



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIAS,
CONTABILIDADE E SECRETARIADO EXECUTIVO
CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

BRYSA DOS SANTOS FERNANDES

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A FORMAÇÃO DE CAPITAL HUMANO:
CRIA (Cultivate and Raise Infancy Awareness) – IPTI

FORTALEZA

2022

BRYSA DOS SANTOS FERNANDES

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A FORMAÇÃO DE CAPITAL HUMANO: CRIA
(*Cultivate and Raise Infancy Awareness*) – IPTI

Monografia apresentada ao curso de Ciências
Econômicas da Faculdade
de Economia, Administração, Atuária,
Contabilidade e Secretariado Executivo da
Universidade Federal do Ceará, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel em
Ciências Econômicas.

Orientador: Prof. Guilherme Diniz Irffi.

FORTALEZA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F398 Fernandes, Brysa dos Santos.
 Projeto de Intervenção para a Formação de Capital Humano: CRIA (Cultivate and Raise Infancy Awareness) – IPTI / Brysa dos Santos Fernandes. – 2022.
 66 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Curso de Ciências Econômicas, Fortaleza, 2022.
 Orientação: Prof. Dr. Guilherme Diniz Irff.
1. Primeira Infância. 2. Projeto CRIA – IPTI. 3. Modelo Lógico. 4. Método ZOPP. I. Título.
- CDD 330
-

BRYSA DOS SANTOS FERNANDES

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A FORMAÇÃO DE CAPITAL HUMANO: CRIA
(*Cultivate and Raise Infancy Awareness*) – IPTI

Monografia apresentada ao curso de Ciências Econômicas da Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Ciências Econômicas.

Aprovada em: 02/02/2022.

BANCA EXAMINADORA

Guilherme Diniz Irffí (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Isabela Braga Sales
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Mayra Antonelli Ponti
Laboratório de Estudos e Pesquisas em Economia Social

Dedico a minha família.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à minha mãe e minha irmã, Débora dos Santos e Brenda Lilya que sempre estiveram ao meu lado, cuidando de mim e que mesmo com a distância se fizeram sempre presentes.

Ao meu namorado, José Carlos, que desde o primeiro mês de aula na Universidade Federal do Ceará (UFC) tem sido um parceiro em todos os momentos bons e ruins.

Ao meu pai, José Wagner Fernandes, por todo o apoio que foi necessário para a minha permanência na Universidade.

Ao meu orientador, Guilherme Irffi, por todos os ensinamentos, confiança e por acreditar no meu trabalho.

A todos os grupos que tive a oportunidade de fazer parte durante a graduação, PET Economia, Centro Acadêmico Ari de Sá Cavalcante, Diretoria de Assuntos Sociais – IPECE e o Centro de Gestão para Resultados (CGPR).

Aos meus amigos da graduação com quem tenho o prazer de conviver diariamente e que estão comigo juntos nessa caminhada, Alysson Silva, Antonio Victor, Bruno Almeida, Jaíne Ferreira, Juliana Cavalcanti, Letícia Lima, Lucas Moreira, Pamella Nogueira, Rafaela Acácia e Yuri Timbó.

As minhas amigas mais antigas e que permanecem em minha vida trazendo apoio e alegrias, Ana Lara, Laisa Macêdo e Mércia Fernandes.

As integrantes da banca examinadora, Isabela Braga e Mayra Antonelli, pelo tempo, pelas valiosas contribuições e sugestões.

Aos meus gatos, Eva e Marvin, que estiveram ao meu lado, nunca me deixando sozinha em noites de estudos e durante o processo de escrita desse trabalho.

A UFC e todos aqueles que a compõe.

RESUMO

O trabalho se dedica a construção do modelo lógico orientado por objetivos para o Projeto CRIA – IPTI, o CRIA consiste em uma tecnologia social que tem como objetivo principal promover condições adequadas da maternidade e paternidade na primeira infância, cobrindo o período de -2 anos (24 meses antes do início da gestação) até +2 anos de idade das crianças, com foco nos 1.000 dias de vida. O presente trabalho descreve Projeto CRIA – IPTI e o atual cenário do município sede da intervenção, Santa Luzia do Itanhy (SE), é feito um levantamento de informações sobre o fenômeno social, gravidez não planejada na adolescência. Para isto, utiliza-se o método do Modelo *Ziel Orientierte Projekt Planung* (ZOPP) para realizar o planejamento de projetos orientado para objetivos realísticos e a formulação do esquema didático, considerado um instrumento comprovado para expor a informação de forma clara e concisa, seja para os demais agentes do projeto, possíveis parceiros ou para o público em geral. Dessa forma, a partir da elaboração desse trabalho é possível monitorar ações e atividades e, ainda, planejar a avaliação do Projeto CRIA – IPTI.

Palavras-chave: Primeira Infância, Projeto CRIA – IPTI, Modelo Lógico, Método ZOPP.

Código JEL: I14; H43.

ABSTRACT

The work is dedicated to the construction of the objective-oriented logical model for the CRIA Project - IPTI, CRIA consists of a social technology whose main objective is to promote adequate conditions of motherhood and fatherhood in early childhood, covering the period of - 2 years (24 months before the start of pregnancy) up to +2 years of age for children, with a focus on 1,000 days of life. The present work describes Projeto CRIA – IPTI and the current scenario of the municipality where the intervention is located, Santa Luzia do Itanhy (SE), a survey of information is made about the social phenomenon, unplanned pregnancy in adolescence. For this, the method of the Ziel Orientierte Projekt Planung (ZOPP) Model is used to carry out the planning of projects oriented towards realistic objectives and the formulation of the didactic scheme, considered a proven instrument to expose the information in a clear and concise way, either for other project agents, potential partners or the general public. In this way, from the elaboration of this work it is possible to monitor actions and activities and also plan the evaluation of the CRIA Project – IPTI.

Keywords: logical model, teenage pregnancy, CRIA project, ZOPP method, early childhood.

JEL Code: I14; H43.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1	Fatores de Risco da Gravidez na Adolescência	12
2.2	Intervenção	16
3	SANTA LUZIA DO ITANHY.....	19
4	PROJETO CRIA	23
5	METODOLOGIA	25
6	CONSTRUÇÃO DO MARCO LÓGICO	28
6.1	Objetivos	28
6.1.1	<i>Objetivos Globais</i>	28
6.1.2	<i>Objetivos do Desenvolvimento</i>	28
6.1.3	<i>Objetivos do Projeto</i>	29
6.2	Análise da Situação	31
6.2.1	<i>Participantes</i>	31
6.2.2	<i>Problemas e Potenciais</i>	33
6.3	Estratégia do Projeto	34
6.3.1	<i>Resultados e Alternativas</i>	34
6.3.2	<i>Atividades e Recursos necessários</i>	37
6.3.3	<i>Riscos e Suposições</i>	37
6.3.4	<i>Indicadores</i>	37
6.4	Responsabilidades e Funções	41
6.5	Esquematização do Planejamento de Projetos	41
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICE A	51
	APÊNDICE B	53
	APÊNDICE C	54
	APÊNDICE D	55
	APÊNDICE E	56
	APÊNDICE F	57
	APÊNDICE G	63

1 INTRODUÇÃO

A dedicação à primeiríssima infância, que engloba os primeiros 1000 dias, abrangendo desde a concepção até os dois anos de vida, está associada à nutrição e desenvolvimento que trarão bons resultados ao longo de suas vidas. Outro fator importante no desenvolvimento infantil é a formação de vínculos fortes com os seus cuidadores, e para que isso ocorra faz-se necessário um ambiente propício (CUNHA, LEITE e ALMEIDA, 2015).

Os cuidados após a fecundação estão associados ao acesso a saúde de qualidade para realização do pré-natal adequado, às questões nutricionais da gestante, à qualidade do ambiente familiar e, ainda, ao parto humanizado. Com o nascimento do bebê, as atenções deverão ser direcionadas para a amamentação tranquila, formação de vínculos entre os pais e as crianças, e ao calendário de vacinação. A formação de capital humano, habilidades cognitivas e socioemocionais, podem ser consideradas como os frutos desses cuidados (IRFFI, 2019).

Todavia, os cuidados com o início de uma vida começam antes mesmo da sua geração, pois tanto o ambiente em que a mulher está inserida, quanto o bem-estar psicológico daquela futura mãe impactam no desenvolvimento da criança. Diante disso, é importante ter um espaço acolhedor durante a gestação do bebê, que a gravidez mesmo não planejada seja desejada e que seja um ambiente saudável e propício para o desenvolvimento infantil. Para buscar este resultado, é crucial ter diálogo com adolescentes sobre sexualidade e parentalidade.

Os jovens podem ser considerados como fundamentais para o desenvolvimento de uma região e/ou nação, pois a formação de capital humano pode contribuir para mitigar a armadilha da pobreza. Além disso, esse público é influenciado pelos pares e, uma vez que, conversar sobre sexualidade e parentalidade com os adolescentes ainda não é comum, seja devido a algumas normas sociais, morais ou religiosas (SILVA *et al*, 2013; WHITAKER *et al.*, 1999), esta pesquisa se propõe a apresentar uma intervenção com foco na formação de capital humano nessa faixa etária. A falta desse diálogo implica em barreiras entre os jovens e os serviços de saúde oferecidos (UNICEF, 2018).

E, diante disso e da importância dos primeiros anos de vida na formação do indivíduo, que se fazem necessárias ações estruturadas que tenham o objetivo de colaborar com essas questões. Dessa forma, este trabalho dedica-se a construção do modelo lógico orientado por objetivos para o Projeto *Cultivate and Raise Infancy Awareness* (CRIA) que consiste em uma tecnologia social que tem como objetivo principal promover condições adequadas para maternidade e paternidade na primeira infância, cobrindo o período de -2 anos (24 meses antes do início da gestação) até +2 anos de idade das crianças.

A Instituição responsável pela execução do projeto escolheu como ponto de início a localidade de Santa Luzia do Itanhy, município do extremo sul de Sergipe. Essa escolha deu-se pela semelhança entre as características dessa região e as de outros municípios interioranos do país.

O propósito de construir um modelo lógico que seja orientado pelos objetivos está associado com a necessidade de organizar as ações componentes de um programa de forma que seja possível alcançar os resultados esperados¹. Além disso faz parte do planejamento de um projeto satisfazer os seguintes critérios: (i) A equipe de gestão do projeto e os grupos-alvo aceitem o plano como guia para suas atividades e (ii) As entidades doadoras aceitem o plano como justificativa para a aplicação de fundos públicos ou privados (CASSIOLATO e GUERESI, 2010; HELMING e GÖBEL, 1998).

Dessa forma, a formulação de um esquema didático e realístico é apropriado para apresentação de um programa, seja entre os agentes idealizadores, como para a população-alvo e os possíveis investidores. Diante disso, foi elaborada uma proposta de modelo lógico orientada por objetivos segundo a formulação da metodologia ZOPP para o Programa CRIA.

Portanto, esse trabalho é dividido em mais 6 seções, além dessa introdução. Na seção 2, busca-se referências na literatura sobre quais fatores que estão associados à gravidez na adolescência, as intervenções nacionais já implementadas. Diante das evidências da literatura e dos fatores mencionados, a seção 3 dedica-se a expor os resultados encontrados sobre o atual cenário em que se encontra o município de Santa Luzia do Itanhy. A seção 4 é destinada a descrição do Projeto CRIA, ambas sessões 3 e 4 serão fundamentais para o entendimento do projeto e formulação do modelo lógico.

A seção 5 trata da metodologia que será aplicada no trabalho, a seção 6 empenha-se na construção do modelo lógico a partir do Método ZOPP e por fim, a seção 7 reporta as considerações finais do trabalho.

¹ Para mais detalhes sobre a importância da avaliação de programas com o objetivo de monitoramento daquela política e como averiguação do impacto do programa, veja o livro Avaliação Econômica de Projetos Sociais do Itaú Social.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A gravidez na adolescência consiste em um fenômeno social, que por vezes se apresenta em função das consequências do ambiente em que os jovens estão inseridos. Essa revisão literária dedica-se a abordar o problema da gravidez não planejada na adolescência e os programas e projetos existentes voltados para essa temática. Além disso, a seção 2.3 se dedica a apresentar o referencial teórico do modelo de marco lógico.

2.1 Fatores de Risco da Gravidez na Adolescência

A análise dos fatores de riscos que estão associadas ao fenômeno social, “gravidez na adolescência”, é composta por diferentes aspectos que, alguns deles conhecidos e abordados pela literatura. Dessa forma, os autores Persona, Shimo e Tarallo (2004) dedicaram-se a traçar o perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas em um ambulatório de pré-natal, foram observados fatores associados ao contexto em que essas adolescentes estão inseridas. Dentre as características e fatores dos perfis das mães adolescentes que compõe a pesquisa, pode-se destacar menarca precoce, primeira relação sexual após curto intervalo da menarca, repetência escolar, abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, residir com o parceiro, união consensual com o parceiro, um parceiro fixo, histórico familiar de gravidez na adolescência (pela mãe, irmãs, primas), ausência do pai (seja por morte, abandono etc), reação positiva por parte da família à gravidez anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente.

Os principais fatores de riscos da gravidez precoce (na adolescência) estão associados aos aspectos educacionais, como o abandono escolar, e os aspectos psicológicos, como a incidência de casos de depressão e ansiedade, podendo acarretar suicídio. Os aspectos socioeconômicos estão associados a incidência maior de casos de gravidez na adolescência em famílias de baixa renda, riscos obstétricos principalmente nas gravidezes em adolescentes de 10 a 14 anos e o aumento de contágio de infecções sexualmente transmissíveis (SILVA *et al.*, 2020).

Hoga (2008) utiliza do método de história oral com entrevista de 21 adolescentes moradoras de uma comunidade em São Paulo. Dos resultados da entrevista é possível notar que, dentre essas adolescentes predomina a falta de reflexões sobre a maternidade e das possíveis consequências advindas. Outro fator precedente são as dificuldades financeiras e por conseguinte o não uso de pílulas ou em outros casos efeitos colaterais gerados pela automedicação.

Ainda de acordo com Hoga (2008), a ocorrência da gravidez na adolescência é também derivada do uso inadequado da camisinha masculina, evidenciando a falta de informações a respeito da prática sexual segura. Muitas adolescentes vindas de ambiente familiar disfuncional, vítimas de violência doméstica, reportaram que a forma de “dar uma solução” seria por meio da gravidez. Dentre as consequências sofridas após o parto, algumas entrevistadas relataram a necessidade de interromper os estudos, o que significa para elas o abandono de alguns de seus sonhos para vida.

A escolaridade está associada a inserção do indivíduo no mercado de trabalho, e no caso da adolescência, período em que os jovens estão em formação e adquirindo habilidades para competir por um emprego, se tornar mãe e dona de casa, faz com que diminuía as chances de qualificação profissional e isso gera perda no potencial produtivo, perpetuando a desvantagem social (SOUSA *et al.*, 2018).

A partir de uma amostragem de jovens com experiência de gravidez na adolescência em Teresina, Piauí, Sousa *et al.* (2018) observaram que a condição social da adolescente, antes da gravidez, já se inclui como um fator para o abandono escolar. E outros estudos como o de Stuardo *et al.* (2002) também observaram que o abandono escolar é uma condição de risco para a gravidez precoce, o que corrobora com a literatura existente (CRUZ, *et al.*, 2021; BANDA *et al.*, 2019; SARNQUIST *et al.*, 2017; ROSENBERG *et al.*, 2015).

Diante disso, é possível observar a perpetuação de um ciclo de reprodução intergeracional da pobreza. Os resultados de Sousa *et al.* (2018) apresentam uma dimensão desse processo de repetição, sendo que 62,8% das mães das jovens participantes da pesquisa, também engravidaram entre 11 e 19 anos. Seguindo o contexto familiar, 48,9% dos irmãos ou irmãs das entrevistadas tiveram filhos antes dos 20 anos. Dessa forma, é reafirmada a importância de manter os estudos da mãe adolescente com o propósito de interromper esse ciclo vicioso.

A gravidez na adolescência, em sua maioria, representa uma gravidez não planejada, que ocorre quando as mães ainda são estudantes. Diante disso, segundo Sousa *et al.* (2018) a necessidade de dar sustento para a criança afasta a mãe, e em alguns casos o pai, do ambiente escolar. Além disso, o conservadorismo social institui que é dever da mãe criar os filhos, ou seja, há uma intensa pressão para que ela seja a única cuidadora, e como consequência há desestímulo à conclusão do ensino médio e redução de expectativas no ingresso para educação superior (CHACHAM, MAIA E CAMARGO, 2012).

Analisando a coorte de nascimento hospitalar com amostra de 5.110 puérperas da capital do Maranhão, São Luís, Costa, Oliveira e Alves (2021) discutem as características que

influenciam na prevalência da gravidez não planejada, e observam que mulheres que engravidam na adolescência tendem a ter maior número de filhos durante o seu período reprodutivo, sendo na maioria dos casos a primeira gestação não planejada.

Becker e Lewis (1973) descrevem o *trade-off* entre a quantidade e qualidade dos filhos. A estrutura teórica desenvolvida por eles indica que a quantidade e qualidade são determinadas conjuntamente e, por isso, a decisão de ter filhos é dos pais, dados certos custos. No entanto, no caso especificamente para os adolescentes e jovens, de acordo com a OMS (2018), a explicação para determinados comportamentos reside na influência dos seus pares; ou seja, quanto mais jovem o indivíduo, maior o efeito dos pares (*peer effect*).

Dentre esses fatores que contribuem com a gestação não planejada em adolescentes, está a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos por falta de educação sexual. Desigualdades estruturais, culturais, pobreza e a falta de planejamento familiar é uma justificativa encontrada por Costa, Oliveira e Alves (2021) e com resultados semelhantes na região sul do Brasil, conforme os achados de Prietsch *et al.* (2011).

Estudos apontam que a gravidez não planejada pode ser predecessora de sintomas depressivos na gestação, esse é o tema do estudo longitudinal realizado por Lima *et al.* (2017), a pesquisa é realizada com 272 gestantes do município de São Paulo, os dados são obtidos a partir de um formulário e da Escala de depressão pós-parto de Edimburgo que foi aplicada na 20^a, 28^a e 36^a semanas de gestação. Dentre os resultados encontrados na pesquisa, pode-se destacar que ter planejado a gravidez diminui a chance de apresentar sintomas depressivos durante a gestação em 75,4% na primeira etapa, 91,4% na segunda etapa e 56,1% na terceira etapa.

No estudo transversal com jovens mulheres que vivenciaram gravidez na adolescência em Bangladesh, Li *et al.*, (2021) observaram que das 940 participantes, 61 delas, ou seja 6,5%, relataram tentativas de suicídio nos últimos 12 meses, e a maioria (88,5%) das tentativas ocorreu dentro de um ano após a gravidez. A gestação na adolescência está associada a um risco elevado de tentativa de suicídio, tanto durante o período da gravidez como também durante o pós-parto, no período do puerpério. E esse risco, por sua vez, está associado a incidência de depressão e percepção negativa da rede de apoio social (FREITAS e BOTECA, 2002). Além dos possíveis riscos obstétricos, quadros depressivos que não são devidamente tratados expõem a gestante ao uso de tabaco, álcool e outras drogas. (PEREIRA *et al.*, 2010)

A pobreza é identificada como uma característica relevante associada a gravidez durante a adolescência (DINIZ e KOLLER, 2012). Entretanto, a pobreza não é a causa da gravidez, e sim características que estão associadas ao baixo nível socioeconômico, dos quais

são destaques a baixa escolarização e falta de especialização profissional (DINIZ e KOLLER, 2011). Dessa forma, segundo Aquino *et al.* (2003) o fenômeno da gravidez na adolescência surge de contextos advindos da vulnerabilidade social e falta de oportunidades.

De acordo com Gama, Szwarcwald e Leal, (2002), ao observar um grupo de mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos, as que tiveram suas gestações na adolescência apresentam maior exposição a abortos, pior nível de escolaridade e ausência de emprego remunerado, do que comparado ao grupo de mães de mesma faixa etária que não engravidaram na adolescência. Sendo observado que 32,5% das mulheres que foram mães na adolescência possuem até a 4ª série (atual 5º ano do ensino fundamental) comparado a 18,8% daquelas que não possuem experiência de gestação na adolescência. Quanto à variável de desejo pela gravidez, o resultado observado foi de 30,8% para as mães de 20 a 34 anos que engravidaram na adolescência e de 44,4% para as mães sem experiência.

A gestação na adolescência é causadora de riscos tanto para a mãe como para o neonato. Durante o período da gestação as mudanças fisiopsicológicas são drásticas a tal ponto que somada às alterações de uma adolescente pode acarretar várias complicações durante a gestação, tais como: anemia, malária, HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, hemorragia pós-parto e fístulas vesico-vaginais (OYAMADA *et al.*, 2014).

Os riscos obstétricos estão mais associados às gestações que ocorrem em adolescentes precoces, de 10 a 14 anos, pois os estudos revelam que mulheres muito jovens que engravidam continuam a se desenvolver no período de gestação e podem competir com o feto por nutrientes. Outra complicação associada à gravidez na adolescência pode ser caracterizadas pelo ossos pélvicos e o canal de parto ainda em processo de desenvolvimento, aumentando assim, a possibilidade de indicação de cesárea por parto obstruído ou prolongado (MAGALHÃES *et al.*, 2006).

2.2 Intervenção

Diante dos fatores de riscos associados à gravidez na adolescência², tanto para a mãe quanto para a criança, faz-se apropriado analisar projetos voltados para a prevenção da gravidez não planejada na adolescência e também programas que visam o desenvolvimento da primeiríssima infância (que vai de 0 a 3 anos de idade).

Dentre os programas existentes que buscam uma intervenção com jovens, existem aqueles que utilizam o método de aprendizado por pares através do empoderamento de adolescentes. Pode-se tomar como exemplo, o projeto Agente de Saúde Adolescente (ASA) da prefeitura do município do Eusébio no Ceará, na região metropolitana de Fortaleza. Esse projeto foi destaque na publicação “Trajetórias Plurais” da UNICEF (2018) que tinha como objetivo reunir práticas existentes que contribuem para a redução da gravidez na adolescência.

Essa iniciativa atua na comunicação entre a escola e os serviços de saúde ofertados, agindo diretamente com os professores e profissionais de saúde no planejamento das oficinas e na construção de novas ações. Dentre as funções dos ASAs estão auxiliar no trabalho de divulgação dos serviços de saúde e identificação dos jovens que precisam de orientação, fornecendo acompanhamento e apoio na busca de espaço e orientação mais adequados para cada necessidade. Além do trabalho dos agentes de saúde adolescentes, as escolas recebem equipamentos que auxiliam nesse trabalho, como os dispensadores de preservativos, disponíveis em todas as escolas públicas do município.

Outros dois programas existentes que utilizam dessa mesma metodologia de empoderamento e educação de pares é o “RAP da Saúde” do Rio de Janeiro (RJ) e o “Hoje menina, amanhã mulher”, que inicialmente foi implantado em Salvador (BA), seguindo para Belém (PA) e Recife (PE) e em seguida para Manaus (AM) e São Paulo (SP). Esse projeto faz parte do programa Plataforma dos Centros Urbanos do UNICEF, que trabalha com governos, ONGs e líderes comunitários para garantir os direitos de crianças em 10 capitais (Manaus, Belém, São Luís, Fortaleza, Recife, Maceió, Salvador, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo).

O projeto Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde, o RAP da Saúde, foi analisado por Tasca, Brandão e Branco (2020) por meio de relatos de experiências de 150 jovens. Apesar do estudo não ser capaz de avaliar os impactos do projeto e a trajetória dos participantes, dado que existem inúmeros fatores que determinam o percurso de uma pessoa, Tasca, Brandão e Branco (2020) confirmam que os objetivos do projeto como, a oportunidade

² Para mais detalhes sobre a saúde do adolescente veja o material do Ministério da Saúde, Proteger e Cuidar da Saúde de Adolescentes na Atenção Básica.

de discutir, dentro de seus territórios, temas como desejo, política, ecologia, sexualidade e projeto de vida, foram alcançados. Com isso, é defendido que o projeto permitiu a efetivação de direitos, gerando oportunidades para que os jovens construíssem suas próprias trajetórias de autonomia e emancipação.

O relatório da Unicef de 2020 sobre o projeto “Hoje Menina, Amanhã Mulher” discorre sobre a experiência de Recife no empoderamento de meninas. A atuação desse projeto se dá em volta dos direitos da primeira infância; enfrentamento da exclusão escolar; promoção de direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e prevenção de homicídios de adolescentes. Além disso, ele também contribui com o compromisso assumido pelo Brasil de, até 2030, cumprir a Meta de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 5 - alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.

A experiência de Recife tinha como meta alcançar o público-alvo definido de acordo com estes três fatores: (1) análise de índices socioeconômicos; (2) taxa de nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos; e, (3) estrutura de apoio necessária, a exemplo da disponibilidade de salas de aula, auditórios para as oficinas de formação e equipes técnicas da parceira governamental. Foram selecionadas três localidades para receber as formações, e cada uma delas receberam em média 25 oficinas.

De acordo com o relatório um dos principais destaque do projeto foi a aplicação de uma metodologia com foco no empoderamento de meninas a partir de uma perspectiva integral, levando para as formações – junto às temáticas de gênero e raça – abordagens relacionadas à saúde, violência de gênero, autoestima, habilidades para a vida, direito à comunicação, importância do lugar de fala, o empoderamento econômico e segurança na internet. Entre os marcos do projeto, vale salientar que receberam a intervenção 200 adolescentes, sendo 170 meninas e 30 meninos, com formação em autoconhecimento e habilidades para vida por meio de mais de 50 oficinas.

Segundo a ficha técnica da UNICEF (2018), que destaca as práticas existentes para redução da gravidez não intencional como as citadas acima, essa metodologia de educação entre pares se mostrou uma boa prática, como também ações que priorizam a participação de adolescentes e jovens, de forma a incentivar a discussão, a elaboração e a avaliação dos serviços que busquem garantir seus direitos. Tais ações além de aproximar o jovem dos serviços de saúde, dão a eles um projeto de vida.

Além dos riscos aos quais os adolescentes se expõem após uma gravidez não planejada há também as consequências para a criança que está inserida nesse contexto familiar, dito isso pode-se observar programas e políticas públicas destinados para a criança.

O Governo Federal, por meio do Programa Criança Feliz, atua como uma ferramenta para as famílias de crianças de 0 a 3 anos. A política objetiva apoiar a gestante e a família, colaborar no exercício da parentalidade, mediar o acesso da gestante, as crianças e de sua família aos serviços públicos, além de integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes. (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2019). Essa iniciativa do Estado está em consonância com o Marco Legal da Primeira Infância, disposto na Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. No Art. 1º dispõe que:

“Esta Lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano”.

Dessa forma, o Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, institui o Programa Criança Feliz, de caráter intersetorial, com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida.

3 SANTA LUZIA DO ITANHY – SE

O município de Santa Luzia do Itanhy em Sergipe, escolhido como sede do IPTI e receptor da intervenção do Projeto CRIA, localiza-se no sul de Sergipe, na microrregião de Estância e na mesorregião do Leste Sergipano, ocupando uma área de 330,41 km² e com densidade demográfica de 42,11 hab/km². Segundo o IBGE Cidades³, a população estimada em 2021 é de 14.205 habitantes, sendo que 56,6% da população vive com até ½ salário-mínimo.

Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município foi de 0,545 o que o faz Santa Luzia do Itanhy ocupar a 5268ª posição entre os demais municípios do país. uma característica desse cenário é a baixa cobertura de esgotamento sanitário adequado em apenas 12,9% dos lares, essas informações são de acordo com o Censo Demográfico de 2010.

Em relação aos partos realizados em 2019, dos 223 partos de mulheres residentes de Santa Luzia, 24,2% (54) eram de mulheres menores de 19 anos, conforme dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) no site do Ministério da Saúde do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Quanto à situação conjugal dessas jovens, 62,9% (34) eram solteiras no momento do parto, 33,3% (18) viviam em união estável e 2 (3,7%) eram casadas. Em relação à escolaridade, 51,8% (28) delas possuíam entre 4 e 7 anos de estudo, 44,4% (24) possuíam entre 8 e 11 anos de estudos e em dois casos não há essa informação.

No que diz respeito à ocupação da mãe, 85,1% (46) delas declararam serem trabalhadoras na área de manutenção e reparação, 7,4% (4) na área de exploração agropecuária, 1,85% (1) na área de vendedores e prestadores de serviços do comércio e três sem essa informação. Com relação a quantidade de filhos vivos, 42,6% (23) das jovens não tinham filhos até o momento do parto, 18,5% (10) possuíam um filho, 1,85% (1) possuía dois filhos, 1,85% (1) possuía três filhos.

Também foi observado que 75,9% (41) das mulheres tiveram gestação atermo, ou entre 37 a 41 semanas, 1,85% (1) teve gestação pós-termo, de 42 ou mais semanas, 20,3% (11) tiveram gestação pré-termo, ou seja, menores do que 37 semanas, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o que é considerado como nascimento prematuro é aquele que ocorre antes de 37 semanas de gestação.

Todas as gravidezes de mulheres de até 19 anos notificadas em 2019 no município foram do tipo única, ou seja, apenas um embrião. Quanto ao tipo de parto, 85,2% (46) foram

³ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/santa-luzia-do-itanhy/panorama>

vaginais e 14,8% (8) foram cesáreas. No que se refere ao número de consultas de pré-natal realizadas no período da gestação, 9,2% (5) jovens estiveram presentes em 1 a 3 consultas, 40,7% (22) em 4 a 6 consultas de pré-natal, 48,1% (26) gestantes estiveram em 7 a mais consultas, um dos casos não foi notificado o número de consultas.

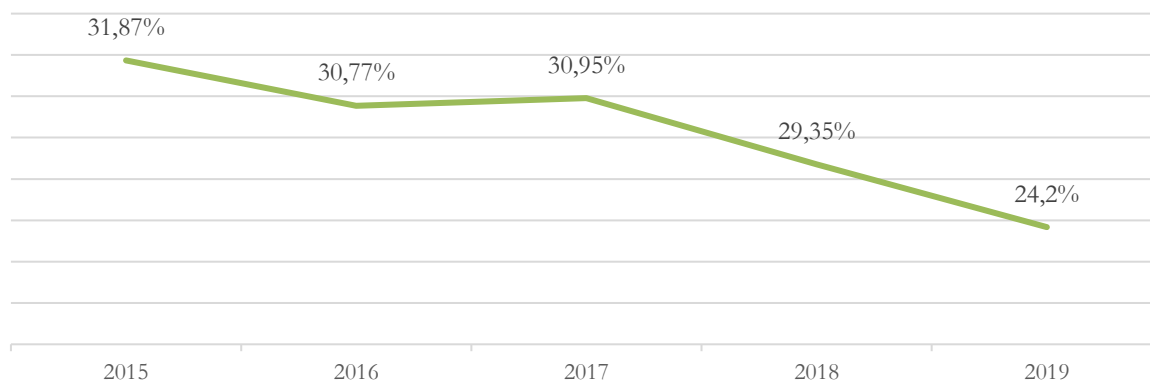
A Escala de Apgar é utilizada como avaliação imediata do recém-nascido (RN), no primeiro e no quinto minuto de vida. O apgar avalia força muscular, frequência de batimentos do coração, reflexo, respiração e cor. A somatória desses sinais gera uma pontuação que varia de 0 a 10.

De acordo com os dados do SINASC, 79,6% (43) dos bebês nascidos de mães de até 19 anos obtiveram nota 9 no apgar do primeiro minuto, 7,4% (4) dos recém-nascidos tiveram nota 8, 1,85% (1) obteve nota 7, 3,7% (2) dos bebês foram notificados com nota 6 e 1,85% (1) com nota 2. A pontuação de 7 a 10 é considerada de boa vitalidade, apgar inferior indica vitalidade deprimida (MINISTERIO DA SAÚDE, 2012).

Os resultados do apgar do quinto minuto observado mostram que, 79,6% (43) dos bebês notificados obtiveram a pontuação máxima de 10 pontos, 7,4% (4) tiveram pontuação 9, 5,5% (3) dos nascidos vivos tiveram 8 pontos e 3,7% (2) dos bebês obtiveram 7 pontos.

Os gráficos 1 e 2 ilustram como os indicadores porcentagem de nascidos vivos de mães adolescentes e percentual de número de consultas de pré-natal, respectivamente comportaram-se comparados entre 2015 e 2019. No gráfico 1, pode-se observar que apesar do decréscimo do percentual comparado a 2015, no ano de 2019, as notificações de nascidos vivos de jovens mães chega a quase $\frac{1}{4}$ do total de nascimentos daquele ano.

Gráfico 1 – Porcentagem de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes no período de 2015-2019 em Santa Luzia do Itanhy - SE

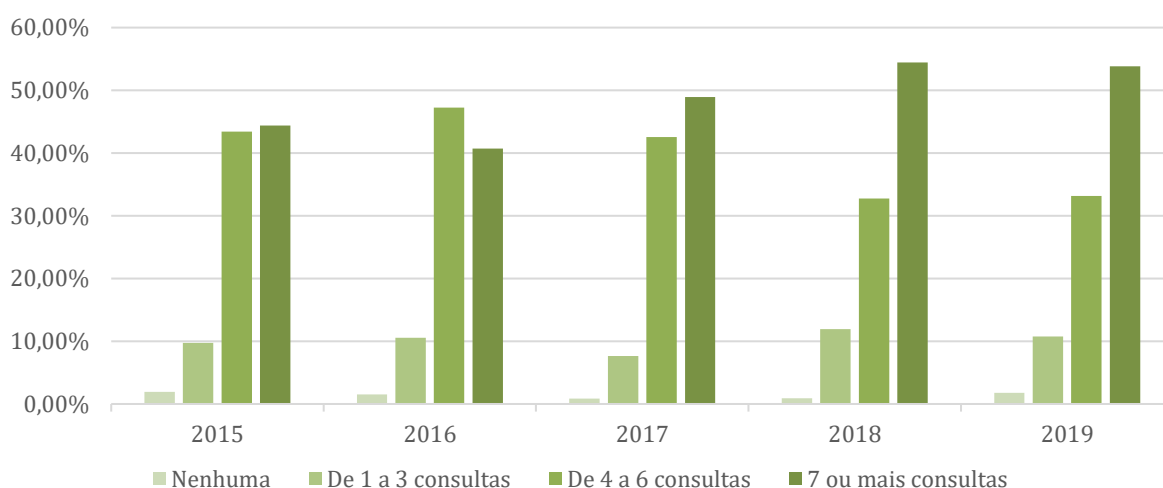


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Segundo as Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva, o número ideal de consultas de pré-natal é 8, sendo o primeiro

contato da rede de saúde com a mãe no primeiro trimestre, consultas mensais até a 34ª semana de gestação, e a partir de então contato quinzenal com a gestante até o nascimento do bebê. Dessa forma, o percentual de número de consultas realizadas com as gestantes adolescentes, está em sua maioria dentro do desejado, entretanto, ainda há gestações que não estão sendo devidamente acompanhadas.

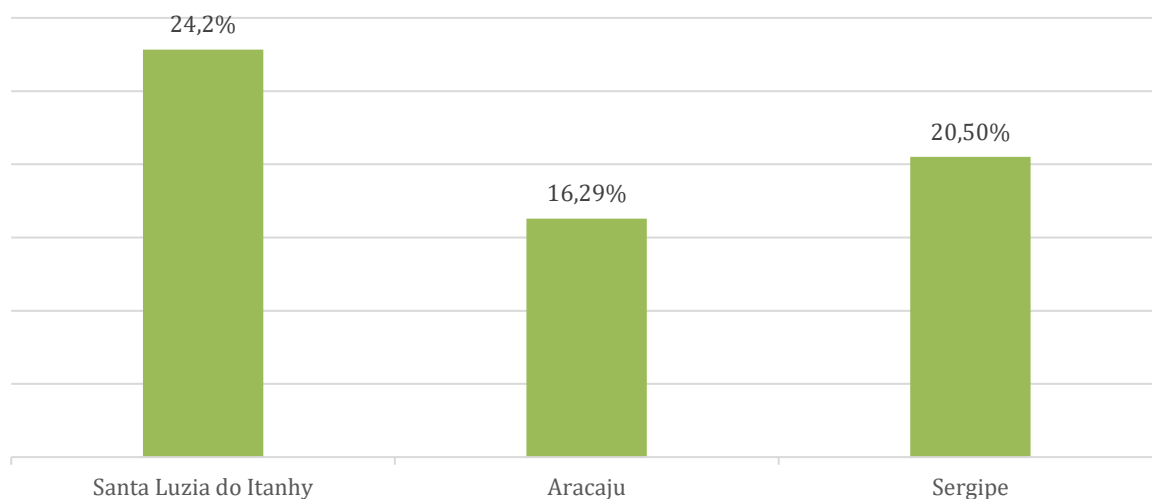
Gráfico 2 – Percentual do Número de Consultas de Pré-Natal no período de 2015-2019 em Santa Luzia do Itanhy - SE



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

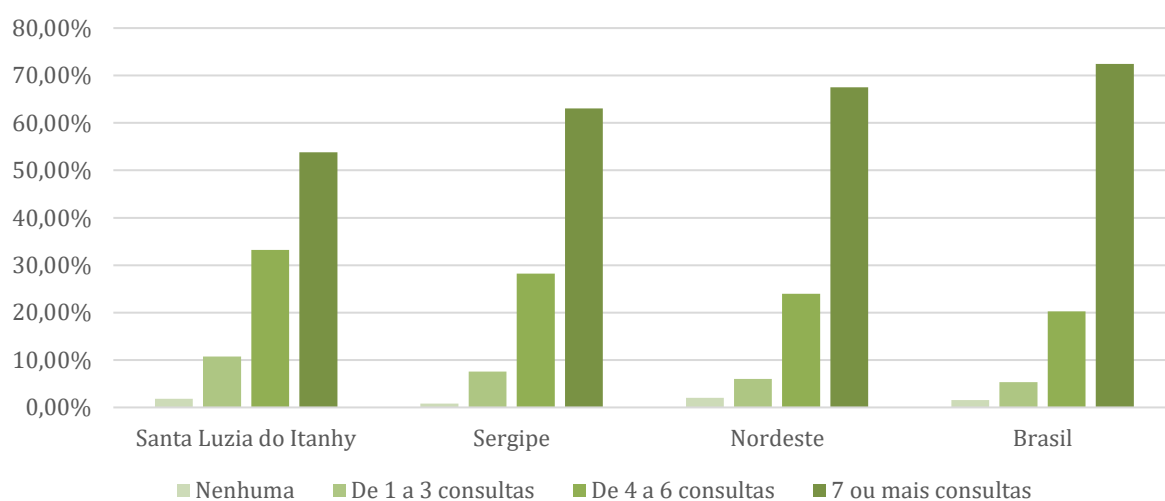
Para fins de melhor compreensão desses indicadores, o Gráfico 3 compara os resultados do primeiro indicador de Santa Luzia do Itanhy, Aracaju e Sergipe; já no Gráfico 4, observa-se os resultados do segundo indicador para Santa Luzia do Itanhy, Sergipe, Nordeste e Brasil. Nos gráfico abaixo pode-se notar que que Santa Luzia do Itanhy possui um número maior de mães adolescentes quando comparada a outros níveis populacionais. Bem como no que diz respeito à quantidade de consultas de pré-natal, em que o município não se destaca positivamente.

Gráfico 3 – Porcentagem de Nascidos Vivos de Mães Adolescentes em 2019 em Santa Luzia do Itanhy, Aracaju e Sergipe.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

Gráfico 4 – Percentual do Número de Consultas de Pré-Natal em 2019 em Santa Luzia do Itanhy, Sergipe, Nordeste e Brasil.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

4 PROJETO CRIA - IPTI

Para que se possa discorrer sobre como funciona a proposta do Projeto CRIA, deve-se contextualizar o que é e como funciona a Instituição que busca implementar esse projeto, o Instituto de Pesquisa em Tecnologia e Inovação (IPTI)⁴. O IPTI é uma instituição de arte, ciência e tecnologia, sem fins lucrativos, que procura gerar inovações capazes de promover o desenvolvimento humano, a partir da criação de tecnologias sociais nas áreas de educação básica, educação básica e empreendedora e saúde básica.

O CRIA faz parte do portfólio de projetos e intervenções realizadas pelo IPTI, e tem como objetivo central da proposta do CRIA é o de construir uma tecnologia social que promova condições adequadas da maternidade e paternidade na primeira infância, cobrindo o período de -2 anos (24 meses antes do início da gestação) até +2 anos de idade das crianças.

A tecnologia social CRIA, pretende incorporar e/ou desenvolver ações que impactem nas seguintes temáticas: i) gravidez não planejada na adolescência; ii) violência de gênero; iii) promoção da parentalidade e da paternidade; iv) segurança alimentar; v) desenvolvimento pleno da criança (amamentação, desenvolvimento afetivo, motor e cognitivo); vi) melhoria das condições de trabalho e renda das mulheres; e, vii) sustentabilidade do projeto.

Como exposto no item vii, a intervenção visa conceber e implantar um modelo de sustentabilidade (financeira, política, governança e gestão) para assegurar continuidade aos espaços CRIA presentes inicialmente em Santa Luzia do Itanhy, e testar o modelo de escalabilidade, com reaplicação do CRIA em 4 comunidades de 2 municípios diferentes, perfazendo um total mínimo de 12 comunidades localizadas em 3 municípios, beneficiadas pelo projeto.

A estrutura do projeto se dá a partir de 5 componentes, sendo eles: i) implantação e manutenção dos espaços CRIA, ii) qualificar os espaços CRIA como centros de promoção de desenvolvimento humano, com foco na promoção de saúde sexual e reprodutiva, paternidade e parentalidade visando o desenvolvimento pleno de crianças (até 2 anos de idade) e o apoio à comunidade, iii) conceber e testar modelo de melhoria da renda para as mulheres e de sustentabilidade dos espaços CRIA, iv) utilizar instrumentos validados para analisar os indicadores de impacto do CRIA; e, v) construir e implementar um plano de comunicação territorial do CRIA

Sob a perspectiva do CRIA, toda gravidez deve ser planejada e nenhuma mulher

⁴ Para mais detalhes sobre o IPTI, acesse: <https://www.ipti.org.br/>

deve ser submetida a estresse, seja ele físico, mental, entre outros, de forma prolongada e principalmente no período entre 18 meses antes da gestação e ao final do período de amamentação. Além disso, são considerados elementos essenciais que uma parentalidade e paternidade positivas façam parte dos primeiros anos de todas as crianças, tudo isso dentro de um ambiente saudável para a díade mãe-bebê (boa alimentação, higiene, acesso à saúde básica, etc.).

O projeto CRIA propõe uma abordagem sistêmica e evolutiva para enfrentar, de maneira eficaz, escalável e sustentável, fatores que contribuem negativamente para o desenvolvimento pleno de crianças desde o período gestacional, com especial foco em comunidades mais vulneráveis, geralmente localizadas em regiões com pouco acesso a serviços básicos de saúde e saneamento.

O projeto está estruturado nos espaços CRIA, que pretendem funcionar como áreas de desenvolvimento da comunidade, indo além da questão da primeira infância, numa estratégia de ampliar o reconhecimento da comunidade em torno da importância do espaço e de suas iniciativas. Considerando que o CRIA tem como foco especial municípios brasileiros de extrema pobreza, é importante salientar a carência de espaços físicos qualificados nas comunidades (povoados) nestes municípios, de maneira que um desafio do CRIA é definir uma referência de dimensionamento e adequação para compor tais espaços.

5 METODOLOGIA

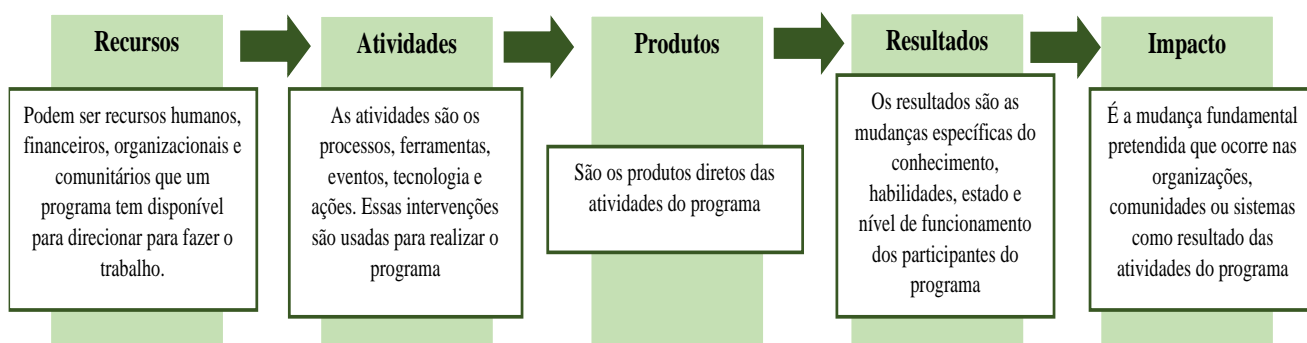
Para solucionar problemas encontrados nos seus projetos, a Agência Americana para Desenvolvimento Internacional (USAID) adotou, em 1970, o modelo de marco lógico para alinhar objetivos às atividades programadas, ressaltando a importância do gerenciamento e conflitos que surgiam durante a avaliação devido à falta de metas claras.

Autores como Carol Weiss e Joseph Wholey, cujos trabalhos são voltados para avaliação de programas, contribuíram para a formulação da metodologia do marco lógico. No trabalho de Weiss (1998), *“Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies”* a autora descreve um guia acessível sobre a condução de estudos de avaliação. O modelo lógico consiste em uma matriz que estabelece uma relação lógica dos que é necessário para o projeto e o que se deseja alcançar. A esquematização do modelo facilita a visualização das relações entre as descrições de níveis, indicadores e pressupostos dentre os elementos (TEKOHA, 2020). Apesar da metodologia sofrer alterações ao longo dos anos, os componentes necessários do marco lógico são de acordo com Kellogg (2004): i) recursos e insumos, ii) ações e atividade, iii) produtos, iv) resultados; e, v) impactos.

Para Cassiolato e Guerresi (2010) o modelo lógico é um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação. Nessa abordagem, é destacada a importância da análise da teoria do programa, com o objetivo de não só identificar o que o programa espera alcançar, mas para entender como espera alcançar. Para que esse objetivo seja atingido faz-se necessário articular a descrição das ideias, hipóteses e expectativas que constituem a estrutura do programa e o seu funcionamento esperado.

Com isso, outra formulação do modelo é a proposta por Cassiolato e Guerresi (2010), em que o processo de construção do modelo lógico é dado a partir de três etapas: coleta e análise das informações, pré-montagem do modelo lógico e validação do Modelo Lógico.

Figura 1 – Componentes do Marco Lógico



Fonte: Elaboração própria com base em Kellog (2004).

O presente trabalho pode ser considerado segundo a sua finalidade como descritivo e exploratório, pois além de se propor a descrever o Projeto CRIA e o atual cenário do município sede da intervenção, Santa Luzia do Itanhy (SE), também se dedica ao levantamento de informações sobre o fenômeno social, “gravidez não planejada na adolescência”. Quanto à natureza da pesquisa, o estudo é predominantemente qualitativo. O método utilizado segue as diretrizes de um modelo lógico orientado por objetivos, cuja finalidade principal é organizar o processo de planejamento de uma política ou programa.

O Marco Lógico foi inicialmente desenvolvido pela USAID em 1969 e posteriormente foi incluído ao Método ZOPP⁵ pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ). A partir da proposta por Helming e Göbel (1998)⁶ foi possível identificar as informações sobre a metodologia do ZOPP. Dessa forma, a metodologia utilizada nesse trabalho para construção de um modelo lógico, será a abordada pelo Método ZOPP, com algumas adaptações para o projeto estudado. O Método ZOPP foi instituído formalmente em 1983 pela GTZ e teve rápida disseminação graças a estrutura lógica, a orientação pela problemática e a abordagem de ordenação hierárquica que foram bem aceitas pelos parceiros da Sociedade Alemã de Cooperação Técnica.

Diante disso, esse método consiste em identificar objetivos realísticos e claros, divididos em quatro categorias: objetivos da política de desenvolvimento, objetivos globais, objetivos do desenvolvimento e objetivos do projeto.

A análise da situação também faz parte dos objetivos do ZOPP, essa análise busca observar a situação no qual o projeto se enquadra, dividido entre os participantes, problemas, potenciais e o entorno do projeto. Outra finalidade do método é definir a estratégia do projeto, ou seja, como o projeto pretende encaminhar para alcançar seus objetivos. Esse ponto inclui tanto os resultados e recursos necessários, como também os riscos associados à estratégia.

Para auxiliar o processo da definição da estratégia, utiliza-se os indicadores que fornecem informações sobre as exigências e os critérios para o sucesso do projeto. É por meio da descrição dos objetivos, resultados e suposições que os indicadores se tornam úteis para o método.

Outro objetivo do Método ZOPP é a definição das responsabilidades e funções, para se obter uma especificação das respectivas prestações e deveres dos diferentes agentes que

⁵ A sigla ZOPP (*Ziel Orientierte Projekt Planung*) é de origem alemã e significa “Planejamento de projeto orientado por objetivos”

⁶ Para mais detalhes, ver: “ZOPP - Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos: Um Guia de Orientação para o Planejamento de Projetos Novos e em Andamento”.

fazem parte do projeto. Faz-se necessário de acordo com o método uma análise da organização do projeto, pois, o mesmo em muitos casos pode contar com a participação de diferentes agentes que devem encontrar-se interligados nesse processo. Faz parte dessa análise organizacional, a análise funcional, mapa de relações, assim como outros métodos utilizados na análise da participação.

E, por fim, o último objetivo é a esquematização do planejamento do projeto, definido como um instrumento comprovado para a informação, em que a elaboração dessa matriz de planejamento ocorre por meio das informações observadas nos objetivos anteriores.

6 CONSTRUÇÃO DO MARCO LÓGICO

6.1 Objetivos

A necessidade de definir os objetivos de um programa está associada à orientação que deve ser seguida pelos agentes, serão eles que definirão como e onde irá ocorrer a atuação da intervenção. Dessa forma, o modelo lógico orientado por objetivos requer que os objetivos sejam realísticos, ou seja, que possam ser atingidos com os recursos disponíveis e em um tempo determinado.

Dessa forma, de acordo com o guia de orientação para o método ZOPP, a cooperação para o desenvolvimento do projeto faz uma diferenciação entre as seguintes categorias de objetivos: objetivos globais, objetivos do desenvolvimento e objetivos do projeto.

Nas subseções a seguir serão divididos os objetivos e componentes do CRIA de acordo com as categorias propostas pelo modelo.

6.1.1 Objetivos globais

A definição do objetivo global irá proporcionar critérios para a seleção dos componentes e ações que devem ser incluídos no esquema de planejamento, além de estabelecer uma estrutura básica para a concepção do projeto.

Dessa forma, o objetivo global do projeto CRIA é de construir uma tecnologia social que promova condições adequadas da maternidade e paternidade na primeira infância, cobrindo o período de -2 anos (24 meses antes do início da gestação) até +2 anos de idade das crianças, com foco nos 1.000 dias de vida. Cunha, Leite e Almeida (2015) descrevem o conceito dos primeiros mil dias, sua importância para a saúde e ações a serem implantadas, em especial pelos pediatras, para que a criança possa alcançar seu desenvolvimento e estado nutricional saudável.

6.1.2 Objetivos do desenvolvimento

O objetivo do desenvolvimento, como sua nomenclatura deixa evidente, focaliza a atenção de todos os participantes do projeto no processo de desenvolvimento do público-alvo, além de, descrever a mudança que se deseja alcançar com os indivíduos aos quais a intervenção destina-se. É importante destacar que essas ações devem estar em concordância com as vontades e capacidades do determinado grupo alvo.

Os objetivos de desenvolvimento do público-alvo do CRIA consistem em propiciar um ambiente acolhedor para famílias no espaço CRIA, fortalecer o vínculo e práticas parentais

positivas, aumentar o nível de renda das famílias, reduzir a insegurança alimentar, favorecer a articulação entre as famílias e os serviços públicos (saúde, assistência e educação) e motivar e encorajar os adolescentes a ter perspectivas otimistas quanto ao seu futuro pessoal e profissional.

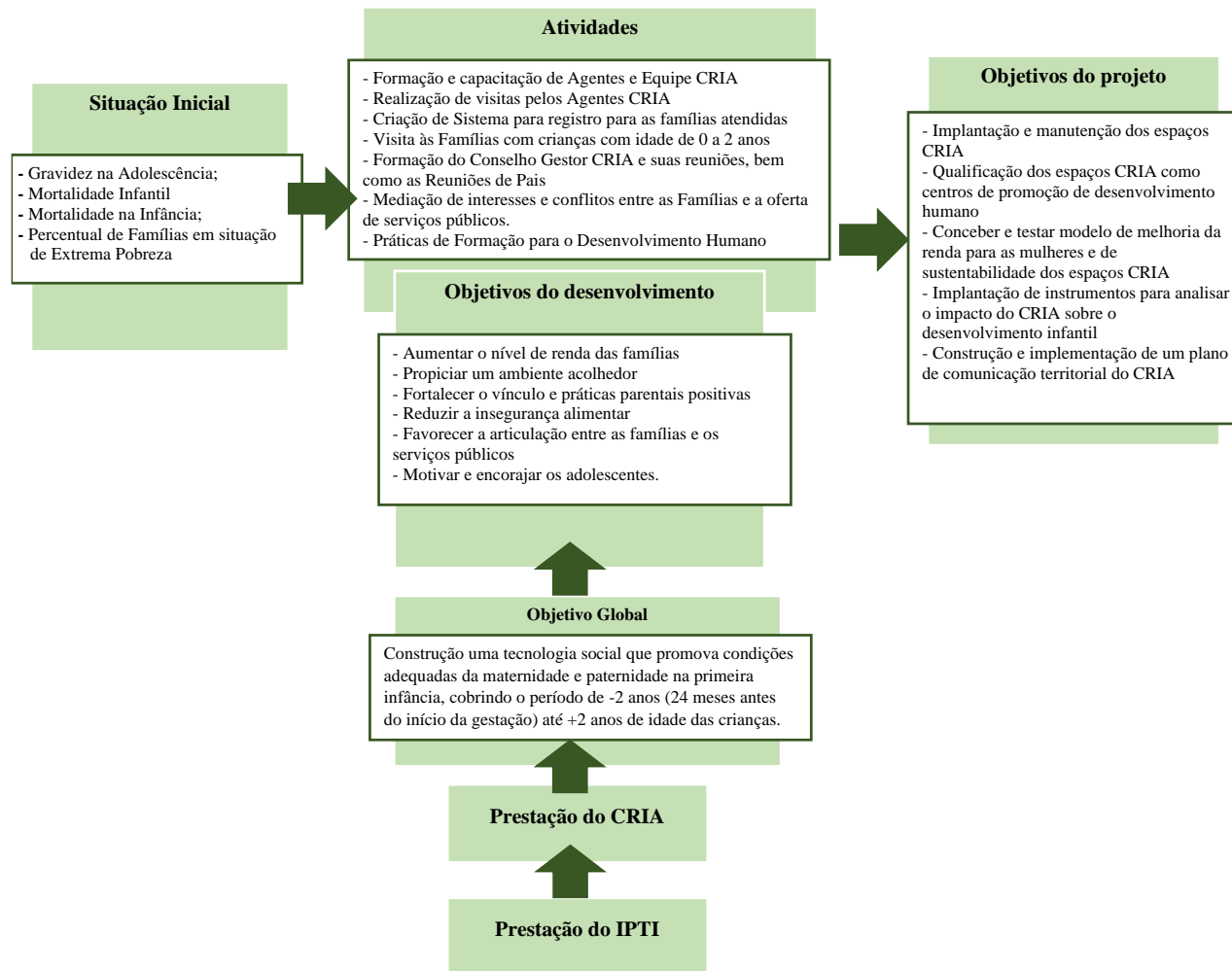
6.1.3 Objetivos do projeto

Os objetivos do projeto devem ser aqueles que marcam a mudança desejada para que se possa atingir os objetivos de desenvolvimento e por conseguinte o objetivo global. Pode-se entender como objetivo do projeto a intervenção necessária para que o público-alvo seja capaz de melhorar sua situação.

Essa intervenção pensada pelos formuladores do CRIA é dividida entre seus cinco componentes, sendo eles: i) implantação e manutenção dos espaços CRIA, ii) qualificação dos espaços CRIA como centros de promoção de desenvolvimento humano, com foco na promoção de saúde sexual e reprodutiva, paternidade e parentalidade visando o desenvolvimento pleno de crianças (até 2 anos de idade) e o apoio à comunidade, iii) conceber e testar modelo de melhoria da renda para as mulheres e de sustentabilidade dos espaços CRIA, iv) implantar instrumentos para analisar o impacto do CRIA sobre o desenvolvimento infantil (marcos do desenvolvimento, parentalidade), sobre a família (insegurança alimentar, condições econômicas, conhecimento do desenvolvimento infantil), sobre as mulheres (satisfação com a vida, afeto, apego, autoestima, realização do pré-natal, depressão pós parto, etc) e sobre o espaço CRIA (serviços e atendimentos da equipe CRIA) e, v) construir e implementar um plano de comunicação territorial do CRIA.

A Figura 2 apresenta o modelo de três níveis proposto pelos autores no guia de orientação para o método ZOPP. Essa esquematização promove melhor visualização da situação inicial antes da intervenção, a diferenciação dos objetivos e as atividades necessárias para obtê-los.

Figura 2 – Modelo de três níveis – Exemplo para Projeto CRIA



Fonte: Elaboração própria de figura adaptada de Helming e Göbel (1998).

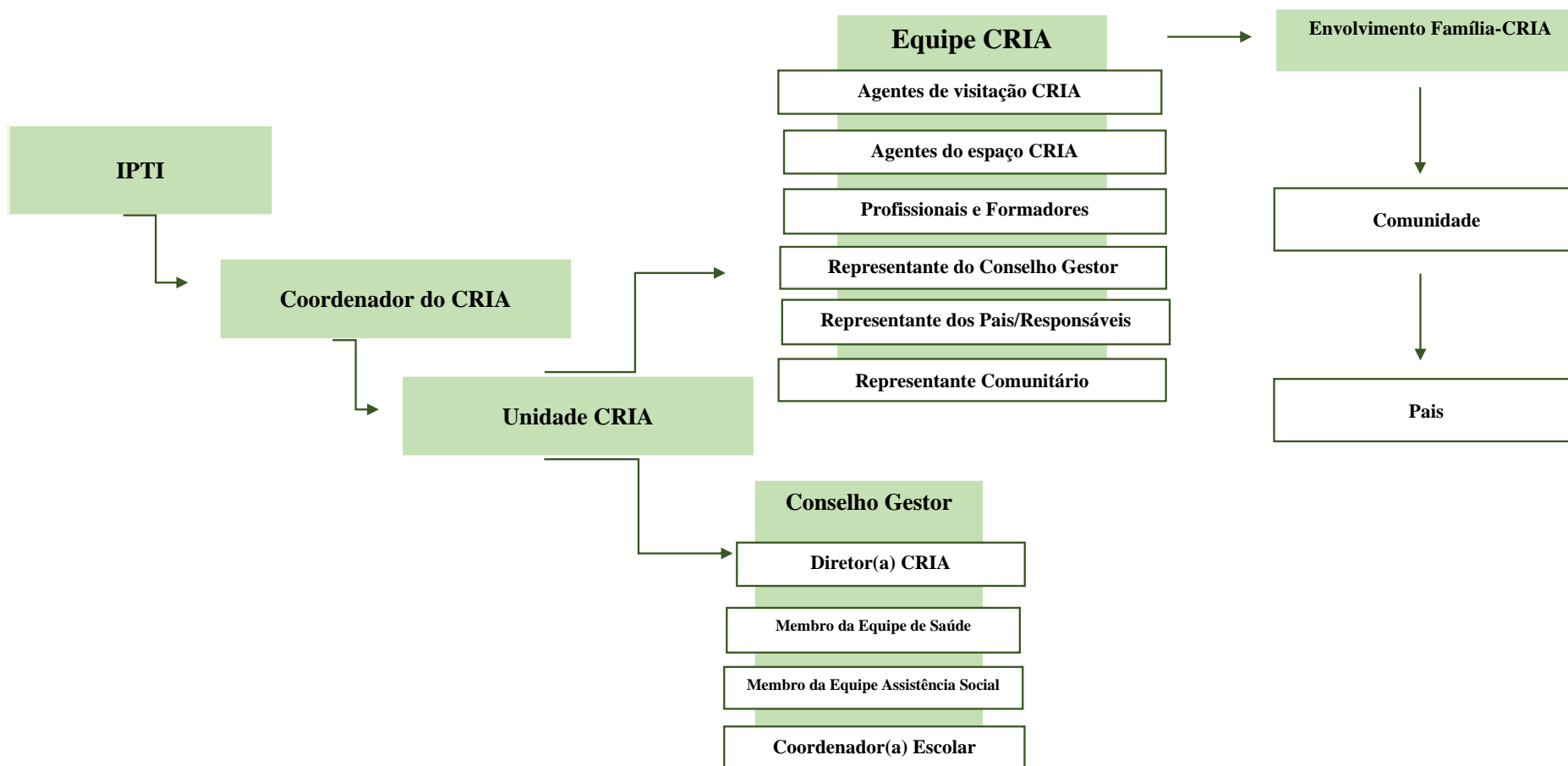
6.2 Análise da Situação

Esta seção se dedica a observar a situação ao entorno do projeto, dividindo-se entre os participantes e os problemas que estão associados ao que o projeto se propõe a intervir.

6.2.1 Participantes

A análise dos participantes concentra-se em definir quem são os principais agentes da mudança, desde os responsáveis pelo projeto como a quem se destina. O método utilizado nesse trabalho como realizar essa análise é o mapa de relações, no qual são evidenciados os personagens que atuaram diretamente com a comunidade a fim de obter o impacto desejado. A estrutura de relações mostrada na figura 3 resume quem são os principais atores do projeto CRIA.

Figura 3 – Estrutura de Relações



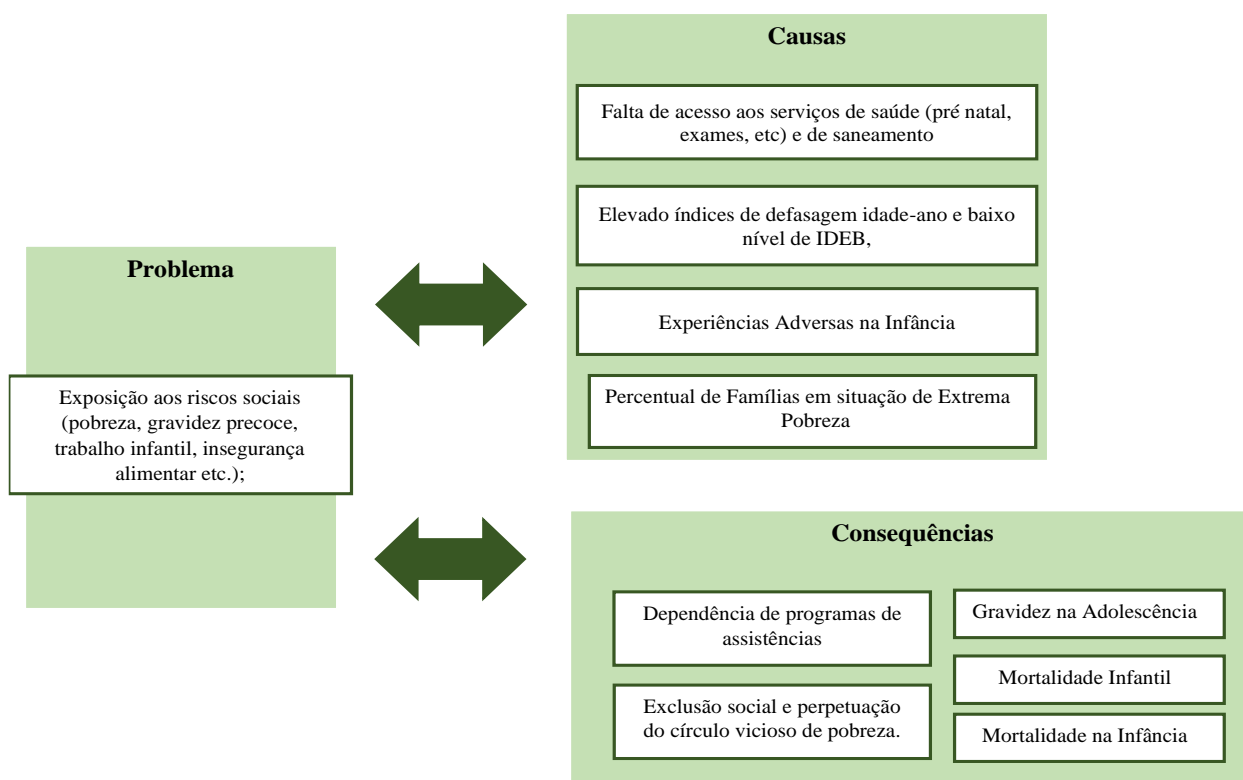
Fonte: Elaboração Própria

6.2.2 Problemas e Potenciais

A definição do que é considerado um problema deve ser feita de acordo com o público a quem se destina, dessa forma, é necessário que haja uma interação entre comunidade e os planejadores da intervenção para que se possa observar o que é chamado de “*felt needs*” ou, em português, “necessidades sentidas”. No caso do CRIA, a interação entre a comunidade e projeto é feita a partir dos profissionais que compõem a “Equipe CRIA”.

A Figura 4 utiliza o método de árvore de problemas que expõe as causas e consequências de um problema central. Sendo que, essas causas e consequências são por si só outros problemas, gerando uma cadeia. São nesses pontos onde o Projeto CRIA se propõe intervir com o objetivo de interromper esse ciclo de acontecimentos.

Figura 4 – Árvore de Problemas



Fonte: Elaboração própria

6.3 Estratégia do Projeto

A estratégia do projeto descreve como os agentes devem agir para que possam atingir as suas metas e resultados esperados. Além disso, essa etapa de planejamento se atenta aos riscos associados às etapas de desenvolvimento.

6.3.1 Resultados e Alternativas

Nessa etapa, entende-se como aquilo que a gerência do projeto produz e que é de sua responsabilidade. Dessa forma, o que se entende como resultados, são as metas que o Projeto CRIA objetiva alcançar e que estão expostas no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1 – Resultados Projeto CRIA

METAS							
1. Concepção e implantação de 12 espaços CRIA	2. Concepção e implementação de modelo de gestão e de sustentabilidade dos espaços CRIA	3. Engajar adolescentes e jovens como cogestores das ações realizadas nos espaços CRIA	4. Promover valorização da maternidade junto à comunidade e famílias e o desenvolvimento pleno das crianças	5. Aumentar a renda média (+100%) das mulheres beneficiadas e apoiadoras dos espaços CRIA	6. Construir e validar indicadores de impacto do CRIA no desenvolvimento de crianças e mulheres	7. Construir o plano de comunicação comunitária do CRIA, pensando nas 4 comunidades piloto	8. Implantação do plano de comunicação e construção do plano municipal de comunicação do CRIA
1.1 Conceber modelo de arquitetura do espaço CRIA	2.1 Conceber e implantar modelo de gestão, manutenção e de governança dos espaços CRIA	3.1 Reaplicar a experiência do Agente de Saúde na Adolescência (ASA)	4.1 Construção participativa de material de conhecimento	5.1 Conceber ações de agregação de valor à produção local, para cada comunidade	6.1 Acompanhamento da gestante ao longo do pré-natal, parto e pós-parto até o sexto mês	7.1 Construção do plano de comunicação para as comunidades	8.1 Aplicação do plano de comunicação concebido na Meta 5.1 nas comunidades piloto
1.2 Conceber e implantar mobiliário adequado ao espaço de desenvolvimento das crianças e que possam ser exequíveis localmente	2.2 Capacitar jovens e adolescentes da comunidade para operarem a unidade de apoio comunitário	3.2 Implantar programa de jovens gestores comunitários	4.2 Validar o modelo de emprego de adolescentes na coordenação das atividades de promoção de Parentalidade positiva	5.2 Implantar inovações que agreguem valor aos produtos e serviços locais	6.2 Acompanhar uma coorte de nascimento em Santa Luzia do Itanhhy – SE	7.2 Construção das peças gráficas e conteúdo do plano de comunicação	8.2 Avaliação do grau de apropriação do CRIA pela comunidade
1. 3 Construir os espaços CRIA	2.3 Elaborar estudo de viabilidade e plano de sustentabilidade do CRIA	3.3 Conceber e implantar modelo de suporte ao planejamento, gestão e apoio psicológico para os jovens e adolescentes de	4.3 Analisar através de pesquisa quantitativa ou qualitativa o papel/lugar/função social do Homem		6.3 Validar indicadores de impacto		

1.4 Manutenção e funcionamento dos espaços CRIA	2.4 Criar o negócio social CRIA	todos os espaços CRIA 3.4 Implantar programa de Agente de Desenvolvimento Infantil (ADI)	4.4 Conceber e implantar um plano de ação sobre Paternidade 4.5 Promoção da saúde da gestante e da criança 4.6 Implantar atividades voltadas ao equilíbrio e harmonia emocional de crianças e adultos 4.7 Implantar atividades voltadas ao desenvolvimento cultural e intelectual dos adultos e adolescentes				
---	---------------------------------	---	---	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

6.3.2 Atividades e recursos necessários

A respeito das atividades pode-se entender como quais ações são necessárias para alcançar determinado resultado. Ou seja, as atividades e os resultados precisam estar em consonância para que se possa atingir os objetivos. É interessante notar que todo o processo de planejamento, apesar de ser feito por etapas, está completamente interligado.

Diante disso, faz parte das atividades que serão realizadas pelo projeto: i) A formação e capacitação de Agentes e Equipe CRIA; ii) A realização de visitas pelos Agentes CRIA; iii) Sistema para registro, organização e análise das informações necessárias das Famílias atendidas e visitadas pela equipe CRIA; iv) Visita às Famílias com crianças com idade de 0 a 2 anos; v) A mediação de interesses e conflitos entre as Famílias e a oferta de serviços públicos; vi) Atendimento individual Mãe/Pai (formação de vínculo); vii) Práticas de Formação para o Desenvolvimento Humano; viii) Atendimento aos pais no espaço CRIA e registros das informações familiares; ix) Formação do Conselho Gestor CRIA e suas reuniões, bem como as Reuniões de Pais

6.3.3 Riscos e Suposições

O processo de planejamento de um projeto tentar antever os possíveis obstáculos que podem atrapalhar o andamento da intervenção. Dito isso, faz-se necessário analisar quais riscos estão associados ao entorno da intervenção. Um risco interno que pode ocorrer em qualquer ação, é de as partes envolvidas não conseguirem encontrar um consenso durante o planejamento, como também na execução. Além disso, há também o risco de que as partes envolvidas não cumpram com suas obrigações e isso afete todo o andamento do programa.

Apesar de haver os riscos que são comuns a todas as intervenções que necessitam de várias pessoas trabalhando em comum acordo, há aqueles que são específicos ao objeto de estudo, o CRIA. Dentre eles estão: i) a não participação ou adesão da comunidade; ii) a falta de recursos para sustentabilidade do projeto; e, iii) a rotatividade de profissionais, dado que faz parte dos objetivos do projeto a formação de vínculos entre a Equipe CRIA e as famílias.

6.3.4 Indicadores

Os indicadores têm como função descrever as principais características de um objetivo, um resultado ou de uma suposição. Um bom indicador deve ser imparcial, o que significa que para a mensuração é necessário o uso de um instrumento validado por outros profissionais e que seja possível a reaplicação em diferentes cenários.

Uma das metas do planejamento do CRIA já inclui a construção e validação do impacto da intervenção. Dessa forma, no Quadro 2 estão expostos os indicadores e instrumentos que serão utilizados como meio de verificação do projeto, além de informações sobre os instrumentos (descrições, estudos que os validaram, período de aplicação adequado) propostos para monitorar e avaliar as ações e atividades do CRIA. Optou-se por considerar alguns estudos que também utilizam os instrumentos para que, posteriormente, as características das famílias atendidas pelo CRIA e seus resultados possam ter parâmetros de comparação.

Quadro 2 – Indicadores Projeto CRIA.

Indicador	Instrumento	Descrição	Aplicar quando?	Validado por:	Utilizado por:
Depressão pós-parto	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)	Questionário de autoavaliação desenvolvido na Grã-Bretanha para pesquisa da depressão pós-parto. Esta ferramenta mostrou elevada sensibilidade para a identificação da depressão pós-parto, na maioria das investigações. O questionário de autoavaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e ideias de morte e suicídio.	20 ^a , 28 ^a e 36 ^a semana de gestação e até 8 semanas após o parto	Cox, Holden e Sagovsky (1987)	(Cox <i>et al.</i> , 1996) Santos <i>et al.</i> , (2007) Matijasevich <i>et al.</i> , (2014) Lima, <i>et al.</i> , (2017)
Socioeconômico	Cadastro da comunidade atendida pelo CRIA	Questionário de cadastro socioeconômico e demográfico com a comunidade atendida pelo Projeto CRIA.	Ao ingressar no projeto CRIA	Elaborado com base nos questionários da PNAD, PeNSE e PNS.	-
Triagem mensal do peso e altura por idade das crianças	Curva de Crescimento	As curvas de crescimento adotada pela Organização Mundial de Saúde é um instrumento técnico para medir, monitorar e avaliar o crescimento (Peso por Altura, Peso por Idade, Altura por Idade, IMC por idade) das crianças de 0 a 5 anos, independente da origem étnica, situação socioeconômica ou tipo de alimentação.	0 a 5 anos	OMS (1999)	Abul-Fadl, Bagchi e Ismail, (2010) Bagni, Luiz e Veiga, da, (2012) Corona e Conde, (2013)
Indicadores nutricionais	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	a EBIA avalia de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional da população, por meio da percepção e experiência com a fome.	Qualquer fase de desenvolvimento	Segall-Corrêa e Marin-Leon, (2009)	Maas <i>et al.</i> , (2020) Poblacion <i>et al.</i> , (2021) Santos, Bernardino e Pedraza, (2021) Sousa <i>et al.</i> , (2019)
Desenvolvimento infantil	Guia Portage	A escala Portage pode ser usada com a criança cujo desenvolvimento é normal até a faixa de 0-6 anos, podendo ser utilizadas em berçários, creches, programas de pré-escola, e com crianças mais velhas onde há suspeita de atraso de desenvolvimento.	0 a 6 anos	Bluma S. ShearerAlma H. Frohman Jean M. Hilliard, (1978)	Murta <i>et al.</i> , (2011) Rodrigues, (2009)

Sensibilidade parental	Inventário HOME	Na versão portuguesa possui o nome de Escala de Avaliação do Ambiente Familiar e é utilizada para avaliar a qualidade e a quantidade das experiências de estimulação proporcionadas pelo ambiente familiar às crianças	Possui quatro versões; 0-2 anos; 3-5 anos; 6-10 anos; 11 a 15 anos	Validação na língua portuguesa por Cruz, O. <i>et al.</i> , (2011)	Kuhn <i>et al.</i> , (2021) Bradley <i>et al.</i> , (1988)
Conhecimento dos Pais e Cuidadores sobre Desenvolvimento Infantil	Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI)	Este instrumento contém 75 questões que envolvem quatro categorias: práticas de cuidado, saúde e segurança, normas e aquisições, e princípios do desenvolvimento. Será utilizado para mensurar o conhecimento de Pais, Cuidadores e ADIs.	Pais e cuidadores com filhos entre 0 a 6 anos	MacPhee, David (1981)	Nobre-Lima <i>et al.</i> , (2014) Cruz, Cavalcante e Pedroso, (2014) Ribas Jr., Moura e Bornstein, (2007) Alvarenga <i>et al.</i> , (2020)
Apego	<i>Ages and Stages Questionnaires</i> (ASQ)	Instrumento com 40 itens, que avalia os estilos gerais de apego adulto segundo uma escala de ansiedade e evitação. Ele mostrou relação com a sensibilidade parental e o desenvolvimento da criança	Pais e cuidadores com filhos entre 4 a 48 meses	Squires, Bricker e Potter, (1997)	Laranjeira e Serrano, (2017) Teixeira <i>et al.</i> , (2010) Graça, (2013)
Parentalidade	Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar (PAFAS) Função reflexiva parental (FRP)	Consiste em uma breve medida para avaliar mudanças nas práticas parentais e ajustamento parental na avaliação de saúde pública e intervenções parentais individuais ou em grupo. Instrumento composto por 18 itens para avaliar capacidade de mentalização da figura de cuidado, ou seja, sua capacidade de compreender seu comportamento e os de seu filho em função dos estados mentais (pensamentos, desejos, crenças, sentimentos) e intenções de cada um.	Pais e cuidadores com filhos entre 0 a 6 anos	Sanders, M. R., & Morawska, A. (2014). Luyten <i>et al.</i> , (2017)	Mejia, <i>et al.</i> , (2015) Mazzuchelli, <i>et al.</i> , (2018) Sousa, (2020) León e Olhaberry, (2020)
Afeto	Escala de Afeto Positivos e Negativos	Esta escala consiste em um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções.	Adolescentes e Adultos	Pires <i>et al.</i> , (2013)	Zanon <i>et al.</i> , (2013) Segabinazi <i>et al.</i> , (2012) Nunes <i>et al.</i> , (2019)

Fonte: Elaboração própria

6.4 Responsabilidades e Funções

Essa etapa tem como objetivo principal esclarecer quais as responsabilidades de cada agente e parceiro do projeto, no caso do objeto de estudo desse trabalho, a divisão se dá descrita a seguir.

A Instituição executora do projeto e responsável pelas atividades e ações é o Instituto de Pesquisas em Tecnologia e Inovação – IPTI. Existe também as Instituições coexecutoras responsáveis pela avaliação de impacto como o Departamento de Economia Aplicada da Universidade Federal do Ceará e o a Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto. O Instituto Mahle com o apoio ao microprojeto de uma pequena escola é definido como uma instituição cofinanciadora. Por fim, são intuições parceiras: Imaginable Futures, Instituto Porticus, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal e Fundação José Luiz Egydio Setúbal.

6.5 Esquematização do Planejamento de Projetos

Essa é a última etapa do processo de planejamento por objetivos e ela tem o propósito de esquematizar todos os resultados obtidos nas demais subseções. O esquema de planejamento de projetos é um instrumento comprovado para expor a informação de forma clara e didática, seja para os demais agentes do projeto, possíveis parceiros ou para o público em geral.

Dessa forma, a proposta de marco lógico seguindo o modelo adaptado do método ZOPP pode ser observada na Figura 5.

Figura 5 – Esquema de Planejamento de Projetos

Estratégia	Indicadores	Meios de Verificação	Suposições
O objetivo global é a construção uma tecnologia social que promova condições adequadas da maternidade e paternidade na primeira infância, cobrindo o período de -2 anos (24 meses antes do início da gestação) até +2 anos de idade das crianças.	Depressão pós-parto	Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)	Não adesão das famílias
	Triagem mensal do peso e altura por idade das crianças	Curva de Crescimento	
Os objetivos do projeto enquadram a implantação manutenção e qualificação dos espaços CRIA. Concepção de um modelo de melhoria da renda para as mulheres e de sustentabilidade dos espaços CRIA desenvolvimento infantil e construção e implementação de um plano de comunicação territorial do CRIA	Indicadores nutricionais	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	A falta de recursos para sustentabilidade do projeto.
	Desenvolvimento infantil	Guia Portage	
	Sensibilidade parental	Inventário HOME	Rotatividade de profissionais
Os resultados entregáveis do projeto são a criação de 12 espaços CRIA, criação de modelo de gestão e de sustentabilidade. Criação de um modelo de gestão que possa incluir adolescentes e jovens como cogestores. Fomentação da valorização da maternidade. Buscar maneiras de aumentar a renda média (+100%) das mulheres beneficiadas e a construção de um plano de comunicação comunitária	Parentalidade	Função reflexiva parental (FRP) e <i>Parenting and Family Adjustment Scales</i> (PAFAS)	Não participação dos adolescentes
	Conhecimento dos Pais e Cuidadores sobre Desenvolvimento Infantil	Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI)	
	Apego	<i>Ages and Stages Questionnaires</i> (ASQ)	Falta de formação de vínculo
As atividades necessárias para atingir os resultados são a formação e capacitação de Agentes e Equipe CRIA, realização de visitas pelos Agentes CRIA, criação de Sistema para registro para as famílias atendidas, visita às Famílias com crianças com idade de 0 a 2 anos, formação do Conselho Gestor CRIA e suas reuniões, bem como as Reuniões de Pais. Promover a mediação de interesses e conflitos entre as Famílias e a oferta de serviços públicos, como também de práticas de formação para o desenvolvimento humano	Afeto	Escala de Afeto Positivos e Negativos	
	Indicadores Socioeconômicos	Cadastro Comunidade Atendida	

Fonte: Elaboração própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho dedica-se a construir o Modelo de Marco Lógico do Projeto CRIA, criado e em execução pelo Instituto de Pesquisa e Tecnologia de Inovação – IPTI, o método utilizado foi o Modelo ZOPP criado na Alemanha e amplamente difundido pelos planejadores de projetos e programas, o diferencial do ZOPP está em sua orientação do planejamento através de objetivos realísticos.

O presente estudo apresenta uma revisão da literatura existente dos fatores de riscos associados a gravidez na adolescência e das experiências das intervenções que atuam no país. Essa revisão auxilia no processo de análise da situação atual do município de Santa Luzia do Itanhy, cidade escolhida para ser sede do projeto piloto do CRIA.

A construção do Marco Lógico segue um modelo adaptado do Guia de Orientação para o Planejamento de Projetos Novos e em Andamento construído pela GTZ, em que o processo de elaboração é organizado por etapas divididas em objetivos, análise da situação, estratégia, responsabilidades e o esquema de planejamento.

É importante ressaltar a importância do processo de avaliação *ex-ante* a partir do Marco Lógico, visando melhorar a consistência de sua formulação inicial. A aplicação do modelo lógico repercute de tal maneira que facilita o planejamento e comunicação com quem se pretende dialogar sobre programa, por exemplo, futuros parceiros e financiadores.

Por fim, a partir da elaboração desse trabalho surgem novas possibilidades para pesquisas futuras, por exemplo, monitoramento do Projeto CRIA, como também de outros projetos semelhantes. Além disso, a metodologia aplicada no trabalho pode ser utilizada para planejamento de diversas outras intervenções de áreas distintas. Visto a falta de avaliações de projetos nacionais na literatura, o presente trabalho também contribui com a possibilidade de utilização dos indicadores e instrumentos evidenciados. Outro possível desdobramento desse estudo seria o de realizar uma avaliação de impacto do CRIA.

REFERÊNCIAS

- ABUL-FADL, A.; BAGCHI, K.; ISMAIL, L. C. Practices in child growth monitoring in the countries of the Eastern Mediterranean Region/Pratiques en termes de suivi de la croissance des enfants dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 16, n. 2, p. 194–201, 2010.
- ALVARENGA, P. *et al.* Escolaridade materna e indicadores desenvolvimentais na criança: mediação do conhecimento materno sobre o desenvolvimento infantil. **Psico**, v. 51, n. 1, p. 1–14, 2020.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais Adolescence. **Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 19 Suppl 2, p. 377–388, 2003.
- BAGNI, U. V.; LUIZ, R. R.; VEIGA, G. V. DA. Distorções no diagnóstico nutricional de crianças relacionadas ao uso de múltiplas curvas de crescimento em um país em desenvolvimento. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 544–552, 2012.
- BANDA, E. *et al.* Acceptability of an economic support component to reduce early pregnancy and school dropout in Zambia: a qualitative case study. **Global Health Action**, v. 12, n. 1, 2019.
- SILVA, B. M., *et al.* Fatores de risco associados à gravidez na adolescência: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020.
- BECKER, G. S.; LEWIS, G. on the interaction between quantity and quality of children. **The Journal of Political Economy**, v. 81, n. 2, p. 279–288, 1973
- BRADLEY, R. H. *et al.* Home Observation for Measurement of the Environment: Development of a Home Inventory for use with families having children 6 to 10 years old. **Contemporary Educational Psychology**, v. 13, n. 1, p. 58–71, 1988.
- BRASIL. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**. 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em: 18 de jan. 2022.
- CASSIOLATO, M; GUERESI, S. **Modelo lógico e a teoria do programa: uma proposta para organizar avaliação**. Brasília: IPEA, 2010. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5134>. Acesso em: 18 de jan. 2022.

CHACHAM, A. S.; MAIA, M. B.; CAMARGO, M. B. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: Uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 29, n. 2, p. 389–407, 2012.

CORONA, L. P.; CONDE, W. L. The effect of breastfeeding in body composition of young children. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 3, p. 276–281, 2013.

COSTA, A. C. M.; OLIVEIRA, B. L. C. A. DE; ALVES, M. T. S. S. DE B. E. Prevalência e fatores associados à gravidez não planejada em uma capital do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife**, v. 21, n. 2, p. 473–483, 2021.

COX, J. L. *et al.* Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. **Journal of Affective Disorders**, v. 39, n. 3, p. 185–189, 1996.

COX, JL, HOLDEN, JM, SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, p. 782-786, 1987.

CRIANÇA FELIZ. **Ministério da Cidadania**. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz>. Acesso em: 18 de jan. 2022.

CRUZ, E. ET AL. The impact of teenage pregnancy on school dropout in Brazil: a Bayesian network approach. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p. 1–8, 2021.

CRUZ, E. J. S. DA; CAVALCANTE, L. I. C.; PEDROSO, J. DA S. Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil: estudo com mães de crianças em acolhimento institucional. **Revista da SPAGESP**, v. 15, n. 1, p. 49–63, 2014.

CRUZ, O. ET AL. A Escala de Avaliação do Ambiente Familiar: Comparação dos resultados observados com três versões da HOME. In: **Atas de Conferência Internacional**. [s.l: s.n.]. p. 1507–1519.

CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves da; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Isabela Saraiva de. Atuação do pediatra nos primeiros mil dias da criança: a busca pela nutrição e desenvolvimento saudáveis. **Journal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, Suppl 1, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.07.002>>. Acesso em: 25 de jan. 2022

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. Ser adolescente e ser mãe: Investigação da gravidez adolescente em adolescentes brasileiras e portuguesas. **Análise Psicológica**, v. 29, n. 4, p. 521–533, 2011.

DINIZ, E; KOLLER, S.H. Fatores associados à gravidez em adolescentes Brasileiros de baixa renda. **Paideia**, v. 22, n. 53, p. 305–314, 2012.

FREITAS, G. V. S. DE; BOTEGA, N. J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 48, n. 3, p. 245–249, 2002.

GAMA, S. G. N. DA; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. DO C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 153–161, 2002.

GRAÇA, P. R. DE M. **Aferição para a população portuguesa da Escala de Desenvolvimento: Ages & Stages Questionnaires (ASQ-3)** dos 30 aos 60 meses. [s.l: s.n.].

HELMING, M; STEFAN GÖBEL. **ZOPP - Planejamento de Projetos Orientado por Objetivos** - Um guia de Orientação para o Planejamento de Projetos Novos e em Andamento. Eschborn: Multiprint, Frankfurt am Main, 1998.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 280–286, 2008.

IPTI. Instituto de Pesquisa em Tecnologia e Inovação. Disponível em: <<https://www.ipti.org.br/sobre/>> . Acesso em: 18 de jan. 2022.

IRFFI, G. Primeira Infância: uma questão de prioridade. **Revista da Primeira Infância**, v. 3, n. 2, p. 6-7, 2019.

KUHN, L. *et al.* Home environment and early development of rural children: Evidence from guizhou province in china. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 11, 2021.

LARANJEIRA, R.; SERRANO, A. Percepção de profissionais e de pais acerca do Ages & Stages Questionnaires (ASQ-PT). **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, v. Extr., n. 11, p. 179–183, 2017.

LEÓN, M. J.; OLHABERRY, M. Triadic interactions, parental reflective functioning, and early social-emotional difficulties. **Infant Mental Health Journal**, v. 41, n. 4, p. 431–444, 2020.

LI, J. *et al.* Suicide attempt and its associated factors amongst women who were pregnant as adolescents in Bangladesh: a cross-sectional study. **Reproductive Health**, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2021.

LIMA, M. *et al.* Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 39–46, 2017.

LUYTEN, P. *et al.* Parental Reflective Functioning: Theory, Research, and Clinical Applications. **Psychoanalytic Study of the Child**, v. 70, n. 1, p. 174–199, 2017.

MAAS, N. M. *et al.* Food insecurity in rural families in the extreme South of Brazil. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2605–2614, 2020.

MACPHEE, D. Manual: Knowledge of Infant Development Inventory. **Unpublished manuscript**, University of North Carolina. 1981

MAGALHÃES, M. D. L. C. *et al.* Gestação na adolescência precoce e tardia - Há diferença nos riscos obstétricos? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 8, p. 446–452, 2006.

MARCO lógico o que é e para que serve na gestão de projetos socioambientais. Tekoha. Disponível em: <<https://www.redetekoha.com.br/marco-logico-o-que-e-e-para-que-serve-na-gestao-de-projetos-socioambientais/>>. Acesso em: 18 de jan. 2022.

MATIJASEVICH, A. *et al.* Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. **BMC Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2014.

MEJIA, A. *et al.*, Measuring Parenting Practices and Family Functioning with Brief and Simple Instruments: Validation of the Spanish Version of the PAFAS. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 46, p. 426-437, 2015.

MAZZUCHELLI, T. G., *et al.* Parenting and family adjustment scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use with families who have a child with a developmental disability. **Research in Developmental Disabilities**, v. 72, p 140-151, 2018.

MURTA, A. M. G. *et al.* Cognição, motricidade, autocuidados, linguagem e socialização no desenvolvimento de crianças em creche. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 2, p. 220, 2011.

NOBRE-LIMA, L. *et al.* The Portuguese version of the Knowledge of Infant Development Inventory-P (KIDI-P). **European Journal of Developmental Psychology**, v. 11, n. 6, p. 740–745, 2014.

NUNES, L. Y.O. *et al.* Análise psicométrica da PANAS no Brasil. **Ciencias Psicológicas**, v. 13, n. 1, p. 45-55, 2019.

OYAMADA, L. H. *et al.* Teenage Pregnancy and Risk for Teenaged Mother. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 6, n. 2, p. 38–45, 2014.

PEIXOTO, B. *et al.* **Avaliação Econômica de Projetos Sociais**. São Paulo: Dinâmica Gráfica e Editora Ltda, 2012.

PEREIRA, P. K. *et al.* Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 5, p. 216–222, 2010.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 745–750, 2004.

PIRES, P. *et al.* Positive and Negative Affect Schedule: Psychometric Properties for the Brazilian Portuguese Version. **The Spanish Journal of Psychology**. v. 16, n.58, 2013.

POBLACION, A. *et al.* Validity of a 2-item screening tool to identify families at risk for food insecurity in Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 37, n. 6, 2021.

PRIETSCH, S. O. M. *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1906–1916, 2011.

RIBAS JR., R. D. C.; MOURA, M. L. S. DE; BORNSTEIN, M. H. Cognitiones maternas acerca da maternidade e do desenvolvimento humano: uma contribuição ao estudo da psicologia parental. **Journal of Human Growth and Development**, v. 17, n. 1, p. 104, 2007.

RIBEIRO, S. V. O. *et al.* Violência e sintomas de depressão na gestação e materna na coorte BRISA: uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife**, v. 19, n. 1, p. 173–184, mar. 2019.

RODRIGUES, O. M. P. R. **O Inventário Portage Operacionalizado e o Desenvolvimento de Bebês**. [s.l.] Universidade Estadual de São Paulo, 2009.

ROSENBERG, M. *et al.* Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women. **International Journal of Epidemiology**, v. 44, n. 3, p. 928–936, 2015.

SANDERS MR, MORAWKA, A, HASLAM, DM, FILUS A, FLETCHER R. Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS): validation of a brief parent-report measure for use in assessment of parenting skills and family relationships. **Child Psychiatry Hum Dev**. 2014

SANTA LUZIA DO ITANHY. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/santa-luzia-do-itanhy/panorama>>. Acesso em: 18 de jan. 2022.

SANTOS, E. E. S. DOS; BERNARDINO, Í. DE M.; PEDRAZA, D. F. Insegurança alimentar e nutricional de famílias usuárias da Estratégia Saúde da Família no interior da Paraíba. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 110–121, 2021.

SANTOS, I. S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Publica**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, 2007.

SARNQUIST, C. *et al.* Evidence That Classroom-Based Behavioral Interventions Reduce Pregnancy-Related School Dropout Among Nairobi Adolescents. **Health Education and Behavior**, v. 44, n. 2, p. 297–303, 2017.

SEGALBINAZI, J. D. *et al.* Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes: Adaptação, Normatização e Evidências de Validade. **Avaliação Psicológica**, v. 11, n. 1, p. 1-12, 2012.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, n. 2, p. 1–19, 2009.

SILVA, M.A.I *et al.* Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, 2013.

SOUSA, C. R. DE O. *et al.* Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 160–169, 2018.

SOUSA, R. A. S. **Desafios na Parentalidade em Contexto de Desvantagem Económica e Social: Funcionamento Reflexivo Parental , Atribuições Parentais e Stress Parental** Desafios na Parentalidade em Contexto de Desvantagem Económica e Social: Funcionamento Reflexivo Parental. [s.l.] Universidade de Lisboa, 2020.

SOUSA, S. Q. DE *et al.* Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1925–1934, 2019.

SQUIRES, J.; BRICKER, D.; POTTER, L. W. Revision of a parent-completed developmental screening tool: Ages and stages questionnaires. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 22, n. 3, p. 313–328, 1997.

STUARDO, J. *et al.* A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais Pacientes e Métodos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n. 9, p. 609–614, 2002.

SUSAN M. *et al.* Guía Portage de Educación Preescolar. **Cooperative Educational Service Agency 12**, 1978.

TASCA, B. G.; BRANDÃO, E. R.; BRANCO, V. M. C. Protagonismo juvenil: análise do projeto Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde (RAP da Saúde) do município do Rio de Janeiro, na perspectiva de seus participantes. **Sade e Sociedad**, v. 29, n. 4, p. 1–11, 2020.

TEIXEIRA, M. *et al.* Rastreo de desenvolvimento infantil: Estudo Exploratório do ASQ-2. **Inclusão: Revista da Educação Especial**, n. 10, p. 85–100, 2010.

UNICEF. **Empodera: Hoje Menina, Amanhã Mulher**. Brasil: 2020. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/empodera-hoje-menina-amanha-mulher>>. Acesso em: 18 de jan. 2022.

UNICEF. **Trajetórias plurais práticas que contribuem para a redução da gravidez não intencional na adolescência**, 2018. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/relatorios/trajetorias-plurais>>

USAID. **United States Agency for International Development**. Disponível em: <https://www.usaid.gov/>. Acesso em: 18 de jan. 2022.

KELLOGG FOUNDATION. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. **Logic Model Development Guide**, p. 71, 2004.

WEISS, C. H. EVALUATION METHODS FOR STUDYING PROGRAMS AND POLICIES. **Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall**, v. Second edi, 1998.

WHITAKER, D. J. *et al.* Teenage partners' communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. **Family Planning Perspectives**, v. 31, n. 3, p. 117–121, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation of resolutions and decisions Infant and young child nutrition: the WHO multicentre growth reference study.** 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva:** Resumo destaques e mensagens principais da Recomendação Global para Atendimento Pré-natal de Rotina de 2016 da Organização Mundial da Saúde. 2018. Disponível em: <<https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBriefA4PG.pdf>>. Acesso em: 23 de jan. 2022

ZANON, C. *et al.* Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 193-202, 2013.

APÊNDICE A

Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

☐ Como eu sempre fiz

☐ Não tanto quanto antes

☐ Sem dúvida, menos que antes

☐ De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia

☐ Como sempre senti

☐ Talvez, menos que antes

☐ Com certeza menos

☐ De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

☐ Não, de maneira alguma

☐ Pouquíssimas vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

☐ Sim, muitas vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, algumas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

☐ Sim, na maioria das vezes

☐ Sim, muitas vezes

☐ Não muitas vezes

☐ Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

☐ Sim, quase todo o tempo

☐ Sim, muitas vezes

☐ De vez em quando

☐ Não, nenhuma vez

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

☐ Sim, muitas vezes, ultimamente

☐ Algumas vezes nos últimos dias

☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente

☐ Nenhuma vez

APÊNDICE B**Escala de Satisfação com a Vida**

Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais pode ou não concordar. Usando a escala de resposta a seguir, que vai de 1 a 7, indique o quanto concorda ou discorda com cada uma; escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas.

Discordo completamente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo completamente

1. _____ A minha vida está próxima do meu ideal.
2. _____ Minhas condições de vida são excelentes.
3. _____ Eu estou satisfeito com a minha vida.
4. _____ Até agora eu tenho conseguido as coisas importantes que eu quero na vida.
5. _____ Se pudesse viver a minha vida de novo eu não mudaria quase nada.

APÊNDICE C

Escala de Afetos

Esta escala consiste em um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque a resposta adequada no espaço ao lado da palavra.

Indique até que ponto você tem se sentido desta forma ultimamente.

1 Nem um pouco

2 Um pouco

3 Moderadamente

4 Bastante

5 Extremamente

_____ Aflito(a)

_____ Amável

_____ Amedrontado(a)

_____ Angustiado(a)

_____ Animado(a)

_____ Apaixonado(a)

_____ Determinado(a)

_____ Dinâmico(a)

_____ Entusiasmado(a)

_____ Forte

_____ Humilhado(a)

_____ Incomodado(a)

_____ Inquieto(a)

_____ Inspirado(a)

_____ Irritado(a)

_____ Nervoso(a)

_____ Orgulhoso(a)

_____ Perturbado(a)

_____ Rancoroso(a)

_____ Vigoroso(a)

APÊNDICE D

Escala de Apego

Abaixo consta um questionário com algumas afirmações acerca de comportamentos, atitudes, pensamentos e sentimentos relacionados a situações do cotidiano. Analise as afirmações abaixo com cautela e responda marcando um (x) nas que melhor lhe caracterizem, de acordo com a escala de resposta que se segue:

0	1	2	3	4
Nada verdadeiro	Pouco verdadeiro	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro	Muito verdadeiro

Itens	0	1	2	3	4
1. Sinto-me confiante em estabelecer novos vínculos sempre que surgem as oportunidades.					
2. Não me sinto confortável quando meu/minha parceiro(a) exige uma aproximação.					
3. Quando me aproximo de alguém, não crio grandes expectativas sobre o futuro da relação.					
4. Sinto medo de não ser correspondido em meus relacionamentos.					
5. Não tenho problemas em pedir ajuda quando necessito.					
6. Sinto-me confortável em receber o carinho das pessoas.					
7. Quando estou me sentindo ameaçado (a), procuro ajuda das pessoas mais próximas.					
8. Tenho receio de outras pessoas não gostarem de mim.					
9. Prefiro estar só.					
10. Quando gosto de uma pessoa, não consigo demonstrar meus sentimentos a ela.					
11. Preocupo-me com a opinião dos outros a meu respeito.					
12. Quando percebo que alguém está muito próximo a mim, procuro me afastar.					
13. Tenho medo de não ser correspondido (a) em meus sentimentos.					
14. Preocupo-me muito com o que os outros pensam e sentem em relação a mim.					
15. Preocupa-me pensar que os outros não gostam de mim.					
16. Geralmente não me sinto à vontade em demonstrar meus sentimentos.					
17. Sinto-me confortável em pedir ajuda.					
18. Quando me sinto triste, não hesito em buscar alguém que possa me ouvir.					

APÊNDICE E

Escala Brasileira de Insegurança Alimentar

Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). É uma escala psicométrica, que avalia de maneira direta uma das dimensões da segurança alimentar e nutricional em uma população, por meio da percepção e experiência com a fome. Proposta com sete questões.

1) Nos últimos 3 meses o(a) Sr(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?

☐ Sim ☐ Não

2) Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Sr(a) tivesse dinheiro para comprar mais?

☐ Sim ☐ Não

3) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?

☐ Sim ☐ Não

4) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

☐ Sim ☐ Não

5) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?

☐ Sim ☐ Não

6) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente?

☐ Sim ☐ Não

7) Nos últimos 3 meses, o(a) Sr(a) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar comida?

☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE F

Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente (0 a 3 anos)

Folha de Registro

Nome da criança:

Data da Visita:.....

Data de Nascimento:.....

Entrevistador:.....

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

Local da entrevista:

Pessoas presentes no local no momento da entrevista:

Comentários:.....

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

8. O cuidador primário espontaneamente elogia as qualidades ou comportamentos da criança pelo menos duas vezes durante a visita.		
9. Quando falando sobre ou para a criança, a voz do cuidador primário transmite um sentimento positivo.		
10. O cuidador primário acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita.		
11. O cuidador primário mostra alguma resposta emocional positiva frente a elogios feitos à criança pelo observador.		
SUB-SCORE		
II – AUSÊNCIA DE RESTRIÇÃO E PUNIÇÃO	SIM	NÃO
12. O cuidador primário não grita com a criança durante a visita.		
13. O cuidador primário não expressa irritação, aborrecimento ou hostilidade aberta em relação à criança.		
14. O cuidador primário não esbofeteia nem espanca a criança durante a visita.		
15. O cuidador primário relata apenas uma ocorrência de punição física que tenha ocorrido durante a semana passada.		
16. O cuidador primário não critica, passa “pito” ou “arrasa” verbalmente com a criança durante a visita.		
17. O cuidador primário não interfere nas ações da criança ou restringe seus movimentos mais do que 3 vezes durante a visita.		
18. Pelo menos 10 livros estão presentes e visíveis no lar.		
19. A família tem um animal de estimação.		

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

IV – DISPONIBILIDADE DE MATERIAIS DE BRINQUEDOS E JOGOS APROPRIADOS	SIM	NÃO
26. A criança tem brinquedos ou outros objetos que envolvam atividade muscular		
27. A criança tem brinquedos de empurrar ou puxar.		
28. A criança tem uma patinete, um andador, um triciclo, qualquer carrinho que a criança impulsiona com os pés.		

29. O cuidador primário fornece brinquedos ou sugere atividades interessantes para a criança durante a visita.		
30. O cuidador primário fornece objetos apropriados para a aprendizagem de acordo com a idade da criança: brinquedos de pelúcia ou jogos de faz de conta.		
31. O cuidador primário fornece material de aprendizagem apropriado à idade da criança: móveis, mesas e cadeiras, cadeirões, chiqueirinho.		
32. O cuidador primário fornece brinquedos que favorecem a coordenação visomotora simples – por exemplo: peças para serem introduzidas ou retirada de orifícios, caixas, contas para enfiar, etc.		
33. O cuidador primário fornece brinquedos que favorecem a coordenação visomotora complexa e que permitam combinações: jogos de empilhar ou encaixar blocos, etc.		
34. O cuidador primário fornece brinquedos que estimulem a leitura e a música.		
SUB-SCORE		
V – ENVOLVIMENTO MATERNOS COM A CRIANÇA	SIM	NÃO
35. O cuidador primário tende a conservar a criança dentro do seu campo visual e tende a olhá-la frequentemente.		
36. O cuidador primário fala à criança enquanto realiza seu trabalho de casa.		
37. O cuidador primário conscientemente encoraja o desenvolvimento da criança.		

38. O cuidador primário investe em brinquedos mais complexos através de sua atenção.		
39. O cuidador primário estrutura os períodos de brinquedo da criança.		
40. O cuidador primário 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. O cuidador primário lê histórias para a criança pelo menos 3 vezes por semana.		
43. A criança come pelo menos uma refeição por dia com a mãe e o pai.		
44. A família visita ou recebe visitas de parentes.		
45. A criança possui três ou mais livros.		
SUB-SCORE		

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

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

APÊNDICE G

Inventário do Conhecimento do Desenvolvimento Infantil (KIDI)

- (A) Você concorda; (B) Você discorda; (C) Você não está certo(a) da resposta
- 1- A mãe (ou o pai) precisa apenas alimentar, limpar e vestir o bebê, para que ele fique bem
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 2- Um bebê precisa ser visto por um médico, de meses em meses, no primeiro ano de vida
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 3- Uma criança de dois anos que está atrasada dois ou três meses em relação a outras crianças de dois anos é retardada.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 4- As crianças muitas vezes continuarão usando uma palavra errada durante algum tempo, mesmo quando se diz para elas a forma correta de falar essa palavra (exemplo: em vez de dizer “pés”, diz “péses”)
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 5- O bebê não deve ser carregado no colo quando é alimentado porque desta forma ele vai querer ter colo o tempo todo.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 6- Se um bebê de nove meses quiser algo para beliscar, dê a ele amendoim, pipoca ou passas.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 7- Os bebês fazem algumas coisas somente para causar problemas para sua mãe ou seu pai. (Exemplo: chorar por muito tempo ou sujar suas fraldas).
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 8- Uma mesma coisa pode fazer uma criança chorar em um momento e rir em outro (Exemplo: um cachorro grande ou brincar de “Vou te pegar”).
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 9- Se você castiga seu filho (ou filha) por fazer algo errado, é certo dar a ele (ou a ela) um doce para que ele (ou ela) pare de chorar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 10- Você tem que ficar no banheiro enquanto seu bebê estiver na banheira.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 11- Em geral, os bebês não podem ver e ouvir ao nascerem.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 12- Bebês entendem apenas as palavras que eles podem falar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 13- Se um bebê é tímido ou inquieto em situações novas, isso geralmente significa que existe um problema emocional.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 14- Falar com o bebê sobre coisas que ele está fazendo ajuda no seu desenvolvimento.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 15- Pode-se esperar para dar vacinas após um ano porque os bebês têm uma forma de proteção natural contra doenças no primeiro ano de vida.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 16- Uma criança de dois anos que diz “não” a tudo e tenta mandar em você, faz isso de propósito e está apenas tentando aborrecer você.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 17- O modo como se cria uma criança terá pouco efeito sobre sua inteligência.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 18- Um bebê com cólica pode chorar por 20 ou 30 minutos, não importando o quanto você tente confortá-lo.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 19- Os pais (homens) são naturalmente sem jeito quando cuidam dos bebês.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 20- Todas as crianças precisam da mesma quantidade de sono.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 21- Uma criança pequena normalmente faz de 5 a 7 refeições por dia.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
 - 22- A criança tem pouca influência sobre a maneira como a mãe (ou o pai) cuida dela e brinca com ela, pelo menos até a criança ficar mais velha.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

- 23- Cuidar de um bebê pode deixar uma mãe ou um pai cansado, frustrado, ou sentindo que a carga é demais para ele.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 24- Colocar um travesseiro macio no berço é uma forma boa e segura de ajudar o bebê a dormir melhor.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 25- Um bebê recém-nascido consegue ver um rosto a dois metros de distância, tão bem quanto um adulto.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 26- Uma irmã ou irmão pequeno pode começar a fazer xixi na cama ou chupar o dedo quando um novo bebê chega na família.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 27- Alimentos novos devem ser dados ao bebê, um de cada vez, com um intervalo de 4 a 5 dias entre um e outro.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 28- A noção de tempo de uma criança de dois anos é diferente da noção de tempo de um adulto.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 29- O Q.I. (a inteligência) de uma pessoa permanece o mesmo durante a infância.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 30- A maioria dos bebês prematuros acaba sendo maltratada, mal cuidada ou mentalmente retardada.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 31- Se um bebê é alimentado com leite em pó ele precisa de vitaminas extras e ferro.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 32- Alguns bebês saudáveis cospem quase todo novo alimento, até que se acostumem com ele.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 33- A personalidade (individualidade) do bebê está formada aos 6 meses de idade.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 34- Um bebê de três meses faz xixi nas suas fraldas aproximadamente 10 vezes por dia.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 35- Uma criança está usando regras da linguagem, mesmo quando ela diz palavras e frases de um modo incomum ou diferente (Exemplo: "Eu fazi." ou "Ela queru minha bola").
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 36- Algumas mães não se envolvem realmente com seus bebês até que eles comecem a sorrir e olhar para elas.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 37- O modo com que a mãe (ou o pai) responde ao bebê nos primeiros meses de vida determina se a criança crescerá contente e bem ajustada, ou mal-humorada e desajustada.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 38- Os dedos do pé de um recém-nascido se abrem quando você acaricia a planta do pé dele.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 39- As crianças aprendem tudo do seu idioma copiando o que elas ouviram os adultos falar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 40- Quando um bebê com menos que 12 meses tem diarreia, os pais devem parar de alimentá-lo com comida sólida e dar a ele água com açúcar ou coca-cola sem gás.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 41- Um bebê pode parar de prestar atenção ao que acontece ao seu redor se houver muito barulho ou muitas coisas para olhar.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 42- Alguns bebês normais não gostam de ficar no colo.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 43- Se um bebê tem dificuldades para evacuar, deve-se dar a ele leite morno.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 44- Quanto mais você conforta seu bebê segurando-o e falando com ele, quando ele está chorando, mais você o estraga.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 45- Uma causa freqüente de acidentes com crianças de 1 ano é quando elas puxam e cai sobre elas alguma coisa como uma panela, uma toalha de mesa, ou um rádio.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 46- Bebês meninas são mais frágeis e ficam doentes mais freqüentemente, por isso, precisam ser tratadas com mais cuidados do que os meninos.
(A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)
- 47- Um bom modo para ensinar seu filho a não bater é reagir batendo.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

48- Alguns dias você precisa disciplinar seu bebê; outros dias você pode ignorar a mesma coisa. Tudo depende de seu humor naquele dia.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

As perguntas a seguir são sobre a idade com que as crianças podem fazer determinadas coisas. Se você achar que a idade está certa, marque "Concordo". Se você não concordar, então decida se uma criança mais jovem ou mais velha poderia fazer isto. Se você não estiver seguro da idade, marque "não tenho certeza".

49- A maioria dos bebês podem ficar sentados no chão sem cair com 7 meses.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

50- Um bebê de 6 meses responderá a uma pessoa de forma diferente dependendo se a pessoa estiver contente, triste ou chateada.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

51- A maioria das crianças de 2 anos pode perceber a diferença entre uma história de faz-de-conta da televisão e uma história real.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

52- As crianças normalmente já estão andando por volta dos 12 meses de idade.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

53- Um bebê de oito meses comporta-se de forma diferente com uma pessoa conhecida e com alguém que nunca tenha visto antes.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

54- Um bebê precisa ter aproximadamente 7 meses para poder alcançar e agarrar coisas.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

55- Uma criança de dois anos pode raciocinar logicamente, tanto quanto um adulto poderia.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

56- Uma criança de 1 ano sabe distinguir o que é certo do que é errado.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

57- Um bebê de 3 meses muitas vezes sorrirá quando vir o rosto de um adulto.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

58- A maioria das crianças está pronta para ser treinada a ir ao banheiro com um ano de idade.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

59- Uma criança começará a responder a seu nome com 10 meses.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

60- Os bebês começam a rir das coisas ao seu redor em torno dos 4 meses de idade.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

61- Um bebê de 5 meses sabe o que significa um "não".

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

62- Um bebê de 4 meses deitado de bruços consegue levantar a cabeça.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

63- Balbuciar ("a-ba-ba" ou "bu-bu") começa em torno dos 5 meses.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

64- Crianças de 1 ano freqüentemente cooperam e compartilham coisas quando brincam juntas.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

65- Uma criança de 12 meses pode se lembrar de brinquedos que ela viu serem escondidos.

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

66- O bebê normalmente diz sua primeira palavra de verdade aos 6 meses

A) Concordo (B) Discordo (C) Não estou certo(a)

67- Os bebês têm percepção de profundidade em torno dos 6 meses de idade (podem perceber que estão em um lugar alto).

(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

68- Um bebê de dois meses pode distinguir alguns sons da linguagem.

(A)Concordo (B)Mais Jovem (C) Mais Velha (D) Não tenho certeza

Por favor, faça uma linha em volta da melhor resposta para as próximas questões:

69-A melhor maneira de lidar com uma criança de um ano que continua brincando na sala com coisas que quebram é:

a. Manter ele (ou ela) num cercadinho e fora do alcance de tudo.

b. Dar uma palmada na mão do bebê toda vez que ele tocar em algo.

c. Falar "Não!" para a criança e esperar que ela obedeça você.

d. Colocar as coisas fora do alcance até que a criança fique mais velha.

e. Não tenho certeza

70- Selecione o brinquedo mais apropriado para uma criança de 1 ano:

- a. Fazer um cordão com continhas.
- b. Recortar formas com tesouras.
- c. Rolar uma bola de um lado para outro com um adulto.
- d. Arrumar coisas por forma e cor.
- e. Não tenho certeza

71- Um bebê recém-nascido normal dorme um total de.

- a. 22 horas por dia.
- b. 17 horas por dia.
- c. 12 horas por dia.
- d. 7 horas por dia.
- e. Não tenho certeza

72- Se uma criança de 2 anos não consegue o que quer e tem um acesso de birra, qual seria a melhor maneira de evitar problemas futuros com birras?

- a. Dar para a criança um brinquedo novo.
- b. Ignorar a birra.
- c. Dar uma palmada no bumbum da criança.
- d. Deixar a criança conseguir o que quiser.
- e. Não tenho certeza

73- Ao todo, um bebê recém-nascido normal chora:

- a. 1-2 horas de 24.
- b. 3-4 horas de 24.
- c. 5-6 horas de 24.
- d. 7-8 horas de 24.
- e. Não tenho certeza

74- É mais provável que um bebê de 8 meses se assuste com:

- a. Sonhos.
- b. Bichos grandes.
- c. Ficar sozinho no escuro.
- d. Uma pessoa desconhecida usando uma máscara.
- e. Não tenho certeza

75- A melhor maneira de baixar a febre de um bebê é:

- a. Colocar um pano frio na testa do bebê.
- b. Colocar mais roupas no bebê.
- c. Dar gotas de remédio contra a febre.
- d. Dar muita vitamina C para o bebê.
- e. Não tenho certeza

DATA: ____/____/____.