID-19 no Brasil (LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020) (Brasil, 2020). Antes do processo oficial de coleta de dados ocorreu a etapa de pré-teste, para alinhamento dos instrumentos de campo.

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

No presente estudo, foi empregado um formulário, contendo questões objetivas para obtenção de informações do responsável e da criança. A primeira parte do instrumento, aborda aspectos sociodemográficos da mãe ou responsável, incluindo identificação, renda, condições de habitação, acesso a serviços de saúde, alimentação e Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN), enquanto o segundo foca nas crianças, contemplando datas de nascimento, indicadores antropométricos, exames bioquímicos, dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e Questionário de Avaliação do Desenvolvimento Infantil-PIPAS (QAD-PIPAS), (ANEXO C).

A variável dependente do estudo foi os cuidados responsivos, avaliados por meio do QAD-PIPAS. O QAD-PIPAS foi criado para auxiliar no monitoramento populacional e no DI brasileiro, considerando a necessidade de gestores municipais, estaduais e federais inteirarem-

se sobre a qualidade das supervisões às quais as crianças de 0 a 59 meses estão submetidas. Aquém da validação em que foi testado nas cidades das regiões sudeste e nordeste do país, o instrumento teve suas propriedades psicométricas aprovadas com certas associações de fatores de risco e de proteção para o DI, boa validade de construto e adequada confiabilidade teste-reteste (Venancio *et al.*, 2021).

As perguntas relacionadas ao cuidado responsivo são referentes ao bloco II, especificamente aos setores IV – Cotidiano da Criança e V – Percepção sobre Saúde e Desenvolvimento da Criança do QAD-PIPAS (Venancio *et al.*, 2021). Nessa pesquisa, para avaliar o recebimento de cuidados responsivos, utilizou-se o conjunto de variáveis correspondentes às perguntas 22 a 31.3 do setor IV – “Cotidiano da Criança” do QAD-PIPAS. Entre essas variáveis destacam-se: as práticas cotidianas como brincar, ler livros, contar histórias, passear, desenhar, cantar e ouvir música. Tais indicadores possibilitam avaliar, de forma estruturada, as interações entre cuidador e criança na faixa etária de 0 a 3 anos, permitindo inferências sobre o grau de responsividade no ambiente domiciliar.

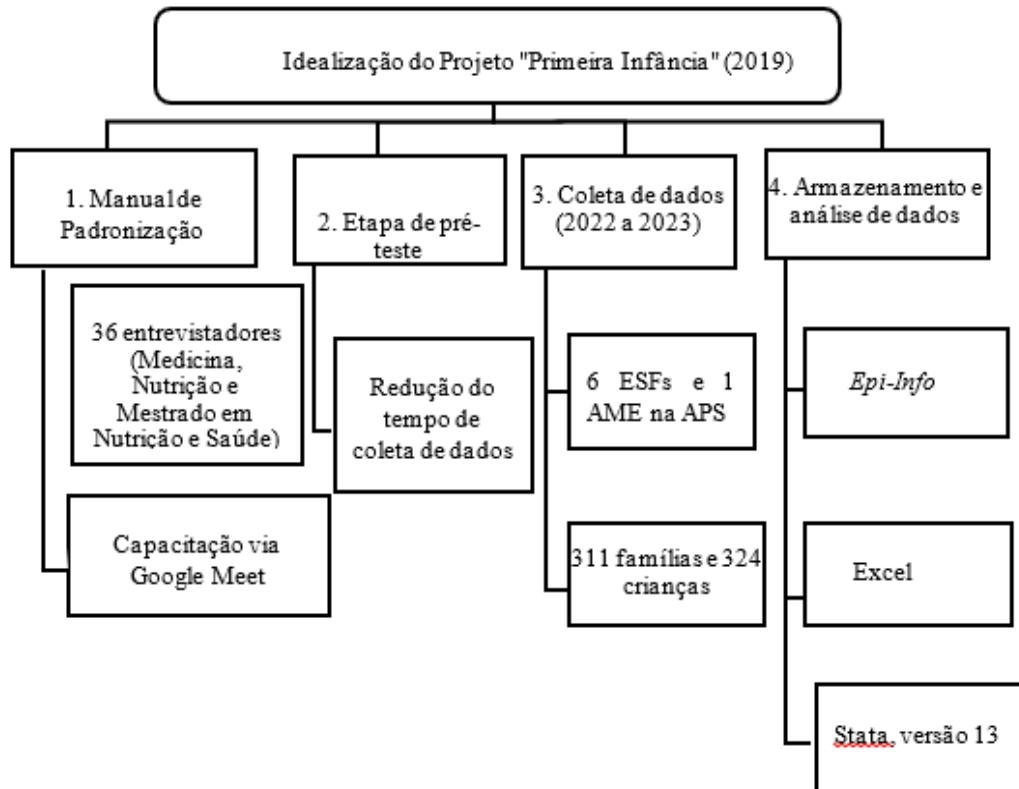
3.5.2 Variáveis exploratórias

As variáveis sociodemográficas utilizadas neste estudo foram: sexo da criança e do responsável (feminino/masculino); idade materna (≤ 30 anos / > 30 anos); escolaridade do responsável (≥ 12 anos / < 12 anos); cor/raça (branco/não brancos); estado civil (com companheiro(a)/sem companheiro(a)); renda total familiar (> 2 salários-mínimos / ≤ 2 salários-mínimos) e situação de trabalho (remunerado/não remunerado). Esses dados foram utilizados tanto para a caracterização da amostra quanto para a análise da associação entre o perfil sociodemográfico das famílias e a oferta de cuidados responsivos.

3.6 Análise de dados

As respostas obtidas após as entrevistas com os cuidadores foram registradas no *Epi-Info* para a elaboração de banco de dados. O banco de dados foi transportado para o *software Excel* e houve a sobreposição das planilhas de ambos os programas, a fim de detectar erros de digitação e assim anulá-los. Ademais, no *Epi-Info*, os dados foram executados na função “Enter Data” com dupla digitação, em que todo o processo tornou o banco da pesquisa duplamente validado. Na Figura 2, estão resumidas, as etapas principais realizadas ao longo do projeto.

Figura 2 – Organograma com a exposição das etapas percorridas pelo Projeto.



Fonte: Da Autora (2025).

Após essa etapa, foi realizada uma análise descritiva, com a apresentação das frequências relativas para as variáveis sociodemográficas do estudo. Já para essas variáveis, as diferenças entre as categorias foram verificadas por meio do Intervalo de Confiança de 95% (IC 95%). A variável dependente, cuidado responsivo, foi categorizada em: baixa responsividade, para o recebimento de zero a três cuidados, e alta responsividade, para quatro ou mais cuidados recebidos (Venancio *et al.*, 2020). A associação entre o recebimento de cuidados responsivos e variáveis exploratórias foi analisada por meio de Regressão Logística bruta e ajustada. O nível de significância adotado foi de 5%, e os dados foram analisados utilizando o software Stata, versão 13.0.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliadas 324 crianças e seus responsáveis, com média de idade de 28,2 anos (DP = 6,7). A proporção de participantes foi significativamente maior entre responsáveis com menos de 30 anos (60,44%), mães que se identificaram como não brancas (75,62%), responsáveis que vivem com companheiro(a) (57,89%), aqueles com escolaridade materna igual ou superior a 12 anos (45,99%) e famílias sem risco de insegurança alimentar (67,28%).

Por outro lado, a proporção foi menor entre os responsáveis com renda familiar inferior a um salário mínimo (21,32%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da amostra.

Variáveis	N	%	IC 95%
Da criança			
Sexo			
Feminino	166	51,23	45,8 – 56,7
Masculino	158	48,77	43,3 – 54,4
Dos responsáveis			
Idade			
≤ 30 anos	194	60,44	54,9 – 65,6
> 30 anos	127	39,56	34,3 – 45,0
Cor da pele autorreferida			
Branco	79	24,38	20,0 – 29,4
Não Branco	245	75,62	70,6 – 80,0
Estado Civil			
Sem companheiro (a)	136	42,11	36,8 – 47,6
Com companheiro (a)	187	57,89	52,4 – 63,2
Escolaridade Materna			
Até 9 anos	77	23,77	19,4 – 28,7
9 – 12 anos	98	30,25	25,5 – 35,5
≥ 12 anos	149	45,99	40,6 – 51,5
Renda da Família			
< 1 salário-mínimo	68	21,32	17,14 – 26,18
1 – 2 salários-mínimos	135	42,32	36,98 – 47,84
≥ 2 salários-mínimos	116	36,36	31,23 – 41,82
Trabalho			
Não remunerado	152	47,96	42,50 – 53,48
Remunerado	166	52,04	46,52 – 57,50
Risco de Insegurança Alimentar			
Não	218	67,28	61,95 – 72,20
Sim	106	32,72	27,80 – 38,04

Fonte: Da Autora (2025).

A Figura 3 apresenta a frequência de crianças que recebem estímulos positivos. Embora a maioria das crianças tenha recebido estímulos positivos, o uso de dispositivos eletrônicos

como forma de entretenimento, a ausência de livros e o tempo excessivo de exposição às telas destacam-se como aspectos presentes no cotidiano das crianças avaliadas.

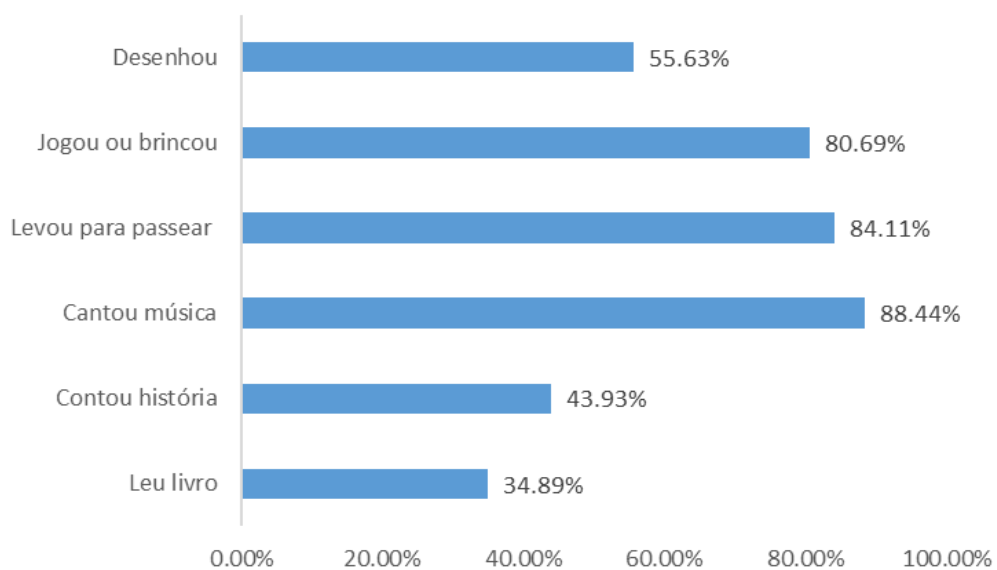
Figura 3 – Frequência de estímulos responsivos.



Fonte: Da Autora (2025).

A Figura 4 ilustra que a maioria das crianças recebeu cuidados responsivos de seus responsáveis; no entanto, as atividades de contar histórias e leitura de livros apresentaram proporções inferiores a 50%.

Figura 4 – Proporção de cuidados responsivos realizados pelos responsáveis em crianças de 0 a 36 meses da cidade de Lavras, MG, Brasil.



Fonte: Da Autora (2025).

Ao analisar a associação entre características sociodemográficas e a oferta de cuidados responsivos (Tabela 3), observou-se que indivíduos com renda superior a dois salários mínimos e emprego formal tiveram maior probabilidade de oferecer esses cuidados. Após ajustes para possíveis variáveis de confusão, apenas a renda permaneceu significativamente associada ao cuidado responsivo ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Associação do cuidado responsivo com variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Bruta		Ajustada	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Da criança				
Sexo				
Feminino	1	1	1	1
Masculino	0,85	0,54 – 1,33	0,88	0,55 – 1,41
Dos responsáveis				
Idade da mãe				
≤ 30 anos	1	1	1	1
> 30 anos	1,23	0,78 – 1,96	1,05	0,62 – 1,75
Cor ou raça				
Branco	1	1	1	1
Não Brancos	0,65	0,38 – 1,11	0,75	0,42 – 1,88
Estado Civil				
Sem companheiro (a)	1	1	1	1
Com companheiro (a)	1,34	0,85 – 2,10	1,14	0,68 – 1,88
Escolaridade Materna				
Até 9 anos	1	1	1	1
9 – 12 anos	1,25	0,68 – 2,29	1,07	0,55 – 2,05
≥ 12 anos	1,34	0,77 – 2,36	1,05	0,57 – 1,95
Renda da Família				
< 1 salário-mínimo	1	1	1	1
1 – 2 salários-mínimos	1,32	0,73 – 2,38	1,08	0,56 – 2,09
≥ 2 salários-mínimos	2,78	1,49 – 5,21	2,19	1,02 – 4,75
Trabalho				
Não remunerado	1	1	1	1
Remunerado	1,75	1,11 – 2,75	1,37	0,81 – 2,29
Risco de Insegurança Alimentar				
Não	1	1	1	1
Sim	0,69	0,43 – 1,10	1,08	0,42 – 2,76

Fonte: Da Autora (2025).

Este estudo objetivou avaliar os cuidados responsivos entre crianças de 0 a 36 meses de

idade, utilizando o QAD-PIPAS para caracterizar o seu perfil e fatores associados. Constatou-se que a maioria das crianças avaliadas recebeu estímulos positivos no domicílio. A presença de cuidados responsivos observados em nosso estudo em crianças de 0 a 36 meses pode contribuir para melhores interações responsivas, e melhores desfechos cognitivos e socioemocionais, visto que intervenções em parentalidade, focadas em responsividade e estimulação precoce, promovem o desenvolvimento motor, cognitivo e linguístico (Jeong *et al.*, 2021).

O artigo de Yang *et al.* (2021) evidencia de forma clara a importância dos estímulos positivos no ambiente familiar para o DI, ao analisar 12 estudos com crianças menores de 5 anos, a meta-análise revelou uma correlação moderada e estatisticamente significativa entre estímulos no domicílio, desenvolvimento cognitivo e psicomotor. Além disso, o impacto é ainda mais expressivo em crianças acima de 18 meses, o que sugere que ambientes ricos em interação e estímulos têm efeitos cumulativos ao longo do tempo. Esses resultados reforçam a importância de pais e cuidadores oferecerem atividades como leitura, jogos, música, conversas e exploração, não apenas em quantidade, mas com resposta emocional sensível e consistente, já que tais práticas criam um cenário doméstico propício para a aprendizagem, neuroplasticidade e crescimento psicomotor, fundamentais nos primeiros anos de vida.

Apesar da predominância de cuidadores não brancos (75,62%; n = 245), jovens (60,44%; n = 194) e com escolaridade intermediária (45,99%; n = 149), o ambiente familiar pode suprir barreiras socioeconômicas por meio de práticas estruturadas de estimulação e suporte afetivo. Estudos apontam que, em contextos desfavoráveis, a leitura compartilhada em casa está associada a benefícios cognitivos, linguísticos e motores (Galea *et al.*, 2025). Ademais, no estudo de Cuidados Infantis e Desenvolvimento Juvenil (SECCYD), foi observado que a sensibilidade materna contínua, desde a infância até a adolescência, potencializa os efeitos benéficos de experiências educativas, com maior desempenho acadêmico e comportamento ajustado, mesmo entre famílias menos privilegiadas (Vandell; Gülseven, 2023). Esses dados reforçam que o investimento em interações responsivas e frequentes, mesmo em cenários vulneráveis, pode ser decisivo para promover aprendizagens duradouras na PI.

Apesar da presença de estímulos positivos, a maioria das crianças faz uso cotidiano de dispositivos eletrônicos, o que é motivo de preocupação. Desmurget (2021) afirma que o uso excessivo de telas compromete pilares do DI, como interação humana, linguagem e atenção. Eisenstein *et al.* (2024) recomendam evitar o uso de telas em crianças menores de 2 anos e limitá-lo a no máximo uma hora diária entre 2 e 5 anos e sempre com supervisão de cuidadores. Ademais, relatos nacionais evidenciam prejuízos no convívio familiar, sono e brincadeiras

espontâneas (FMCSV, 2023). O uso disseminado de dispositivos eletrônicos exige ações educativas para restaurar o equilíbrio entre estímulos digitais e experiências interativas diretas.

Identificou-se também que menos da metade dos cuidadores contou histórias ou leu livros para as crianças. Esse achado constitui um déficit relevante, pois priva a criança dos benefícios cognitivos esperados. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Pediatria, (2015) orienta que a leitura seja iniciada desde o nascimento, pois estimula a linguagem, atenção, criatividade e vínculo afetivo.

Campanha como “Receite um livro” incentiva que pais reservem momentos diários para contar pequenas histórias, permitindo que o bebê manuseie o livro e se interesse pela leitura. A ausência dessa prática compromete o desenvolvimento linguístico e cognitivo (Sociedade Brasileira de Pediatria., 2015a), apontando para a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso ao livro e orientem os cuidadores sobre leitura compartilhada.

A principal forma de brincar observada foi com brinquedos industriais. Ainda que positivos, esses brinquedos muitas vezes limitam a criatividade, a diversidade de estímulos lúdicos e a exploração sensorial. Kishimoto (2017) destaca que o brincar com brinquedos caseiros, incluindo materiais não estruturados, é central na apropriação do conhecimento pela criança. Ampliar o repertório lúdico, com materiais acessíveis e naturais, pode enriquecer a experiência de aprendizagem e favorecer o desenvolvimento global.

Complementar às observações anteriores, verificou-se que, além da baixa leitura, atividades como cantar e desenhar foram realizadas por menos da metade dos cuidadores semanalmente. A literatura sobre *nurturance* enfatiza que práticas simples de interação, como cantar ou conversar, são componentes-chave do cuidado responsivo e favorecem a construção de vínculos afetivos (WHO, 2020). A escassez dessas atividades pode refletir falta de orientação técnica, tempo ou recursos, especialmente em famílias de baixa renda.

Ao analisar a associação entre os cuidados responsivos e as variáveis sociodemográficas, observou-se que cuidadores com renda igual ou superior a 2 salários mínimos brasileiros apresentaram maiores chances de terem cuidados responsivos com seus filhos ($p < 0,05$). O relatório “Pobreza Multidimensional na Infância e Adolescência no Brasil 2017 a 2023” mostra que a redução da pobreza, impulsionada pelo aumento da renda e pela expansão de programas sociais, melhora o acesso a serviços essenciais e aumenta a probabilidade de ambientes domésticos mais estimulantes e seguros para as crianças (UNICEF, 2023).

Nesse contexto, iniciativas como o Programa Criança Feliz (PCF), uma política pública federativa integrada ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), contribuem para a

redução das desigualdades, especialmente ao formar profissionais para orientar cuidadores em contextos vulneráveis, fortalecendo práticas de cuidado responsivo no ambiente doméstico (Sokolovic *et al.*, 2022). O PCF atua por meio de visitas domiciliares estruturadas, realizadas por assistentes sociais ligados ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), orientando sobre práticas parentais responsivas como leitura, brincadeiras e apoio emocional às crianças de 0 a 3 anos. A avaliação de impacto realizada em 30 municípios entre 2018 e 2021, envolvendo cerca de 3.242 crianças, indicou uma alta frequência de visitas (Santos *et al.*, 2022). Essas ações favorecem o vínculo entre cuidador e criança, apoiam o desenvolvimento de habilidades parentais sensíveis e direcionam as famílias a recursos comunitários essenciais. Em essência, a renda familiar age como facilitador material, emocional e cognitivo para promover um ambiente doméstico mais rico em qualidade interacional e suporte à criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nosso estudo com crianças de 0 a 36 meses evidenciou aspectos positivos, como a presença de estímulos adequados, mas também revelou fragilidades, incluindo o uso excessivo de telas, baixa frequência de leitura e desigualdades no acesso a interações de qualidade.

Esses resultados reforçam a necessidade de políticas públicas intersetoriais que incentivem práticas como a leitura desde os primeiros meses de vida, a limitação do tempo de exposição às telas e a ampliação de oportunidades lúdicas no cotidiano familiar. Além disso, destaca-se a importância de capacitar profissionais da saúde para orientar famílias, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, quanto à promoção de ambientes responsivos. Conforme demonstrado na literatura, a articulação entre saúde, educação e assistência social é estratégica para criar condições mais equitativas ao DPI.

Apesar de termos observado uma presença significativa de comportamentos responsivos, práticas como contar histórias e ler para as crianças ainda são pouco frequentes e devem ser ampliadas. Embora diversos fatores possam influenciar essas práticas, nosso estudo identificou associação significativa apenas com a renda familiar, evidenciando que contextos socioeconômicos mais favorecidos tendem a apresentar maior engajamento em cuidados responsivos.

Dessa forma, os achados sinalizam a importância de conhecer o perfil sociodemográfico e os hábitos de cuidado das famílias para embasar intervenções eficazes, capazes de reduzir desigualdades no DI. Investir no fortalecimento da responsividade parental, sobretudo em famílias em situação de vulnerabilidade, é uma estratégia promissora para favorecer interações

de qualidade e apoiar a construção de vínculos afetivos seguros na PI.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Primeiramente, a amostra foi composta exclusivamente por famílias de crianças residentes na zona urbana do município de Lavras, o que limita a generalização dos achados para populações rurais ou de outros contextos socioculturais.

Outro ponto a ser destacado refere-se à coleta de dados por meio de entrevistas e questionários autorreferidos, o que pode ter gerado vieses de memória ou de desejabilidade social por parte dos participantes. Por fim, o instrumento utilizado para avaliação do cuidado responsivo (QAD-PIPAS), apesar de válido e adequado ao contexto brasileiro, ainda apresenta uso restrito em determinadas regiões do país, o que pode influenciar a comparabilidade com estudos conduzidos em outras realidades.

REFERÊNCIAS

- ABUD, Simone Mourão; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Records of growth and development data in the child health handbook. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 97–105, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000200097&lng=en&tlng=en.
- AINSWORTH, Mary S. Infant–mother attachment. **American psychologist**, v. 34, n. 10, p. 932, 1979.
- ALMEIDA, Ana Rita Silva. A afetividade no desenvolvimento da criança. Contribuições de Henri Wallon*. **Revista Inter Ação**, v. 33, n. 2, p. 343–357, 2008. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/view/5271>.
- ALTAFIM, E.R.P. *et al.* **O Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância**. 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/biblioteca>.
- ALVARENGA, Patrícia; WEBER, Dobrianskyj L. N.; BOLSONI-SILVA, Alessandra T. Cuidados parentais e desenvolvimento socioemocional na infância e na adolescência: uma perspectiva analítico-comportamental. Parental care and socioemotional development in childhood and adolescence: a behavior analytic perspective. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 18, n. 1, p. 4–21, 2016. Disponível em: <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/viewFile/827/456>.
- ARAÚJO, Danielle Mendonça; SANTOS, Denise Castilho Cabrera; LIMA, Maria Cecília Marconi Pinheiro. Cognitive, language and motor development of infants exposed to risk and protective factors. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 138, p. 110353, 2020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165587620304961>. Acesso em: 29 de maio de 2023.
- ARRUDA BURANI, Gabriel *et al.* As influências do ambiente social no desenvolvimento infantil. 2021.
- AVILA COLLA, Rodrigo. O brincar e o cuidado nos espaços da educação infantil: desenvolvendo os animais que somos. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 100, n. 254, 2019. Disponível em: <http://rbep.inep.gov.br/ojs3/index.php/rbep/article/view/3291>.
- AZEVEDO, Sonia Maria Lourenço de; MOTA, Márcia Maria Peruzzi Elia da; METTRAU, Marsyl Bulkool. **Empatia: perfil da produção científica e medidas mais utilizadas em pesquisa**. scielopepsic, 2018.
- BADDELEY, Alan. Working memory: looking back and looking forward. **Nature reviews neuroscience**, v. 4, n. 10, p. 829–839, 2003.
- BEE, Helen; BOYD, Denise. **A Criança em Desenvolvimento-12**. Artmed editora, 2009.
- BERK, Laura E. **Child development**. Boston: 2013.

BLACK, Maureen M *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77–90, 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616313897>.

BOO, Florencia Lopez; MATEUS, Mayaris Cubides; DURYEA, Suzanne. Analysis of socioeconomic gradients in the development of children aged 0-3 years in Fortaleza, Northeastern Brazil. **Revista de Saude Publica**, v. 52, 2018 Acesso em: 29 maio 2023.

BORTOLI, Maritsa Carla de; TEIXEIRA, Juliana Araujo; VENANCIO, Sonia Isoyama. Projeto PIPAS: Monitoramento de indicadores do desenvolvimento na primeira infância. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 11, n. 3 spe, 2022.

BOWLBY, J. Attachment and Loss: Attachment New York: Basic. 1969.

BOWLBY, John. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Artmed Editora, 2023.

BOYD, Denise; BEE, Helen. A criança em crescimento. Artmed Editora, 2011.

BRASIL. **Base Legislação da Presidência da República - Lei nº 13.979 de 06 de fevereiro de 2020**. 2020. Disponível em:

<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13979&ano=2020&ato=fe8Mzaq1EMZpWT445>. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**. In: MDS, MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. N.36ed. Brasília, DF: 2024. p. 158.

BRASIL. Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016. **Diário oficial da União. seção 1**, p. 1, 2016. Disponível em:

https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21292775/do1-2016-10-06-decreto-n-8-869-de-5-de-outubro-de-2016-21292718.

BRASIL. **GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS BRASILEIRAS MENORES DE 2 ANOS**. 2019. Disponível em: <http://editora.saude.gov.br>.

BRASIL. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2015-. ISSN 1098-6596. v. 23

Brasil. Ministério da Saúde. Resumo Executivo – Projeto PIPAS 2022: Indicadores de desenvolvimento infantil integral nas capitais brasileiras [versão eletrônica] / Ministério da Saúde. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 40 p

CAETANO, Sheila C *et al.* An epidemiological study of childhood development in an urban setting in Brazil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, p. 43–54, 2020.

CARPIGIANI, Berenice. Erikson - Teoria do desenvolvimento psicossocial. **Carpsi**, p. 4–5, 2010.

CAVALLERA, Vanessa *et al.* Scaling early child development: What are the barriers and enablers?. **Archives of Disease in Childhood**, v. 104, p. S43–S50, 2019.

CCNCI, Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. **Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem**. 2014. Disponível em: www.ncpi.org.br.

CORREIA, Luciano Lima *et al.* Prevalence and socioeconomic determinants of development delay among children in Ceará, Brazil: A population-based study. **PLoS ONE**, v. 14, n. 11, 2019.

CRESPI, Livia *et al.* Neurodesenvolvimento na Primeira Infância: aspectos significativos para o atendimento escolar na Educação Infantil. **Ensino em Re-Vista**, v. 27, n. SPE, p. 1517–1541, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/view/57449>. Acesso em: 4 jun. 2024.

DABLEH, Saydeh *et al.* Access of older people to primary health care in low and middle-income countries: A systematic scoping review. **PLoS ONE**, v. 19, n. 4 April, p. 1–21, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0298973>.

DALBEM, Juliana Xavier; DÉBORA; DELL’AGLIO, Dalbosco. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento Attachment theory: conceptual bases and the development of working models. 2005. Disponível em: Acesso em: 7 jul. 2024.

DE SOUZA, Juliana Martins; VERÍSSIMO, Maria de la Ó.Ramallo. Child development: Analysis of a new concept. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1097–1104, 2015.

DESMURGET, Michel. A fábrica de cretinos digitais: Os perigos das telas para nossas crianças (leia também Faça-os ler!). Vestígio Editora, 2021.

DIAMOND, Adele. Executive functions. **Annual review of psychology**, v. 64, n. 1, p. 135–168, 2013.

DIAS, Isabel Simões; CORREIA, Sónia; MARCELINO, Patrícia. Desenvolvimento Na Primeira Infância: Características Valorizadas Pelos Futuros Educadores De Infância. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 7, n. 3, p. 9–24, 2013.

ELY, Harasawa *et al.* **Programa Criança Feliz/Manuel do pesquisador**. Brasília/DF: 2018.

ENANI. ALEITAMENTO MATERNO: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos ENANI 2019. - **Documento eletrônico**. Rio de Janeiro: 2021. Disponível em: <https://enani.estudiomassa.com.br/wpcontent/uploads/2023/10/Relatorio-4-ENANI-2019-Aleitamento-Materno.pdf>.

ERIKSON, Erik Homburger. **O ciclo de vida completo**. Artes Médicas, 1998.

FERNANDES, Michelle *et al.* INTERGROWTH-21st Project international INTER-NDA standards for child development at 2 years of age: an international prospective population-based study. **BMJ open**, v. 10, n. 6, p. e035258, 2020.

FERNANDES, Maria Jéssica da Silva *et al.* Tecnologias para prevenção de acidentes domésticos em crianças na primeira infância: revisão de escopo. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, p. 135–148, 2023.

FIGUEIRAS, Amira Consuelo *et al.* **Monitoring child development in the IMCI context**. 2005.

FMCSV, **Fundação Maria Cecília Souto Vidigal**. Relatório Primeira Infância Primeiro: Brasil. 2023. Disponível em: <https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/dados/brasil/>.

GALEA, Claire *et al.* Home-based shared book reading and developmental outcomes in young children: a systematic review with meta-analyses. **Frontiers in Language Sciences**, v. 4, 2025. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/flang.2025.1540562/full>.

GETCHELL, Nancy; HAYWOOD, Kathleen M. Desenvolvimento motor ao longo da vida. **Porto Alegre: Artmed**, 2004.

GOMES, Jeanne Arina Meytre. Percepção materna de vínculo, crenças e práticas em situação de vulnerabilidade social. 2018.

GONCALVES, Tobias Ferreira *et al.* Perfil das oportunidades no ambiente doméstico para o desenvolvimento infantil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 8, p. e7812842881, 2023.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; DUKU, Eric; JANUS, Magdalena. Developmental health in the context of an early childhood program in brazil: The “primeira infância melhor” experience. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 3, 2019.

GUNNAR, Megan; QUEVEDO, Karina. The neurobiology of stress and development. **Annu. Rev. Psychol.**, v. 58, n. 1, p. 145–173, 2007.

HOFF, Erika. Interpreting the early language trajectories of children from low-SES and language minority homes: implications for closing achievement gaps. **Developmental psychology**, v. 49, n. 1, p. 4, 2013.

HOFFMANN, Amanda Cristina Mazer. Desenvolvimento autônomo na infância: explorando os impactos psicológicos e sociais da falta de autonomia. 2023.

HUGHES, Claire. Social understanding and social lives: From toddlerhood through to the transition to school. New York, NY, US: **Psychology Press**, 2011. (Essays in developmental psychology.).

IBGE, Brasil. **Censo Demográfico**. 2022.

IBGE, Brasil. **Censo Demográfico**. 2024.

JEONG, Joshua *et al.* Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. **PLOS Medicine**, v. 18, n. 5, p. e1003602, 2021. Disponível em: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1003602>. Acesso em: 11 jun. 2023.

KISHIMOTO, T M. Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação. Cortez Editora, 2017. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=On02DwAAQBAJ>.

LANDRY, Susan H. The role of parents in early childhood learning. **Encyclopedia on early childhood development**, p. 1–6, 2008.

LEÓN-RODRÍGUEZ, Diego A; SIERRA-MEJÍA, Hernán. Desarrollo de la comprensión de las consecuencias de las emociones. [Development of understanding of emotional consequences.]. **Revista Latinoamericana de Psicología**, León-Rodríguez, Diego A.: Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Bogota, Colombia, diego_leon@yahoo.com.mx, v. 40, n. 1, p. 35–45, 2008.

LIBERAL, Edson Ferreira *et al.* Escola segura. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. s155–s163, 2005.

LOPES DA COSTA, Lucas *et al.* Associações entre afetividade dos cuidadores e o desenvolvimento infantil de crianças em situação de acolhimento Associations between affection of caregivers and child development of children in foster reception situation. **Rev. Bra. Edu. Saúde**, v. v. 10, p. 136–145, 2020.

MADIGAN, Sheri *et al.* Maternal and paternal sensitivity: Key determinants of child attachment security examined through meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 150, n. 7, p. 839–872, 2024. Disponível em: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/bul0000433>.

MAGALHÃES MONTEIRO, Flávia Paula *et al.* Physical Development of Infants: an Investigation in a Hospital Unit. **Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 11, p. 4435–4444, 2017. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=126616168&%0Alanguage=pt-pt&site=ehost-live>.

MARINHO, Leticia Maia Forte *et al.* Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 977–986, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000300977&lng=pt&tlng=pt.

MDS, **Ministério da Saúde**. Doações de leite humano beneficiaram mais de 219 mil bebês em todo o Brasil. 2024.

MIRANDA, M de *et al.* Avaliação antropométrica na infância: uma revisão. **Braz J Sports Nutr**, v. 1, n. 1, p. 37–45, 2012.

MOREIRA, Mayrene Dias de Sousa; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. MONITORING OF CHILD GROWTH AND DEVELOPMENT: ANALYSIS OF RECORDS OF NURSING CONSULTATIONS. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n. 2, p.

3757–3766, 2013. Disponível em:
<http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/2150>.

NICHD, Network Early Child Care Research. Child-care effect sizes for the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. **American Psychologist**, v. 61, n. 2, p. 99–116, 2006. Disponível em: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.61.2.99>.

NUNES, Katiúscia Gomes *et al.* O impacto dos maus-tratos na infância no desenvolvimento cerebral e no funcionamento cognitivo: uma revisão. **Diaphora**, v. 9, n. 4, p. 9–13, 2020. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/view/241/220>.

OLIVEIRA, Daniela Emilena Santiago Dias de *et al.* A Importância da Família para o Desenvolvimento Infantil e para o Desenvolvimento da Aprendizagem: um estudo teórico. **Intr@ciência**, p. 1–8, 2020.

OLIVEIRA, Michelle Rodrigues de; MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2663–2672, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232021000702663&tlng=pt.

ORENSTEIN, Gabriel A.; LEWIS, Lindsay. **Eriksons Stages of Psychosocial Development**. 2024. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21037913>.

PANTANO, Mariana *et al.* Primeiros 1.000 dias de vida. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 72, n. 3, p. 490–494, 2018.

PAULA, Flávia *et al.* CRESCIMENTO INFANTIL: ANÁLISE DO CONCEITO. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003300014>. Acesso em: 24 fev. 2025.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Growth surveillance in the context of the Primary Public Healthcare Service Network in Brazil: literature review. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 1, p. 7–19, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292016000100007&lng=en&tlng=en.

PEREIRA, Maria da Graça; FERREIRA, Gabriela; PAREDES, Ana Cristina. Apego aos pais, relações românticas, estilo de vida, saúde física e mental em universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 4, p. 762–771, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722013000400017&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 7 jul. 2024.

PÉREZ-ESCAMILLA, Rafael; VENANCIO, Sonia; BUCCINI, Gabriela. Monitoring nurturing care environments for early childhood from the national to the municipal level. **Maternal & Child Nutrition**, v. 18, n. Suppl 2, p. e13327, 2022.

PIAGET, Jean; COOK, Margaret. **The origins of intelligence in children**. International Universities Press New York, 1952. v. 8

- PINO, Angel. A criança e seu meio: contribuição de Vigotski ao desenvolvimento da criança e à sua educação. **Psicologia USP**, v. 21, n. 4, p. 741–756, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642010000400006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2024.
- PIZZO, Gislaíne Contessoto *et al.* Análise das affordances do ambiente domiciliar de crianças pré-escolares: um estudo em função da renda familiar. **Caderno de Educação Física e Esporte**, v. 13, n. 1, p. 79–89, 2015.
- RAJÃO, Fabiana Lima; MARTINS, Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1863–1877, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000501863&tlng=pt.
- REBELO, Miguel *et al.* Desenvolvimento Motor da criança: Relação entre Habilidades Motoras Globais, Habilidades Motoras Finas e Idade: Desenvolvimento Motor: Relação entre Habilidades Motoras e Idade. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v. 20, n. 1, p. 75–85, 2020. Disponível em: <https://revistas.um.es/cpd/article/view/385791>. Acesso em: 20 fev. 2025.
- RIBEIRO, Natálio Vieira; BÉSSIA, Jovenilda Furtado. As Contribuições Da Família Para O Desenvolvimento Da Criança 2 a Trajetória Da Família: Abordagens Históricas E Atuais. **Faacz.Com. Br**, p. 1–6, 2015.
- RICHTER, Linda M *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 103–118, 2017.
- ROSOLEM, Letícia Helena *et al.* CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ACESSO À SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, p. 61496, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362019000100344&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 abr. 2024.
- SANTOS, Iná S. *et al.* Avaliação do Programa Criança Feliz: um estudo randomizado em 30 municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4341–4363, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232022001204341&tlng=pt.
- SANTOS, Camila de Jesus *et al.* Introdução de frutas e verduras na alimentação complementar de lactentes em Montes Claros, Minas Gerais. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 70, n. 1, p. 1–7, 2020. Disponível em: <https://www.alanrevista.org/ediciones/2020/1/art-1/>.
- SANTOS, Suely; DANTAS, Luiz; ALBERTO DE OLIVEIRA, Jorge. Desenvolvimento motor de crianças, de idosos e de pessoas com transtornos da coordenação. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 18, p. 33–34, 2004. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2010/05/desenvolvimento-motor-e-transtornos-de-coordenacao.pdf>.

SCHARFE, Elaine. Development of emotional expression, understanding, and regulation in infants and young children. *In: THE HANDBOOK OF EMOTIONAL INTELLIGENCE: THEORY, DEVELOPMENT, ASSESSMENT, AND APPLICATION AT HOME, SCHOOL, AND IN THE WORKPLACE*. Hoboken, NJ, US: Jossey-Bass/Wiley, 2000. p. 244–262.

SCHMIDT, Eluisa Bordin; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 43, p. 211–220, 2009.

SCHULTZ, David; IZARD, Carroll E; ABE, Jo Ann A. The Emotion Systems and the Development of Emotional Intelligence. *In: EMOTIONAL INTELLIGENCE: AN INTERNATIONAL HANDBOOK*. Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers, 2005. p. 51–67.

SCHWARTZMAN, José Salomão; LEDERMAN, Vivian Renne Gerber. Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. **Inc. Soc**, v. 10, n. 2, p. 17–27, 2017. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1470693655000888><http://lattes.cnpq.br/4624068510173364>.

SEIXAS, Cristiana Garcez dos Santos. Biblioterapia e educação: sopros de cuidado entre leituras. **RevistAleph**, [s. l.], n. 34, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistaleph/article/view/41444>.

SESRS, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. **Atenção à saúde emocional de crianças afetadas por situações de emergência**. 1ª edição. Porto Alegre: 2023.

SHONKOFF, Jack P. *et al.* An Integrated Scientific Framework for Child Survival and Early Childhood Development. **Pediatrics**, v. 129, n. 2, p. e460–e472, 2012.

SIEGEL, D J; BRYSON, T P. *The Whole-Brain Child: 12 Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind*. 2013.

SILVA, Talita Cristina Tomaz; CURSINO, Emília Gallindo; DA SILVA, Liliane Faria. Caderneta de saúde da criança: vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 12, p. 3445, 2018.

SILVA, Maria Rosimere da Conceição; GERMANO, Zeno. **Perspectiva psicanalítica do vínculo afetivo: o cuidador na relação com a criança em situação de acolhimento**. scieloepsic, 2015.

SILVA, Patrícia Cristina Soares da; TELES, Vanja Christina de Souza Nunes; SANTOS, Ana Cristina de Castro Pereira. A IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NOS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 2541–2551, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Receite um livro Fortalecendo o desenvolvimento e o vínculo**. São Paulo: 2015.

SOKOLOVIC, Nina *et al.* Teaching home-visitors to support responsive caregiving: A cluster randomized controlled trial of an online professional development program in Brazil. **Journal of Global Health**, v. 12, 2022.

SOUZA, Ana Beatriz Mota e; MENDES, Deise Maria Leal Fernandes; KAPPLER, Stella Rabello. A compreensão emocional infantil: uma revisão da literatura. **Psicologia em Revista**, v. 27, n. 1, p. 224–244, 2021. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/18663>.

TEIXEIRA, Alcyllanna Nunes; LÔBO, Karla Rossana Gomes; DUARTE, Ana Teresa Camilo. A Criança e o Ambiente Social: Aspectos Intervenientes no Processo de Desenvolvimento na Primeira Infância. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 10, n. 31, p. 114, 2016.

UNICEF. **Pobreza Multidimensional na Infância e Adolescência no Brasil**. 2023.

VANDELL, Deborah Lowe; GÜLSEVEN, Zehra. The Study of Early Child Care and Youth Development (SECCYD): Studying Development from Infancy to Adulthood. **Annual Review of Developmental Psychology**, v. 5, n. 1, p. 331–354, 2023.

VENANCIO, Sonia I. *et al.* Development and validation of an instrument for monitoring child development indicators. **Jornal de Pediatria**, v. 96, n. 6, p. 778–789, 2020.

VENANCIO, Sonia I. *et al.* Psychometric properties of the Child Development Assessment Questionnaire (QAD-PIPAS) for use in population studies involving Brazilian children aged 0–59 months. **Jornal de Pediatria**, v. 97, n. 6, p. 637–645, 2021. Acesso em: 29 maio 2024.

VON SUCHODOLETZ, Antje *et al.* Early childhood education and care quality and associations with child outcomes: A meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 18, n. 5, p. e0285985, 2023. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0285985>. Acesso em: 29 maio 2023.

VYGOTSKY, Lev Semenovich; COLE, Michael. **Mind in society: Development of higher psychological processes**. Harvard university press, 1978.

WHO, World Health Organization. **Improving early childhood development policies and practices: WHO guideline**. World Health Organization. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.org/research/publication/improving-early-childhood-development-policies-and-practices>.

WHO, World Health Organization; UNICEF, United Nations Children’s Fund; WBG, World Bank Group. **Nurturing care for early child development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential**. Geneva: 2018-. ISSN 15913090.v. 37

YAMILLE, Kellen. Vínculo mãe-filho, ambiente e desenvolvimento motor de bebês acompanhados em seguimento de risco. v. 21, n. 4, p. 1025–1033, 2021.

YANG, Qing *et al.* Impact of Home Parenting Environment on Cognitive and Psychomotor Development in Children Under 5 Years Old: A Meta-Analysis. **Frontiers in Pediatrics**, v. 9, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2021.658094/full>.

YAVO, Ivete de Souza; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. **Cuidador e cuidado: o sujeito e suas relações no contexto da assistência domiciliar**. scieloepsic, 2016.

ZUBLER, Jennifer M. *et al.* Evidence-Informed Milestones for Developmental Surveillance Tools. **Pediatrics**, 2022. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/doi/10.1542/peds.2021-052138/184748/Evidence-Informed-Milestones-for-Developmental>.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: “CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA: IMPLICAÇÕES SOBRE A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA”.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
LAVRAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância

Pesquisador: Maysa Helena de Aguiar Toloni

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43815221.2.0000.5148

Instituição Proponente: Universidade Federal de Lavras

Patrocinador Principal: MUNICIPIO DE LAVRAS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.807.555

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O desenvolvimento infantil é fator importante na determinação da trajetória de vida das próximas gerações. A má nutrição e atrasos no desenvolvimento infantil afetam as taxas de produtividade e crescimento econômico de um país. O estado nutricional é decisivo no crescimento e desenvolvimento de crianças, com impacto direto na saúde infantil. A Organização Mundial de Saúde propõe que os governos ofereçam à população

informações em linguagem de fácil compreensão e que sejam capazes de promover a adoção de escolhas alimentares adequadas e saudáveis. O governo brasileiro provê tais informações na Caderneta de Saúde da Criança; no entanto, não existem estudos que revelem a compreensão dos conteúdos da Caderneta, e sua importância para adoção de práticas adequadas e saudáveis pelos diferentes grupos sociais da população. Possíveis dificuldades de compreensão poderiam se tornar um fator limitante no que diz respeito à efetividade da Caderneta para a promoção do desenvolvimento infantil. **Objetivo:** : Realizar um diagnóstico das crianças e adolescentes do município de Lavras, e avaliar a utilização e compreensão dos conteúdos da Caderneta de Saúde da Criança sobre a prática efetiva de ações relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) na primeira infância e sobre indicadores de SAN. **Metodologia:** estudo do tipo longitudinal, experimental, com abordagem qualitativa e quantitativa. No primeiro momento, pretende-se realizar pesquisa de linha de base para

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037

Bairro: PRP/COEP

CEP: 37 200-900

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3829-5182

E-mail: coep.nintec@ufla.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
LAVRAS



Continuação do Parecer: 4.807.555

compreender a situação de SAN da população de interesse, assim como seu nível de compreensão sobre a Caderneta e identificar principais desafios. Depois, pretende-se aleatorizar o envio de mensagens de texto via SMS, contendo informações-chave para promover a compreensão da importância e do conteúdo da Caderneta pelos responsáveis pelas

crianças de até três anos, e avaliar o impacto de uma melhor compreensão da Caderneta sobre a prática efetiva de ações recomendadas referentes à SAN e à qualidade da alimentação. Resultados esperados: Espera-se com os resultados dessa pesquisa podem servir de evidência para mobilizar formuladores de políticas públicas para que foquem suas atenções no incentivo à compreensão e utilização adequadas da Caderneta, disseminando seus conteúdos de forma acessível nas diversas oportunidades de contato do sistema público com cuidadores de crianças, e também entre os profissionais da rede de cuidado da primeira infância.

Metodologia Proposta:

Trata-se um estudo longitudinal, experimental – isto é, vamos acompanhar indivíduos ao longo do tempo –, com abordagem mista, qualitativa e quantitativa. Para cumprir com o objetivo principal dessa pesquisa, propomos a utilização de metodologia experimental. Pretendemos aleatorizar o envio de mensagens de texto via SMS, promovendo melhor compreensão da importância e do conteúdo da Caderneta de Saúde da Criança, no que diz respeito a SAN, para os cuidadores responsáveis pelas crianças de até três anos no ambiente familiar – geralmente, as mães –, e depois avaliar o efeito de uma melhor compreensão com relação à CSC sobre a prática das ações recomendadas e indicadores de SAN. A população-alvo com a qual trabalharemos compreende as 1.621 crianças de 0 a 3 anos (valor aproximado considerando informações do censo educacional), acompanhadas pela rede pública de saúde da cidade de Lavras, Minas Gerais, e seus principais cuidadores no ambiente familiar. Também serão avaliadas 261 crianças de 4 a 10 anos de idade e 354 adolescentes (cálculo amostral considerando o censo educacional 2020). Serão avaliadas tanto crianças residentes na zona urbana quanto na zona rural. Nosso plano é alocar, aleatoriamente, estas crianças/cuidadores em dois grupos, tratamento e controle, com o mesmo número de participantes em cada um. O grupo de tratamento receberá mensagens de texto via SMS, com conteúdo que promove melhor compreensão da importância e do conteúdo da Caderneta com relação a SAN, enquanto o grupo de controle não receberá mensagens de texto. Esperamos que, num primeiro estágio, as mensagens de texto resultem em uma melhor compreensão da Caderneta por parte dos cuidadores das crianças e, num segundo estágio, a melhor compreensão impacte positivamente a prática efetiva das ações de SAN recomendadas na

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037
 Bairro: PRP/COEP CEP: 37.200-900
 UF: MG Município: LAVRAS
 Telefone: (35)3829-5182 E-mail: coep.nintec@ufia.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
LAVRAS



Continuação do Parecer: 4.807.555

Resposta: O Projeto completo faz menção a esse exame no item 4.3.5, páginas 21 e 22.

Análise: ATENDIDA

2 - Pendência 2: ANÁLISE: Parcialmente atendida. Os esclarecimentos prestados auxiliam no entendimento da pesquisa. No entanto, a apresentação de um único TCLE fica confuso para o participante. Assim, pede-se que seja elaborado um TCLE específico para cada grupo participante da pesquisa. Além disso, faz-se necessário a inclusão da autorização da Secretaria Municipal de Saúde para que a pesquisa seja realizada com profissionais de saúde (Grupo 3).

Resposta: Foram elaborados TCLEs específicos para cada grupo. Anexados na Plataforma Brasil. Ademais, incluiu autorização da Secretaria Municipal de Saúde para que a pesquisa seja realizada com profissionais de saúde (Grupo 3).

Análise: ATENDIDA

3 - Pendência 3: ANÁLISE: Atendida. No entanto, reveja os critérios de inclusão do grupo 1 (crianças e adolescentes), pois pessoas maiores de 18 anos não requerem TALE.

Resposta: Os critérios foram revistos e adequados.

Análise: ATENDIDA

4 - Pendência 4: ANÁLISE: Não atendida. Solicita-se anexar a Plataforma Brasil uma declaração da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (ou outro órgão competente) que indique a concordância da Prefeitura Municipal de Lavras com a execução do projeto avaliado a ser executado pela equipe proponente, responsabilizando-se também pelo custeio do referido projeto. O documento apresentado não caracteriza isso.

Resposta: Novos documentos foram anexados.

Análise: ATENDIDA

5 - Pendência 5: ANÁLISE: Atendida. No entanto, a análise do documento gerou as pendências listadas a seguir:

Pendência 5a: Os critérios de exclusão não estão adequados pois excluem da pesquisa apenas aqueles que não foram incluídos. Pede-se que esse critério seja reavaliado/reescrito e corrigido nos demais documentos (TCLE, TALE, Informações básicas).

Resposta: Os critérios de exclusão foram adequados e reescritos nos referidos documentos.

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037

Bairro: PRP/COEP

CEP: 37.200-900

UF: MG

Município: LAVRAS

Telefone: (35)3829-5182

E-mail: coep.nintec@ufla.br

Continuação do Parecer: 4.807.555

Caderneta. Com a prática das ações recomendadas, esperamos também que a melhor compreensão resulte em melhores indicadores de SAN. Dada a nossa estratégia experimental, nosso modelo econométrico é um de Mínimos Quadrados Ordinários (MQO) em dois estágios. No primeiro estágio, estimamos por MQO o efeito do tratamento (envio de mensagens de texto que promovem compreensão da Caderneta) sobre a compreensão dos cuidadores com relação a parte de SAN da Caderneta. Após esta primeira estimação, obtemos o valor predito da variável compreensão e, no segundo estágio, estimamos por MQO o efeito da compreensão sobre a prática das ações recomendadas de SAN e sobre outros indicadores de SAN. Note que, neste caso, a variável exógena é a de tratamento, que será usada como instrumento para compreensão. Note também que o efeito da compreensão é local porque ele se refere apenas ao grupo de compliers; isto é, verificaremos o efeito da compreensão ao comparar o grupo de cuidadores que compreendem a importância e o conteúdo da Caderneta porque receberam o tratamento com o grupo de cuidadores que não compreendem a Caderneta porque não receberam o tratamento. Propomos a implementação desta pesquisa em oito etapas, conforme abaixo: 1. Envio ao comitê de ética; Assinatura do termo de consentimento, cadastramento de números de celular e coleta de dados de linha de base; 2. Pesquisa qualitativa; 3. Preparação das mensagens que serão veiculadas por celular; 4. Alocação aleatória dos participantes nos grupos de controle e de tratamento; 5. Envio de mensagens de texto via SMS3 com conteúdo de promoção da compreensão sobre a importância e o conteúdo de SAN da Caderneta da Criança; 6. Segunda onda de coleta de dados; 7. Terceira onda de coleta de dados; 8. Análise de dados e produção do artigo de pesquisa.

Hipótese:

Garantia da compreensão de cuidadores de crianças de 0 a 3 anos de idade com relação à Caderneta de Saúde da Criança sobre: (1) a prática das recomendações de SAN contidas nela, e (2) indicadores de SAN. Em particular, nosso interesse está sobre a dimensão do conceito de SAN que diz respeito à qualidade da alimentação e as práticas alimentares nos primeiros três anos de vida. A CSC traz as recomendações universais e a proposta do projeto é identificar as lacunas de compreensão para apoiar a autonomia das famílias a fazerem as melhores escolhas nos seus contextos.

Critério de Inclusão:

Participarão do estudo crianças e adolescentes, residentes no município de Lavras- MG, bem como seus pais ou responsáveis alfabetizados, que não apresentam problemas de memória ou

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037
Bairro: PRP/COEP **CEP:** 37.200-900
UF: MG **Município:** LAVRAS
Telefone: (35)3829-5182 **E-mail:** coep.nintec@ufla.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
LAVRAS



Continuação do Pensar: 4.007.555

desconforto com a presença da equipe do projeto, estresse, cansaço ao responder às perguntas presenciais e por SMS, quebra de privacidade durante o tempo que a equipe permanecer na casa do participante e desconforto ou dor leve durante a avaliação antropométrica e coleta de sangue. Para evitar essas Intercorrências, a equipe será devidamente treinada para o trabalho de campo. O questionário não será identificado pelo nome para que seja mantido o anonimato e a equipe trabalhará de forma ética. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento e será feita uma revisão criteriosa das questões. Caso seja comprovado dano direto ou indireto, decorrente da participação na pesquisa, os pesquisadores irão arcar com todas as possíveis consequências psicológicas decorrentes da aplicação do questionário, fornecendo assistência psicológica. Os dados da pesquisa serão utilizados somente para fins científicos, sem exposição dos participantes.

Benefícios:

Promoção da redução do consumo de alimentos ultraprocessados, os quais afetam de maneira desfavorável o meio ambiente em virtude das formas de produção, distribuição, comercialização e consumo associadas a esses alimentos. Promoção da alimentação adequada e saudável; Promoção do direito humano a alimentação adequada; Subsídio para as políticas de saúde e segurança alimentar e nutricional. Ações capazes de melhorar a qualidade da alimentação na primeira infância causam impacto positivo no crescimento e desenvolvimento infantil, na redução do risco de carências nutricionais e no desenvolvimento de doenças crônicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se um estudo longitudinal, experimental, com abordagem mista, qualitativa e quantitativa que envolve a participação de 3.917 voluntário no Brasil.

Coleta de dados com seres humanos: 30/08/2021 a 30/09/2022.

Vide campo "Conclusões ou pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Campus Universitário Cx Postal 3037
 Bairro: PRPYCOEP CEP: 37.200-900
 UF: MG Município: LAVRAS
 Telefone: (35)3829-5182 E-mail: coep.rintec@ufes.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS

PRO-REITORIA DE PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
HUMANOS**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária da Universidade Federal de Lavras. Antes de concordar, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Será garantida, durante todas as fases da pesquisa: sigilo; privacidade; e acesso aos resultados.

I – Título do trabalho: Caderneta de Saúde da Criança: implicações sobre a segurança alimentar e nutricional na primeira infância

Pesquisador responsável: Maysa Helena de Aguiar Toloni

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Lavras

Telefone para contato: (35) 2142-2033

Local da coleta de dados: Residências dos participantes da pesquisa ou Equipamentos Sociais/Unidades de Saúde

II – OBJETIVOS

Realizar um diagnóstico das crianças e adolescentes do município de Lavras, e avaliar o impacto da compreensão da caderneta de crianças de 0 a 3 anos de idade em relação à Caderneta de Saúde da Criança sobre a segurança alimentar e nutricional.

III – JUSTIFICATIVA

Intervenções familiares e na comunidade têm se mostrado eficazes para melhorar a amamentação exclusiva e contínua, e são apontados enquanto ações promotoras da amamentação e da alimentação saudável em áreas vulneráveis. Partindo do diagnóstico da segurança alimentar e nutricional em diferentes contextos, informações sobre a Caderneta de Saúde da Criança podem contribuir para as práticas locais de cuidado da criança e adolescente. Ela se apresenta como importante meio de comunicação e empoderamento das famílias.

A Caderneta contém informações importantes sobre aleitamento materno, alimentação adequada e saudável, orientações sobre a detecção precoce e manejo de febre e diarreia. Dessa forma, a Caderneta se apresenta como importante meio de comunicação e empoderamento das famílias.

IV – PROCEDIMENTOS DO EXPERIMENTO

AMOSTRA

Crianças e adolescentes de zero a 18 anos 11 meses e 29 dias, bem como seus pais ou responsáveis, e profissionais de redes de saúde, educação e desenvolvimento social do município de Lavras.

EXAMES: As coletas de dados ocorrerão nas residências dos participantes, sendo os menores de idade sempre acompanhados; ou em equipamentos sociais do município, sempre mediante agendamento prévio da visita.

- Grupo 1: crianças e adolescentes – Serão coletados dados por meio questionários (avaliação sociodemográfica da criança), avaliação do peso à altura e do consumo alimentar e acesso ao SISVAN; para os menores de zero a 3 anos, será utilizada uma pequena amostra de sangue por punção na ponta do dedo.
- Grupo 2: responsáveis pelas crianças e adolescentes – Serão coletados dados por meio de questionários (avaliação sociodemográfica da criança e saúde), entrevistas e grupos focais.
- Grupo 3: profissionais da cidade – Serão coletados dados por meio de questionários (avaliação sociodemográfica da cidade), entrevistas e grupos focais.

Todos os dados serão informados ao participante da pesquisa por escrito até o Alzheimer? Estes serão utilizados temporariamente e validados pelas informações complementares (COVID-19) antes de efeitos adversos. Ao fim, o participante será orientado sobre medidas de prevenção.

V – RISCOS ESPERADOS

O risco associado à pesquisa é baixo.

Para o Grupo 1, podem existir os seguintes riscos: na avaliação pode haver constrangimento ao responder as perguntas, desconforto ao ser avaliado antropométrica e coleta de sangue.

Para o Grupo 2 e 3, o risco relaciona-se a desconforto ao responder itens sensíveis sobre relações familiares ou sociais, além de possíveis desconfortos emocionais frente às questões abordadas.

II – BENEFÍCIOS

Espera-se que o projeto contribua para garantia da segurança alimentar das crianças e de suas famílias, promoção da alimentação adequada e saudável; promoção do direito humano a alimentação adequada; Subsídio para as políticas de saúde e de segurança alimentar e nutricional

VII – CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA

A pesquisa poderá ser suspensa caso o participante apresente algum sinal de constrangimento ou desconforto durante a participação e coleta de dados. Também em caso de desinteresse de qualquer de um dos participantes, a suspensão da pesquisa poderá ser executada. Não se refere ao encerramento da pesquisa, o mesmo será realizado após o final da coleta e avaliação dos dados obtidos.

VIII – CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO DO PARTICIPANTE MENOR DE IDADE

Eu, _____, responsável pelo menor informações acima suficientemente esclarecido (a) de todos os itens, estou plenamente de acordo com a realização do experimento. Assim, eu autorizo a execução do trabalho de pesquisa exposto _____ acima.

Lavras, ____ de _____ de 20__.

Nome (legível) / RG / Assinatura: _____

SE PARTICIPANTE MAIOR DE IDADE entendido o que me foi explicado, consinto em participar _____ do _____ presente _____ Projeto _____ de _____ Pesquisa.

Lavras, _____ de _____ de 20__.

Nome (legível) / RG / Assinatura: _____

Assinatura ATENÇÃO! Por sua participação, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira; será ressarcido de despesas que ocorrerem (tais como gastos com transporte, que serão pagos pelos pesquisadores aos participantes ao início dos procedimentos). Será indenizado em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; e terá o direito de desistir

a qualquer momento, retirando o consentimento, sem nenhuma penalidade e sem perder quaisquer benefícios. Em caso de dúvidas, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras.

Endereço: Campus Universitário – Caixa Postal 3037 – CEP 37200-000 – Lavras/MG
Telefone: (35) 3829-5182.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra entregue a você, podendo ser destruída após o estudo da pesquisa e guarda de dados.

**ANEXO C– QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO DO PROJETO “CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA:
IMPLICAÇÕES SOBRE A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA”**

BLOCO I: Mãe ou responsável

ID: _____ **Nº FAMÍLIA:** _____

Entrevistador: _____ **Data da entrevista:**
_____/_____/_____

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Identificação do entrevistado:

1 Nome: _____

2 Endereço: _____

Nº: _____

3 Bairro: _____

Telefone: _____

4 Data de Nascimento: ____/____/_____

5 Sexo: Feminino (0) Masculino (1)

6 Estado civil: Solteiro (a) (0) União Estável (1) Casado (a) (2) Divorciado (a) (3) Outros (99) _____

7 Cor ou raça: Branca (0) Preta (1) Amarela (2) Parda (3) Indígena (4)

8 Escolaridade: ≤ 4 anos de estudo (0) ≤ 9 anos de estudo (1) < 12 anos de estudo (2) ≥ 12 anos de estudo (3)

9 Profissão ou ocupação atual: _____

10 Parentesco com a criança: Mãe (0) Pai (1) Avô/Avó (2) Irmão (3) Outro (99)

Saúde:

11 Está fumante? Sim (0) Não (1)

12 Faz uso de álcool? Sim (0) Não (1)

13 Tem hipertensão arterial? Sim (0) Não (1)

14 Tem ou teve câncer? Sim (0) Não (1) **Se sim, qual?**

15 **Tem diabetes?** Sim (0) Não (1)

16 **Teve alguma internação nos últimos 12 meses?** Sim (0) Não (1)

17 **Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde?** Sim (0) Não (1)

18 **Teve diagnóstico de covid-19?** Sim (0) Não (1) **Se sim, quando?**

19 **Teve sintoma de síndrome respiratória em 2020/2021?** Sim (0) Não (1)

20 Caso seja a mãe:

Está gestante? Sim (0) Não (1) **Se sim, de quantas semanas:** _____

Identificação da família:

21 **Número de moradores na residência:** _____ **pessoas**

Condições de Habitação:

22 **Tipo de moradia:** Alvenaria (0) Madeira (1) Outro (2) _____

23 **Regime de ocupação:** Próprio (0) Alugado (1) Cedido (2) Invadido (3) Outro (4)

24 **Quantos cômodos existem na casa:** _____ **cômodos.**

25 **A casa tem banheiro?** Exclusivo (0) Coletivo (1) Não tem (2)

26 **Como é o esgoto da casa?** Fechado (0) Fossa (1) Vala aberta (2) Outro (3) _____

27 **A água usada em casa é da COPASA?** Sim (0) Não (1) **Especifique:**

28 **A habitação tem geladeira funcionando?** Sim (0) Não (1)

29 **A coleta de lixo acontece quantas vezes por semana?** _____ **vezes.**

30 **Há quanto tempo a senhora mora no mesmo endereço?** _____ **anos completos.**

Renda:

31 **Qual o total da renda mensal da família?** \leq 1 salário-mínimo (0) Entre 1 e 2 salários-mínimos (1) Entre 2 e 3 salários-mínimos (2) $>$ 3 salários-mínimos (3)

32 **Quantas pessoas vivem dessa renda?** _____ **pessoas.**

33 **Você recebeu Bolsa Família?** Sim (0) Não (1)

Acesso ao Serviço de Saúde:

34 Sua família possui plano de saúde? Sim (0) Não (1)

35 Sua família frequenta a ESF/PSF/UBS? Sim (0) Não (1)

35.1 Se sim, qual unidade: _____

35.2 Se sim, quais integrantes da família frequentam a unidade?

35.3 Quais serviços utilizam na unidade?

35.4 Com que frequência vai à unidade? ___x p/ semana ou ___x p/ mês ou ___x p/ ano

36 Com que frequência você recebe a visita do ACS: _____

37 Quais profissionais da unidade visitaram sua casa no último mês?

Agente comunitário Sim (0) Não (1)

Médico Sim (0) Não (1)

Enfermeiro Sim (0) Não (1)

Dentista Sim (0) Não (1)

Nutricionista Sim (0) Não (1)

Suplementação:

38 Algum morador recebe a suplementação de ferro? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

38.1 Se sim, quem? _____

39 Algum morador recebe a megadose de vitamina A? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

39.1 Se sim, quem? _____

40 Algum morador recebe outra suplementação? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

40.1 Se sim, quem? _____

Alimentação:

41 Qual a origem da alimentação?

- (0) Integralmente adquirida com recursos próprios
 - (1) Recebe cesta básica e /ou cesta verde do Banco de Alimentos
 - (2) Doação de grupo religioso
 - (3) Doação de grupo popular
 - (4) Outro tipo de doação
- 42 Adquire alimentos nos seguintes locais (múltipla escolha):

- (0) Supermercado
- (1) Feira-livre
- (2) Horta Comunitária
- (3) Sacolões do próprio bairro
- (4) Mercarias do próprio bairro
- (5) Outro: Especifique _____

43 **Você consome frutas, verduras ou legumes?** Sim (0) Não (1)

44 **Tem mercado próximo ao seu domicílio?** Sim (0) Não (1)

44.1 Se sim, qual a distância entre seu domicílio e ele? Menos que 1 quarteirão (0) Entre 1 e 2 quarteirões (1) Entre 2 e 3 quarteirões (2) Entre 3 e 4 quarteirões (3) Mais que 4 quarteirões (4) Não sabe (5)

44.2 Quais alimentos costuma comprar lá?

45 **Tem feira próximo ao seu domicílio?** Sim (0) Não (1)

45.1 Se sim, qual a distância entre seu domicílio e ela? Menos que 1 quarteirão (0) Entre 1 e 2 quarteirões (1) Entre 2 e 3 quarteirões (2) Entre 3 e 4 quarteirões (3) Mais que 4 quarteirões (4) Não sabe (5)

45.2 Quais alimentos costuma comprar lá?

Auxílio emergencial:

Somente entrevistar famílias monoparentais (mãe solo) beneficiárias do Bolsa Família.

1. Você recebeu o auxílio emergencial? Sim (0) (Ir para a pergunta 3)
- Não (1) (Ir para a pergunta 2)
2. Se não, por quê? Inelegível (0)
(Terminar a entrevista)
- Não tinha conhecimento (1)
- Dificuldade com o processo (2)
- Ainda esperando para receber (3)
- Outros (4)
3. Quando você recebeu o primeiro pagamento do auxílio emergencial? (___/____) (mm/aaaa)
4. Quantas parcelas você recebeu até hoje?
5. Qual o valor da parcela mais recente?
6. Como você utilizou o auxílio emergencial? Pagamentos de contas de serviço como água, eletricidade, gás, telefone, internet... (0)
- Pagamento de cartão de crédito atrasado (1)
- Pagamento de aluguel / financiamento de imóvel / IPTU (2)
- Compra de comida em hipermercados, supermercados, mercados, vendas ou restaurantes (3)
- Lazer (4)
- Pagamento de escola ou cursos de formação educacional ou profissional (5)
- Pagamento de medicamentos, consultas (médicas/odontológicas) ou convênio médico (6)
- Pagamento de combustível, IPVA, manutenção, deslocamento, ônibus, metrô ou trem (7)
- Pagamento de produtos de higiene, beleza, perfumaria, roupas, cosméticos... (8)
- Compra ou reparo de eletrodomésticos ou eletrônicos (9)
- Pagamento para melhorias, renovações ou remodelações no imóvel na qual vive (10)
- O auxílio foi economizado ou investido em algum negócio, ações ou em compra de produtos/equipamentos necessários para sua profissão/trabalho (11)
- Gasto com filhos (as) ou familiares (12)
- Outros (99)

7. O que o auxílio emergencial significou para você?

Consumo Alimentar:

Marcador de Consumo Alimentar do SISVAN - Mães e/ou responsáveis você tem o costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Quais refeições faz ao longo do dia? Café da manhã (0) Lanche da manhã (1) Almoço (2) Lanche da tarde (3) Jantar (4) Ceia (5)	
<i>Ontem você consumiu:</i>	
Feijão	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha/ em pó, água de coco em caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Informações sobre o conhecimento da Caderneta de Saúde da Criança:

46 **Você conhece a CSC?** Sim (0) Não (1)

48.1 **Se sim, como conheceu a CSC?** Maternidade (0) UBS (1) Consultório Médico (2) Outro (3)

Qual: _____

47 **Você tem costume de levar a CSC nas consultas de seu(s) filho(s/as)?** Sim (0) Não (1)

48 O médico/pediatra preenche a CSC todas as consultas? Sim (0) Não (1) Não sei (99)

49 Você conhece os conteúdos presentes na CSC e para que serve? Sim (0) Não (1)

50 Quais profissionais já te solicitaram e preencheram a CSC? Médico/pediatra (0)
Enfermeiro (1) Nutricionista (2) Dentista (3) Fonoaudiólogo (4) Terapeuta Ocupacional (5)
Fisioterapeuta (6) Assistente social (7) Psicólogo (8) Nenhum dos anteriores (99)

Segurança Alimentar:

Triagem para Risco de Insegurança Alimentar (TRIA)

- | | |
|--|---------|
| 1. Quest 2: Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores deste domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida? | Sim (0) |
| | Não (1) |
| 2. Quest 4: Nos últimos três meses os moradores deste domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham por que o dinheiro acabou? | Sim (0) |
| | Não (1) |

Antropometria:

Peso: _____ **Estatura:** _____

IMC: _____

Bloco II: Criança

ID: _____ **Nº FAMÍLIA:** _____

Entrevistador: _____ **Data da entrevista:**

____ / ____ / ____

Identificação da criança:

1

Nome: _____

2

CMEI: _____

3 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

4 **Data de Nascimento:** ____ / ____ / ____

5 **Sexo:** Feminino (0) Masculino (1)

6 **Naturalidade:** Lavras (0) Outro (99) Qual? _____

7 **Nome do responsável:**

8 **Parentesco:** Mãe (0) Pai (1) Avô/Avó (2) Irmão (3) Outro (99)

9 **Idade da mãe:** _____ anos.

10 **Cor ou raça:** Branca (0) Preta (1) Amarela (2) Parda (3) Indígena (4)

Acesso ao Serviço de Saúde e Educação:

11 **Onde costumam levar a criança para as consultas de rotina?** Serviço particular ou convênio (0) Qual: _____ Rede Pública (1)

13.1 **Rede pública especificar:** UBS/ESF (0) UPA (1) Hospital (2) Outro (3) Qual:

12 **A criança frequenta creche?** Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

14.1 **Se sim, qual?** _____

14.2 **Qual período?** Integral (0) Meio período (1)

Dados do Nascimento:

13 **Esta criança é o primeiro filho?** Sim (0) Não (1) - (*Considerar apenas filhos nascidos vivos*)

14 **Qual foi o tipo de parto?** Vaginal/Normal (0) Cesárea (1) Não sabe (99)

15 **Idade gestacional ao nascimento:** _____ semanas (*confirmar na caderneta da criança*)

16 **Classificação ao nascimento de acordo com IG:** Pré-termo¹ (0) A termo² (1) Pós-termo³ (2)

¹ < 37 semanas ² ≥ 37 semanas < 42 semanas ³ ≥ 42 semanas

17 **Peso ao nascer:** _____ gramas (*confirmar na caderneta da criança*)

18 **Classificação segundo peso ao nascer:** EBP¹ (0) MBP² (1) BP³ (2) Normal⁴ (3) Macrossômico⁵ (4)

¹ Extremo baixo peso: < 1000 gramas

² Muito baixo peso: ≥ 1000 gramas < 1500 gramas

³ Baixo peso: ≥ 1500 gramas < 2500 gramas

Normal: ≥ 2500 gramas < 4000 gramas

Macrossômico: ≥ 4000 gramas

19 **Comprimento ao nascer:** _____ centímetros (*confirmar na caderneta da criança*)

20 **Perímetro cefálico ao nascer:** _____ centímetros

21 **A criança mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto?** Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Consumo Alimentar - SISVAN:

Crianças < 6 meses de idade A criança Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

ONTEM tomou leite do peito?

Ontem a criança consumiu:

Mingau Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Água/chá Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Leite de vaca Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Fórmula infantil Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Suco de fruta Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Fruta Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Comida de sal (de panela, papa ou sopa) Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Outros alimentos/bebidas Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

A criança ontem tomou leite do peito? Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Ontem a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Se sim, quantas vezes? 1x (0) 2x (1) 3x ou mais (2) Não sabe (99)

Ontem a criança comeu comida de sal? (de panela, papa ou sopa) Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Se sim, quantas vezes? 1x (0) 2x (1) 3x ou mais (2) Não sabe (99)

Se sim, essa comida foi oferecida: Pedaçoes (0) Amassada (1) Passada na peneira (2)

Liquidificada (3) Só caldo (4) Não sabe (99)

Ontem a criança consumiu:

Outro leite que não o leite do peito? Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Mingau com leite Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Iogurte Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos e outras) ou ovo	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Fígado	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Feijão	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha/ em pó, água de coco em caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	Sim (0) Não (1) Não sabe (99)

Circular o número que correspond a a cada item, observando que o

O que você acha dos momentos de refeições com sua criança?

1 2 3 4 5 6 7

significado
dos
números
varia, não
estando
sempre na
mesma
ordem.

**SOMENT
E PARA
CRIANÇA
S
MAIORES
DE 6
MESES. 1.**

1- Muito difícil 7- Fácil

2. Quanto preocupado você está com a alimentação da sua criança? 1 2 3 4 5 6 7

1- Não estou preocupado 7- Estou muito preocupado

3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem? 1 2 3 4 5 6 7

1- Nunca tem fome 7- Tem um bom apetite

4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer nas refeições? 1 2 3 4 5 6 7

1- No início da refeição 7- No fim da refeição

5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança? 1 2 3 4 5 6 7

1-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60 min

6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?
1- Se comporta bem 7- Faz grande bagunça. faz birra, manhã
- | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 6. | Como a sua criança se comporta durante a refeição? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
7. A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?
1- Nunca 7- Na maioria das vezes
- | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. | A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir?
1- Na maioria das vezes 7- Nunca
- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. | A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?
1- Nunca 7- Na maioria das vezes
- | | | | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. | Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----|--|---|---|---|---|---|---|---|
10. Você precisa forçar a sua criança a comer ou beber?
1- Na maioria das vezes 7- Nunca
- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10. | Você precisa forçar a sua criança a comer ou beber? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção) da sua criança?
1- Boa 7- Muito ruim
- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11. | Como é a habilidade de mastigação (ou sucção) da sua criança? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
12. O que você acha do crescimento da sua criança?
1- Crescendo pouco 7- Crescendo bem
- | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. | O que você acha do crescimento da sua criança? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
13. Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela?
1- De forma muito negativa 1- Não influencia nada
- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 13. | Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|

14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares? 1 2 3 4 5 6 7

1- Não influencia nada 7- De forma muito negativa

Questionário PIPA:

Cotidiano da criança:

- 22 **Quem cuida da criança a maior parte do tempo?** Mãe (1) Pai (2) Companheiro(a) (3) Irmãos da criança (4) Avós (5) Babá (6) Outros (7) Não sei/Não respondeu (99)
- 23 **Na última semana, a criança ficou aos cuidados de outra criança com menos de 10 anos de idade, por mais de uma hora?** Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)
- 24 **Quantos livros infantis ou livros de imagens a criança tem?** Nenhum (1) 1 a 3 (2) 4 a 6 (3) 7 a 9 (4) 10 ou mais (5) Não sei/Não respondeu (99)
- 25 A criança brinca com:
- 27.1 **Brinquedos caseiros (tais como bonecas, carros ou outros brinquedos feitos em casa):** Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)
- 27.2 **Brinquedos de uma loja ou brinquedos fabricados:** Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)
- 27.3 **Objetos domésticos (como bacias ou vasos) ou objetos encontrados fora (paus, pedras, conchas de animais ou folhas):** Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)
- 27.4 **Brinquedos eletrônicos (Smartphones ou tablets):** Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)
- 26 **A criança assiste programas na TV/smart fone/tablets?** Quantos dias da semana? Não assiste (1) 1 a 3 dias (2) 4 a 6 dias (3) Todos os dias (4) Não sei/Não respondeu (99)
- 27 **Se a criança assiste programas na TV/smart fone/tablet, por quanto tempo ela assiste por dia?** 2 horas ou menos (1) mais que 2 horas (2) Não se aplica (88) Não sei/Não respondeu (99)
- 28 **Nos últimos três dias, você ou qualquer outro membro da família com 15 anos de idade ou mais se envolveu em qualquer uma das seguintes atividades com a criança:**

30.1 Leu livros ou olhou figuras de livros com a criança? Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

30.2 Contou histórias para a criança? Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

30.3 Cantou músicas para a criança, ou com sua criança, incluindo canções de ninar? Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

30.4 Levou a criança para passear? Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

30.5 Jogou ou brincou com a criança? Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

30.6 Nomeou, contou ou desenhou coisas com a criança? Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

29 Você acha que para educar a criança é necessário, algumas vezes:

31.1 Colocar de castigo: Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

31.2 Gritar com ela: Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

31.3 Dar umas palmadas: Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

Percepção sobre saúde e desenvolvimento da criança:

30 A criança tem alguma doença ou problema no crescimento? Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

31 A criança tem algum problema no desenvolvimento? (incluindo aprendizado e comportamento) Sim (1) Não (2) Não sei/Não respondeu (99)

32 Algum profissional da saúde, educação ou assistência social já perguntou o que você acha sobre o desenvolvimento da criança?

Aceita mais de uma resposta

Não (2) Sim, no serviço de saúde (3) Sim, no serviço de educação (4) Sim, no serviço social (5) Outros (77) Não sei/Não respondeu (99)

33 Recebeu informações sobre desenvolvimento infantil? Onde?

Aceita mais de uma resposta

Não (2) Sim, no serviço de saúde (3) Sim, no serviço de educação (4) Sim, no serviço social (5) Outros (77) Não sei/Não respondeu (99)