

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

KÉZIA FRIAS PEREIRA DE MEDEIROS

**IMPACTO DA APLICAÇÃO DO MÉTODO ICDP – OMS NA INTERAÇÃO MÃE-
CRIANÇA EM DUPLAS MÃE-CRIANÇA DESNUTRIDA ASSISTIDAS NO CREN**

**MACEIÓ
2012**

KÉZIA FRIAS PEREIRA DE MEDEIROS

IMPACTO DA APLICAÇÃO DO MÉTODO ICDP – OMS NA INTERAÇÃO MÃE-CRIANÇA EM DUPLAS MÃE-CRIANÇA DESNUTRIDA ASSISTIDAS NO CREN

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biológicas da Saúde da Universidade Federal de Alagoas como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Profº Dr. Claudio Torres de Miranda

**MACEIÓ
2012**

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária Responsável: Fabiana Camargo dos Santos

M488i Medeiros, Kézia Frias Pereira de.
Impacto da aplicação do método ICDP-OMS na interação mãe-criança em duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN / Kézia Frias Pereira de Medeiros. – 2012.
f. 88

Orientador: Claudio Torres de Miranda.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2012.

Bibliografia: f. 41-47.
Anexos: f. 49-88

1. Desnutrição infantil. 2. Relações mãe-filho. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Mãe – Saúde mental. 5. Ambiente familiares. 6. Programa Internacional de Desenvolvimento Infantil. I. Título.

CDU: 616-056.2/3-053.2

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

PARECER DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO

IMPACTO DA APLICAÇÃO DO MÉTODO ICDP – OMS NA INTERAÇÃO MÃE-CRIANÇA EM DUPLAS MÃE-CRIANÇA DESNUTRIDA ASSISTIDAS NO CREN

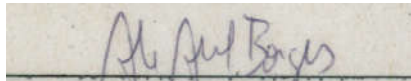
por

KÉZIA FRIAS PEREIRA DE MEDEIROS

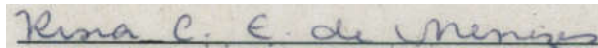
A Banca Examinadora, reunida aos 27 dias do mês de junho do ano de 2012, considera o (a) candidato (a) **APROVADO (A)**.



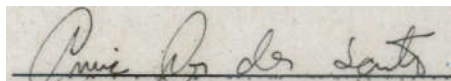
Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Alagoas



Prof.^a Dr.^a Alessandra Abel Borges
Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
Universidade Federal de Alagoas



Prof.^a Dr.^a Risia Cristina Egito de Menezes
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas



Prof.^a Dr.^a Almira Alves dos Santos
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

DEDICATÓRIA

Aos inocentes infantes desnutridos que mesmo sofrendores, possuem o poder de transformar em alegria os momentos de dor e desumanidade que os rodeiam, dando-nos um impulso a continuar com a busca pelo saber e ajudar a tantos outros que dele necessitam.

AGRADECIMENTOS

Sobre todas as coisas eu agradeço a Deus que me concedeu o dom da vida, da saúde e da perfeita cognição e força para trilhar os caminhos que Ele me apresenta.

Aos meus pais Diosman e Anilda por todo o sustento, cuidado e amor desde os meus primeiros minutos de vida, em especial à minha mãe que sempre me encorajou e não mediu esforços para me estimular e proporcionar momentos de estudos de qualidade.

Ao meu irmão Levi por todo o carinho e preocupação.

Ao meu esposo por ter paciência durante este trajeto acadêmico.

Aos meus familiares, tios e primos, mesmo que longe em alguns momentos, se mostraram presentes em palavras de ânimo, amor e oração.

Ao meu orientador Prof. Dr. Claudio Miranda por acreditar no meu potencial a ser desenvolvido e creditar-me confiança para colaborar em seus projetos, bem como por sua paciência e sabedoria em aconselhar e compartilhar seus conhecimentos para um bom desenvolvimento da ciência.

Ao grupo de pesquisa Ângela Dornelas, Cristianni Gusmão, Jamile Ferro e Sofia Rodrigues e aos colaboradores da pesquisa Rodrigo Rodrigues, Karla Lígia, Layse Veloso e Darlene Lins pelo apoio na coleta de dados e intervenção desse projeto.

À minha querida amiga Camila Tavares por todos os momentos de alegria e companheirismo.

Aos meus amigos de mestrado, em especial Felipe Rebêlo e Delma Holanda pela troca de experiências e incentivo.

Ao Centro de Recuperação e Educação Nutricional de Maceió – Alagoas pela disponibilidade em abrir o espaço e contribuir para a realização deste trabalho, bem como as mães e crianças que se dispuseram a participar desse momento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Alagoas pela oferta do curso e busca pela qualidade e avanço do ensino em nosso Estado.

RESUMO

Partindo da hipótese de que a utilização da técnica ICDP / OMS pode melhorar o conhecimento, atitudes e práticas da mãe em relação a seu filho desnutrido e, conseqüentemente, melhorar o desenvolvimento de crianças com desnutrição moderada e grave realizou-se um estudo quase experimental com avaliação antes e 6 meses após a da intervenção. Trinta e oito duplas mãe-criança desnutrida foram divididas em um grupo experimental (GE = 25) e controle (GC=13). Em ambos foram avaliados os fatores identificados como de risco em estudos prévios. Além deles foram avaliados: A) na mãe: 1. conhecimentos, atitudes e práticas da interação mãe-criança (questionário CAP); e 2. incapacidade associada a saúde mental; B) na criança: 1. o estado nutricional; 2. o desenvolvimento neuropsicomotor; C) na família: 1. fatores socioeconômicos; 2. ambiente familiar. A intervenção que consistiu em 5 sessões de 90 minutos de duração com periodicidade semanal, o GE foi submetido a um treinamento em que foram discutidas as 8 regras para uma boa interação mãe-criança preconizadas pelo International Child Development Programme (ICDP – OMS): Demonstrar sentimentos positivos pela criança, Seguir sua iniciativa, Comunicar-se, Elogiar, Focar a atenção, Dar significado a ação, Expandir o conhecimento e Regular o seu comportamento. Após seis meses da intervenção, não houve mudança no CAP das mães ($p = 0,52$) nem na sua saúde mental (SM) ($p = 0,73$), assim como não houve alteração significativa desenvolvimento da criança e no ambiente familiar. A presença do pai biológico ($p=0,045$) e ter vínculo empregatício ($p=0,02$) estiveram associados à variação do CAP das mães antes e após a intervenção. Presença do pai biológico e o mesmo ter vínculo empregatício estão associadas de forma positiva ($p<0,001$ e $p=0,020$ respectivamente) ao aumento de escore do CAP, enquanto criança do sexo feminino ($p=0,17$ em comparação ao masculino) foi associado a uma queda na pontuação, e o menor tamanho da família (com menos de cinco pessoas) foi associado com um aumento ($p=0,25$). Foi possível implementar uma intervenção utilizando o método ICDP – OMS embora não tenha sido detectado impacto positivo nos objetivos propostos. Verificou-se a importância da presença do pai biológico e seu papel enquanto provedor para que a mãe pudesse ter melhores condições de aprendizagem.

Palavras-chave: Desnutrição. Relações Mãe-Filho. Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Assuming that the use of the technique ICDP / WHO can improve knowledge, attitudes and practices of the mother towards her child malnourished and therefore improve the development of children with moderate and severe malnutrition was held a quasi-experimental study evaluation before and after 6 months of intervention. Thirty-eight malnourished mother-child pairs were divided into an experimental group (EG = 25) and control (CG = 13). Both were assessed as risk factors identified in previous studies. Beyond them were evaluated: A) the mother: 1. knowledge, attitudes and practices of the mother-child interaction (questionnaire CAP), and 2. disability associated with mental health; B) in children: 1. nutritional status, 2. neuropsychomotor development, C) in the family 1. socioeconomic factors, 2. family environment. The intervention consisted of five sessions of 90 minutes duration on a weekly basis, the group underwent a training in which they discussed the eight rules for a good mother-child interaction advocated by the International Child Development Programme (ICDP - WHO): Demonstrate positive feelings for the child, Following his initiative, Communicate, praise, focus attention, give meaning to action, expand the knowledge and Adjusting your behavior. After six months of intervention, there was no change in CAP mothers t ($p = 0,52$) or on their mental health (SM) ($p = 0,73$) and no significant change in child development and family environment. The presence of the biological father ($p = 0,045$) and have employment ($p = 0,02$) were associated with variation in the cap of the mothers before and after intervention Presence of biological father and even have employment contract are positively associated ($p < 0.001$ and $p = 0.020$ respectively) with increased CAP score, while female child ($p = 0,17$) compared to males) was associated with a fall the score, and the smaller family size (less than five people) was associated with an increase ($p = 0,25$). It was possible to implement an intervention using the method ICDP - although WHO has not been detected positive impact on objectives. There was the importance of the presence of the biological father and his role as provider for his mother could have better learning conditions.

Keywords: Malnutrition; Mother-Child Relations; Child Development.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência das variáveis sócio-demográficas dos grupos experimental e controle das duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN – AL, antes da intervenção.

Tabela 2 - Alteração das variáveis referentes ao quadro de saúde mental materna e desenvolvimento infantil das duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN – AL, antes e depois da intervenção, avaliadas pelo Chi quadrado.

Tabela 3 - Variação do escore do CAP antes e logo após a intervenção do GE.

Tabela 4 - Variação do escore do CAP antes e 6 meses depois da intervenção dos GE e GC, considerando a saúde mental materna das duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN – AL.

Tabela 5 - Análise Univariada (regressão linear) da mudança do CAP seis meses após a intervenção (ajustado para o escore do CAP inicial).

Tabela 6 - Análise da alteração do escore do CAP após seis meses ajustado para escore inicial do CAP (análise multivariada).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

A/I: Altura para idade

CAP: Conhecimentos, Atitudes e Práticas

GC: Grupo controle

GE: Grupo experimental

ICDP: International Child Development Programmes

OMS: Organização Mundial de Saúde

SDS: Sheehan Disability Scale

SM: Saúde Mental

SRQ: Self Reporting Questionnaire

TMC: Transtorno Mental Comum

UNICEF: United Nations Children's Fund

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO.....	10
2REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1Desnutrição Infantil.....	15
2.2Vínculo Mãe-criança.....	16
2.3 Saúde Materna.....	16
2.4 Qualidade do Estímulo do Ambiente Familiar.....	17
2.5 Desenvolvimento Psicomotor.....	18
3OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivos Específicos.....	19
4 Materiais e Métodos.....	20
4.1 Desenho do Estudo.....	20
4.2Amostra.....	20
4.3Procedimentos.....	20
4.4 Instrumentos.....	21
4.4.1 Self Reporting Questionnaire.....	21
4.4.2 Sheehan Disability Scale.....	21
4.4.3 Desenvolvimento Infantil.....	21
4.4.3.1 Escalas do Bayley III.....	22
4.4.3.2. Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II.....	22
4.4.4HOME Observation for Measures of the Environment.....	22
4.4.5 Critério de Classificação Econômica da ABEP.....	23
4.4.6 Questionário de Conhecimentos, Atitudes.....	24
4.5 Intervenção.....	24
4.6 Análise Estatística.....	26
5 RESULTADOS.....	27
6 DISCUSSÃO.....	34
7 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	48
ANEXOS.....	49
1 INTRODUÇÃO	

A desnutrição infantil é um agravo à saúde ligado, principalmente, à pobreza (MONTEIRO, 1995). Conceitua-se como desnutrido o indivíduo cujo organismo manifesta sinais clínicos provenientes da inadequação quantitativa (energia) ou qualitativa (nutrientes) da dieta ou decorrentes de doenças que determinem o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos (MONTEIRO, 1995). SARNI *et al* (2005) trazem que a desnutrição desenvolve-se através de múltiplos fatores, onde se envolvem processos tanto ambientais, quanto patológicos, sendo que estes estão quase sempre associados à pobreza, não se tratando apenas de uma carência de alimentos (OLIVEIRA, MACEDO e SERRANO, 2009).

A baixa estatura é o resultado de longos períodos de redução no consumo alimentar e representa o efeito cumulativo do estresse nutricional sobre o crescimento esquelético (COUTINHO *et al*, 2008; UNICEF, 1998).

FLORENCIO *et al* (2008) demonstraram a existência da relação entre baixa estatura e baixa produtividade em estudo realizado com trabalhadores cortadores de cana-de-açúcar evidenciando a importância de uma boa nutrição na infância como fator determinante para a capacidade de trabalho de pessoas adultas.

A antropometria avalia as dimensões físicas e da composição global do corpo humano. A proposta de Waterlow envolve os índices de estatura/idade e peso/estatura, classificando o quadro nutricional em: eutrofia, desnutrido atual ou agudo, desnutrido crônico e desnutrido progressivo. O índice estatura/idade em déficit indica que a criança tem o crescimento comprometido em processo de longa duração, já um déficit no índice peso/estatura reflete um comprometimento mais recente do crescimento com reflexo mais pronunciado no peso (SOUZA, 2004, *apud* WATERLOW, 1996).

Embora, nos últimos anos, tenham sido criados programas de combate à fome e à pobreza, a desnutrição infantil continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo, devido a sua magnitude e conseqüências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência das crianças (MONTE, 2000). Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que 49% das mortes de crianças menores de cinco anos em países em desenvolvimento estava associada com a desnutrição (UNICEF, 2006).

ONIS *et al* (2004) fizeram uma estimativa de que em países em desenvolvimento a prevalência de desnutrição entre crianças menores de 5 anos declinará de 30,2% em 1990 para 19,3% em 2015. No Brasil, o Sistema de

Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) registrou no primeiro semestre de 2010 uma prevalência de 14,1% de crianças menores de 5 anos com baixa estatura para idade (SISVAN, 2010).

Dados recentes mostram que em países em desenvolvimento cerca de 19 milhões de crianças abaixo de cinco anos sofrem com o quadro de desnutrição aguda, avaliada pelo índice de peso para estatura. (FABIANSEN, 2010).

Já a desnutrição crônica, avaliada pelo índice de estatura para idade atinge uma parcela ainda maior da população infantil nessa idade, uma vez que um terço das crianças desta faixa etária ainda é acometido por ela em todo mundo (FAO, 2009).

Em Pernambuco, com amostra da região metropolitana de Recife, interior urbano e interior rural, um estudo realizado por LAURENTINO *et al* (2006) encontrou uma prevalência de 12,1% de crianças menores de cinco anos de idade com déficit estatural, considerando como ponto de corte o limite referente a -2 escore -z no indicado AI, tendo como referência o padrão do *National Center of Health Statistics (NCHS)*.

Em Maceió - Alagoas, um estudo realizado numa favela do “movimento dos sem teto” encontrou uma prevalência de 22,6% de déficit em altura para idade entre crianças de 6 e 60 meses (FERREIRA *et al*, 2002).

Entretanto, o fato da desnutrição estar ligada à pobreza não significa que ela é fruto apenas do baixo consumo de alimento. De acordo com o *United Nations Children's Fund (UNICEF)* a inadequação da dieta, a insegurança alimentar, a inadequação dos cuidados ofertados pela mãe e a ineficiência dos serviços de saúde são fatores de risco que concorrem para comprometer o estado nutricional de crianças. Portanto, elementos sociais, políticos, econômicos, culturais e psicológicos estão envolvidos com a desnutrição. (UNICEF, 1998).

NÓBREGA E CAMPOS (1998) e MUNIZ (2000) trazem que cerca de 30% das mães de crianças desnutridas eram eutróficas, com sobrepeso ou obesas, levando a concluir posteriormente a uma investigação detalhada que as práticas de cuidados infantis eram inadequadas, devendo-se ao fraco vínculo mãe-filho.

Nesta perspectiva, a OMS propôs a utilização do esquema “alimento-saúde-cuidados” como instrumento analítico da interação dos vários determinantes da desnutrição nos diferentes níveis da sociedade (WHO, 2000). Nesta nova ótica, os estudos sobre a desnutrição infantil passaram a investigar fatores psicossociais e

demográficos que poderiam interferir na capacidade materna de cuidar, ou seja, na relação saudável entre mãe e filho.

CARVALHAES e BENÍCIO (2002), a partir de um estudo caso-controle para identificar associação entre fatores determinantes da capacidade materna de cuidar e a desnutrição infantil, constataram que mulheres com sintomas depressivos apresentavam uma maior tendência a ter um filho com desnutrição, assim como ausência do companheiro e indícios de alcoolismo em pelo menos um membro da família.

Em outro estudo caso-controle, MIRANDA *et al* (1996) detectaram associação entre transtorno emocional na mãe e desnutrição crônica em crianças de até dois anos de idade.

Um estudo de coorte realizado no Paquistão acompanhou mulheres do período gestacional até seus filhos completarem 12 meses e mostrou que a depressão pré e pós natal aumentava o risco relativo para a baixa estatura em 4,4 vezes no sexto mês de vida e em 2,5 vezes no décimo segundo mês. A pesquisa concluiu que a depressão materna, nestes períodos, é preditora de retardo no crescimento e aumenta o risco de episódios de diarreia na população infantil (RAHMAN *et al*, 2004).

MIRANDA *et al* (2000) pesquisaram a associação entre interação mãe-criança e saúde mental entre mães de crianças desnutridas e concluíram que as mães com transtornos emocionais tinham pior interação com a criança. Levanta-se a hipótese de associação de que transtorno emocional impede a mãe de estabelecer uma boa interação, contribuindo para o desenvolvimento da desnutrição.

Desta forma, a saúde mental materna é entendida como uma variável que pode influenciar o estado nutricional de crianças. Diante disso, é necessária a compreensão de quais fatores psicossociais podem comprometer a saúde mental materna e acarretar danos na relação mãe-criança ao ponto de interferir na capacidade de nutrir a criança e garantir o desenvolvimento infantil pleno.

Estudos realizados em municípios de Alagoas não encontraram associação entre nanismo e transtorno mental comum materno, no entanto acredita-se que há uma incapacidade associada ao quadro de transtorno mental que impeça os cuidados adequados para um bom desenvolvimento nutricional da criança (PAFFER, 2011).

É evidente que muito já se sabe sobre fatores de risco para a desnutrição, embora ainda não estejam claros os processos envolvidos nas associações estudadas. Também é evidente que políticas públicas em relação ao problema têm sido voltadas para questões sócio-econômicas, com maior oferta da educação pública e maior abrangência de programas sociais como o Bolsa Família. Entretanto, se faz necessária a implantação de novas intervenções em saúde, que possam dar conta dos fatores psicossociais para a erradicação do problema.

Neste contexto, o programa para melhorar a interação mãe-criança, *International Child Development Programme* (ICDP), adotado pela OMS pode ser útil (WHO, 1997). Tal estratégia foi desenvolvida por Karsten Hundeide, em 1985, e baseia-se na necessidade de uma intervenção psicossocial em crianças e seus familiares submetidos a situações vulneráveis como impactos psicossociais causados pela pobreza, migração, catástrofes, guerras, bem como as mudanças culturais e psicossociais devido a pressões da vida moderna.

O programa, adotado e publicado pela OMS em 1997, tem por objetivo, tornar os cuidadores/mães mais sensíveis e conscientes das qualidades e necessidades de seus filhos, bem como conhecedores de suas competências e habilidades de amar e prestar cuidados a sua própria criança. (WHO, 1997)

O programa preconiza a presença de “oito princípios para uma boa interação” que correspondem a comportamentos maternos durante a interação com seu filho e que se dividem em: emocionais (demonstrar sentimentos positivos, seguir a iniciativa da criança, comunicar-se e elogiar) e cognitivos (focar, dar significado, expandir e regular).

Países como a Macedônia, Argentina, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Angola e Moçambique têm recebido implementação do ICDP através da UNICEF desde 2005, e vem mostrando resultados positivos. Por exemplo, em um trabalho realizado em 2010 na Colômbia, dois grupos de crianças com seus respectivos cuidadores receberam intervenção. Ao término da pesquisa os resultados confirmaram que 30% do grupo que recebeu intervenção ocorreu melhora no desenvolvimento da criança (HUNDEIDE, 2011).

O presente estudo investiga a hipótese de que a utilização da técnica ICDP / OMS pode melhorar o conhecimento, atitudes e práticas da mãe em relação a seu filho e, conseqüentemente, pode melhorar o estado nutricional e o desenvolvimento de crianças com desnutrição moderada e grave.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Desnutrição infantil

MÜLLER (2005) afirma que a possibilidade de graduar e distribuir uma população quanto à desnutrição depende de múltiplos fatores como a situação política e econômica, nível de educação e sanitização, produção de alimentos, prática do aleitamento materno, prevalência de doenças infecciosas, existência e efetividade de programas nutricionais e disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde. Dessa forma, OLINTO (1993) infere que devido à desnutrição ser um problema multifatorial, a prevalência tende a diferenciar entre as populações, sejam elas de um mesmo país, região, comunidade ou até mesmo de uma mesma família.

MONTE (2000) caracterizando o cenário global trouxe informações da Organização Mundial da Saúde (OMS) a qual estima que cerca de 150 milhões de crianças menores de cinco anos têm baixo peso para sua idade, e 182 milhões têm baixa estatura, ou pelo menos 50% das mortes de crianças menores de cinco anos são influenciadas pela desnutrição, sendo considerada a principal causa de morte em crianças dessa faixa etária (NUDELMANN, 2011).

No Brasil a desnutrição infantil também representa um importante problema de saúde pública que associado às elevadas taxas de morbimortalidade, acarretam danos no sistema nervoso central e nos mecanismos de imunidade, tanto na infância como na fase adulta, além do aumento a predisposição para ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, sendo considerada assim uma dos principais problemas de saúde pública (PÉREZ-SCAMILLA, 2008; MONTE, 2000).

Com o avanço de investimentos em saúde pública, ocorre o fenômeno de transição nutricional, o qual aponta uma tendência de diminuição da prevalência da desnutrição infantil em diversas partes do mundo, inclusive no Brasil, associada a melhorias de condições sociais, educativas e econômicas. Porém, este processo é mais efetivo em grandes metrópoles, sujeitando regiões mais vulneráveis socialmente a permanecer com o problema. (BATISTA-FILHO, 2008).

Em Maceió, capital do Estado de Alagoas, 50% da população vive em condições subnormais. Na 7ª Região Administrativa, uma das mais pobres, habitam 21.000 crianças, sendo detectado uma prevalência de desnutrição infantil de 21,6% (FLORÊNCIO, 2001).

2.2 Vínculo mãe-criança

CELIA *et al.* (1992) em um trabalho de intervenção com bebês desnutridos verificaram que além da carência alimentar existe um distúrbio no vínculo mãe-bebê

que, possivelmente, estaria associado à depressão materna. Afirmando esse estudo, MONTE (2000) também coloca a importância do vínculo mãe-filho como fator determinante da desnutrição, dizendo “ser a desnutrição resultado de doenças, da dieta e de cuidados inadequados da mãe para com a criança”. Através dessa visão, afirma-se que a desnutrição tem origem multifatorial, sendo o distúrbio no vínculo mãe-bebê apontado como um dos fatores associados.

No início da década de 90, a adequação do cuidado infantil como uma vertente determinante da desnutrição, junto com a segurança alimentar a salubridade do ambiente e o acesso a serviços de saúde foram inclusos na formulação de políticas públicas no combate a desnutrição, mas ainda de forma limitada devido às poucas evidências que inter-relacionem os quadros (CARVALHAES, 2002).

ENGLE et al (1997), de forma a auxiliar a implementação dos cuidados maternos como determinante da desnutrição, registrou que as habilidades maternas de cuidar dependem de sua escolaridade e ambiente cultural, de sua saúde física e mental, de sua autoconfiança e autonomia, de sua carga de trabalho e disponibilidade de tempo e suporte social (CARVALHAES, 2002).

A capacidade materna de cuidar é resultante da formação do vínculo, como diretamente relacionada com a ocorrência de desnutrição infantil (VIEIRA, 2011). CARVALHAES (2006) caracteriza o vínculo como uma relação de apego desenvolvida entre a figura materna com sua criança, inato e passível de interferências positivas ou negativas. Tendo um vínculo adequado com o filho, a mulher estará mais suscetível a apresentar práticas de cuidado positivas, refletindo no desenvolvimento infantil (VIEIRA, 2011).

2.3 Saúde mental materna

FRIZZO (2011) compila a orientação de diversos autores afirmando que a depressão parental pode afetar o desenvolvimento da criança, e predispor a problemas emocionais e de comportamento, uma vez que a interação está menos adaptativa e com menor envolvimento, ou com uma proteção exacerbada.

Além dos cuidados maternos interferem no desenvolvimento psicomotor e nutricional da criança outros fatores ligados aos demais membros da família e ao ambiente que a cerca (ANDRADE, 2005). Devido à pobreza e à falta de prevenção governamental foi estimado que 32,8% das mães nordestinas são as únicas

responsáveis pela educação dos filhos (IBGE, 2001). A ausência paterna, segundo Carvalhaes & Benício (2002), dificulta o acesso a bens e serviços, uma vez que a mãe tende a depender de outros membros da família para suprir as necessidades da criança.

2.4 Qualidade de estímulo do ambiente familiar

Quando a criança estabelece uma interação com o adulto ou outras crianças de forma contínua, ela consegue elementos adequados para obter uma estimulação adequada ao seu desenvolvimento. A interação da criança com o adulto ou com outras crianças é um dos principais elementos para uma adequada estimulação no espaço familiar, denominados processos proximais, os quais contribuem para que a criança desenvolva sua percepção, dirija e controle seu comportamento, permitindo ainda a aquisição de conceitos e experiências, de forma a associar as vivências e estabelecer o seu modelo de ambiente físico e social. Estudos sobre associação entre estimulação ambiental e cognição concluem que mães orientadas a estimularem seus bebês, por meio de uma variedade de experiências com pessoas, objetos e símbolos, contribuem para o desenvolvimento cognitivo das crianças, observando-se a longo prazo, consequências positivas (ANDRADE, 2005).

O ambiente familiar, então, exerce o papel de mediador entre a criança e a sociedade, possibilitando a sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil, por ser aberto para a troca de relações com outros sistemas (SOUZA, 1997). Entretanto a estimulação tanto pode ser positiva quanto negativa, em virtude da variação do nível socioeconômico e da fragilidade dos vínculos familiares. Disso pode resultar em prejuízos para a criança que fazem que ela tenha dificuldade na solução de problemas, na linguagem, na memória e nas habilidades sociais (BRADLEY, 2002).

Um estudo brasileiro com populações urbanas de baixa renda identificou níveis psicossociais de risco ao desenvolvimento das crianças no ambiente familiar. Considerou como ambientes potencialmente danosos aqueles que incluem baixos níveis interativos e de envolvimento sócio-emocional entre adultos e crianças, presença de controle punitivo e restritivo, falta de organização do ambiente, expectativas e práticas parentais danosas, ausência de experiências com materiais para estimulação cognitiva, pouca variação da estimulação diária e níveis mínimos

de organização familiar, além da baixa escolaridade materna (BRADLEY, 2002; ANDRADE, 2005).

Outros aspectos relacionados com a qualidade do ambiente e o desenvolvimento infantil são abordados na literatura como o baixo peso ao nascer, desnutrição, baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais, pais adolescentes, ausência do pai, depressão materna e famílias muito numerosas (SEIFER, 1996).

Autores como Belsky et al. passaram a considerar a organização do ambiente físico e o entorno da criança como indicadores para o ótimo desenvolvimento de sua saúde (MARTINS, 2004). Isso porque a maneira pela qual os pais organizam o ambiente físico e interagem com os filhos tem influência sobre seu desenvolvimento, fazendo com que a essa criança tenha um potencial de resiliência diante das adversidades físicas ou psicológicas. (AMACA, 1998).

2.5 Desenvolvimento psicomotor

Dentro do desenvolvimento psicomotor, sabe-se que a má nutrição nos primeiros meses e anos de vida pode estar associada em graves sequelas ao indivíduo tais como: alterações no desenvolvimento cognitivo, mostrando um retardo significativo na aquisição da linguagem e na formação de conceitos verbais. Se, além disso, as crianças foram pouco estimuladas, pode haver uma séria diminuição de seu coeficiente intelectual, com conseqüente dificuldade na aquisição da linguagem e maiores taxas de fracasso escolar (ONIS, 2001; CASTAÑO, 2003).

Para que ocorra o desenvolvimento da linguagem humana, é necessário que existam bases orgânicas íntegras, bom funcionamento psíquico, ambiente social estimulador e inúmeros fatores cognitivo-linguísticos. Sendo assim, a aquisição da linguagem consiste em um processo biopsicossocial complexo, sendo o ambiente social determinante para que a criança desenvolva suas potencialidades por intermédio da imitação e do reforço às respostas apresentadas (CARVALHO, 2001).

Considerando os aspectos de saúde mental materna, interação mãe-criança e desenvolvimento infantil explanados anteriormente, propõe-se neste estudo investigar a associação entre estes fatores em crianças com desnutrição crônica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar o impacto da aplicação do *International Child Development Programme* (ICDP/ OMS) nas famílias com crianças desnutridas (mãe, criança e ambiente familiar) e o papel de fatores intervenientes selecionados.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar se a técnica ICDP/ OMS contribui para:
 - Melhorar a saúde mental materna e a incapacidade associada;
 - Melhorar o conhecimento, atitudes e práticas das mães em relação ao desenvolvimento do seu filho e o ambiente familiar do mesmo.
- Investigar a associação entre a interação mãe-criança e as variáveis saúde mental materna e incapacidade associada, desenvolvimento cognitivo infantil e variáveis sócio-demográficas na população estudada.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Estudo de intervenção controlado (quase experimental, por não haver randomização) com duplas mãe-criança desnutrida (de acordo com o indicador A/I e escore $-2 - Z$), atendidas no semi-internato do Centro de Recuperação e Educação Nutricional de Maceió (CREN - Alagoas). Este estudo teve um componente diagnóstico e um componente de intervenção. As duplas foram divididas em dois grupos: um experimental (GE) e um controle (GC).

4.2 Amostra

Foram elegíveis para o estudo crianças entre 12 e 60 meses atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional, Maceió – AL, cujas mães aceitaram participar da pesquisa após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Crianças que tivessem um irmão mais novo na instituição foram excluídos da amostra, bem como as que não residissem com a mãe biológica.

Inicialmente foram coletados dados de 55 duplas mãe-crianças, representativo da amostra universal do CREN após o emprego dos critérios de exclusão. Com o prosseguimento do estudo, as duplas foram divididas pelas técnicas do CREN que ministraram a intervenção de forma não randomizada, considerando aspectos de participação das mães nas atividades propostas pela instituição e se estas trabalhavam ou não.

O GE começou com 30 duplas e o GC com 25, mas no decorrer do estudo, devido a mudanças de endereço e alcance máximo da idade de permanência na instituição, a amostra final foi de 25 duplas no GE e 13 no GC.

4.3 Procedimentos

O diagnóstico foi realizado em ambos os grupos antes e depois do período de intervenção quanto aos seguintes aspectos: saúde mental materna; incapacidade da mãe relacionada à saúde mental da mesma; desenvolvimento cognitivo da criança; aspectos sócio-econômicos; estimulação do ambiente familiar; interação mãe-criança, e conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) das mães sobre a interação mãe-criança. O intervalo de tempo entre a primeira e segunda avaliação de cada aspecto foi de seis meses, considerado um tempo necessário para que ocorressem alterações detectáveis em consequência da intervenção, visto que um outro estudo seria realizado de forma a favorecer um reforço da intervenção e reavaliação com um ano depois de efetuação da mesma, e assim verificar sua suficiência dentro do

intervalo determinado. Apenas o componente de atitudes, conhecimentos e práticas foi reaplicado imediatamente após o término do treinamento.

4.4 Instrumentos

4.4.1 Self Reporting Questionnaire

A saúde mental materna foi avaliada através do *Self Reporting Questionnaire – 20 (SRQ-20)* (Anexo IV), que é um instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para detectar prováveis casos de transtornos emocionais. O SRQ é composto por 20 perguntas a respeito da saúde física e mental, com respostas sim ou não. Neste estudo foi considerado o ponto de corte 7/8 para identificação de casos prováveis. (WHO, 1994).

Stewart (2010) utilizou o SRQ num estudo prospectivo no Malawi, no qual acompanhou mães de filhos desnutridos em reabilitação, para detectar o nível de saúde mental das genitoras.

4.4.2 Sheehan Disability Scale

O instrumento *Sheehan Disability Scale (SDS)* (Anexo V) é uma medida amplamente usada para avaliar a incapacidade associada a uma condição mental específica, embora também possa ser utilizada também em algumas disfunções físicas. O SDS é composto por três domínios, cujas respostas são quantificadas em uma escala de 0–10 na medida em que uma desordem específica interferiu com atividades em um dos domínios abrangidos pelo questionário durante os últimos 30 dias. Os domínios são: a) trabalho / escola; b) vida social; c) vida familiar / responsabilidades com o lar. As opções de resposta de 0–10 são apresentadas em um formato análogo visual com rótulos para as opções de resposta de 'Nenhum' (0), 'Leve' 1 a 3, 'Moderada' 4 – 6, 'Grave' 7–9 e ' muito grave " 10. Também existem duas perguntas, verificando quantos dias os domínios pontuados como passíveis de incapacidade impediram a mulher de realizar as atividades como um todo ou pela metade na última semana (Kessler, 2008).

4.4.3 Desenvolvimento Infantil

Foram utilizadas duas escalas: o Bayley III e o Denver II. Mas apenas os subgrupos de cognição e linguagem do Bayley III e pessoal-social e linguagem do Denver II foram utilizadas, após discussão do grupo de pesquisa.

4.3.3.1 Escalas do Bayley III (*BayleyScaleofInfantDevelopment*) – BSID III – (Anexos, VII, VIII e IX) que identificam o nível de desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 1 a 42 meses de vida. Inclui escalas para avaliação da cognição, da linguagem e da motricidade grossa e fina (BAYLEY, 2009).

MELLO (2004) e SANTOS (2008) fizeram uso das escalas do Bayley em suas pesquisas para verificar o desenvolvimento global e cognitivos de recém nascidos em regiões diferentes do Brasil e encontraram associação de déficit no aspectos estudados.

4.3.3.2 Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver II (TTDD - II) (Anexo X) que foi elaborado para que profissionais da área de saúde fizessem a triagem de desenvolvimento em crianças de 0 a 6 anos. É composto por 125 itens, divididos nas áreas: pessoal-social, motor fino-adaptativo, linguagem e motor-grosso. Para alguns itens pede-se que a criança realize determinadas tarefas, para outros se considera o relato dos responsáveis (FREITAS, 1990).

HALPERN (1996), SACCANI (2007), SOUZA (2008) desenvolveram estudos no Brasil, utilizando o Denver II e identificaram atrasos no desenvolvimento de crianças saudáveis e com desnutrição.

4.4.4 HOME Observation for Measurement of the Environment

O inventário HOME (*Home Observation for Measurement of the Environment*) (Anexos XI e XII) é um instrumento através do qual se avalia a qualidade do ambiente doméstico para o desenvolvimento da criança. Além disso, ele tem demonstrado padrões de relação com outras medidas ambientais e parentais.

O HOME é útil para avaliar comportamentos dos pais e outros aspectos físicos e sociais do ambiente domiciliar, visando pontuar a qualidade e a quantidade de estimulação e apoio disponível à criança em seu lar. Esse instrumento utiliza observação e entrevista realizadas durante visitas domiciliares (de cerca de uma hora) e o avaliador age de forma a permitir interações naturais entre os pais e a criança. Cada item é avaliado quanto a sua existência ou não durante as visitas. Quanto maior o escore total em qualquer versão do HOME, melhor a qualidade e a quantidade de estimulação oferecida à criança. Existem as versões para os grupos etários entre zero e três anos e entre três e seis anos (Caldwell & Bradley, 2001).

Existem as versões para os grupos etários entre zero e três anos e entre três e seis anos. A primeira é composta por 45 itens e seis componentes:

- Responsividade emocional e verbal do cuidador;
- Ausência de punição e restrição;
- Organização do ambiente físico e temporal;
- Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados;
- Envolvimento do cuidador com a criança, e
- Oportunidade de variação na estimulação diária.

Já na versão de três a seis anos, encontram-se 55 itens distribuídos em oito componentes:

- Estimulação através de brinquedos, jogos e materiais de leitura;
- Estimulação da linguagem;
- Ambiente físico seguro, limpo e conduzindo ao desenvolvimento;
- Orgulho, afeto e carinho;
- Estimulação de comportamento acadêmico;
- Oferecendo modelos e encorajando maturidade social;
- Variedades de estimulação, e
- Punição física.

Todos os itens são preenchidos com base nas respostas obtidas pela entrevista com a mãe/cuidador da criança, na observação da interação da dupla e na vistoria das dependências do domicílio durante a visita, sendo analisados os scores de acordo com dados obtidos: **Baixo (entre 0 e 23); Médio (entre 24 e 29); Alto (maior que 30).**

4.4.5 Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Os aspectos socioeconômicos foram categorizados através do conceito de classe econômica das famílias obtido através do critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (Anexo II). O critério foi desenvolvido para identificar a classe econômica de pessoas e famílias urbanas

através do poder de compra e não tem a pretensão de classificar a população em classes sociais. A classificação é feita através da pontuação atribuída à quantidade de certos aparelhos domésticos e automóveis que a família possui, somada a pontuação atribuída ao grau de escolaridade do chefe da família (ABEP, 2008). As classes econômicas de acordo com a pontuação são: A1 (42 a 46 pontos), A2 (35 a 41 pontos), B1 (29 a 34 pontos), B2 (23 a 28 pontos), C1 (18 a 22 pontos), C2 (14 a 17 pontos), D (8 a 13 pontos) e E (0 a 7 pontos) (ABEP, 2008).

Os dados de escolaridade da mãe, idade da mãe e da criança, situação conjugal da mãe, sexo da criança, número de filhos, número de residentes no domicílio foram colhidos através de questionário sócio-demográfico (Anexo III) criado pelo grupo de pesquisa, após sua detecção em revisão de literatura como fator de risco para desnutrição (SILVA, 2007; NETO, 2011).

4.4.6 Questionário de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP)

A realização de estudos pilotos de forma a viabilizar uma forma fidedigna de avaliar uma mudança acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas maternas devido a intervenção, levou a criação do Questionário CAP (Anexo I) pelo grupo de pesquisa, principalmente por não haver descrito em literatura algum instrumento que se proponha a avaliar os requisitos correlacionados a este estudo.

O questionário CAP contém onze perguntas baseadas nos princípios preconizados pelo método ICDP – OMS, podendo ser atingidos 66 (sessenta e seis) pontos. Este não possui ponto de corte, sendo avaliado com uma variável contínua.

4.5 Intervenção

Para intervenção na interação mãe-criança utilizou-se a técnica ICDP-OMS. O conteúdo desta técnica é ministrado em 5 sessões com duração de 90 minutos cada e consiste na discussão de 8 regras, explanadas a seguir, para que a mãe aprimore sua interação com seu filho (WHO, 1997).

A execução desta etapa se deu com a participação de duas técnicas da equipe do CREN – Alagoas, por terem uma maior proximidade com o grupo, sendo considerada uma estratégia para uma maior participação das mães. Por vezes foi necessário realizar busca ativa das mães em domicílio para que as mesmas não faltassem aos encontros; para evitar faltas, também foi disponibilizada uma

cuidadora na brinquedoteca da instituição de forma que os filhos que não estivessem no sistema de semi-internato da instituição, pudessem ser levados para o treinamento sem acarretar maiores preocupações às genitoras.

As regras são preconizadas pelo instrumento são:

Demonstrar sentimentos positivos pela criança que consiste na demonstração do amor que a mãe sente pelo filho através de conversas ou gestos, pois a criança, mesmo de pouca idade, é capaz de compreender expressões de amor e rejeição, de alegria e tristeza.

Seguir a iniciativa da criança que consiste no comportamento da mãe de prestar atenção aos desejos, intenções e expressão corporal da criança e adaptar-se a seguir o que a criança está interessada.

Comunicar-se que se caracteriza pelo diálogo emocional que a mãe deve ter com seu filho. Deve ocorrer contato visual, sorrisos, trocas de gestos e expressões de prazer entre os dois. Neste momento a mãe deve comentar positivamente o que a criança está fazendo, no que ela está interessada e a criança responde através de gestos e sons. Esta conversa emocional é muito importante para o futuro desenvolvimento da linguagem e de todos os aspectos da vida da criança.

Elogiar a criança que significa transmitir a ela sentimentos de valorização e competência, reagir positivamente quando ela fizer bem alguma coisa e explicar a ela porque está elogiando. Este comportamento é importante para que a criança desenvolva autoconfiança e poder de decisão.

Focar a atenção da criança significa entender que as crianças precisam de ajuda para prestar atenção e que a mãe pode ajudar nesta atividade atraindo e guiando a atenção de seu filho para as coisas que o rodeiam: “Olha aqui”, mostrando aquilo em que se quer que a criança repare. Sem a experiência conjunta das coisas do próprio meio é difícil comunicar-se uns com os outros. Acontece, frequentemente, que a criança está interessada numa coisa e os pais numa outra. A atenção conjunta é, portanto, uma condição necessária para haver um bom contato e comunicação.

Dar significado a ação da criança que consiste em dar sentido às experiências que a criança tem no mundo que a rodeia, descrevendo e nomeando aquilo que experimenta em conjunto. Assim, a experiência irá se destacar e será lembrada pela

criança como algo significativo. As crianças precisam de ajuda dos adultos para dar significado ao ambiente.

Expandir o conhecimento da criança significa ampliar e dar explicações sobre o que a mãe experimenta em conjunto com seu filho. Isso pode acontecer quando, por exemplo, a mãe compara aquilo que experimenta em conjunto com seu filho com algo que a criança experimentou anteriormente. “Lembra quando visitamos... também vimos, aquela vez...”. Quando a criança está mais crescida pode-se contar histórias, apontar semelhanças e diferenças. Este é um aspecto importante para o desenvolvimento da inteligência da criança.

Regular o comportamento da criança se traduz na atitude da mãe quando ajuda seu filho a controlar-se, estabelecendo limites de uma forma positiva – orientando-o, apresentando alternativas positivas e planejando coisas em conjunto.

4.6 Análise Estatística

Os dados foram analisados através do “software” estatístico SPSS for Windows versão 13.0 utilizando as medidas de frequência, análise univariada, bivariada e multivariada, através do Teste t de Student e Chi quadrado.

A análise multivariada foi conduzida em colaboração de um grupo de pesquisa em Saúde Mental Infantil da Universidade Johns Hopkins dos Estados Unidos, processo pelo qual passamos as variáveis coletadas e os colaboradores disponibilizaram os resultados e tabelas após análise feita por eles.

5 RESULTADOS

No presente estudo foram acompanhados no momento inicial 50 pares de duplas mãe-criança desnutridas, mas até o na reavaliação algumas duplas perderam o vínculo com a instituição ou mudaram de endereço, ou ainda, as que pertenciam ao GE desistiram de participar dos treinamentos. Dessa forma, a permanência da

amostra inicial total foi impossibilitada, resultando como amostra final 38 duplas, sendo 25 pertencentes ao GE e 13 ao GC.

A tabela 1 mostra resultados das variáveis sociodemográficas de ambos os grupos antes da intervenção.

Tabela 1 - Frequência das Variáveis Sócio-demográficas dos grupos experimental e controle das duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN – AL, antes da intervenção.

Característica	Grupo Experimental (N=25)	Grupo Controle (N=13)	Valor de p (Chi ²)
Gênero da criança (feminino)	12 (46%)	4 (31%)	0.36
Idade da mãe >30 anos	11 (42%)	4 (31%)	0.49
Educação da mãe >4 anos	11 (42%)	6 (46%)	0.82
Mãe trabalha	3 (11%)	6 (46%)	0.016
Mãe tem companheiro	23 (88%)	11 (85%)	0.74
Companheiro é pai biológico	21 (81%)	10 (77%)	0.78
Pai trabalha	21 (81%)	9 (69%)	0.42
Educação do pai > 4 anos	5 (19%)	4 (31%)	0.42
<4 crianças em casa	12 (46%)	8 (62%)	0.37
Morador em casa <5	6 (23%)	5 (38%)	0.31
Pai usa drogas	1 (4%) [N=24]	3 (23%)	0.08
Pai usa álcool	11 (44%) [N=25]	8 (62%)	0.30
Mãe sofre violência	7 (28%) [N=25]	0 (0%)	0.035

Fonte: Autora, 2012.

Os grupos apresentam-se semelhantes dentro das variáveis sócio-demográficas apresentadas, sendo observada diferença estatística no que se refere aos fatos de a mãe trabalhar e se ela sofre violência do marido.

Tabela 2 - Alteração das variáveis referentes ao quadro de saúde mental materna e desenvolvimento infantil das duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN – AL, antes e depois da intervenção, avaliadas pelo Chi quadrado.

	Grupo Experimental (n= 25)					Grupo Controle (n = 13)				
	Antes		Depois		P	Antes		Depois		P
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Saúde Mental Materna										
Caso Negativo	12	48,0	15	60,0	0,40	7	53,8	9	69,2	0,43
Caso Positivo	13	52,0	10	40,0		6	46,2	4	30,8	
Incapacidade Associada										
Não há incapacidade	16	64,0	20	80,0	0,21	7	53,8	11	84,6	0,2
Há incapacidade	9	36,0	5	20,0		6	46,2	2	15,4	
Linguagem da criança										
Suspeito	20	80,0	22	88,0	0,7	11	84,6	13	100	0,48
Normal	5	20,0	3	12,0		2	15,4	0	0	
Cognição da criança										
BSuspeito	13	52,0	12	48,0	1	5	38,5	8	61,5	0,43
Normal	12	48,0	13	52,0		8	61,5	5	38,5	
Estimulação do ambiente familiar										
Alto	0	0,0	1	4,0	0,49	0	0,0	0	0,0	0,0005
Médio	18	72,0	20	80,0		10	76,9	0	0,0	
Baixo	7	28,0	4	16,0		3	23,1	13	100	

Fonte: Autora, 2012.

Não houve diferença entre GE e GC antes e depois da intervenção, com exceção do ambiente familiar em que ocorreu uma piora significativa no GC ($p=0,0005$), enquanto no GE não houve alteração ($p=0,49$), levantando a consideração de que a intervenção favoreceu a uma não piora da qualidade de estimulação do ambiente familiar dentro do intervalo de seis meses. Esse fato também se repete numa não piora do GE em relação ao GC, mesmo não sendo significativo ($p=0,43$) em relação à cognição.

A seguir, a tabela 3 mostra a variação do CAP antes e logo após a intervenção do GE, considerando a presença ou não de incapacidade associada, de acordo com a presença de TMC. Registra-se ainda que as mães que não tiveram um SRQ positivo, ou seja, que não apresentam TMC, foram englobadas dentre as com SDS negativo.

Tabela 3 - Variação do escore do CAP antes e logo após a intervenção do GE.

Grupo Experimental			
(n= 30)			
	Antes	Depois	P
	M	M	
CAP	29,24	33,31	0,011
CAP (SDS neg)*	32,8	34,2	0,7
CAP (SDS pos)**	28,0	31,8	0,3

Fonte: Autora, 2012.

* Tiveram SDS negativo 11 mães.

** 19 mães tiveram SDS positivo.

Nota-se então que na comparação entre a média dos escores do GE antes (29,24) e imediatamente depois da intervenção (33,31) através do teste t de Student, pelo qual foi possível comparar as duas médias (antes e depois da intervenção), observa-se uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,011$), mostrando um aumento escore do CAP após a intervenção, conduzindo a inferência que o ICDP – OMS traz mudanças no CAP, independente de haver ou não incapacidade associada.

A partir disso, as mães foram divididas em dois sub-grupos: um com incapacidade associada a TMC (N = 19) e outro sem esta incapacidade (N = 11).

Antes da intervenção o primeiro grupo teve um escore médio no questionário CAP das mães de 28,0 e o segundo de 31,8 ($p = 0,3$); após a intervenção as médias foram 32,8 e 34,2 respectivamente ($p = 0,7$). Embora sem significância estatística, as portadoras de incapacidade associada ao TMC têm uma diferença do escore antes e após a intervenção maior do que as outras, mostrando que o fato de haver um comprometimento mental não impediu de que elas aprendessem tão quanto as que não são portadoras de TMC.

Tabela 4 - Variação do escore do CAP antes e 6 meses depois da intervenção dos GE e GC, considerando a saúde mental materna das duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN – AL.

Característica	Grupo Experimental (n = 25)	Grupo Controle (n = 13)	Valor de p (Chi ²)
Escore inicial do CAP	29.5 (SD 10.62)	26.8 (SD 9.26)	0.29
Escore do CAP 6 meses depois	38.6 (SD 16.0)	32.4 (SD 14.2)	0.58
Mudança do CAP 6 meses depois	9.15 (SD 17.6)	5.53 (SD 12.6)	0.52
Escore inicial do SRQ	7.96 (SD 3.85)	7.08 (SD 4.42)	0.78
Escore do SRQ 6 meses depois	7.85 (SD 4.99)	6.46 (SD 4.18)	0.73

Fonte: Autora, 2012.

Observa-se na Tabela 4 que não houve mudanças significativas do CAP no GE e no GC antes e depois da intervenção de uma forma geral, bem como em relação a presença de TMC.

Tabela 5 - Análise Univariada (regressão linear) da mudança do CAP seis meses após a intervenção (ajustado para o escore do CAP inicial).

Variável Independente	Mudança do CAP	IC 95%	Valor de p
-----------------------	----------------	--------	--------------

GE	5.23	-5.27 to 15.72	0.32
Gênero da criança (feminino)	-7.04	-17.21 to 3.13	0.17
Escore inicial do SRQ materno	-0.23	-1.51 to 1.05	0.72
Idade da mãe>30	1.71	-8.51 to 11.93	0.74
Educação da mãe>4 anos	3.33	-7.55 to 14.22	0.54
Mãetrabalha	-7.06	-18.67 to 4.55	0.23
Mãe tem companheiro	7.18	-7.51 to 21.87	0.33
Companheiro é o pai biológico (N=39)	12.24	0.29 to 24.19	0.045
Paitrabalha (N=39)	13.38	2.26 to 24.50	0.02
Educaçãopaterna>4 anos (N=39)	10.91	-0.56 to 22.39	0.06
< 4 crianças no domicílio	1.43	-9.01 to 11.87	0.78
<5 pessoas no domicílio	6.32	-4.70 to 17.35	0.25
Paiusadrogas (N=37)	2.41	-14.51 to 19.33	0.77
Paiusaálcool (N=38)	-0.47	-10.69 to 9.74	0.93
Violência contra a mãe (N=38)	7.22	-5.91 to 20.35	0.27
Escoreinicial do HOME	0.58	-0.21 to 1.36	0.145
Escorecognitivoinicial	0.66	-9.43 to 10.74	0.90
Escore de linguageminicial	-0.79	-13.35 to 11.76	0.90

Fonte: Autora, 2012.

A tabela 5 mostra os resultados da análise univariada para os resultados dos escores inicial do CAP. É possível observar os aspectos que influenciaram a uma mudança do CAP seis meses após a intervenção, se a mãe tem companheiro ($p = 0,045$) e se o mesmo é pai biológico da criança ($p = 0,02$), sendo a sua educação uma variável que apresentou tendência à mudança do CAP ($p = 0,06$).

Tabela 6 - Análise da alteração do escore do CAP após seis meses ajustado para escore inicial do CAP (análise multivariada).

Variáveis	Coeficiente IC 95%
GE	-6.44 (-15.90 to 3.01)
Escore inicial do CAP	-0.77 (-1.26 to -0.28)
Pai trabalha	11.96 (1.03 to 22.90)
Pai biológico	--
Educaçãopaterna > 4 anos	9.09 (-2.18 to 20.35)
Escore HOME de base	0.37 (-0.33 to 1.09)
Gênero da criança (feminino)	-10.32 (-19.53 to -1.11)
R² Ajustado	0.34
F (Probabilidade de F)	4.21 (0.003)
N	39

Fonte: Autora, 2012.

Para a análise multivariada foram selecionadas as variáveis que na univariada apresentavam $p < 0,2$. Verificou-se a existência de colinearidade entre as variáveis pai trabalha e pai biológico. Por esse motivo, excluímos do modelo multivariado a variável pai biológico, mantendo apenas a variável pai trabalha, a qual é mais significativa estatisticamente.

O fato de escore inicial do GE ter sido maior que o do GC, influenciou de forma negativa (-0,77), ajudando no resultado não significativo da intervenção. As mães que tinham um pai q trabalhavam, tiveram mais vantagem frente ao aproveitamento do CAP (11,96). Já as mães de meninas, aprenderam menos que as mães de meninos (-10,32).

6 DISCUSSÃO

Principais resultados

O presente estudo é o primeiro que se propõe a avaliar o impacto do ICDP-OMS em famílias com crianças desnutridas e como resultado não foi detectado impacto positivo da intervenção em nível de conhecimentos, atitudes e práticas

(CAP) da mãe na interação com seu filho, como também não foram detectadas mudanças na saúde mental materna e incapacidade associada.

Da mesma forma não foram observadas modificações no desenvolvimento da criança. Em relação ao tempo para detecção de mudanças, Hundeide no site dedicado ao ICDP (ICDP, 2009) sugere um prazo de 2 a 5 anos para avaliar o impacto da aplicação do ICDP em amostras da população. Supõe-se que este prazo seja mais adequado para eventuais mudanças do desenvolvimento da criança, o que parece um período mais realista do que o intervalo de seis meses utilizado no presente estudo por motivos logísticos.

Influência do contexto da comunidade

O conjunto habitacional Denisson Menezes foi construído pelo governo para que ali residissem famílias de baixa renda provenientes de diferentes regiões da cidade de Maceió. Em contraste aos grupos que foram submetidos à intervenção referidos no website do ICDP (ICDP, 2009), os grupos experimental e controle do presente trabalho não tinham a característica de pertencer a uma comunidade. Este fator pode ter influenciado negativamente o resultado da intervenção, uma vez que neste tipo de agrupamento há falta de coesão e solidariedade, características que tendem a estar presentes em comunidades e que são muito importantes para que este tipo de intervenção tenha maiores possibilidades de ser bem sucedida.

Contexto familiar

Na Tabela 2 observamos um escore baixo da estimulação do ambiente, bem como um baixo nível de desenvolvimento das crianças nos aspectos de linguagem e cognição. Na comparação entre GE e GC, seis meses após a intervenção, observou-se que o escore do ambiente familiar do GC diminuiu, o que não ocorreu com o GE e a diferença entre os escores dos dois grupos foi estatisticamente significativa ($p = 0,005$). Isto pode sugerir tanto um efeito positivo pelo qual a intervenção teria uma função preventiva como poderia ser decorrente de um viés da divisão não randomizada dos grupos.

Outro estudo realizado no Brasil, e que não teve desnutridos, mostra que quanto maior a estimulação do ambiente e o nível de escolaridade materno, melhor o desenvolvimento cognitivo da criança (ANDRADE, 2005), o que também é comprovado por um estudo realizado no México (NÓBREGA, 2000) o qual indicou

associação entre a baixa responsividade materna e o ambiente empobrecido em termos de interação social e afetiva com a desnutrição. No entanto, o fato de a mãe possuir um companheiro, auxilia positivamente na qualidade da estimulação disponível no ambiente (VIEIRA, 2010).

Sendo assim, estando o ambiente familiar empobrecido, os aspectos de desenvolvimento cognitivo e de linguagem da criança também tendem a estar prejudicados. Isso é visto na avaliação obtida através do HOME no presente estudo e está em conformidade com MORAES (2010) que propõe que o atraso na área de linguagem justifica-se entre outros fatores pelos estímulos sociais, essenciais para os padrões linguísticos se desenvolverem.

Com relação ao CAP (Tabela 3), a avaliação imediatamente pós-treinamento mostrou que ocorreu uma aprendizagem, já que houve uma mudança positiva do escore antes e depois ($p = 0,011$). Contudo na avaliação pós seis meses (Tabela 4), comparando GE e GC não houve diferença significativa entre os dois grupos ($p = 0,52$). Em estudo experimental randomizado com grupos de gestantes realizado no Paquistão, RAHMAN et al. (2008) também objetivando melhorar os conhecimentos e atitudes das mães em relação ao desenvolvimento infantil, promoveram uma intervenção utilizando o LTP (*Learning Through Play*). Após seis meses obtiveram resultado positivo estatisticamente significativo ($RR = 4,3$ 95 % IC 3,7 – 14,9 e $p < 0,001$), inferindo que mulheres do grupo de intervenção responderam melhor ao acompanhamento da aprendizagem acerca dos conhecimentos maternos sobre o desenvolvimento infantil.

O LTP foi desenvolvido no Canadá e adaptado para diversos países para trabalhar em grupos multi-étnicos de risco de pais e filhos, objetivando a qualidade da interação mãe-criança e ajudando as mães a se identificar como aptas para perceber as necessidades da criança (BECV, 2004), estimulando o desenvolvimento desta por meio de um calendário contendo os estágios do seu desenvolvimento do nascimento até os três anos de vida, trazendo ilustrações de jogos e atividades que promovem o envolvimento e aprendizagem (THE HINKS, 2002).

O instrumento ICDP-OMS foi utilizado na Colômbia nas regiões de Nariño (2005) e Antioquia (2004). A avaliação foi realizada através de consulta às participantes sobre a utilidade do método para seu cotidiano. A resposta foi positiva, na medida em que as cuidadoras sentiam-se mais importantes para o desenvolvimento de seus filhos e que os conhecimentos adquiridos foram de grande

importância. Entretanto não foi quantificado nem o impacto sobre os conhecimentos, atitudes e práticas das mães em relação aos seus filhos, bem sobre o desenvolvimento das crianças.

Estudo utilizando o ICDP-OMS na Macedônia (2000) traz relatos de cuidadores acerca da melhoria do comportamento de seus filhos depois do conhecimento do instrumento. Como medida de impacto utilizou-se a percepção dos cuidadores que referiram em relação às crianças uma mudança positiva do comportamento, maior capacidades de atenção, comunicação e auto-controle.

Tanto o ICDP-OMS como o LTP procuram promover o estreitamento do vínculo mãe-criança através de princípios semelhantes voltados para a melhoria do desenvolvimento da criança.

Impacto nos conhecimentos, atitudes e práticas: papel de outras variáveis além da intervenção

Na tabela 5, ao estudar as variáveis que contribuíram para a variação do CAP antes e após 6 meses da intervenção observou-se que as variáveis estatisticamente significantes foram a presença do pai biológico e se o mesmo tinha vínculo empregatício. CAMPOS (1995) numa pesquisa multiprofissional na Unidade de Cuidados Diários (UCD) do Núcleo de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil (NUNADI) em São Paulo, Brasil, verificou a inter-relação entre os aspectos psicológicos, sociais e da nutrição. Com base em seus achados, pode-se supor que características da personalidade materna como: imaturidade, dificuldade no contato, baixa auto-estima, sentimento de insuficiência/inferioridade, agressividade, indisponibilidade afetiva, inabilidade para realizar atividades lúdicas, dificuldade de assumir papel materno e baixo nível de energia e passividade podem determinar desorganização externa e falta de interesse durante o preparo de alimentos; e a frieza afetivo-emocional pode dificultar a formação de um vínculo com o filho. Dessa forma, analogamente, a aprendizagem dos princípios avaliados pelo CAP bem como sua prática podem estar dificultadas por esse perfil psicológico, sendo importante a sua resolução para uma melhor aprendizagem das regras preconizadas pelo ICDP-OMS. Por tratar-se de estudo quase experimental em que os grupos experimental e controle não foram randomizados, ao realizar-se a análise univariada para avaliar a variação do escore do CAP antes e depois da intervenção verificou-se que além da

variável “pertencer ou não ao grupo experimental”, outras variáveis poderiam ser determinantes na variação do CAP.

Algumas variáveis que neste estudo parecem estar entre os fatores que impediriam que a mãe tivesse uma variação positiva em seu escore no questionário do CAP (ausência do pai biológico assim como ausência de vínculo empregatício paterno) são as mesmas identificadas em estudos observacionais (Carvalhoes et al (2002) e Santos et al. (2005)) como fatores associados com o déficit crônico de crescimento da criança. Esta comparação faz mais sentido na medida em que se supõe que ao menos em parte, ambas as associações estariam intermediadas pela indisponibilidade e/ou incapacidade da mãe em cuidar adequadamente de seu filho (Carvalhoes et al, 2002).

Neste estudo considerou-se para fins de comparação, que as variáveis identificadas como fatores de risco para retardo do crescimento em estudos observacionais também poderiam estar entre aquelas que impediriam que a mãe tivesse uma variação positiva em seu escore no questionário do CAP, chegando assim a um denominador comum. Um exemplo disto seria a detecção de uma associação positiva entre o déficit crônico de crescimento da criança e a ausência do pai biológico assim como ausência de vínculo empregatício paterno. Estas variáveis são citadas nos estudos de Carvalhoes et al (2002) e Santos et al. (2005) assim como são encontradas no presente estudo, como variáveis que dificultaram a variação do escore do CAP.

VIEIRA (2010) e MARTINS & GRAMINHA (1997) referem que uma das características das famílias com crianças desnutridas é a ausência do pai. Isso porque esta característica pode agir não só diretamente sobre as crianças, como pode também limitar seu acesso a serviços especializados e desencadear eventos estressantes para a família. De maneira semelhante, nesse estudo foi encontrado que famílias cujos pais biológicos estavam presentes ($p = 0,045$) e trabalhavam ($p = 0,02$) (Tabela 5), eram fatores que facilitavam o aumento do escore do CAP. Em estudo transversal realizado na Bahia, ANDRADE *et al.*(2005) também encontraram associação positiva, entre as variáveis independentes “mãe trabalhar” e “viver com um companheiro”, e as variáveis dependentes “melhor ambiente familiar” e “melhor desenvolvimento da criança”. Já a associação da variação positiva do escore do CAP com a variável gênero da criança na análise multivariada ($p = -10,32$) revelou que quando a mesma pertencia ao sexo feminino, sua mãe tendia a apresentar pior

aproveitamento no treinamento pelo ICDP – OMS. Ao contrário do que sugere o presente estudo, MARTINS (2004) encontrou que crianças do sexo feminino têm uma tendência a ter uma ambiente mais estimulante ($p = 0,01$). Esta contradição poderia ser atribuída ao machismo ainda vigente no Nordeste que induziria a dispensar melhor tratamento a crianças do sexo masculino. Em nosso estudo isto poderia influenciar o escore do CAP.

PICCININI (2007), também vai de encontro ao nosso estudo quando refere que mães casadas são mais responsivas na interação com os seus filhos do que as mães solteiras, enfatizando a importância da figura paterna no lar para o desenvolvimento adequado da criança. Baseia esta afirmativa com a justificativa que mulheres casadas têm maior suporte social, o que lhes traz mais segurança.

MARTINS (2004) encontrou uma associação estatisticamente significativa entre a presença de transtornos psiquiátricos menores na mãe e a qualidade do ambiente. As mães que não apresentaram suspeita de TMC, de acordo com a avaliação do *SRQ-20*, apresentaram melhor ambiente e conseqüentemente melhores condições de estimulação para o desenvolvimento da criança. No presente estudo, estas variáveis não entraram na regressão múltipla por não apresentarem nível de significância requerido ($p < 0,2$).

Estudos de intervenção realizados em países em desenvolvimento, como Paquistão, Índia, Vietnã, África do Sul e Jamaica referem impacto positivo de suas respectivas intervenções em termos de promoção do desenvolvimento da criança e redução dos transtornos maternos (ALI *et al*, 2010; WALKER *et al*, 2006; HARPHAN *et al*, 2005).

Este estudo foi uma intervenção utilizando pela primeira vez o ICDP – OMS em uma amostra de mães de crianças desnutridas. As variáveis definidas para avaliação não detectaram impacto estatisticamente significativo nem a nível de processo, avaliado através do CAP, nem a nível de desfecho verificado junto às mães (saúde mental e incapacidade associada), crianças (desenvolvimento) e interação mãe criança (ambiente familiar). O impacto em relação ao status nutricional da criança não foi mensurado por necessitar de mais tempo para ser avaliado. Nesta população pode ser identificada a importância da presença do pai biológico quer através de papel de provedor enquanto trabalhador remunerado, quer ao desempenhar outras funções como possivelmente seria a de constituir parte da rede de suporte social.

Ressalta-se ainda que este estudo foi uma tentativa inicial de melhorar a interação mãe criança desnutrida e que, embora não tenham sido alcançados resultados significativos, ele foi importante por mostrar que é possível realizar intervenções deste tipo em populações de difícil abordagem. Dessa forma, a população alvo deste trabalho continua em seguimento, onde se inclui um reforço do treinamento e reavaliação em prazos mais longos.

Uma das formas de avaliar o impacto da intervenção foi realizada através do questionário CAP. Acredita-se que a não obtenção de resultados positivos com esse indicador possa ser atribuído a diversos fatores entre os quais se incluem: 1) a dificuldade de se conseguir motivar a maior parte das mães para aprender a utilizar os princípios que se procurou ensinar; 2) a ausência em grande parte das mães de um suporte social mínimo o que pode ser verificado por indicadores como a falta de marido/companheiro (PICCININI, 2007).

Limitações

O pequeno tamanho amostral e o desenho quase experimental, que não randomiza a amostra nos GE e GC foram limitações do presente estudo. Além disso, o questionário de CAP não teve suas características gerais avaliadas quantitativamente.

7CONCLUSÃO

Foi possível implementar uma intervenção utilizando o método ICDP – OMS embora não tenha sido detectado impacto positivo tanto na saúde mental materna, como no aumento dos conhecimentos, atitudes e práticas acerca de uma melhor interação mãe-criança desnutrida na população alvo. Foi possível verificar a

importância da presença do pai biológico e seu papel enquanto provedor para que a mãe pudesse ter melhores condições de aprendizagem. É importante pesquisar junto às mães estratégias que possam aprimorar a metodologia da intervenção. É sugerido que o fortalecimento do suporte social seja um componente importante a ser vinculado à intervenção.

REFERÊNCIAS

ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.) Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo:ABEP, 2008. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 06/10/2008.

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. Rev Saúde Pública, v. 39, n.1, p. 108 –1 13, 2005.

ANDRACA I, PINO P, LA PARRA A, RIVIERA F, CASTILO M. Risk factors for psychomotor development among infants born under optimal biological conditions. Rev Saúde Pública 1998; 32:138-47.

ANDRADE, Susanne Anjos et al . Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 4, Aug. 2005.

BATISTA-FILHO M, SOUZA AI, MIGLIOLI TC, SANTOS MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. Cad Saúde Pública. 2008; 24: S247-57.

BAYLEY, N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development – Administration Manual. Third Edition. 2009.

BRADLEY RH, CORWYN RF. Socioeconomic status and child development. Annu Rev Psychol 2002;53:371-99.

BRÊTAS, J.R.S.; SILVA,M.G.B.; SILVA,C.V.. A Aplicação do Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver pelo Enfermeiro Pediatra: Relato de Caso. Acta Paul. Enf., São Paulo, v.8, n.4, p. 9-16, maio/dez, 1995.

CARVALHAES, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev Saúde Pública, v. 36, n. 2, p 188- 197, 2002.

CARVALHAES MABL, BENÍCIO MHd'A. Malnutrition in the second year of life and psychosocial care: a case-control study in an area of Southeast Brazil. Cad Saúde Pública. 2006; 22: 2311-8.

CARVALHO JF, Homem FCB. A influência do meio na aquisição da linguagem. Fono Atual. 2001; 17:14-6.

CASTAÑO J. Bases neurobiológicas dellenguaje y sus alteraciones. RevNeurol. 2003; 8(36):781-5.

CELIA S, ALVES M, BEHS B, NUDELMANN C, Saraiva J. Relatório da Plenária do V Congresso WAIPAD. Chicago, EUA; 1992.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 2, p 332- 340, 2008.

FABIANSEN C. et al. Severe acute malnutrition in children. UgeskrLaeger. 2010; 27;172(39):2671-4.

FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y La Alimentación). Mapa de ladesnutrición: un proceso en curso. Santiago: La Organización; 2009.

FERREIRA, H. S.; ASSUNÇÃO, M. L.; VASCONCELOS, V. S; MELO, F. P.; OLIVEIRA, C. G.; SANTOS, T. O. Saúde de populações marginalizadas: desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do “movimento dos sem teto”, Maceió, Alagoas. Rev Brás Saúde MaternInfant, v. 2, n. 2, p 177-185, maio-ago, 2002.

FREITAS, L.O., SILVA, T.T., MAGALHÃES, L.C., PAIXÃO, M.L., MANCINI, M.C., BARBOSA, V.M. Manual Denver II. 1990.

FRIZZO, Giana Bitencourt; PICCININI, Cesar Augusto. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. Psicol. estud., Maringá, v. 10, n. 1, Apr. 2005.

FLORÊNCIO, T. T.; FERREIRA, H. S.; CAVALCANTE, J. C.; ASSUNÇÃO, M. L.; SAWAYA, A. L. Short stature and food habits as determining factors for the low

productivity of sugarcane labourers in the State of Alagoas, north-eastern Brazil. ALAN, v. 58, n. 1, p 33 - 39, mar 2008.

HUNDEIDE, K. ARMSTRONG, N. ICDP approach to awareness-raising about children's rights and preventing violence, child abuse, and neglect. Child Abuse & Neglect 35 (2011) 1053– 1062.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais, 2000. Rio de Janeiro: Departamento de População e Indicadores Sociais; 2001.

KESSLER, R. C.; et al. Disability and treatment of mental and physical disorders. The British Journal of Psychiatry 192, 368–375. 2008.

LAUDE. M. Assessment of nutritional status, cognitive development, and mother-child interaction in Central American refugee children. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 6(3), 1999.

LAURENTINO, G. E.; ARRUDA, I. K; RAPOSO, M. C; BATISTA-FILHO, M. Déficit estatural em crianças em idade escolar e em menores de cinco anos: uma análise comparativa. Rev Nutri, v. 19, p 157- 167, 2006.

LIMA, L.M.; QUEIROGA, B. A. M. Aquisição fonológica em crianças com antecedentes de desnutrição. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 9, n. 1, Mar. 2007 .

MARTINS, M.F.D. et al . Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, June 2004

MARTINS, I. S; MARINHO, S. P; OLIVEIRA, D. C; ARAÚJO, E. A. C. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 6, p 1553- 1565, 2007.

MELLO, B. B.A.; GONÇALVES, V.M.G.; SOUZA, E.A.P. Comportamento de lactentes nascidos a termo pequenos para a idade gestacional no primeiro trimestre de vida. *ArqNeuropsiquiatr* 2004;62(4):1046-1051. 2004.

MIRANDA, C. T.; TURECKI, G.; MARI, J. J.; ANDREOLI, S. B.; MARCOLIN, M. A.; GOIHMAN, S.; PUCCINI, R. F.; STROM, B. L.; BERLIN, J. A. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*; v. 25, p 128-133, 1996.

MIRANDA, C.T.; PAULA, C. S.; SANTOS, L.; NOBREGA, L. J.;HUNDEIDE, K.; ORLEY, J. Association between mother-child interaction and mental health among mothers of malnourished children. *Journal Tropical Pediatrics*, v. 46, Oct 2000.

MONTE, CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*, vol 76, supl 3, p 285-297, 2000.

MONTEIRO, C. A. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. *EstudosAvançados*, v. 9, n. 24, p 195- 207, 1995.

MÜLLER, O., KRAWINKEL, M. Malnutrition and health in developing countries. *CMAJ*. 2005; 173(3): 279-86.

MUNIZ, H.F. Práticas sociais de cuidados infantis: uma proposta de intervenção em domicílio de crianças desnutridas [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2000.

NETO, J.L.C. INCAPACIDADE ASSOCIADA A TRANSTORNOS MENTAIS: COMPARAÇÃO DE MÃES DE DESNUTRIDOS COM MÃES DE EUTRÓFICOS: ESTUDO CASO CONTROLE. Dissertação (Mestrado em Nutrição) - Universidade Federal de Alagoas, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas. Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda (Orientador). 2011.

NOBREGA, F. J., CAMPOS, A.R.L. Fraco vínculo mãe-filho como fator de risco. In: Nobrega FJ, org. *Distúrbios da Nutrição*. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.88-93.

NOBREGA, F. J., CAMPOS, A.R.L. NASCIMENTO, C.F.L. Distúrbios Nutricionais e Fraco vínculo mãe/filho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1998. p.88-93.

NUDELMANN, C.; HALPERN, R. O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro lado da desnutrição. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011.

OLINTO MTA, VICTORA CG, BARROS FC, TOMASI E. Determinantes da desnutrição infantil em população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. Cad Saúde Pública. 1993; 9(Supl 1):14-27.

OLIVEIRA, A.A.; MACEDO, V.S.; SERRANO, H.M.S. NUTRIR GERAIS – Revista Digital de Nutrição, Ipatinga, v. 3, n. 4, p. 384-395, fev./jul. 2009.

ONIS M, FRONGILLO EA, BLOSSNER M. ¿Está disminuyendolamalnutrición? Análisis de laevolucióndelnivel de malnutrición infantil desde 1980. Boletín de laOrganización Mundial de laSalud.Recopilación de artículos. 2001; n. 4.

ONIS, M.; BLÖSSNER, M.; BORGHI, E.; FRONGILLO, E. A.; MORRIS, R. Estimates of Global Prevalence of Childhood Underweight in 1990 and 2015. JAMA. v. 291, p 2600- 2606, 2004.

PAFFER, A.T.; DE PAULA, C. S.; FERREIRA, H.S.; JUNIOR, C.R.C.; VIEIRA, R.C.S.; MIRANDA, C.T. Association between child malnutrition and maternal common mental disorders: the potential role of disability. J Epidemiol Community Health June 2011 Vol 65 No 6. 2011.

RAHMAN, A.; IQBAL, Z.; BUNN, J.; LOVEL, H.; HARRINGTON, R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. ArchGenPsychiatry, v. 61, p 946 -952, 2004.

SANTOS, R.B.; MARTINS, P.A.; SAWAYA, A. L. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. Rev. Nutr., Campinas, v. 21, n. 6, Dec. 2008 .

SAWAYA, S.M. Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. *Estud. av.*, São Paulo, v. 20, n. 58, Dec. 2006 .

SEIFER R, SAMEROFF AJ, DICKSTEIN S, KEITNER G, MILLER I, RASMUSSEN S. Parental psychopathology, multiple contextual risks, and one-year outcomes in children. *J Clin Child Psychol* 1996; 25:423-35.

SILVA, A.C.D. Associação entre Violência Intrafamiliar e Desnutrição Infantil: um estudo caso-controle. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Alagoas, . Orientador: Claudio Torres de Miranda.

SILVEIRA, K.B.R. et al . Associação entre desnutrição em crianças moradoras de favelas, estado nutricional materno e fatores socioambientais. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 86, n. 3, June 2010 .

SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). Estado nutricional. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/sisvan.php?conteudo=estado_nutricional. Acesso em: 09/07/08.

SOUZA RM. A criança na família em transformação: um pouco de reflexão e um convite à investigação. *PsicRev* 1997;(5):33-51.

UNICEF (United Nations Children's Fund). Desnutrição. 2006.

VIEIRA, V. L.; SOUZA, M.P.; CERVATO-MANCUSO, A.M. Insegurança alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 10, n. 2, June 2010 .

WHO- (World Health Organization). Improving Mother/child Interaction To Promote Better Psychosocial Development in Children. International child development programmes. Programme on Mental Health. GENEVA, 1997.

WHO- (World Health Organization). Nutrition throughout life. 4º Report on the world nutrition situation. Geneva, 2000.

APÊNDICES

À Fundação de Amparo a Pesquisa de Alagoas,

Maceió, 23 de março de 2010.

O projeto de dissertação de mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Alagoas de Kézia Frias Pereira de Medeiros, “Impacto da aplicação do método ICDP – OMS na interação mãe-criança em duplas mãe-criança desnutrida assistidas no CREN”, está vinculado ao projeto “Impacto de uma intervenção psicossocial nas duplas mãe-criança desnutrida assistidas no Centro de Recuperação Nutricional (CREN) em Maceió, Alagoas” financiado pelo PPSUS FAPEAL/MS/CNPQ/SESAU-AL 2006 e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Alagoas protocolo número 014810/2006-98



Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda

Coordenador do Projeto

Orientador do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde

ANEXOS

Anexo A Questionário de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da Mãe em Relação ao seu Filho Desnutrido, baseado no ICDP – OMS

Anexo B Questionário ABEP – Avaliação do Poder Aquisitivo

Anexo C Questionário Sócio – Demográfico

Anexo D Self Reporting Questionnaire (SRQ)

Anexo E Sheehan Disability Scales (SDS)

Anexo F International Child Development Programmes

Anexo G Escala Cognitiva do Bayley Scale of Infant Development III

Anexo H Escala de Linguagem Receptiva do Bayley Scale of Infant Development III

Anexo I Escala da Linguagem Expressiva do Bayley Scale of Infant Development

Anexo J Formulário de Avaliação do Teste de Triagem Denver II

Anexo K Inventário Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)
0-3 anos

Anexo L Inventário Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)
3-6 anos

**Anexo A Questionário de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da Mãe em
Relação ao seu Filho Desnutrido, baseado no ICDP – OMS.**

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DA MÃE EM
RELAÇÃO AO SEU FILHO DESNUTRIDO
Baseado no ICDP – OMS

MÃE: _____

CRIANÇA: _____

ENTREVISTADOR: _____

DATA: _____

PONTUAÇÃO: _____

1. Você demonstra carinho para o seu filho?

() Sim () Não

Se sim, em quais situações você costuma fazê-lo? Dê um exemplo.

() O exemplo é coerente () O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

() Pouco () Mais ou menos () Muito () Sempre

2. Você percebe quando seu filho está interessado em alguma coisa?

() Sim () Não

Se sim, em quais situações você costuma fazê-lo? Dê um exemplo.

() O exemplo é coerente () O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

3. Existe costume de conversa entre você e seu filho?

Sim Não

Se sim, em quais situações você costuma conversar com o seu filho? Dê um exemplo.

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

4. Você elogia seu filho?

Sim Não

Se sim, em quais situações você costuma elogiar o seu filho? Dê um exemplo.

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

5. Quando você passa por algum lugar que seu filho ainda não conhece, você fala com ele sobre isso?

Sim Não

Se sim, em quais situações você isso acontece? Dê um exemplo.

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

6. Você costuma dizer ao seu filho o que ele vai comer, como por exemplo, quando ele vai comer uma banana, você diz que ele está comendo uma banana?

Sim Não

Se sim, você poderia dá um exemplo de quando você dá o nome a alguma outra coisa?

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

7. E quando você diz ao seu filho que ele vai comer banana, você diz que ela é gostosa?

Sim Não

Se sim, você poderia dá um exemplo do que você fala sobre alguma outra coisa?

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

8. Você assiste algum programa de televisão junto ao seu filho? Você costuma conversar com ele sobre o que está passando?

Sim Não

Se sim, em que tipo de cena você costuma fazer isso? Dê um exemplo.

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

9. Nessa conversa, você compara o que está acontecendo na televisão com o que acontece com vocês no dia a dia?

Sim Não

Se sim, você poderia dá um exemplo de como você compara?

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

10. Você dá limite ao seu filho, quando ele briga com o irmãozinho?

Sim Não

Se sim, você poderia dá um exemplo de como você faz isso?

O exemplo é coerente O exemplo não é coerente

O quanto você costuma fazer isso?

Pouco Mais ou menos Muito Sempre

11. Caso sua ação não resolva, o que você faz?

- () explica a criança porque não deve brigar, e a coloca para pensar
- () você bate no seu filho, para ele aprender
- () você ameaça contar para o pai e/ou outra pessoa que dê medo à criança
- () toma outra atitude; dê um exemplo

Sim = 2; Exemplo não coerente = 1; Não= 0; Exemplo coerente, já está embutido na pontuação do SIM, dessa forma antes de marcar o SIM, deve-se ouvir o exemplo dado pela entrevistada.

*duas tentativas para o exemplo.

Pouco = 1; Mais ou menos = 2; Muito = 3; Sempre = 4.

Anexo B Questionário ABEP – Avaliação do Poder Aquisitivo

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

Características da Criança:

- 1- Nome da criança _____
 - 2- Data de nascimento ____ / ____ / ____ Idade: _____
 - 3- Peso ao nascer: _____
 - 4- Frequenta escola ou creche: () sim Quanto tempo _____ () não
 - 5- Avaliação Antropométrica: () Desnutrida () Eutrófica
- Obs: _____

Questionário Sócio-econômico

Características Familiares:

- 1- Nome da criança _____
- 1a- Nome da mãe _____ Idade: _____
- 2- Escolaridade materna em anos: _____
- 3- Trabalha fora de casa: () sim Especifique: _____ () não
- 4- Renda Familiar: _____ Renda per capita: _____
- 5- Número de filhos: _____
- 6- Nome dos outros filhos: _____ Data de nascimento: _____
- 6.1 _____ / / _____
- 6.2 _____ / / _____
- 6.3 _____ / / _____
- 6.4 _____ / / _____
- 7- Vive com marido ou companheiro? () sim () não
- 8- Se sim, ele é o pai biológico da criança? () sim () não
- 8 -Pai trabalha: () sim Especifique: _____ () não
- 9-Renda paterna: _____
- 9a.Renda familiar _____
- 9b- Renda familiar per capita _____
- 10- Escolaridade paterna em anos _____
- 11- Número de moradores no domicílio: _____
- 12- Acesso a serviço de saúde: () sim () não
- 13 - A senhora faz uso de algum medicamento () sim () não
Qual _____
- 14- A senhora já fez ou faz uso de drogas () sim () não
- 15- A senhora consome bebida alcoólica () sim () não
Com que freqüência _____
- 16 - O seu companheiro faz uso de drogas () sim () não
- 17- O seu companheiro consome bebida alcoólica () sim () não
Com que freqüência _____
- 18- O pai se embriaga pelo menos uma vez por mês?
- 19- Todo mundo sabe que os relacionamentos passam por momentos difíceis e enfrentam muitos desafios. Às vezes, quando isso acontece, as mulheres são maltratadas por seus maridos ou companheiros. Gostaríamos de saber mais sobre a sua própria experiência com estes assuntos. Lembre-se que esta entrevista é totalmente confidencial. No último ano, eu gostaria de perguntar se você foi maltratada por seu marido/companheiro com tapas, chutes, socos, espancamentos ou ameaças com arma. () sim () não
- 20- Como você avaliaria sua qualidade de vida? Muito ruim ___ Ruim ___ Nem ruim nem boa ___ Boa ___ Muito boa ___
- 21-Inscrição em algum programa do governo: () sim () não Qual: _____

Self Report Questionnaire (SRQ)

As próximas perguntas são a respeito a certas dores e problemas que você pode ter tido nos últimos 30 dias. Se você acha que a pergunta corresponde ao que você sente nos últimos 30 dias responda SIM.

Se você achar que a pergunta não se aplica a você, responda não.

Por favor, não discuta as perguntas enquanto estiver respondendo. Se você não tiver certeza sobre alguma delas, responda SIM ou NÃO como parecer melhor.

Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

01- Tem dores de cabeça frequentes?.	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?.	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?.	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?.	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?.	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?.	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?.	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?.	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?.	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?.	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?.	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?.	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?.	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?.	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?.	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?.	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?.	1- Sim	2- Não	
		Total de	
sim			

Sheehan Disability Scale (SDS)

Trabalho/Escola
Os sintomas têm interrompido suas atividades no trabalho/escola:

De nenhuma forma suavemente moderadamente marcadamente extremamente

0 ← 1 2 3 — 4 5 6 — 7 8 9 → 10

Eu não tenho trabalhado / estudado durante toda a semana passada por motivos relacionados à desordem.
*Trabalho, inclui pagos, trabalho voluntário não remunerado ou formação

Vida social
Os sintomas têm interrompido sua vida social:

De nenhuma forma suavemente moderadamente marcadamente extremamente

0 ← 1 2 3 — 4 5 6 — 7 8 9 → 10

Vida familiar/responsabilidades do lar
Os sintomas têm interrompido sua vida familiar/responsabilidades do lar:

De nenhuma forma suavemente moderadamente marcadamente extremamente

0 ← 1 2 3 — 4 5 6 — 7 8 9 → 10

Dias Perdidos

Em quantos dias na semana passada os seus sintomas fez com que você perdesse a escola ou o trabalho ou deixou você incapaz de realizar suas responsabilidades diárias normais?

Dias Improdutivos

Em quantos dias na última semana você se sentiu tão prejudicado(a) por seus sintomas, que mesmo indo para a escola ou trabalho, sua produtividade foi reduzida?

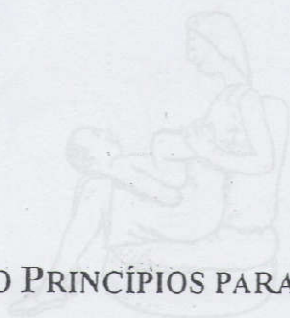
Comunicação emocional

A. MANIFESTE SENTIMENTOS POSITIVOS - MOSTRE QUE AMA SEU FILHO (A)

Mesmo que o seu filho (a) ainda não possa compreender uma conversa simples, pode, no entanto, compreender expressões emocionais de amor e carinho, de alegria e tristeza. É importante para a confiança da criança que você acredite que se acredita em si mesmo. Pergunte com amor, acaricie-o e mostre-lhe o amor.

ICDP

International Child Development Programmes



OITO PRINCÍPIOS PARA UMA

Exercícios:

1) Auto-avaliação: até que ponto manifesta sentimentos positivos à criança maior que ama seu filho (a)?

1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muito mesmo; 6. Não sabe

2) Dê exemplos de **BOA INTERAÇÃO**

3) Como você acha que reagirá uma criança que não é bem aceita e é desprezada pelas pessoas que estão próximas?

I. Comunicação Emocional

I. MANIFESTE SENTIMENTOS POSITIVOS - MOSTRE QUE AMA SEU FILHO (A).

Mesmo que o seu filho (a) ainda não passa compreender uma conversa simples, pode, no entanto, compreender expressões emocionais de amor e rejeição, de alegria e tristeza. É importante para a confiança da criança que você manifeste que se orgulha dela. Pegue-o com amor, acaricie-o e mostre-lhe alegria e entusiasmo.



Exercícios:

- a) Auto-avaliação: Até que ponto manifesta sentimentos positivos à criança - mostra que ama seu filho (a)?
1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muitíssimo; 6. Não sabe

- b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

- c) Como você acha que reagirá uma criança que não é bem aceita e é desprezada pelas pessoas que estão próximas?

SIGA A INICIATIVA DA CRIANÇA.

No relacionamento com a criança é importante que preste atenção à situação da criança, aos seus desejos, às suas intenções e à sua expressão corporal e que tente, até certo ponto, adaptar-se e seguir aquilo que a criança está interessada. A criança sentirá então que você se preocupa com ela e responderá a sua iniciativa. Também é importante para o desenvolvimento da criança que, mesmo de uma forma limitada, ela comece a seguir suas próprias iniciativas e não esteja sempre sendo exigida por outras pessoas a desenvolver atividades.



Exercícios:

a) Até que ponto você está atenta aos desejos e intenções da criança e o quanto tenta adaptar-se e seguir aquilo que ela está interessada?
1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muitíssimo; 6. Não sabe

b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

c) Como se comportará uma criança que nunca obtém qualquer resposta às suas iniciativas?

3. FALE COM O SEU FILHO SOBRE O QUE ELE ESTÁ INTERESSADO E TENTE CRIAR UMA CONVERSA EMOCIONALMENTE RICA EM EXPRESSÕES, GESTOS E SONS.

É possível, logo após o nascimento do bebê, conseguir um diálogo emocional onde ocorre contato visual, sorrisos, trocas de gestos e expressões de prazer entre a mãe e a criança. Nestes momentos a mãe comenta positivamente o que a criança está fazendo, no que ela está interessada e a criança responde principalmente através de gestos e sons. Esta conversa emocional é muito importante para o futuro desenvolvimento da linguagem e de todos os aspectos da vida da criança.



Exercícios:

a) Até que ponto você fala com seu filho e tenta obter um contato positivo ou manter uma conversa através da expressão emocional, ou contato visual, sorrisos e sons que vão e vem entre os dois? Tudo isso pode trazer prazer para a relação de vocês.

1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muitíssimo; 6. Não sabe

b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

4. ELOGIE E APROVE AQUILO QUE A CRIANÇA É CAPAZ DE FAZER.

Para que uma criança desenvolva auto-confiança e poder de decisão é importante que alguém transmita a ela sentimentos de valorização e competência. Alguém que reaja positivamente quando a criança faz hem alguma coisa e explica a ela porque está elogiando e achando tudo bom.



Exercícios:

a) Até que ponto você fala com seu filho e faz elogios quando ele é capaz de fazer coisas, conversando com ele sobre isso?

1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muitíssimo; 6. Não sabe

b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

c) Como se comportará uma criança que nunca é elogiada pelos seus pais?

4. Mediação e Enriquecimento

5. AJUDE A CRIANÇA A PRESTAR ATENÇÃO NAS COISAS QUE A RODEIA DE MODO QUE VOCÊS POSSAM TER UMA EXPERIÊNCIA CONJUNTA SOBRE ASPECTOS DO AMBIENTE.

Os bebês e as crianças pequenas precisam de ajuda para prestar atenção e você pode ajudar a criança nesta atividade atraindo e guiando a sua atenção para coisas do meio que as rodeia: "Olha aqui", mostrando aquilo em que se quer que a criança repare. Sem a experiência conjunta das coisas do nosso próprio meio é difícil falarmos ou comunicarmos uns com os outros. Acontece, freqüentemente, que a criança está interessada numa coisa e os pais numa outra. A atenção conjunta é, portanto, uma condição necessária para haver um bom contato e comunicação.



Exercícios:

a) Até que ponto ajuda seu filho a prestar atenção de forma a que experimentem em conjunto; as coisas do ambiente que os rodeia?

1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muitíssimo; 6. Não sabe

b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

c) Como se comportará uma criança que raramente recebe ajuda para prestar atenção nas coisas do ambiente que a cerca?

6. DÊ SENTIDO ÀS EXPERIÊNCIAS QUE A CRIANÇA TEM NO MUNDO QUE A RODEIA, DESCREVENDO, (NOMEANDO) AQUILO QUE EXPERIMENTAM EM CONJUNTO E MOSTRANDO CARINHO E ENTUSIASMO.

Como resultado de descrever, nomear e mostrar carinho quanto ao que experimentam em conjunto, a experiência vai se destacar e será lembrada pela criança como algo significativo. O significativo não é algo que a criança experimente diretamente, mas deve ser transmitido à criança pela conversa e reações emocionais dos pais e pessoas que cuidam dela. As crianças precisam de ajuda dos adultos para dar significado ao ambiente.



Exercícios:

a) Até que ponto nomeia e descreve aquilo que vive em conjunto com seu filho, mostrando, ao mesmo tempo, entusiasmo e alegria pelo que experimentam à sua volta?
1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muitíssimo; 6. Não sabe

b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

c) Como se comportará uma criança que não tem alguém que dê significado às suas experiências?

7. AMPLIE E DÊ EXPLICAÇÕES SOBRE O QUE EXPERIMENTA EM CONJUNTO COM SEU FILHO.

Isto pode acontecer, por exemplo, quando compara aquilo que experimenta em conjunto com o seu filho com algo que a criança experimentou anteriormente. "Lembra quando visitamos... também vimos, aquela vez...". Quando a criança já está mais crescida pode-se contar histórias, apontar semelhanças e diferenças, contar, etc... Tudo isto é importante para o desenvolvimento da inteligência da criança.



Exercícios:

a) Até que ponto amplia e enriquece as experiências da criança no ambiente, através de comparações com outras experiências, dando ampliação e contando histórias?

1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. MUITÍSSIMO; 6. Não sabe

b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

c) Como é possível enriquecer a experiência que uma criança de um ano de idade tem do seu meio ambiente?

8. AJUDE SEU FILHO A CONTROLAR-SE, ESTABELECENDO LIMITES DE UMA FORMA POSITIVA - ORIENTANDO-O, APRESENTANDO ALTERNATIVAS POSITIVAS E PLANEJANDO COISAS EM CONJUNTO.

As crianças precisam de ajuda para treinar o seu auto-controle e a sua capacidade de fazer planos. Geralmente, isto acontece através de interação com as pessoas que cuidam delas e que as orientam de uma maneira positiva estabelecem as condições, as ajudam a planejar as coisas a cada momento e, quando são mais crescidas, explicam por que é que não são permitidas certas coisas. Ao invés de estar sempre a proibir, é importante orientar a criança de uma forma positiva.



Exercícios:

a) Até que ponto orienta o seu filho de uma maneira positiva, apresentando alternativas positivas, ajudando-o a fazer planos, a pôr as coisas em ordem, mostrando o passo seguinte numa tarefa, etc?

1. Pouquíssimo; 2. Pouco; 3. Suficiente; 4. Muito; 5. Muitíssimo; 6. Não sabe

b) Dê exemplos de como faz isso na prática:

c) Como se comportará uma criança que tem pais que nunca deram limites ou não e a orientaram? Ou que orienta a criança sempre através de proibições?

Anexo H Escala de Linguagem Receptiva do Bayley Scale of Infant Development

III

qualquer idade para dar continuidade ao teste. Se a criança obtiver pontuação zero em qualquer dos três primeiros itens, volte para o ponto inicial da idade anterior e administre esses itens.

Regras de Descontinuidade: Pare a administração quando a criança obtiver pontuação zero em 5 itens consecutivos.

Item	Materiais	Crterios de pontuao e comentrios	Pontos
A B C 1. Reconhece pessoa momentaneamente	Nenhum	Pontuao: A criana fixa o olhar na pessoa por pelo menos 2 segundos.	1 0
D E 2. Tolera estmulos sensoriais	Nenhum	Pontuao: A criana tolera estmulos sensoriais e no mostra sinais de angstia.	1 0
D E 3. Acalma-se quando se fala com ela	Nenhum.	Pontuao: A criana se acalma quando se fala com ela	1 0
4. Reage a sons do ambiente	Brinquedo de apertar	Pontuao: A criana claramente reage ao som apresentado.	1 0
5. Responde a voz da pessoa	Nenhum	Pontuao: A criana responde claramente a voz da pessoa	1 0
F G H 6. Procura virando a cabea	Sino e chocalho	Tentativas: 2 Pontuao: A criana vira a cabea propositadamente na direao da fonte sonora	1 0
I 7. Discrimina sons	Papel e chocalho	Pontuao: A criana claramente responde ao som do chocalho	1 0
I 8. Brincadeira mantida com objetos	Objetos de interesse e cronmetro @ 60 segundos	Pontuao: A criana interage com os objetos por pelo menos 60 segundos	1 0
9. Responde ao nome	Nenhum	Pontuao: A criana vira a cabea nas duas vezes que seu nome e chamado, mas no responde ao nome no familiar.	1 0
J 10. Interrompe atividade	Objetos de interesse	Pontuao: A criana olha pra cima e para brevemente a brincadeira quando voc chama seu nome.	1 0
11. Reconhece 2	Nenhuma	Pontuao: A criana responde diferentemente a, pelo menos duas palavras	

Anexo I Escala da Linguagem Expressiva do Bayley Scale of Infant Development

Grupo de Pesquisa em Saúde e Nutrição Materno Infantil - UFPE

Escala Linguagem

Subteste de Comunicação Expressiva

Regras de Base: A criança precisa obter pontuação 1 nos primeiros três itens consecutivos do ponto inicial de qualquer idade para dar continuidade ao teste. Se a criança obtiver pontuação zero em qualquer dos três primeiros itens, volte para o ponto inicial da idade anterior e administre esses itens.

Regras de Descontinuidade: Pare a administração quando a criança obtiver pontuação zero em 5 itens consecutivos.

Item	Materiais	Critérios de pontuação e comentários	Pontos
1. Sons guturais indiferenciados	Nenhum	Pontuação: A criança produz sons guturais ou de gargarejos, murmurados e suaves	1 0
2. Sorriso social	Nenhum	Pontuação: A criança sorri em resposta ao estímulo do examinador	1 0
3. Vocaliza humor	Nenhum.	Pontuação: A criança produz vocalizações que expressam pelo menos um tipo de estado de humor	1 0
4. Sons nasais indiferenciados	Nenhum.	Pontuação: A criança produz sons nasais.	1 0
5. Vocalização ou riso social	Nenhum	Pontuação: A criança vocaliza ou dá risada em resposta à atenção do examinador	1 0
6. Dois sons vocálicos	Nenhum	Pontuação: A criança vocaliza pelo menos dois sons vocálicos diferentes e distintos	1 0
7. Chama Atenção	Nenhum	Pontuação: A criança tenta chamar sua atenção ou de outros	1 0
8. Dois Sons consonantais	Objetos de interesse	Pontuação: A criança produz pelo menos dois sons consonantais diferentes	1 0
9. Usa Gestos	Nenhum	Pontuação: Criança usa pelo menos um gesto pra mostrar suas vontades.	1 0
10. Série - Combinações de consoante-vogal: 1 combinação	Nenhum	Pontuação: A criança imita pelo menos uma das combinações repetitivas de consoante-vogal.	1 0
11. Participa das brincadeiras familiares	Objetos de interesse	Pontuação: A criança participava ativamente de pelo menos uma das brincadeiras familiares.	1 0

Anexo J Formulário de Avaliação do Teste de Triagem Denver II

Teste de Rastreio Denver II
Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor

CRIANÇA: _____

—

ENTREVISTADOR: _____ **DATA:** _____

D.N.: _____ **PONTUAÇÃO:** _____

PESSOAL – SOCIAL

1. Nomeia um amigo

*não pode ser pessoas que moram com ele

Nomes: _____

—

() Passa () Falha () Não realiza

2. Veste camiseta

*passa a camiseta pela cabeça e veste os braços sem ajuda

() Passa () Falha () Não realiza

3. Veste sem ajuda

*veste-se corretamente e completamente sem ajuda; com exceção de zíper, botão e cadarços.

() Passa () Falha () Não realiza

4. Joga jogos de mesa

*jogo da memória simples, com quatro cartas, apenas para analisar compreensão de etapas.

() Passa () Falha () Não realiza

5. Escova dentes, sem ajuda

*pergunta a professora

() Passa () Falha () Não realiza

6. Prepara lanche simples

*squeeze e copo; transferir liquido sem derramar ou derrama pouco liquido.

() Passa () Falha () Não realiza

MOTOR FINO-ADAPTATIVO

1. Torre de cubos

*8 cubos; 3 tentativas;

() Passa () Falha () Não realiza

Torre 2 () Torre 4 () Torre 6 () Torre 8 ()

2. Imita linha vertical

*papel em branco; lápis; 3 tentativas; com demonstração.

() Passa () Falha () Não realiza

3. Movimenta polegar

*para os lados

() Passa () Falha () Não realiza

4. Copia O (círculo)

*apresentar gravura e pedir para desenhar; 3 tentativas.

() Passa () Falha () Não realiza

5. Desenha pessoa

*pedir para desenhar uma PESSOA, não boneco.

5.1. 3 partes

() Passa () Falha () Não realiza

5.2. 6 partes

() Passa () Falha () Não realiza

6. Cópia + (sinal de adição)

*apresentar gravura e pedir para desenhar; 3 tentativas.

() Passa () Falha () Não realiza

7. Cópia □ (quadrado)

*apresentar gravura e pedir para desenhar; 3 tentativas.

() Passa () Falha () Não realiza

8. Cópia □ (quadrado) com demonstração

*chama a atenção da criança e demonstra como fazer o desenho do quadrado; 3 demonstrações e 3 tentativas.

() Passa () Falha () Não realiza

9. Indica linha maior

*apresentar gravura e pedir para criança indicar linha MAIOR, vira de cabeça para baixo e pergunta novamente e repete um procedimento mais uma vez; caso a criança não acerte as 3 vezes; aplica o item mais uma vez.

() Passa () Falha () Não realiza

MOTOR GROSSO

1. Salto amplo

*pular com os dois pés juntos sobre o papel, sem tocá-lo; 3 tentativas; com demonstração.

Passa Falha Não realiza

2. Equilibra-se em cada pé

*com demonstração

2.1. 1 segundo

Passa Falha Não realiza

2.2. 2 segundos

Passa Falha Não realiza

2.3. 3 segundos

Passa Falha Não realiza

2.4. 4 segundos

Passa Falha Não realiza

2.5. 5 segundos

Passa Falha Não realiza

2.6. 6 segundos

Passa Falha Não realiza

3. Pula com um pé só

*pode demonstrar, caso a criança não realiza imediatamente.

Passa Falha Não realiza

4. Marcha calcanhar-pé

*com demonstração

Passa Falha Não realiza

LINGUAGEM

1. Conhece ações

*demonstra gravuras

- 1.1. Qual deles voa? () sim () não
- 1.2. Qual deles diz miau? () sim () não
- 1.3. Qual deles fala? () sim () não
- 1.4. Qual deles late? () sim () não
- 1.5. Qual deles galopa? () sim () não

2 ações: () Passa () Falha () Não realiza

4 ações: () Passa () Falha () Não realiza

2. Conhece adjetivos

- 1.1. O que você faz quando está com frio? () sim () não
- 1.2. O que você faz quando está cansado? () sim () não
- 1.3. O que você faz quando está com fome? () sim () não

2 adjetivos: () Passa () Falha () Não realiza

3 adjetivos: () Passa () Falha () Não realiza

3. Uso de objetos

- 1.1. O que você faz com um copo? () sim () não
- 1.2. Para que serve uma cadeira? () sim () não
- 1.3. Para que serve um lápis? () sim () não

2 objetos: () Passa () Falha () Não realiza

3 objetos: () Passa () Falha () Não realiza

4. Nomeia cores

*objetos coloridos

- 1.1. azul () sim () não
- 1.2. vermelho () sim () não
- 1.3. amarelo () sim () não
- 1.4. verde () sim () não

1 cor: () Passa () Falha () Não realiza

4 cores: () Passa () Falha () Não realiza

5. Conta bloco (s)

*pedaço de papel e 8 blocos

5.1. 1 bloco

() Passa () Falha () Não realiza

5.2. 5 blocos

() Passa () Falha () Não realiza

6. Compreende 4 preposições

*um bloco ou qualquer objeto

6.1. "Coloque o objeto em cima da mesa" () sim () não

6.2. "Coloque o objeto embaixo da mesa" () sim () não

6.3. "Coloque o objeto na minha frente" () sim () não

6.4. "Coloque o objeto atrás de mim" () sim () não

() Passa () Falha () Não realiza

7. Define palavras

*uso; formato; do que é feito; ou categoria geral.

7.1. bola: _____

7.2. lago: _____

7.3. mesa: _____

7.4. casa: _____

7.5. banana: _____

7.6. cortina: _____

7.7. muro: _____

7.8. teto: _____

5 palavras: () Passa () Falha () Não realiza

7 palavras: () Passa () Falha () Não realiza

8. Opostos

*3 tentativas; 2 sentenças corretas, passa.

8.1. “Se um cavalo é grande, um rato é:_____

8.2. “Se o fogo é quente, o gelo é:_____

8.3. “Se o sol aparece de dia, a lua aparece de:_____

() Passa () Falha () Não realiza

**Anexo K Inventário *Home Observation for Measurement of the Environment*
(HOME) 0-3 anos**

INVENTÁRIO HOME – 0 - 3 ANOS

NOME DA CRIANÇA _____

DATA DA ENTREVISTA ___/___/___

ENTREVISTADOR _____

DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

RELAÇÃO DA PESSOA ENTREVISTADA COM A CRIANÇA _____

LOCAL DA ENTREVISTA _____

PESSOAS PRESENTES NO MOMENTO DA VISITA _____

COMENTÁRIOS _____

FATORES	SCORES BRUTOS
I. Responsividade emocional e verbal da mãe	
II. Ausência de punição e restrição	
III. Organização do ambiente físico e temporal	
IV. Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados	
V. Envolvimento materno com a criança	
VI. Oportunidade de variação na estimulação diária	
TOTAL	

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

II. AUSÊNCIA DE PUNIÇÃO E RESTRIÇÃO	SIM	NÃO
12. A mãe não grita com a criança durante a visita.		
13. A mãe não expressa irritação, aborrecimento ou hostilidade aberta em relação à criança.		
14. A mãe não esbofeteia a criança durante a visita.		
15. A mãe relata apenas uma ocorrência de punição física que tenha ocorrido durante a semana passada.		
16. A mãe não critica, passa “pito” ou “arrasa” verbalmente com a criança durante a visita.		
17. A mãe não interfere com as ações da criança ou restringe seus movimentos mais do que três vezes durante a visita.		
18. Pelo menos dez livros estão presentes e visíveis no lar.		
19. A família tem um animal de estimação.		
SUB-ESCORE		

III. ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E TEMPORAL	SIM	NÃO
20. Quando a mãe se ausentava o cuidado à criança é fornecido por pelo menos uma de três substitutas regulares.		
21. Alguém leva a criança à quitanda, supermercado, etc., pelo menos uma vez por semana.		
22. A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana.		
23. A criança é levada regularmente ao médico ou clínica para verificação de saúde ou cuidados preventivos.		
24. A criança tem um lugar especial no qual pode guardar seus brinquedos e pequenos "tesouros".		
25. O ambiente de brinquedos e de jogos da criança parece seguro e livre de acidentes.		
SUB-ESCORE		

IV. DISPONIBILIDADE DE MATERIAIS, BRINQUEDOS E JOGOS APROPRIADOS.	SIM	NÃO
26. A criança tem brinquedos ou outros objetos que envolvam atividade muscular.		
27. A criança tem brinquedos de empurrar ou puxar.		
28. A criança tem uma patinete, um andador, um triciclo, qualquer carrinho que a criança impulsiona com os pés.		
29. A mãe fornece brinquedos ou sugere atividades interessantes para a criança durante a visita.		
30. A mãe fornece objetos apropriados para a aprendizagem de acordo com a idade da criança: brinquedos de pelúcia ou jogos de faz de conta.		
31. A mãe fornece material de aprendizagem apropriado à idade da criança: móveis, mesas e cadeiras, cadeirões, chiqueirinho.		
32. A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação visomotora, por exemplo: peças para serem introduzidas ou retiradas de orifícios, caixas, contas para enfiar, etc.		
33. A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação visomotora e que permitam combinações, por exemplo: jogos de empilhar ou encaixar blocos, etc.		
34. A mãe fornece brinquedos que estimulem a leitura e a música.		
SUB-ESCORE		

V. ENVOLVIMENTO MATERNO COM A CRIANÇA	SIM	NÃO
35. A mãe tende a conservar a criança dentro do seu campo visual e tende a olhá-la frequentemente.		
36. A mãe fala à criança enquanto realiza seu trabalho de casa.		
37. A mãe conscientemente encoraja o desenvolvimento da criança.		
38. A mãe investe em brinquedos mais complexos através de sua atenção.		

39. A mãe estrutura os períodos de brincar da criança.		
40. A mãe fornece brinquedos que desafiam a criança a desenvolver novas habilidades.		
SUB-SCORE		

VI. OPORTUNIDADE DE VARIAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DIÁRIA	SIM	NÃO
41. O pai fornece algum cuidado à criança a cada dia.		
42. A mãe lê histórias para a criança pelo menos três vezes por semana.		
43. A criança come pelo menos uma refeição por dia com a mãe e o pai.		
44. A família visita ou recebe visita de parentes.		
45. A criança possui três ou mais livros.		
SUB-SCORE		

AnexoLInventárioHome Observation for Measurement of the Environment (HOME) 3-6 anos

INVENTÁRIO HOME – 3 - 6 ANOS

NOME DA CRIANÇA

DATA DA ENTREVISTA ___/___/___

ENTREVISTADOR _____

DATA DE NASCIMENTO ___/___/___

RELAÇÃO DA PESSOA ENTREVISTADA COM A
CRIANÇA _____

LOCAL DA ENTREVISTA _____

PESSOAS PRESENTES NO MOMENTO DA
VISITA _____

COMENTÁRIOS _____

FATORES	ESCORES BRUTOS
I. Estimulação através de brinquedos jogos e materiais	
II. Estimulação da linguagem	
III. Ambiente físico: seguro, limpo e conduzindo ao desenvolvimento	
IV. Orgulho, afeto e carinho	
V. Estimulação de comportamento acadêmico	
VI. Oferecendo modelos e encorajando maturidade	
VII. Variedades de estimulação	
III. Punição física	
TOTAL	

I. ESTIMULAÇÃO ATRAVÉS DE BRINQUEDOS JOGOS E MATERIAIS	SIM	NÃO
OBS: de 1 a 7 os seguintes objetos estão presentes no lar e quer pertençam à criança, quer sejam objeto de estudo, ela tem		

permissão para brincar com estes objetos.		
1. Brinquedos para aprender cores, tamanho e forma (carimbos, jogos escolares, pinos, etc.)		
2. Três ou mais quebra-cabeças.		
3. Toca discos e pelo menos cinco discos de criança.		
4. Jogos ou brinquedos que permitem livre expressão: massinha, pintura a dedos, lápis coloridos, tinta e papel.		
5. Jogos ou brinquedos que necessitam de movimentos refinados: pintura por número, pintura de água, revistas para colorir, bonecas de papel.		
6. Jogos ou brinquedos que facilitem a aprendizagem de números: blocos com números, livros e cartas de jogar.		
7. Tem dez livros de criança.		
8. Pelo menos dez livros estão presentes e visíveis no lar.		
9. A família compra jornal diariamente e o lê.		
10. A família assina pelo menos uma revista.		
11. A criança é encorajada a prender formas.		
SUB-SCORE		

II. ESTIMULAÇÃO DA LINGUAGEM	SIM	NÃO
12. Brinquedos para aprender sobre animais: livros sobre animais, jogos e circo, quebra-cabeça com animais.		
13. A criança é encorajada a aprender o alfabeto.		
14. Ensinam a criança algumas boas maneiras, modos simples, como dizer por exemplo: "por favor", "obrigado", "desculpe-me", etc.		
15. A mãe usa gramática e pronúncia corretas.		
16. Os pais encorajam a criança a relatar suas experiências ou dispõem certo tempo ouvindo-as relatar suas experiências.		
17. Quando falando acerca da criança ou se dirigindo a ela, a voz da mãe revela sentimentos positivos.		
18. Ela tem permissão para escolher alguma coisa durante as refeições.		
SUB-SCORE		

III. AMBIENTE FÍSICO: SEGURO, LIMPO E CONDUZINDO AO DESENVOLVIMENTO	SIM	NÃO
19. A moradia não apresenta perigo estrutural, potencial ou de risco para saúde (reboco caindo, telha rachada ou faltando madeira, ratos, etc.)		
20. O ambiente externo para jogos parece seguro e livre de perigo (a ausência de uma área externa de jogos recebe		

automaticamente “não”).		
21. O interior do apartamento não é escuro ou perceptualmente monótono.		
22. A vizinhança tem árvores, grama, pássaros e é esteticamente agradável.		
23. Há pelo menos nove a dez metros quadrados por pessoa na casa.		
24. Em termos de espaço de chão disponível, os quartos não estão amontoados com mobílias		
25. Todos os quartos visíveis são relativamente limpos.		
SUB-SCORE		

IV. ORGULHO, AFETO E CARINHO	SIM	NÃO
26. Os pais mantém a criança perto de si ou aconchegada de dez a quinze minutos por dia, por exemplo: enquanto assistem televisão, contam histórias ou durante a visita.		
27. A mãe conversa com a criança pelo menos duas vezes durante a visita (passar pito ou fazer comentários de advertência não deve se contado).		
28. A mãe responde verbalmente às perguntas ou pedidos da criança.		
29. A mãe em geral responde às vocalizações da criança.		
30. A mãe elogia espontaneamente as qualidades da criança ou seu comportamento pelo menos duas vezes durante a visita.		
31. A mãe acaricia, beija ou aconchega a criança pelo menos uma vez durante a visita.		
32. A mãe prepara situações que permitam à criança exhibir-se durante a entrevista.		
SUB-SCORE		

V. ESTIMULAÇÃO DE COMPORTAMENTO ACADÊMICO	SIM	NÃO
33. A criança é encorajada a aprender as cores.		
34. A criança é encorajada a prender padrões lingüísticos (quadrinhos infantis, orações, canções, comerciais de TV, etc.).		
35. A criança é encorajada a prender relações espaciais (para cima, para baixo, em cima, embaixo, grande, pequeno, etc.).		
36. A criança é encorajada a aprender números.		
37. A criança é encorajada a ler algumas palavras.		
SUB-SCORE		

VI. OFERECENDO MODELOS E ENCORAJANDO MATURIDADE	SIM	NÃO
38. Alguma espera na obtenção do alimento é exigida (por exemplo: não choramingar ou exigir comida, a menos que esteja cerca de		

meia hora antes do horário da refeição).		
39. A família tem TV e este equipamento é utilizado com bom senso, isto é, ao é deixado ligado continuamente (a não existência de TV recebe um automático “não” e qualquer esquema para o uso da TV recebe “sim”).		
40. A mãe apresenta o entrevistador à criança.		
41. A criança expressa sentimentos negativos sem uma represália por parte dos pais.		
42. A criança pode bater em um dos pais sem uma resposta severa deles.		
SUB-SCORE		

VII. VARIEDADES DE ESTIMULAÇÃO	SIM	NÃO
43. A criança possui algum instrumento musical de brinquedo ou real (pianos, tambores, violões, etc.).		
44. Algum membro da família leva a criança para sair (piquenique, compras, etc.) pelo menos uma vez a cada quinze dias.		
45. A criança foi levada por algum membro da família numa viagem de mais de 75 km de distância do lar no ano anterior (75 km de distância radical e não total).		
46. A criança foi levada por algum membro da família a uma excursão científica, passeio a museu histórico ou de arte no ano passado.		
47. A mãe tenta fazer com que a criança recolha e guarde os brinquedos, após usá-los, sem ajuda.		
48. A mãe usa sentenças completas do ponto de vista estrutural, bem como polissilábicas em suas conversas.		
49. A “produção artística” da criança é colocada em exibição em algum lugar da casa (qualquer coisa que a criança produza).		
50. A criança come pelo menos uma refeição por dia, na maioria dos dias, com a mãe (ou figura materna) e o pai (ou figura paterna). (famílias com apenas um dos pais obtém um escore negativo).		
51. Os pais deixam a criança escolher alguns produtos alimentícios favoritos ou de certas marcas no armazém ou supermercado.		
SUB-SCORE		

VIII. PUNIÇÃO FÍSICA	SIM	NÃO
52. A mãe não passa “pito”, grita ou arrasa verbalmente com a criança mais do que uma vez durante a visita.		
53. A mãe não restringe fisicamente a criança, não a sacode, agarra ou belisca durante a visita.		
54. A mãe não dá tapas, nem bate na criança durante a visita.		
55. Não mais do que um caso de punição física ocorreu durante a semana (aceite o relato dos pais).		

SUB-SCORE		
-----------	--	--