



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

MÍRIAN ALEXANDRE AMARAL DA CRUZ

**CARACTERÍSTICAS E FATORES DETERMINANTES DO USO DE TELA
EXCESSIVO NA PRIMEIRA INFÂNCIA: ABORDAGEM POPULACIONAL NO
CEARÁ**

FORTALEZA

2024

MÍRIAN ALEXANDRE AMARAL DA CRUZ

CARACTERÍSTICAS E FATORES DETERMINANTES DO USO DE TELA EXCESSIVO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: ABORDAGEM POPULACIONAL NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Epidemiologia da saúde materno-infantil.

Orientador: Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

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

C963c Cruz, Mírian Alexandre Amaral da.
Características e fatores determinantes do uso de tela excessivo na primeira infância : abordagem populacional no Ceará / Mírian Alexandre Amaral da Cruz. – 2024.
91 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha.

1. Primeira Infância. 2. Saúde da Criança. 3. Tempo de Tela. I. Título.

CDD 610

MÍRIAN ALEXANDRE AMARAL DA CRUZ

CARACTERÍSTICAS E FATORES DETERMINANTES DO USO DE TELA EXCESSIVO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA: ABORDAGEM POPULACIONAL NO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Epidemiologia da saúde materno-infantil.

Orientador: Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha

Aprovada em: ___/___/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luciano Lima Correia
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Jocileide Sales Campos
Centro Universitário Christus

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Deus e Nossa Senhora por me darem oportunidade, força, fé, coragem e esperança durante este desafio, tudo no tempo d'Ele.

À Universidade Federal do Ceará (UFC), por possibilitar a realização de mais um sonho, além de outros já oportunizados.

Aos docentes e funcionários do Curso de Mestrado em Saúde Pública da UFC, pela disponibilidade, colaboração, conhecimentos ofertados e suporte, que contribuíram para a concretização desse curso.

Ao professor orientador Dr. Hermano Alexandre Lima Rocha, pela disponibilidade, ensinamentos e orientações durante este trabalho.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof. Dr. Luciano Lima Correia, a Profa. Dra. Jocileide Sales Campos, assim como a Profa. Dra. Sabrina Gabriele Maia Oliveira Rocha e ao Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Ao meus pais, Socorro e Denilson, por me apoiarem e me darem oportunidades de chegar até aqui.

Aos meus irmãos, avós e familiares, que me lembram minha raízes e me impulsionam.

Ao meu marido, Willame, por toda compreensão, incentivo e paciência, mesmo nos momentos mais difíceis.

Às minhas amigas de mestrado, Marly, Cardosa e Jessica, obrigada por toda escuta, ajuda e incentivo, vocês foram importantes durante esta caminhada.

Aos meus amigos da faculdade, da residência e mais, gratidão por toda torcida, apoio e compreensão desde o processo seletivo.

E a todos colaboradores e famílias participantes da Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará, por tornarem esse trabalho possível.

RESUMO

Os dispositivos digitais tornaram-se itens comuns no ambiente familiar. A introdução a esses aparelhos tem sido realizada cada vez mais cedo, entretanto o uso dessas tecnologias exige limites, uma vez que o tempo excessivo de exposição a telas em crianças pode gerar diversas consequências desde obesidade a problemas no desenvolvimento infantil. No Brasil, estudos sobre fatores associados ao tempo de tela por crianças na primeira infância ainda são insuficientes e faltam dados para fomentar intervenções precoces, mais eficazes e econômicas. Este estudo teve como objetivo identificar as características e os fatores associados ao uso de tela excessivo em crianças na primeira infância no Estado do Ceará, um local representativo do semiárido brasileiro. Para isso, um estudo transversal de base populacional foi conduzido a partir de um recorte da VII Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC). Foram incluídas mulheres em idade reprodutiva e crianças de dois até seis anos incompletos. A variável dependente foi o tempo de tela excessivo, definido como duas ou mais horas por dia, e as independentes incluíram características da criança, da família e adversidades sociais. O tratamento das variáveis se deu pelos cálculos de frequências, teste Qui-quadrado e regressão logística múltipla. A amostra final foi composta por 1912 crianças, das quais 74,1% usavam tela excessivamente, com média de 3h por dia. A razão de prevalência do uso de tela aumentou em 8% ($p < 0,001$) a cada ano na idade entre 2 a 5 anos. Residir em área urbana apresentou associação com prevalência superior de 17% ($p < 0,001$) e não frequentar creches/escola obteve uma razão de prevalência de 1,13 ($p < 0,001$). Os fatores associados ao uso de tela excessivo na primeira infância foram idade da criança, zona de moradia, participação das mães no mercado de trabalho e nível de escolaridade materno. Os dados produzidos por este estudo são incomuns em países em desenvolvimento e podem contribuir para a criação e aprimoramento de políticas públicas para a saúde da criança.

Palavras-chave: primeira infância; saúde da criança; tempo de tela.

ABSTRACT

Digital devices have become common items in the family environment. These devices are being introduced at an increasingly early age, however the use of these technologies requires limits, since excessive exposure to screens in children can lead to various consequences, from obesity to problems in child development. In Brazil, studies on factors associated with screen time by children in early childhood are still insufficient and there is a lack of data to promote early, more effective and economical interventions. This study aimed to identify the characteristics and factors associated with excessive screen use in early childhood children in the state of Ceará, a representative location in the Brazilian semi-arid region. To this end, a population-based cross-sectional study was carried out using a sample from the 7th Ceará Maternal and Child Health Survey (PESMIC). The study included women of reproductive age and children aged between two and six years. The dependent variable was excessive screen time, defined as two or more hours a day, and the independent variables included characteristics of the child, the family and social adversities. The variables were treated using frequency calculations, the Chi-square test and multiple logistic regression. The final sample consisted of 1912 children, 74.1% of whom used screens excessively, with an average of 3 hours a day. The prevalence ratio of screen use increased by 8% ($p < 0.001$) each year between the ages of 2 and 5. Living in an urban area was associated with a higher prevalence of 17% ($p < 0.001$) and not attending nursery/school had a prevalence ratio of 1.13 ($p < 0.001$). The factors associated with excessive screen use in early childhood were the child's age, area of residence, mothers' participation in the labor market and maternal level of education. The data produced by this study is uncommon in developing countries and can contribute to the creation and improvement of public policies for children's health.

Keywords: early childhood; child health; screen time.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Análise descritiva das características das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	34
Tabela 02	Análise descritiva das características familiares das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	36
Tabela 03	Análise descritiva das adversidades sociais em crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	37
Tabela 04	Análise quantitativa do uso de tela por crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	38
Tabela 05	Análise bivariada da relação de tempo de tela com as características das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	39
Tabela 06	Análise bivariada da relação de tempo de tela com as características familiares das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	40
Tabela 07	Análise bivariada da relação de tempo de tela com as adversidade sociais em crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	41
Tabela 08	Análise multivariada por regressão de Poisson de fatores associados ao uso excessivo de tela em crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Primeira Infância	10
1.2 Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância	11
1.3 Uso de Telas	16
1.4 Tempo De Tela Na Primeira Infância	17
1.5 Pesquisa de Saúde Materno Infantil no Ceará - PESMIC	22
2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.2 Objetivos Específicos	26
4 MÉTODOS	27
4.1 Delineamento do estudo	27
4.2 População e Local do estudo	27
4.3 Amostragem	28
4.4 Coleta de dados	29
4.5 Critérios de Inclusão e de Exclusão	30
4.6 Variáveis do estudo	31
4.6.1 Tempo de tela excessivo	31
4.6.2 Variáveis das características da criança	31
4.6.3 Variáveis referente aos fatores familiares	31
4.6.4 Variáveis de adversidades sociais	32
4.7 Análise dos dados	32
4.8 Aspectos éticos	33
5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	43
7 CONCLUSÃO	53

REFERÊNCIAS	54
ANEXO A – QUESTIONÁRIOS DA PESMIC 2023.....	59
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	89
ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 Primeira Infância

O Marco Legal da Primeira Infância (Brasil, 2016), estabelece “primeira infância” como o período que compreende desde o nascimento até os 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança. Segundo estimativa populacional do IBGE (Brasil, 2021), o Brasil tem aproximadamente 20 milhões de crianças nesta faixa etária, sendo por volta de 900.000 no Estado do Ceará.

O período inicial do desenvolvimento infantil envolve enormes mudanças e é caracterizado por um alto grau de plasticidade na organização do cérebro. A primeira infância é uma fase em que há o desenvolvimento das estruturas e funções cerebrais, alcance de capacidades fundamentais de habilidades mais complexas, além da aquisição de novos conhecimentos e a capacidade de adaptação ser maior nesta fase. O cérebro evoluiu para se adaptar a uma ampla gama de experiências iniciais, o que suporta a rápida aquisição da linguagem, habilidades cognitivas e competências socioemocionais (Britto *et al.*, 2017; Martins, 2020).

As interações nutritivas, atenciosas, enriquecedoras e protetoras fornecem os ambientes necessários para que ocorra a progressão do desenvolvimento e protegem bebês e crianças do efeito negativo do estresse e da adversidade (Britto *et al.*, 2017). A família é peça-chave para o estímulo e facilitação do desenvolvimento da criança e o principal mediador das relações que a criança estabelece com o mundo. As experiências mais fundamentais nos primeiros anos de vida vêm de cuidados e proteção recebidos dos pais, família e comunidade, que trazem benefícios ao longo da vida, incluindo saúde e bem-estar melhorados e maior capacidade de aprender e ganhar (Martins, 2020).

O desenvolvimento da primeira infância pode ser afetado por uma combinação de fatores socioeconômicos, ambientais, nutricionais e sociais durante os primeiros anos de vida (Rocha *et al.*, 2021). Condições que prejudicam o desenvolvimento infantil podem ter efeitos sobre o indivíduo ao longo da vida e podem comprometer o desenvolvimento no nível da população em países de baixa e média renda (Rocha *et al.*, 2022).

O desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida pode ter efeitos ao longo da vida e desempenha um papel essencial no desempenho escolar, na produtividade e na geração de renda do indivíduo e afeta o capital humano em nível populacional (Rocha *et al.*, 2021). A garantia deste pleno desenvolvimento também indica um futuro melhor, pois com crianças

saudáveis ocorrerá menores gastos com saúde, maior sobrevivência e uma vida adulta mais produtiva tanto pessoal, quanto financeiramente (Martins, 2020).

Cerca de 11% das crianças brasileiras até 6 anos de idade estão sob condições de extrema pobreza. Assim, pensar em intervir nesta fase está relacionado não só ao desenvolvimento físico, cognitivo e emocional, mas também favorece melhorias no âmbito social e econômico do país, rompendo com a pobreza intergeracional familiar (Martins, 2020; Brasil, 2010). Evidências demonstram a importância da primeira infância para a criança e para a sociedade; o investimento na primeira infância é considerado de alto retorno positivo a longo prazo, relacionado à melhor qualidade de vida, melhor colocação no mercado de trabalho, melhores salários e oportunidades profissionais. Ou seja, investir na primeira infância é uma das estratégias mais efetivas para quebrar o ciclo intergeracional da pobreza e reduzir as desigualdades. Para isso, a primeira infância deve ser prioridade nas agendas de governos, para oferecer políticas e serviços que promovam o atendimento integral nessa fase da vida (Fortaleza, 2021).

Segundo a Série de Desenvolvimento da *Primeira Infância da Lancet* de 2016, 250 milhões de crianças (43%) com menos de 5 anos em países de baixa e média renda possuem o risco de não atingir seu potencial de desenvolvimento. Sugere-se que essa lacuna ocorra, em parte, por dois motivos: a incapacidade de aplicar o conhecimento científico para moldar o desenvolvimento de crianças pequenas; e a incapacidade de agir em grande escala, usando uma abordagem multissetorial em estágios-chave no início da vida (Britto *et al.*, 2017).

A consciência de que a base da formação biopsicossocial do indivíduo está na família e nos primeiros anos de vida faz com que se planeje a concentração de investimentos e esforços nessa direção. O investimento na Primeira Infância é a melhor maneira de reduzir as desigualdades, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade com condições sociais e ambientais sustentáveis. Um bom começo de vida, cuidados oportunos e relações positivas com vínculos seguros formam a base para um bom desenvolvimento individual e para a real mudança no mundo, contribuindo para uma verdadeira cultura de paz e bem-estar entre as pessoas (Cypel, 2011).

1.2 Desenvolvimento Infantil na Primeira Infância

O desenvolvimento infantil é um processo que todas as pessoas passam no início da vida. Ele se dá à medida que a criança vai crescendo e se desenvolvendo, e refere-se ao desenvolvimento físico, cognitivo, linguístico e socioemocional das crianças. É a primeira fase

do desenvolvimento humano (começa durante a gravidez), que engloba múltiplos setores, incluindo saúde e nutrição, educação e proteção social. (Naudeau *et al.*, 2011)

O desenvolvimento da primeira infância é um processo multidimensional em que o avanço em um domínio muitas vezes atua como um catalisador para o progresso em outros domínios. Por outro lado, os atrasos em uma área de desenvolvimento podem igualmente ser fomento de retrocessos em outras áreas. A identificação de problemas (tais como: atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros) é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças. Deficiências no desenvolvimento nesta fase repercutem em alterações que permanecem por mais tempo e com maiores custos à sociedade e famílias, que além de serem difíceis de corrigir a longo prazo, podem ainda gerar consequências na vida adulta (Naudeau *et al.*, 2011; Brasil, 2012).

Para Naudeau *et al.* (2011), quatro domínios se inter-relacionam na determinação do desenvolvimento da criança, são eles:

- a) Desenvolvimento da linguagem: trata-se de como as crianças expressam as suas necessidades e partilham o que pensam, assim como entendem o que lhes é dito, abrange desde o balbuciar e apontar até a fala e capacidade de contar histórias, influenciando no nível de comunicação com os outros;
- b) Desenvolvimento cognitivo: envolve habilidades analíticas, capacidade resolutive, memória e aprendizagem, engloba a maneira das crianças explorarem o ambiente para entenderem as coisas;
- c) Desenvolvimento social e emocional: diz respeito à forma como as crianças interagem entre si e mostram emoções, corresponde aos seus relacionamentos, comportamentos e percepção social, além da capacidade de autocontrole em situações adversas);
- d) Desenvolvimento físico: definido pelo crescimento, habilidades motoras grossas e finas, aptidão física e autocuidado, refere-se à forma como a criança usa seu corpo.

O desenvolvimento do ser humano é um processo holístico e todos os processos ocorridos se influenciam e provocam-se mutuamente. Assim, só é aceitável uma fragmentação do desenvolvimento com uma finalidade metodológica que permita observar cientificamente algumas dimensões da condição humana (Dias; Correia; Marcelino, 2013).

A cada determinada idade, espera-se que a região cerebral responsável por determinado comportamento esteja formada. Uma vez constatada a ausência desse

comportamento, pode-se levantar a possibilidade de um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. A natureza dinâmica do desenvolvimento é um importante desafio para a identificação de problemas na infância e requer uma avaliação periódica da criança ao longo do tempo. Na maioria das crianças, as mudanças decorrem de taxas e modelos previsíveis, dentro de um contexto sociocultural específico. Entretanto, dentro da sequência natural do desenvolvimento, extensas variações ao longo da população infantil podem ocorrer, por várias razões. Por vezes, estes problemas não geram preocupações (por exemplo, algumas crianças não engatinham, mas aprendem a andar sem problemas), por outro lado, outras variações do mesmo problema podem levar ao seu agravamento (Filgueiras, 2011).

Garantir o pleno desenvolvimento na primeira infância depende da associação de múltiplos fatores que envolvem o estado nutricional, a implementação de ações de saúde, educação e proteção social e infantil, fatores estes garantidos na Lei de nº 13.257 que dispõe sobre o Marco Legal da Primeira Infância (Brasil, 2016). O desenvolvimento global da criança, no alcance de suas habilidades em seus diversos domínios, ocorre por meio da interação de diferentes âmbitos: culturais, socioeconômicos, físico, educacional e afetivo (Martins, 2020).

Os fatores que podem determinar o desenvolvimento podem ser classificados como risco biológico e risco ambiental. Enquanto este considera o contexto e experiências ligadas à família, ambientes e comunidade, aquele aborda os acontecimentos pré, peri e pós-natais relacionados à saúde da criança. Diversas condições são consideradas fatores de risco, biológicos ou ambientais, que podem ocasionar atrasos no desenvolvimento motor, social e cognitivo da criança, tais como: prematuridade, ambiente domiciliar não estimulante, baixa condição socioeconômica, idade materna e desnutrição (Silva; Engstron; Miranda, 2015).

Para Piaget, o desenvolvimento infantil é um processo individual de base biológica, mas que depende das experiências e da influência socioambiental para que a criança possa alcançar todo o seu potencial genético, refinando suas habilidades neuropsicomotoras. A “janela de oportunidades” que a primeira infância representa depende da integralidade de vários aspectos em um espaço de interações ambiente-criança-adulto e estímulos específicos à aquisição de habilidades. Principalmente neste período, o âmbito domiciliar ocupa um lugar de destaque, já que é o local no qual a criança vivencia as primeiras experiências, relações afetivas e estimuladoras (Silva; Engstron; Miranda, 2015; Martins, 2020).

O contexto em que a criança está inserida desde seu nascimento, como a família, casa e a comunidade em que vive, influenciam a atividade cerebral e a neuroplasticidade, podendo resultar em ambientes estimulantes e protetores ou limitantes e prejudicadores. O contexto de risco pode ser representado pela violência (intrafamiliar ou não), vulnerabilidade

social, baixo nível socioeconômico, escolaridade materna, entre outros. Estes fatores afetarão a estrutura e função cerebral pela escassez de experiências positivas (Martins, 2020).

A saúde da criança está muito ligada aos indicadores socioeconômicos, pois influencia os aspectos das condições gerais de vida, como alimentação, moradia, saneamento, acesso à assistência à saúde e até o estilo de vida da mãe. Estudos revelam que famílias com renda per capita baixa (< R\$ 200,00) estão associadas a um risco maior de apresentar alteração no desenvolvimento infantil. Nascer em uma família desfavorecida pode ser a fonte primária para a criança não contemplar todo seu potencial de desenvolvimento. À medida em que a renda diminui, o investimento na criança também diminui e conseqüentemente as possibilidades de desenvolvimento das crianças tornam-se menores (Camilo, 2018; Martins, 2020).

As mães são essenciais para que as crianças possam se desenvolver adequadamente, portanto, a saúde, hábitos, idade e escolaridade materna podem influenciar no desenvolvimento infantil. O consumo de álcool e drogas são graves ameaças à saúde de mulheres grávidas e de seus filhos (Camilo, 2018). Idade materna precoce ou avançada está mais associada à maior predominância de prematuridade, baixo peso ao nascer e doenças perinatais. A maternidade adolescente está relacionada ao vínculo mãe-bebê deficiente, à negligência materna, à falta de cuidados e estímulos adequados e também à imaturidade emocional para assumir a maternidade. Estudos mostram que as mães adolescentes correm maior risco de oportunidades educacionais limitadas, desemprego e menor renda, que geralmente confirmam vulnerabilidade socioeconômica nessa população (Pereira *et al.*, 2015; Firk *et al.*, 2018; Correia *et al.*, 2019).

A escolaridade materna atua sobre o grau de orientação das mães, agindo como um fator protetor para redução da mortalidade infantil e estímulo ao desenvolvimento na primeira infância, resultando em menor exposição a fatores de risco e maior busca/participação de intervenções e acesso a informações. Já a baixa escolaridade materna influencia a quantidade e a qualidade da estimulação cognitiva fornecida a crianças, prejudica a formação de vínculo mãe-bebê, podendo fragilizar o cuidado, e também está associada a um estilo de vida inseguro com hábitos de riscos como consumo abusivo de álcool e diminuição ou ausência da amamentação; associando-se assim, outros fatores e aumentando substancialmente o risco do filho não se desenvolver adequadamente (Camilo, 2018; Martins, 2020).

A depressão e a ansiedade materna estão associadas a níveis mais altos de cortisol para a mãe e para a criança, o que pode afetar negativamente o desenvolvimento infantil. Quando a depressão materna persiste além do período pós-natal, é observado piora na aquisição dos marcos do desenvolvimento. Uma saúde mental materna fragilizada está relacionada a comportamentos parentais negativos, como distanciamento, insensibilidade ou

comportamentos de rejeição. Esses comportamentos podem influenciar o desenvolvimento infantil por meio de vários mecanismos; podem levar ao comprometimento das interações diretas entre a mãe e filho, e o distanciamento materno excessivo pode levar à perda da identificação emocional. Pesquisas também revelam que a exposição de mulheres à violência por parceiro íntimo parece ter influência no desenvolvimento infantil, e o Brasil possui uma alta prevalência desse tipo de violência e uma alta taxa de violência doméstica (Camilo, 2018; Rocha *et al.*, 2021; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023).

O crescimento e desenvolvimento infantil também têm uma relação direta com a situação nutricional, que por sua vez é influenciada por determinantes socioeconômicos, ambientais, comportamentais e de saúde. Na presença de um estado nutricional adequado, presume-se uma diminuição da morbimortalidade, doenças crônico-degenerativas e obesidade infantil com melhora do desempenho cognitivo, motor e socioemocional. Assim, a desnutrição e uma curta duração da amamentação já têm sido relacionadas a um atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; e atua como além de uma carência a alimentação saudável, uma privação a fatores como educação, cultura e saúde. O efeito protetor do aleitamento materno para o desenvolvimento infantil já está bem estabelecido. Por meio do suprimento de insumo nutricional do bebê, aumento do vínculo mãe-bebê e da contribuição na prevenção de doenças, seu efeito parece durar até os primeiros seis anos de vida. (Martins, 2020; Rocha *et al.*, 2022).

Com relação aos fatores de risco biológico, as alterações no desenvolvimento são maiores conforme haja um distanciamento da idade gestacional a termo. A prematuridade e o baixo peso ao nascer são os fatores mais associados a atrasos no desenvolvimento neuromotor e cognitivo das crianças. Primeiramente, porque essas crianças possuem maiores taxas de doenças perinatais (hemorragia intraventricular, leucomalácia periventricular e doença pulmonar crônica) e danos neuromotores; mas também porque, desde o nascimento, são submetidas a internações hospitalares, são mais expostas a situações de estresse e dor, e também há uma desestabilização emocional das mães que, por vezes, gera fragilidade do vínculo mãe-bebê (Santana *et al.*, 2017; Martins, 2020).

Atualmente, a facilidade, intensidade e precocidade no acesso e utilização das mídias/telas também têm sido colocadas como fatores de impacto no crescimento/desenvolvimento e até na interferência na maturação cerebral, hábitos de vida e comportamento social futuro. O uso intensivo de equipamentos tecnológicos é associado a danos à saúde, como: riscos visuais, auditivos, alimentares, posturais e osteoarticulares (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016).

1.3 Uso de Telas

As mídias digitais são compreendidas como um conjunto de dispositivos, formatos e métodos de comunicação que veiculam conteúdo por meio de sinais digitais como internet, televisão e redes de computadores e telefonia. Seu uso é um fenômeno recente e comum no cotidiano familiar. Dispositivos móveis, como tablets e smartphones, tornaram-se parte da rotina, mantendo as pessoas constantemente conectadas às telas. “Tempo de tela” (do inglês *screen time*) refere-se ao tempo que se passa exposto a telas, utilizando dispositivos como televisão, smartphones, tablets, computadores e videogames (Almeida *et al.*, 2022).

A tecnologia é um fator fundamental na sociedade atual, percebe-se seu uso cada vez mais recorrente e dominante em nosso cotidiano. Os smartphones, tablets, computadores, entre tantos outros aparelhos disponíveis, tornaram-se parte fundamental para compreender o funcionamento do ser humano atualmente, pois todas as facetas de nossas interações sociais e rotinas são permeadas por estes recursos. Nesse universo, é muito comum o acesso a ilimitadas possibilidades, que vai desde a interação com outros usuários, de qualquer parte do mundo, até a possibilidade de gerar conhecimento, bem como ideias e opiniões sobre diversos assuntos, com apenas um “*click*”. Considerando a tecnologia um meio facilitador das atividades humanas e promotora da comunicação entre as pessoas nos dias de hoje, os benefícios dessa conexão constante são inegáveis, mas, ao mesmo tempo, temos pouca informação sobre os impactos negativos desse uso constante e excessivo (Maragni, 2022; Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

Após anos de evolução tecnológica, aparelhos eletrônicos foram inventados para facilitar o nosso progresso. Dentre tantos, os televisores, celulares, tablets, notebooks e videogames estão presentes em nosso cotidiano, quase sempre em nossos bolsos. As telas, antes restritas à televisão, evoluíram e foram incorporadas à rotina de pessoas de diferentes conjunturas sociais e faixas de idade, devido à sua fácil portabilidade e à sua utilidade, inclusive na rotina das crianças (Nobre *et al.*, 2021).

A pandemia do COVID-19 se instalou em mais de 180 países no ano de 2020 e, devido ao alto contágio do vírus, várias autoridades governamentais mediarão estratégias sanitárias com o intuito de retardar o avanço da doença. Uma das principais medidas adotadas foi o distanciamento social para evitar aglomerações. Sendo assim, escolas, universidades, shows, shoppings, academias e eventos em geral, foram suspensos por tempo indeterminado, em virtude de decretos governamentais e orientações da OMS. Como implicação do isolamento social, o mundo real deu espaço ao mundo virtual, por oferecer diversas alternativas para reconectar os que estavam distantes. Assim, aulas, trabalhos, idas ao mercado, relacionamentos,

lazer e até mesmo rotinas médicas, foram realizadas através das telas (Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

Com o isolamento social causado pela pandemia do coronavírus, as mídias digitais tornaram-se mais presentes no cotidiano não somente dos adultos, mas também das crianças e adolescentes. A modificação na rotina e a adaptação ao “novo normal” dentro das casas afetou a organização familiar que, em muitos casos, perdeu a rede de apoio no cuidado com as crianças, e assim, as telas passaram a ser mais usadas, inclusive para mantê-las ocupadas e entretidas (Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

O uso de telas digitais por crianças e adolescentes aumentou exponencialmente nos últimos anos. As mídias acabaram por preencher vários vácuos, temporal ou existencial, desde não ter o que fazer, distração, falta de apego, abandono afetivo ou mesmo pais ocupados, estressados ou cansados demais para dar atenção aos seus filhos, ou porque nem mesmo eles desgrudam de seus próprios celulares. Porém, o tempo de tela pode alterar alguns aspectos sociais, físicos e mentais de seus usuários devido à exposição prolongada (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Sandes; Guedes; Meneses, 2022)

Que a tecnologia faz parte hoje da rotina das crianças é um fato, seja ela como meio de distração, quando é necessário que as crianças fiquem em silêncio ou sentadas, ou para que os pais possam realizar suas atividades diárias, ou como meio de estudos, como visto nos últimos anos por conta de uma pandemia que nos cercou. O lugar que a tecnologia assumiu nas famílias é gigantesco, sendo em muitas casas a gestora de como as coisas irão funcionar. Essa importância toda não escapa às crianças, infelizmente (Lopes; Silva, 2023).

Nos últimos anos, houve um aumento do consumo de conteúdo eletrônico e uso de telas por crianças. Acredita-se que isto seja consequência da progressão da globalização e da ampliação do acesso à tecnologia pela população, que cada vez mais as oferece aos filhos. Observa-se que o acesso aos aparelhos se dá cada vez mais cedo na vida das crianças, sendo comum vermos bebês que ainda não sabem falar, mas têm acesso a celulares e tablets. Cada vez mais as brincadeiras que envolvem exercícios físicos e interações sociais com outras pessoas estão sendo substituídas por atividades no mundo online, como jogos eletrônicos e amigos virtuais (Maragni, 2022; Lopes; Silva, 2023).

1.4 Tempo De Tela Na Primeira Infância

Um levantamento norte-americano de 2020 mostrou que o uso de mídias digitais tende a variar nos primeiros anos de vida, de modo que se nota, em média, um acréscimo

substantial dos primeiros 24 meses de vida (49 minutos) para os 25 aos 48 meses (2 horas e 30 minutos). Ainda, observa-se que as crianças são cada vez mais cedo introduzidas a essas mídias, com dados apontando que bebês de quatro meses já fazem algum uso desses dispositivos (Almeida *et al.*, 2022).

Esse uso precoce muitas vezes é com objetivo de fazer com que a “criança fique quietinha”. Isto é denominado de distração passiva, resultado da pressão pelo consumismo dos joguinhos e vídeos nas telas, e publicidade das indústrias de entretenimento, o que é muito diferente do brincar ativamente, um direito universal e temporal de todas as crianças e adolescentes, em fase do desenvolvimento cerebral e mental. Nada substitui o contato, o apego e o afeto humano, o olhar, o sorriso, a expressão facial e a voz da mãe/pai/família/cuidadores com a supervisão constante para segurança e limites, nos cuidados imediatos durante a primeira infância (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

O crescimento da facilidade ao acesso e utilização das mídias aumenta proporcionalmente à preocupação que esta facilidade pode causar no desenvolvimento das crianças e adolescentes. Desde 1995 estudam-se as consequências da dependência tecnológica associada ao uso excessivo das mídias com comprometimento da interação e comportamentos com alteração do humor, levando ao isolamento social e afetivo, podendo alterar o rendimento na escola. Descreve-se ainda outros danos à saúde como: riscos visuais, auditivos, alimentares, posturais e articulares (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016).

O excesso de informações (cores, sons, animações) em *e-books* ou programas podem distrair as crianças e resultar em uma menor aprendizagem. Pela exposição excessiva a mídias, incluindo programas ou jogos violentos, há o comprometimento de habilidades cognitivas, concentração, memorização, desenvolvimento da linguagem e agressividade e/ou naturalização da violência, sem falar no *cyberbullying* que se associa a maiores índices de sofrimento psíquico (Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016; Martins, 2020).

Os prejuízos ao desenvolvimento ocorrem no uso excessivo e dependente da tela, sem outros objetos ou indivíduos, pois este uso indiscriminado leva à fragilidade do brincar excluindo suas principais características para o desenvolvimento: criatividade/imaginação e interação. Assim como, estabelece uma relação de brincar visivelmente mais passiva diante das telas – a criança num papel de espectadora, ao invés de autora. Quanto mais as crianças, até mesmo o bebê, permanecem com o olhar diante das telas, além de manterem-se mais quietas, menos atenção elas demandam de seus pais. Portanto, este uso elevado pode representar um sintoma, indiretamente uma falta, por exemplo, de relação interpessoal e/ou aproximação parental (Santos; Barros, 2017).

Com o avanço da inserção da mulher no mercado de trabalho, mães e pais acabam passando mais tempo fora de casa por questões financeiras, o que somado à violência urbana induziu, cada vez mais precoce e por um período maior, o tempo em que as crianças ficam diante de telas. Esta condição interfere de forma nociva no desenvolvimento da criança ao mantê-la em estado de quase hipnose: diminuição da atividade cerebral, inatividade física e passividade na recepção das informações (ausência de estímulos sensoriomotores), comprometendo não só a capacidade de aprendizagem, como incitando comportamentos e hábitos inadequados à idade, além da erotização precoce (Martins, 2020).

Estudos mais recentes também mostram que o uso da mídia por crianças aumentou durante a pandemia do coronavírus de 2019. No contexto dessa pandemia, muitas escolas e locais de trabalho funcionaram remotamente, as fontes típicas de entretenimento foram fechadas ou restritas e as diretrizes de distanciamento social limitaram as interações pessoais. Conseqüentemente, os meios de comunicação baseados em tela tornaram-se cada vez mais essenciais para a aprendizagem, supervisão, recreação e socialização das crianças. Tais mudanças podem ter mudado as normas de utilização dos meios de comunicação social e alterado o panorama familiar de modo que os dispositivos foram utilizados em mais momentos e locais da casa (Kroshus *et al.*, 2022).

Os números destacam o frequente uso das mídias digitais nas famílias e dos recursos tecnológicos pelos bebês. No entanto, as sociedades de pediatria recomendam que crianças de até dois anos de idade não sejam expostas às telas e, caso o façam, a partir dos 18 meses é indicado que o uso ocorra na presença de um cuidador. Crianças menores de 2 anos precisam de exploração prática e interação social com cuidadores de confiança para desenvolver suas habilidades cognitivas, linguísticas, motoras e socioemocionais. Devido às suas competências simbólicas, de memória e de atenção imaturas, os bebês e as crianças pequenas não conseguem aprender através dos meios digitais tradicionais, como o fazem nas interações com os cuidadores, e têm dificuldade em transferir esse conhecimento para a sua experiência tridimensional (American Academy of Pediatrics, 2016; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019; Almeida *et al.*, 2022).

As diretrizes baseiam-se principalmente na falta de consenso sobre os riscos e benefícios das telas para o desenvolvimento infantil. Os riscos apontados na literatura dizem respeito a prejuízos na capacidade de autorregulação, no desenvolvimento da linguagem, cognição e atenção, bem como dificuldades de comportamento. O uso intenso de mídias por crianças também está associado à obesidade, ao sedentarismo, e a problemas de sono e visuais. Já os benefícios estão relacionados à possibilidade de aproximar familiares distantes por meio

de chamadas de vídeo, proporcionar momentos de lazer e entretenimento à família, bem como uma oportunidade de trocas e aprendizados para o bebê, principalmente após os dois anos e com o auxílio de um cuidador que lhe auxilie a dar sentido ao conteúdo assistido (Almeida *et al.*, 2022).

Estudos populacionais continuam a mostrar associações entre o consumo excessivo de televisão na primeira infância e atrasos cognitivos, linguísticos e sociais/emocionais, provavelmente secundários à diminuição da interação entre pais e filhos quando a televisão está ligada e ao pior funcionamento familiar com elevado uso dos meios de comunicação social. Uma idade mais precoce de início do uso da mídia, maiores horas cumulativas de uso da mídia e conteúdo censurados são preditores independentes significativos de mau funcionamento executivo em crianças em idade pré-escolar. O conteúdo assistido é crucial, uma mudança de conteúdo violento para conteúdo educativo/pró-social, assim como qualidade da parentalidade podem modificar as associações entre a utilização dos meios de comunicação social e o desenvolvimento infantil, produzindo benefícios aditivos (American Academy of Pediatrics, 2016).

As evidências são suficientes para recomendar limitações de tempo no uso de mídia digital para crianças de 2 a 5 anos: no máximo 1 hora por dia. Permitindo que as crianças tenham tempo suficiente para se envolver em outras atividades importantes para sua saúde e desenvolvimento e para estabelecer hábitos de visualização de mídia associados a menores risco de obesidade no futuro. Além disso, encorajar os pais a mudarem para conteúdos educativos e pró-sociais e envolver-se com seus filhos em torno da tecnologia permitirá que as crianças tirem o máximo proveito daquilo que veem (American Academy of Pediatrics, 2016).

No Quadro 01, encontram-se as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria descritas em 2016 e reiteradas em 2019 no Manual de Orientação #Menos Telas #Mais Saúde (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

Quadro 01 - Recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria

Viver com mais saúde é do lado de cá junto com as crianças e adolescentes, não é do lado de lá das telas com robôs e algoritmos!
Evitar a exposição de crianças menores de 2 anos às telas, sem necessidade (nem passivamente!)
Crianças com idades entre 2 e 5 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1 hora/dia, sempre com supervisão de pais/cuidadores/responsáveis.
Crianças com idades entre 6 e 10 anos, limitar o tempo de telas ao máximo de 1-2 horas/dia, sempre com supervisão de pais/responsáveis.
Não permitir que as crianças e adolescentes fiquem isolados nos quartos com televisão, computador, tablet, celular, smartphones ou com uso de webcam; estimular o uso nos locais comuns da casa.
Para todas as idades: nada de telas durante as refeições e desconectar 1-2 horas antes de dormir.

Oferecer alternativas para atividades esportivas, exercícios ao ar livre ou em contato direto com a natureza, sempre com supervisão responsável.
Criar regras saudáveis para o uso de equipamentos e aplicativos digitais, além das regras de segurança, senhas e filtros apropriados para toda família, incluindo momentos de desconexão e mais convivência familiar.
Estimular a mediação parental das famílias e a alfabetização digital nas escolas com regras éticas de convivência e respeito em todas as idades e situações culturais, para o uso seguro e saudável das tecnologias.
Identificar, avaliar e diagnosticar o uso inadequado precoce, excessivo, prolongado, problemático ou tóxico de crianças e adolescentes para tratamento e intervenções imediatas e prevenção da epidemia de transtornos físicos, mentais e comportamentais associados ao uso problemático e à dependência digital.
Leis de proteção social e do uso seguro e ético das tecnologias existem, devem ser respeitadas por todos e multiplicadas em campanhas de educação em saúde acessíveis ao público em geral.
Responsabilidade social é também uma questão de direitos à saúde e prevenção de riscos e danos para Crianças e Adolescentes na Era Digital.

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019

As recomendações específicas variam de acordo com a idade, mas abordam de maneira geral: limitar o tempo de tela, restringir o conteúdo da mídia, promover a higiene do sono e designar horários livres de mídia (por exemplo, refeições em família). Existe apoio empírico para uma abordagem baseada em regras: o tempo de tela é menor entre crianças e adolescentes quando as suas famílias têm regras de utilização dos meios de comunicação social. No entanto, poucas famílias implementam todas as recomendações quanto à utilização dos meios de comunicação; e permanecem sem resposta questões sobre se as famílias que implementam mais regras (ou seja, onde há mais mediação parental) têm menor risco de utilização problemática das mídias. Sugere-se que mais importante do que o nível absoluto de uso dos meios de comunicação, é a forma como as práticas dos meios de comunicação funcionam e são reforçadas no contexto social e familiar da criança (Kroshus *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar que os padrões da utilização de mídia digital são instituídos na primeira infância, o que enfatiza a necessidade de prevenção e intervenção precoce a fim de criar rotinas mais saudáveis nesse momento do desenvolvimento. No cenário internacional, essas intervenções têm se tornado mais comuns. No entanto, nenhuma intervenção foi encontrada no Brasil, o que mostra uma escassez de pesquisas na área (Almeida *et al.*, 2022).

Portanto, são cada vez mais importantes as ações de alfabetização midiática e mediação parental, além das recomendações da implementação do trabalho intersetorial e interdisciplinar, as ações e intervenções públicas e campanhas direcionadas aos pais e famílias, escolas e universidades, empresas de mídias e tecnologias e também aos profissionais de saúde, com foco no aprofundamento e sobre a adequada intenção dos conteúdos transmitidos às crianças e adolescentes, para todos aprenderem sobre o uso mais ético, seguro, saudável e educativo da Internet (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

1.5 Pesquisa de Saúde Materno Infantil no Ceará - PESMIC

A Pesquisa de Saúde Materno Infantil no Ceará (PESMIC) corresponde a um inquérito que compõe uma série de estudos com recortes transversais da saúde materno-infantil (mulheres em idade reprodutiva e crianças na primeira infância) a nível populacional no estado do Ceará.

Embora o funcionamento de fontes e bases de dados já estejam bem consolidados e protocolados como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Sistema de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), além das informações disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, as mesmas apresentam fragilidades de subnotificação e limitação em compreender variáveis e relações que só pesquisas de campo conseguem suprir. Os inquéritos populacionais são definidos como pesquisas de amostra representativa da população e permitem a obtenção de uma informação pontual da situação de saúde de determinado público. Por meio destas pode-se avaliar situações de saúde, fatores determinantes e comportamento do processo saúde-doença. Esse tipo de estudo também fornece informações indispensáveis para auxiliar a formulação, o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações e políticas públicas, sendo particularmente essenciais para reconhecer padrões e tendências em saúde quando realizadas periodicamente (Correia *et al.*, 2014; Martins, 2020).

No Brasil, alguns estados desenvolveram estudos transversais de abrangência estadual para a avaliação da saúde materno-infantil, sendo o estado do Ceará um dos pioneiros em 1987. Até a década de 80 os indicadores básicos de situação de saúde no Ceará eram desatualizados, indisponíveis ou pouco confiáveis. Nesse contexto, por uma demanda do governo com apoio do UNICEF e da Universidade Federal de Pelotas (Rio Grande do Sul) foi proposto a realização de um diagnóstico de base populacional específico para a população materno-infantil do estado, a PESMIC, tendo em vista a vulnerabilidade desse grupo e necessidade de delimitação de ações específicas aos agravos de saúde daquele determinado tempo e contexto. Foi ainda estabelecido o compromisso da realização de novas versões do inquérito para avaliação do efeito gerado pelas intervenções implementadas (Correia *et al.*, 2014).

A PESMIC iniciou objetivando a descrição dos estados e cobertura dos serviços de saúde materno-infantil das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e crianças (0 a 35 meses) residentes no Ceará, utilizando critérios relacionados a fatores socioeconômicos, dados antropométricos, nutricionais, mortalidade infantil, entre outros. Nesse primeiro levantamento,

a pesquisa identificou, por exemplo, a alta taxa de mortalidade infantil por diarreia (causa de 50% das mortes e 12% das crianças apresentaram diarreia no dia da entrevista no primeiro estudo), a partir da qual foram propostas estratégias políticas para reduzir a taxa, como a divulgação da terapia de reidratação oral. Assim, apesar do Ceará estar marcado pelos casos de mortalidade infantil, ele é visto como um dos estados com melhores índices de redução deste agravo à saúde (Oliveira; Chiquetti; Santos, 2013; eMartins, 2020).

O Estado do Ceará se caracteriza como um dos mais pobres do país, vivendo em clima semiárido. Seu desenvolvimento econômico se concentra basicamente na Região Metropolitana da capital Fortaleza, prevalecendo nas demais regiões rurais a agricultura de subsistência. Quanto à saúde, a maioria da população do estado depende do Sistema Único de Saúde (SUS). Os fenômenos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional ocorridos no Estado têm sido adequadamente registradas pela série das PESMIC's, que têm se tornado um instrumento de acompanhamento da situação de saúde e das políticas públicas implementadas no Ceará (Correia *et al.*, 2014).

As questões pesquisadas sobre crianças, mulheres e suas famílias evoluíram à medida que novos temas de interesse foram incluídos na agenda global, nacional ou local de saúde materno-infantil nas consecutivas PESMICs. As variáveis básicas, entretanto, permaneceram em todos os questionários, permitindo análises comparativas ao longo da série. Em todas as pesquisas, foram investigados indicadores básicos socioeconômicos e de saúde. Mas cada pesquisa teve um foco principal que variou da mortalidade infantil no primeiro estudo (1987), à saúde materna no segundo (1990), à saúde reprodutiva no terceiro (1994), à saúde da família no quarto (2001), nutrição materno-infantil no quinto (2007), desenvolvimento infantil no sexto PESMIC (2017) e anemia no atual (2023) (Figura 1) (Oliveira; Chiquetti; Santos, 2013).

Figura 1 - Anos em que foram realizados a PESMIC e seus respectivos temas principais

1987	1990	1994	2001	2007	2017	2023
• Mortalidade infantil	• Saúde materna	• Saúde reprodutiva	• Saúde da família	• Nutrição materno-infantil	• Desenvolvimento infantil	• Anemia

Fonte: Elaborada pela autora.

O reconhecimento da relevância e importância deste estudo no estado do Ceará estimulou sua continuidade, sendo que o estudo já foi feito mais seis vezes, tornando-se assim uma das poucas séries transversais de saúde materno-infantil. As bases de dados dos seis

estudos anteriores juntas fornecem informações detalhadas sobre 45.000 famílias, permitindo realizar várias análises, incluindo recortes históricos, sobre a evolução da saúde materno-infantil (Oliveira; Chiquetti; Santos, 2013). Esta experiência tem gerado, desde seu início, um proveitoso processo de integração academia/serviços, no qual os resultados das pesquisas têm interagido, dinamicamente, na formulação de políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil para o Estado, resultando em um impacto consistentemente positivo sobre a situação de saúde desta população, reconhecido, inclusive, em nível internacional (Amarante, 2020).

2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

No contexto do mundo moderno, as telas, antes mais restritas à televisão, evoluíram para dispositivos móveis e portáteis. Logo, celulares, tablets e smartphones foram incorporados na rotina de pessoas de diferentes circunstâncias sociais e faixas de idade, inclusive crianças. Paralelamente a isso, cresceu a inquietação de profissionais de saúde e educação sobre os impactos que essas tecnologias podem causar na vida das crianças.

Como discorrido anteriormente, a exposição excessiva de crianças a telas pode causar obesidade, problemas relacionados ao sono, à saúde mental e ao desenvolvimento infantil; assim como reduzir o tempo de interação social e familiar e favorecer exposição à conteúdos impróprios. Essas alterações na primeira infância podem levar a consequências transitórias ou permanentes até a vida adulta.

Esta pesquisa busca colaborar com a análise dos dados relacionados ao uso de telas por crianças na primeira infância no estado do Ceará e com a compreensão de possíveis fatores determinantes neste processo. Conhecer e entender os fatores associados ao tempo de tela excessivo em crianças representa uma necessidade de saúde pública como base fundamentadora para criação ou aprimoramento de políticas públicas voltadas às necessidades reais da primeira infância sob a ótica da saúde materno-infantil. A compreensão do uso de mídias digitais na primeira infância por meio de pesquisas avaliativas permite elaborar ações de intervenção para este período, com a possibilidade de diminuir ou reverter possíveis danos, tornando as ações mais eficazes e até mais econômicas.

Desta forma, considerando a relevância e contemporaneidade da temática, o presente estudo analisou dados de uma pesquisa de caráter populacional sobre saúde materno-infantil realizada com milhares de famílias que residem no estado do Ceará, um dos locais mais representativos do semiárido brasileiro. Avaliou dados do uso de telas digitais por crianças menores de seis anos e a identificação de fatores associados a esta variável, sendo possível um aprofundamento do conhecimento acerca desta problemática de forma mais direcionada. Assim, podem-se identificar fatores associados e agravos, promover intervenção precoce, bem como melhorar o crescimento e desenvolvimento infantil, promover ações para diminuir a incidência de injúrias, subsidiar melhorias de políticas públicas e um melhor desenvolvimento do estado a longo prazo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar as características e os fatores associados ao uso de tela excessivo em crianças na primeira infância no Estado do Ceará.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Estimar a prevalência do uso de tela excessivo na população do estudo;
- b) Caracterizar o uso de telas por crianças de 2 à 5 anos;
- c) Investigar a associação de fatores biológicos, familiares, econômicos e sociais ao tempo de tela excessivo em crianças da PESMIC;
- d) Identificar possíveis fatores de risco e de proteção para tempo de tela excessivo em crianças na primeira infância.

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

O presente estudo é do tipo transversal, analítico e de abordagem quantitativa. Trata-se de um recorte da VII Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC), um levantamento domiciliar com representatividade populacional e de abrangência estadual.

4.2 População e Local do estudo

A população da pesquisa foi constituída por crianças na primeira infância, de 0 a 71 meses e 29 dias de vida, e mulheres em idade reprodutiva, de 10 a 49 anos, residentes no estado do Ceará.

As séries da PESMIC são realizadas no Ceará, estado que está localizado na região nordeste do Brasil, com uma área de 148.894.477 km² e uma população estimada em aproximadamente 8,7 milhões de habitantes. Há uma grande concentração da população nas grandes cidades e 75% reside em zona urbana. A capital do estado é Fortaleza, que possui cerca de 28% da população dentre os 184 municípios do Ceará, figurando como 4^a município mais populoso do país (IBGE, 2022a, 2022b).

O estado do Ceará tem aproximadamente 93% de seu território inserido no semiárido nordestino, o que faz com que o estado seja vulnerável às temporadas de seca. A Revisão do Plano Plurianual (2020-2023) apresenta que o Ceará está na 12^a posição da economia do Brasil e na 3^a do Nordeste. A economia cearense se ampara principalmente nas atividades ligadas ao setor de serviços com 76,74% do Produto Interno Bruto estadual, seguido pelas atividades do setor industrial com 18,09% e pelas atividades do setor agropecuário com 5,17% (Nascimento *et al.*, 2022).

O Ceará possui um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,734, estimado como alto e ocupando a 12^a posição dentre as 27 unidades da federação; a capital Fortaleza apresenta IDH um pouco superior (0,754). O estado vem apresentando redução significativa na taxa de analfabetismo, que se encontra em 12%, porém ainda é o quinto estado com maior número de analfabetos do país. E sua taxa de mortalidade infantil é de 11,62 crianças a cada 1000 nascidos vivos (IBGE, [2023]).

4.3 Amostragem

Para obter o tamanho amostral, utilizou-se a fórmula para amostragem aleatória simples e o fator de correção igual a 2 para ajustar à amostragem por conglomerados.

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Em que:

n – amostra calculada

N – população

z – quantil da distribuição normal relativo ao nível de significância adotado

e – erro amostral

p – prevalência estimada

Para garantir a representatividade, o processo de amostragem seguiu os seguintes passos:

- a) Amostragem estratificada, considerando a proporção populacional da capital e do interior do estado, bem como por região de saúde (regiões geográficas que possuam características de saúde semelhantes);
- b) Amostragem sistemática para a seleção, inicialmente, de 40 municípios a serem pesquisados;
- c) Amostragem por conglomerados para a escolha dos domicílios dentro de cada município.

Nesta última etapa, foram utilizados os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022b) (áreas geográficas de extensão variável, mas com uma população uniforme de famílias) para localizar os conglomerados de 20 casas.

A amostragem foi randomizada, em que, inicialmente, foi criada uma lista com todos os municípios do estado com suas respectivas populações, organizados por região de saúde, sendo utilizadas como estratos para garantir a representatividade geográfica da amostra. Após isso foi sorteado o primeiro indivíduo que faria parte do estudo por meio dos números de 1 a 8.452.381 (população total do estado) com o auxílio do site random.org, que faz a randomização baseada em dados atmosféricos. Após o sorteio do primeiro indivíduo, foi

definido o tamanho dos saltos da amostragem sistemática dividindo-se a população total do estado pelo número de 40 municípios escolhidos, chegando-se a um intervalo de 211.309. Este é o intervalo de retirada, ou seja, o número utilizado para estabelecer os saltos realizados a partir do primeiro indivíduo que foi sorteado. Esse processo permite que um município de grande porte possa ser selecionado mais de uma vez, respeitando seu peso populacional na amostra, sem excluir os municípios menores, assegurando maior representatividade da população do estado. O que, realmente, aconteceu neste processo. A capital Fortaleza foi selecionada 12 vezes, e o município Caucaia 2 vezes, portanto, compuseram a amostra final um total de 28 municípios, a saber: Assaré, Barro, Baturité, Beberibe, Caridade, Caucaia, Chaval, Fortaleza, Groaíras, Icapuí, Iguatu, Ipueiras, Itapipoca, Itarema, Juazeiro Do Norte, Limoeiro Do Norte, Maracanaú, Maranguape, Morada Nova, Ocara, Orós, Pentecoste, Quixeramobim, Santa Quitéria, Santana Do Cariri, Sobral, Tauá e Tianguá.

Foram selecionados, por meio de sorteio, quatro setores censitários a cada vez que um município foi sorteado. Uma vez que o setor foi determinado e seu respectivo mapa obtido junto ao IBGE, a localização de um conglomerado de 20 casas a serem pesquisadas foi definida com o auxílio do software ArcGis. O primeiro domicílio a ser visitado também foi determinado por sorteio. O ponto de partida do conglomerado estabelecido para áreas urbanas foram cruzamentos de vias, sendo sorteadas as coordenadas dentro do setor com o auxílio da ferramenta *snapping* e do *mymaps* (função do Google que permite manipular dados sobre a malha de imagens do *googlemaps*). A partir do ponto indicado, foram visitados 20 domicílios consecutivos em que residisse pelo menos uma criança menor de 6 anos. O sentido escolhido foi à direção leste do mapa.

4.4 Coleta de dados

A equipe de coleta foi composta por uma coordenação técnica, institucional e de campo; um supervisor geral do estudo; três equipes de pesquisadores de campo, compostas cada uma de um supervisor e oito antropometristas/entrevistadores. Também compuseram a equipe uma secretária de apoio, uma auxiliar de pesquisa para revisão dos questionários e dois digitadores. Os pesquisadores de campos foram profissionais treinados com nível superior na área da saúde; os mesmos trabalharam em dupla cobrindo um setor, que corresponde à visitação de um conglomerado de 20 domicílios.

Após a determinação da primeira residência dentro do domicílio a ser pesquisada, o trabalho de campo seguia entrevistando consecutivamente todas as casas com crianças

menores de seis anos. As visitas ocorriam sempre seguindo o sentido horário de direção, sendo desconsideradas no conglomerado os estabelecimentos comerciais e casas desabitadas, o que na ocorrência desses, substituía-se pela casa vizinha. Na ausência dos integrantes familiares na casa, a equipe realizava até três tentativas de retorno para obtenção dos dados, antes de substituir o domicílio. O trabalho de campo foi executado de novembro de 2022 a março de 2023.

Em cada residência, todas as mulheres e crianças residentes nas faixas etárias da pesquisa tiveram suas medidas antropométricas recalculadas e os respectivos questionários aplicados. As informações foram coletadas utilizando três instrumentos diferentes (anexo A). O primeiro com informações gerais do domicílio, o segundo com informações de todas as mulheres que estivessem na faixa etária da pesquisa (10-49 anos) e o terceiro investigando informações das crianças com menos de seis anos de idade.

O estado nutricional das crianças foi obtido através das mensurações antropométricas de peso e altura. Para aferição do peso, utilizou-se uma balança eletrônica portátil da marca Tanita®, apropriada ao público, possibilitando a pesagem das crianças no colo das mães, se necessário, melhor leitura do valor no visor digital e menor erro do observador. Na estatura, utilizou-se um infantômetro (30 – 110 cm) portátil para as crianças (colocadas em posição horizontal quando menores de 2 anos e posição ortostática para as demais), com precisão de 1mm.

4.5 Critérios de Inclusão e de Exclusão

Foram incluídas neste estudo crianças com idade de 24 a 71 meses, independente de gênero.

Não foram incluídas crianças menores de 2 anos, pois o objetivo desta pesquisa foi investigar crianças que fazem uso de tela excessivo, e de acordo com os órgãos de saúde pediátrica (American Academy of Pediatrics, 2016; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019), as orientações para faixa etária < 2 anos é que não sejam expostas a qualquer tipo de tela.

E foram excluídas da amostra as crianças que tiveram em branco pelo menos um dos itens sobre quantas horas por dia ficavam na frente das telas, que correspondem às perguntas 101 a 103 do questionário da criança (Anexo A). E outros casos em que o tempo total de tela obteve valores inadequados, de provável erro, com tempo >19h/dia.

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis utilizadas foram escolhidas a partir do questionário da VII PESMIC, cujo formulário completo pode ser consultado no Anexo A. A variável dependente foi o tempo de tela excessivo e as variáveis independentes foram subdivididas em categorias: características da criança, referente aos fatores familiares e de adversidades sociais.

4.6.1 Tempo de tela excessivo

Para caracterizar o uso excessivo de tempo de tela usou-se o ponto de corte de 2 horas, ou seja, crianças com tempo de exposição à tela igual ou superior a duas horas/dia. Na coleta da variável, utilizou-se a soma de todas as exposições a telas contidas no questionário da entrevista, sobre as informações da criança, no item tempo de tela (Anexo A).

4.6.2 Variáveis das características da criança

- Idade
- Sexo
- Prematuridade
- Diagnóstico de Autismo
- Estado nutricional: através dos índices antropométricos - peso por idade, estatura por idade e peso por estatura, classificadas através do escore z (Brasil, 2011)
- Frequência creche/escola

4.6.3 Variáveis referente aos fatores familiares

- Zona de moradia: Rural ou Urbana
- Renda familiar: por salário mínimo
- Insegurança alimentar: avaliada com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (Brasil, 2014)
- Presença de outras crianças menores de 6 anos no domicílio
- Idade materna
- Escolaridade materna: em anos
- Trabalho materno

- Saúde mental da mãe: analisada por meio do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), em que um resultado ≥ 8 (maior ou igual a oito respostas SIM) considera a ocorrência de transtorno mental comum (Ribeiro; Perosa; Padovani, 2014)

4.6.4 Variáveis de adversidades sociais

- Violência doméstica
- Isolamento social vivenciado pela criança
- Pais separados ou divorciados
- Moradia com alguém com problemas de bebidas ou drogas
- Violência no bairro, vizinhança ou escola

4.7 Análise dos dados

Os dados foram coletados em questionários impressos e em seguida tabulados em planilha Excel. A análise dos dados foi realizada por meio do software Statistical Package for Social Science – SPSS (versão 24.0). Para todos os procedimentos inferenciais foram considerados como nível estatisticamente significativo valores de $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

Para descrever as características investigadas foram calculadas frequências absoluta e relativa para variáveis qualitativas, bem como média ou mediana, quartis e desvio padrão para as quantitativas. Com a finalidade de tornar os resultados comparáveis a outros estudos sobre o tema, bem como a inquéritos nacionais, as variáveis quantitativas foram categorizadas para as análises posteriores.

O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar a independência entre as variáveis explicativas e a variável desfecho do estudo em uma análise bivariada. A magnitude da associação foi expressa por medidas pontuais e intervalares de razão de prevalências. Os resultados desta fase constam em tabelas com as frequências, as medidas de associação e o valor de p de cada associação.

As variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) na etapa anterior juntamente às que obtiveram um $p < 0,20$ foram testadas novamente em um modelo de regressão logística múltipla a fim de se eliminar efeitos de confusão e interação, por meio da regressão de Poisson. O método de seleção de variáveis utilizado foi o *backward* e a partir do modelo obtido foram estimadas novas medidas de razão de prevalências ajustadas.

4.8 Aspectos éticos

O projeto da PESMIC VII foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP), respeitando-se as orientações ético-legais contidas na Resolução de nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, obtendo aprovação sob o parecer de número 5.614.102.

Para a coleta de dados, os entrevistados receberam explicação sobre os objetivos, procedimentos e sigilo dos dados, e ainda sobre o caráter voluntário, bem como o direito de interromper a entrevista assim que desejasse. Após a explicação, todas as mulheres da pesquisa, acima de 18 anos, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) para lerem e assinarem, assim como adolescentes e crianças e seus responsáveis legais fizeram o mesmo com o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Anexo C).

5 RESULTADOS

A VII PESMIC, realizada em 2023, contou com a participação de 3204 crianças. Aplicando o critério de inclusão desta pesquisa sobre a idade da criança, foram retiradas 1185 crianças menores de 2 anos e 7 amostras que não tinha a idade registrada. Já considerando os critérios de exclusão, que se referem a problemas no preenchimento do questionário da variável dependente, saíram mais 100 crianças. Totalizando um total de 1292 crianças da PESMIC que foram retiradas desta pesquisa, ficando uma amostra total de 1912.

A amostra foi composta por crianças de 2 a menores de 6 anos de idade, com distribuição proporcional em relação à idade e sexo, a média de idade das crianças foi de 3,88 anos. Somente 5% (98) da amostra nasceu prematura e 7,7% (147) foram diagnosticadas com autismo, segundo seus responsáveis. A maioria, quase 77% das crianças, frequentavam creche ou escola. Com relação ao seu estado nutricional, com medidas antropométricas medidas durante a entrevista e classificadas de acordo com os padrões da OMS, a maioria possui peso, altura e tórax adequados, menos de 5% das crianças estão abaixo do peso ou estatura, já 14% (267) estão sobrepeso e 12,6% (240) com peso elevado para idade (Tabela 01).

Tabela 01 - Análise descritiva das características das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	n	%
Idade da criança		
2 anos	535	28,0
3 anos	511	26,7
4 anos	456	23,8
5 anos	410	21,4
Sexo		
Masculino	997	52,1
Feminino	907	47,4
Prematuridade		
Sim	98	5,1
Não	1811	94,7
Autismo		
Sim	147	7,7
Não	1764	92,3

(continua)

Tabela 01 - Análise descritiva das características das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	n	%
HAZ (estatura x idade)		
< -2: baixa estatura	87	4,6
>= -2: estatura adequada	1770	92,6
WAZ (peso x idade)		
< -2: baixo peso	67	3,5
>= -2 e <= 2: peso adequado	1560	81,6
> 2: peso elevado	240	12,6
WHZ (peso x estatura)		
< -2: magreza	72	3,8
>= -2 e <= 2: eutrofia	1432	74,9
> 2: sobrepeso	267	14,0
Creche ou Escola		
Sim	1470	76,9
Não	442	23,1
(conclusão)		

Com relação às variáveis referentes às características familiares, 69% (1319) das crianças entrevistadas moravam em zona urbana e 57,5% (1100) em casas com baixa renda familiar, de até um salário mínimo. De acordo com o EBIA, 365 (19,1%) casas da amostra foram classificadas com insegurança alimentar. Mais de 80% (1542) das crianças não moravam com outra criança menor de 6 anos. Já com relação às características maternas, poucas possuíam idades consideradas precoces ou avançadas, somente 3,6% (68) tinha menos de 20 anos e 13,1% (250) 40 anos ou mais; 54,6% (1043) tinham escolaridade de ensino médio, que corresponde a 10-12 anos de estudo, 32,9% (630) tinham só ensino fundamental ou menos, e somente 10,6% (202) estavam em nível superior. Setenta e um por cento (1357) dessas mães afirmaram não possuir trabalho recebendo salário, das restantes, 10,1% (193) trabalhavam recebendo salário mas com atividade dentro de casa e 18,1% (350) trabalhavam fora de casa. E conforme o SRQ-20, 31,1% (595) dessas mães foram classificadas com transtornos mentais comuns (Tabela 02).

Tabela 02 - Análise descritiva das características familiares das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	n	%
Zona		
Rural	584	30,5
Urbana	1319	69,0
Renda (em salário mínimo)		
Até 1	1100	57,5
Mais de 1	801	41,9
Insegurança alimentar		
Sim	365	19,1
Não	1516	79,3
Crianças <6 anos no domicílio		
1	1542	80,6
> 1	367	19,2
Idade da mãe (anos)		
Menos de 20	68	3,6
20 a 29	774	40,5
30 a 39	816	42,7
40 ou mais	250	13,1
Escolaridade da mãe (anos)		
Até 9	630	32,9
10 a 12	1043	54,6
Mais de 12	202	10,6
Mãe trabalha		
Sim, fora de casa	350	18,3
Sim, dentro de casa	193	10,1
Não	1357	71,0
Transtorno mental		
Sim	595	31,1
Não	1290	67,5

Na Tabela 03 consta a prevalência das adversidades sociais sofridas pelas crianças da amostra. Seus responsáveis afirmaram que 5,5% (106) das crianças conviviam com casos de

violência doméstica e um número próximo de 7% (139) com violência em vizinhança ou no bairro de domicílio ou escola. Outro evento estressante é conviver ou já ter convivido com pais separados/divorciados, 32,3% (618) da amostra passou por essa adversidade; assim como 5,8% (110) moram com alguém que tenham problemas com alcoolismo ou drogas. E outro fator questionado foi se durante o ápice da pandemia do COVID 19, essa criança vivenciou o isolamento social, de acordo com as orientações da OMS, houve relatos de 87,7% (1677) das crianças terem ficado isoladas.

Tabela 03 - Análise descritiva das adversidades sociais em crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	n	%
Violência doméstica		
Sim	106	5,5
Não	1803	94,3
Violência no bairro		
Sim	139	7,3
Não	1772	92,7
Pais separados		
Sim	618	32,3
Não	1288	67,4
Alcoolismo ou drogas em domicílio		
Sim	110	5,8
Não	1801	94,2
Isolamento social		
Sim	1677	87,7
Não	229	12,0

Sobre as características do uso de telas que realizavam essas crianças, obtivemos o resultado da média e mediana de 3h por dia como tempo total de tela (Tabela 04). Desse tempo, aproximadamente, 1,5 horas eram assistindo TV e 1,2 horas assistindo vídeos em aparelhos de toque na tela, o restante, em menor proporção, eram em jogos eletrônicos e em internet com computadores/notebooks. A prevalência do uso excessivo de tela, igual ou maior a duas horas/dia foi em 74,1% da amostra. Em relação às brincadeiras sem o uso de telas, seus responsáveis afirmaram que as crianças brincavam em média 2h sozinhas e 1,3h com outras

crianças. E outro dado obtido foi da prática de atividade esportiva, em que tivemos uma média de 0,07 dias por semana, com um total de 1839 (96,2%) crianças sem praticá-las.

Tabela 04 - Análise quantitativa do uso de tela por crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mediana	Q3 / Q1	Mínimo / Máximo
Tempo de tela total (horas por dia)	3,04	1,99	3,00	4,00 / 1,50	0,00 / 14,00
Assistindo TV (horas por dia)	1,56	1,38	1,00	2,00 / 0,50	0,00 / 9,00
Na internet em computadores/notebooks (horas por dia)	0,06	0,31	0,00	0,00 / 0,00	0,00 / 3,00
Assistindo vídeos em aparelhos de toque na tela (horas por dia)	1,24	1,27	1,00	2,00 / 0,00	0,00 / 12,00
Em jogos eletrônicos (horas por dia)	0,19	0,50	0,00	0,00 / 0,00	0,00 / 5,00
Brincando sozinha sem aparelhos eletrônicos (horas por dia)	2,09	1,32	2,00	3,00 / 1,00	0,00 / 9,00
Brincando com outras crianças sem aparelhos eletrônicos (horas por dia)	1,38	1,19	1,00	2,00 / 0,50	0,00 / 10,00
Atividades esportivas (dias por semana)	0,07	0,39	0,00	0,00 / 0,00	0,00 / 5,00

Abaixo, constam as Tabelas 05 a 07 que apresentam a análise bivariada do tempo de tela com as características das crianças, sua família e adversidades sociais, respectivamente. Obtivemos relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com o tempo excessivo de tela para

as seguintes variáveis: idade da criança, zona de moradia, renda familiar, insegurança alimentar, escolaridade e trabalho materno. Nenhuma adversidade social mostrou relação significativa com tempo de tela.

Tabela 05 - Análise bivariada da relação de tempo de tela com as características das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	Total	Tempo de tela				RP (IC 95%)	Valor p
		2 horas ou mais		Menos de 2 horas			
		n	%	n	%		
Idade							<0,001
2 anos	535	351	65,6	184	34,4	1	
3 anos	511	370	72,4	141	27,6	1,1 (1,02 - 1,2)	
4 anos	456	361	79,2	95	20,8	1,21 (1,12 - 1,3)	
5 anos	410	335	81,7	75	18,3	1,25 (1,15 - 1,34)	
Sexo							0,244
Masculino	997	751	75,3	246	24,7	1,03 (0,98 - 1,09)	
Feminino	907	662	73,0	245	27,0	1	
Prematuridade							0,736
Sim	98	74	75,5	24	24,5	1,02 (0,91 - 1,15)	
Não	1810	1339	74,0	471	26,0	1	
Autismo							0,695
Sim	147	107	72,8	40	27,2	1	
Não	1764	1310	74,3	454	25,7	1,02 (0,92 - 1,13)	
HAZ (estatura x idade)							0,114
< -2: baixa estatura	87	58	66,7	29	33,3	1	
>= -2: estatura adequada	1770	1315	74,3	455	25,7	1,11 (0,96 - 1,3)	
WAZ (peso x idade)							0,378
< -2: baixo peso	67	47	70,1	20	29,9	1	
>= -2 e <= 2: peso adequado	1560	1155	74,0	405	26,0	1,06 (0,9 - 1,24)	
> 2: peso elevado	240	186	77,5	54	22,5	1,1 (0,93 - 1,31)	
WHZ (peso x estatura)							0,187
< -2: magreza	72	60	83,3	12	16,7	1,14 (1 - 1,29)	
>= -2 e <= 2: eutrofia	1432	1056	73,7	376	26,3	1 (0,93 - 1,09)	
> 2: sobrepeso	267	196	73,4	71	26,6	1	
Creche ou escola							0,583
Sim	1470	1085	73,8	385	26,2	1	
Não	442	332	75,1	110	24,9	1,02 (0,96 - 1,08)	

Teste qui-quadrado

Tabela 06 - Análise bivariada da relação de tempo de tela com as características familiares das crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	Total	Tempo de tela				RP (IC 95%)	Valor p
		2 horas ou mais		Menos de 2 horas			
		n	%	n	%		
Zona							<0,001
Urbana	1319	1031	78,2	288	21,8	1,2 (1,12 - 1,28)	
Rural	584	381	65,2	203	34,8	1	
Renda (em salário mínimo)							<0,001
Até 1	1100	784	71,3	316	28,7	1	
Mais de 1	801	626	78,2	175	21,8	1,1 (1,04 - 1,16)	
Insegurança alimentar							0,010
Sim	365	290	79,5	75	20,5	1,09 (1,03 - 1,16)	
Não	1516	1105	72,9	411	27,1	1	
Crianças <6 anos no domicílio							0,144
1	1542	1154	74,8	388	25,2	1,05 (0,98 - 1,13)	
> 1	367	261	71,1	106	28,9	1	
Idade da mãe (anos)							0,838
Menos de 20	68	49	72,1	19	27,9	1	
20 a 29	774	567	73,3	207	26,7	1,02 (0,87 - 1,19)	
30 a 39	816	611	74,9	205	25,1	1,04 (0,89 - 1,21)	
40 ou mais	250	188	75,2	62	24,8	1,04 (0,89 - 1,23)	
Escolaridade da mãe (anos)							0,001
Até 9	630	441	70,0	189	30,0	1	
10 a 12	1043	787	75,5	256	24,5	1,08 (1,01 - 1,15)	
Mais de 12	202	166	82,2	36	17,8	1,17 (1,08 - 1,27)	
Trabalho mãe							<0,001
Sim, fora de casa	350	284	81,1	66	18,9	1,14 (1,07 - 1,21)	
Sim, dentro de casa	193	159	82,4	34	17,6	1,16 (1,08 - 1,25)	
Não	1357	965	71,1	392	28,9	1	
Transtorno mental							0,569
Sim	595	446	75,0	149	25,0	1,02 (0,96 - 1,08)	
Não	1290	951	73,7	339	26,3	1	

Teste qui-quadrado

Tabela 07 - Análise bivariada da relação de tempo de tela com as adversidade sociais em crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	Total	Tempo de tela				RP (IC 95%)	Valor p
		2 horas ou mais		Menos de 2 horas			
		n	%	n	%		
Violência doméstica							0,142
Sim	106	85	80,2	21	19,8	1,09 (0,99 - 1,2)	
Não	1803	1330	73,8	473	26,2	1	
Isolamento social							0,061
Sim	1677	1254	74,8	423	25,2	1,08 (0,99 - 1,19)	
Não	229	158	69,0	71	31,0	1	
Pais separados							0,539
Sim	618	452	73,1	166	26,9	1	
Não	1288	959	74,5	329	25,5	1,02 (0,96 - 1,08)	
Alcoolismo ou drogas em domicílio							0,576
Sim	110	84	76,4	26	23,6	1,03 (0,93 - 1,15)	
Não	1801	1332	74,0	469	26,0	1	
Violência no bairro							0,687
Sim	139	105	75,5	34	24,5	1,02 (0,93 - 1,13)	
Não	1772	1311	74,0	461	26,0	1	

Teste qui-quadrado

Após análise bivariada com modelo de regressão logística, para eliminar efeitos de confusão e interação, por meio da regressão de Poisson, obtivemos os resultados que constam na tabela 08.

Tabela 08 - Análise multivariada por regressão de Poisson de fatores associados ao uso excessivo de tela em crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	Valor p
Idade da criança	1,08 (1,05 - 1,11)	<0,001
Zona		
Urbana	1,17 (1,10 - 1,25)	<0,001
Rural	1	

(continua)

Tabela 08 - Análise multivariada por regressão de Poisson de fatores associados ao uso excessivo de tela em crianças de 2 a menores de 6 anos de idade. Estado do Ceará, 2023.

Variáveis	RP ajustada (IC 95%)	Valor p
Creche ou escola		
Sim	1	
Não	1,13 (1,05 - 1,21)	0,001
Mãe trabalha		
Sim, fora de casa	1,13 (1,04 - 1,22)	0,004
Sim, dentro de casa	1,08 (1,01 - 1,14)	0,017
Não	1	
Escolaridade da mãe (anos)		
Até 9	1	
10 a 12	1,09 (1,02 - 1,16)	0,009
Mais de 12	1,12 (1,04 - 1,21)	0,002
		(conclusão)
Regressão de Poisson		

Após o ajuste para fatores confundidores, evidenciamos que a idade da criança está associada ao uso excessivo de tela para criança de 2 a 5 anos, a cada ano de idade mais se aumenta a razão de prevalência em 8% ($p < 0,001$) no uso exagerado de telas. Residir em zona urbana foi outro fator fortemente associado ao desfecho, com uma prevalência superior de 17% ($p < 0,001$). Assim como crianças que não frequentavam creches ou escolas obtiveram uma razão de prevalência de 1,13 em uso demasiado de telas, com significância estatística de 0,001.

Os outros fatores que se mostraram determinantes ao uso excessivo de telas nessas crianças foram os fatores maternos de escolaridade e ocupação. As crianças cujas mães trabalhavam foram associadas a um maior tempo expostas a telas, com uma prevalência de 13% nas que as mães trabalhavam fora de casa e 8% nas que trabalhavam em casa ($p = 0,004$ e $p = 0,017$, respectivamente). E quanto maior os anos de estudos das mães, maior foi a prevalência do uso excessivo de tela em seus filhos de 2 a 5 anos. Em mães que os anos de estudo correspondem ao ensino médio, a razão de prevalência foi de 1,09 ($p = 0,009$) e ao ensino superior 1,12 ($p = 0,002$).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar o tempo de tela em crianças na primeira infância com faixa etária de 2 a menores de 6 anos, e os fatores determinantes para o uso de tela excessivo.

Os dados desse estudo mostraram um tempo total de tela, em média, de 3h por dia, valor semelhante encontrado também por Raj *et al.* (2022) e Sacramento *et al.* (2023). Obteve-se uma prevalência de 74,1% das crianças com uso de tela em tempo excessivo, ou seja, igual ou superior a duas horas diárias.

O estudo de Nobre *et al.* (2021) encontrou que 63,3% das crianças, de 24 a 42 meses, tem tempo de tela superior a 2 horas/dia. A prevalência geral de tempo excessivo de tela entre crianças menores de cinco anos no estudo de Raj *et al.* (2022) foi de 91,4%. Em uma pesquisa transversal realizada na Índia, por conglomerados, com pessoas de 3 a 15 anos, a prevalência de uso de tela excessiva (>2 h) foi de somente 18% (Jain *et al.*, 2023). E Sandes, Guedes e Meneses (2022) observaram que cerca de 73% das crianças e adolescentes utilizavam as mídias por um tempo acima do recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), valor bem próximo ao deste estudo.

A idade para o início do uso de telas também não segue as recomendações das diretrizes pediátricas. Outra pesquisa, com crianças de 5 a 71 meses de vida, constatou que todas elas, independentemente da faixa etária, faziam uso de dispositivos de mídia diariamente, com 57,8% dessas usando por mais de 2h/dia. Foi relatado que todas as crianças iniciaram o uso até o segundo ano de vida, e 85 (83,3%) crianças iniciaram até antes de 1 ano de idade (Arantes; de-Morais, 2022). No estudo de Sacramento *et al.* (2023), a idade mediana em que as crianças foram expostas pela primeira vez a qualquer tipo de dispositivo eletrônico foi de seis meses. Além disso, 81,6% dos responsáveis/pais relataram que o tempo gasto em frente às telas aumentou durante a pandemia. Anitha *et al.* (2021) observou que 47,5% das crianças começaram a usar aparelhos predominantemente no 1º ano de vida. O tempo médio diário de tela foi de 2,11h, encontrado em 40,1% da população estudada, valor um pouco menor que o deste estudo.

Encontrou-se que, do tempo gasto em telas, as crianças passavam aproximadamente uma hora e meia assistindo TV e pouco mais de uma hora assistindo vídeos em aparelhos de toque na tela. O restante, em menor proporção, eram em jogos eletrônicos e em internet com computadores/notebooks. Outras literaturas também mostraram que as crianças passavam a maior parte do tempo em TV, seguido de aparelhos de toque na tela e poucas em computadores

ou vídeo game, que parece ser coisa de gerações passadas, mídia popular entre crianças maiores (Anitha *et al.*, 2021; Nobre *et al.*, 2021; Raj *et al.*, 2022).

Em outros estudos, inverte-se somente a ordem dos dois tipos de tela mais comum. No de Arantes e de-Morais (2022), o dispositivo de mídia mais utilizado foi o smartphone, sendo o preferido por 50,9% crianças e o segundo mais utilizado foi o televisor, representando 42,2% do total, e provando que este dispositivo ainda não foi deixado de lado. Assim como relatam Sandes, Guedes e Meneses (2022), o aparelho celular ou smartphone foi o dispositivo de mídia mais usado apontado pelos pais/responsáveis (45%). A televisão ficou em segundo lugar como a mídia mais utilizada, com 25% da preferência. O smartphone foi apontado também como o dispositivo de mídia preferido em todas as faixas etárias. A televisão, no entanto, teve seu uso mais frequentemente visto entre crianças da educação infantil (crianças menores) e nas famílias com renda entre 1 a 3 salários mínimos. Segundo Nobre *et al.* (2021), quanto mais elevado o nível econômico, maior a possibilidade de aquisição de diferentes mídias, conseqüentemente, maior tempo de tela.

Embora a televisão ainda continue sendo a mídia mais comum entre crianças em muitos estudos, é relevante considerar a tendência e o papel cada vez mais marcante de mídias interativas móveis. Por ser considerada uma tecnologia recente, os estudos sobre as mídias interativas e seu impacto na saúde e o desenvolvimento infantil estão surgindo na literatura. Apesar de ainda controverso, os estudos indicam que o uso poupado destas mídias, por permitir o toque de tela e interação da criança com seu conteúdo, diferente da televisão, pode contribuir positivamente para o desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor fino infantil (Nobre *et al.*, 2021).

É importante considerar que esses aparelhos são de uso mais prático, podendo ser transportados e utilizados em qualquer lugar. O fácil acesso aos dispositivos de mídia, somado à facilidade de manuseio e ao grande poder atrativo, facilitam e potencializam a disseminação do uso dessas tecnologias em todas as faixas etárias, principalmente na primeira infância. Normalmente, o primeiro contato com estes é propiciado pela disponibilidade de dispositivos pessoais dos pais em casa. O acesso aos equipamentos de mídia é geralmente facilitado e influenciado pelos pais, irmãos e outros familiares, sendo eles os primeiros mediadores desse uso, muitas vezes, com o objetivo de gerar distração passiva (Arantes; de-Morais, 2022; Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

Os resultados das pesquisas supracitadas e também os evidenciados do presente estudo contrariam a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Academia Americana de Pediatria (AAP) de que o tempo de exposição às telas seja adequado para a idade,

de acordo com a maturação e desenvolvimento cerebral. É preconizado que crianças com menos de dois anos não sejam expostas a nenhum tipo de tela, e exposição diária de no máximo 1 hora para crianças de 2 a 5 anos de idade, incluindo o uso de todas as mídias. É necessário que essa e outras recomendações sejam seguidas, com o início de uso após os 2 anos de idade, uso de conteúdo educativo e adequado para a idade e incluindo a presença de pais e cuidadores como mediadores no uso da tela. As mídias devem ser utilizadas como forma de entretenimento e não devem substituir a interação adulto-criança, criança-criança e não devem ser consumidas durante as refeições ou logo antes de dormir. Igualmente, é fundamental promover tempo fora de tela com atividades que promovam o desenvolvimento infantil, como leituras de livros, brincadeiras ao ar livre e interações sociais. (American Academy of Pediatrics, 2016; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2019).

A literatura aponta estudos que afirmam que os pais têm dificuldade de incorporar a recomendação de limitação de tempo de tela na rotina de seus filhos, uma vez que o tempo de tela dos adultos também é alto. No estudo de Sandes, Guedes e Meneses (2022), apenas 64% dos pais/responsáveis falaram que faziam controle do conteúdo acessado pelos filhos durante o uso de telas. Deve haver sensibilização por meio dos profissionais de saúde para os pais e educadores, alertando sobre os prejuízos do uso de telas e orientando sobre o seu uso conforme ditam as recomendações da AAP e SBP (Nobre *et al.*, 2021; Lima *et al.*, 2023).

Apesar das tecnologias serem facilitadoras no cotidiano, o seu uso abusivo pelo público infantil, principalmente na faixa etária dos 0 aos 5 anos de idade, pode ter consequências na aprendizagem das crianças, repercutindo em atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, bem como provocar e/ou agravar problemas de saúde cognitivos, físicos e socioemocionais. Destaca-se que o uso excessivo de telas por crianças pode ocasionar atrasos de linguagem devido a menor exposição à estimulação verbal, com repercussões na diminuição dos níveis de leitura, compreensão verbal e raciocínio perceptivo. Além disso, observa-se também comprometimento da memória de trabalho e da velocidade de processamento de informações, bem como da qualidade de sono. O uso inadequado dos dispositivos tecnológicos também pode minimizar as interações pessoais, provocando isolamento social e favorecendo o desenvolvimento precoce de problemas psicológicos, como a depressão (Vasconcelos *et al.*, 2023).

O tempo de tela em crianças foi amplamente exacerbado com a recente pandemia do Coronavírus e os vários confinamentos impostos pelo país. Tendo potencial de estar associado ao comprometimento cognitivo, prejuízos de linguagem, além de alteração da qualidade do sono, distúrbios de humor, hiperatividade-desatenção, irritabilidade, déficit de

atenção e comprometimento do desenvolvimento cognitivo e socioemocional, levando a um baixo desempenho educacional, bem como limitando as crianças no uso de sua imaginação ou na exploração do mundo ao seu redor. Além disso, devido ao tempo exagerado/excessivo dedicado ao uso de mídias, a restrição de diversão, de lazer, práticas de atividade física em família ou de outras práticas de aprendizado também podem estar relacionadas ao surgimento de obesidade infantil e ainda influenciar o tabagismo e uso de outras drogas nessa população (Arantes; de-Morais, 2022; Raj *et al.*, 2022; Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

Os achados da revisão de Resende *et al.* (2024) revelam que o uso excessivo de telas durante a pandemia trouxe inúmeras consequências para crianças e adolescentes, com maior incidência de deficiência visual, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, além de ganho de peso, prejuízo na qualidade do sono e prejuízos na saúde mental.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) ainda lista os principais problemas e alertas de saúde de crianças e adolescentes na era digital, que são: dependência digital e uso problemático das mídias interativas; problemas de saúde mental: irritabilidade, ansiedade e depressão; transtornos do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); transtornos do sono; transtornos de alimentação: sobrepeso/obesidade e anorexia/bulimia; sedentarismo e falta da prática de exercícios; *bullying* e *cyberbullying*; transtornos da imagem corporal e da autoestima; riscos da sexualidade, nudez, sexting, sextorsão, abuso sexual, estupro virtual; comportamentos autolesivos, indução e riscos de suicídio; aumento da violência, abusos e fatalidades; problemas visuais, miopia e síndrome visual do computador; problemas auditivos e perda auditiva induzida pelo ruído; transtornos posturais e musculoesqueléticos; uso de nicotina, *vaping* (cigarro eletrônico), bebidas alcoólicas, maconha, anabolizantes e outras drogas.

Quanto ao tipo de mídia, a literatura associa a exposição intensa à televisão ao atraso da linguagem, à dificuldade de interação social, à formação do estilo de vida sedentário e pouco estímulo à criatividade. Os estudos sobre as mídias interativas e seu impacto na saúde e no desenvolvimento infantil começaram a aparecer na literatura, sendo algumas vezes ainda controversos, principalmente em relação ao desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor-fino, pois teoricamente, a mídia interativa, quando usada adequadamente, ou seja, com orientação e interação de um adulto, pode ser uma das ferramentas para promover o desenvolvimento de crianças (Nobre *et al.*, 2021; Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

O uso de tablets, por exemplo, foi considerado como um recurso tecnológico útil na estimulação das funções visuais e táteis em crianças entre dois e três anos de idade. No entanto, pode representar riscos por ser uma atividade que favorece o sedentarismo, isolamento social e emocional. Assim, o efeito do uso de mídia interativa no desenvolvimento infantil

depende em grande parte do contexto social e do tipo de atividade (Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

É demonstrada uma relação direta entre o aumento do tempo de tela e os prejuízos no desenvolvimento infantil. Porém, o tipo de conteúdo de tela pode fomentar aspectos positivos ou negativos no desenvolvimento infantil. Os conteúdos não educativos e inadequados para idade foram associados com atrasos no desenvolvimento. Por outro lado, os benefícios dos dispositivos eletrônicos são observados na maioria das vezes apenas em ambientes escolares, com a participação de adultos e aplicativos de software específicos. A presença de um mediador durante o uso das mídias digitais, minimiza os possíveis riscos e favorece um desenvolvimento infantil adequado (Lima *et al.*, 2023).

Considerando o uso de telas como um aspecto central da sociedade atual, o acesso das crianças a este tipo de entretenimento torna-se inevitável. Sendo assim, o principal ponto de discussão é como controlá-lo para se tornar o mais saudável possível. Enfatiza-se a importância deste assunto no âmbito social atual, a fim de que os responsáveis por crianças entendam a necessidade de estabelecer um limite de tempo para a utilização das telas, buscando outras estratégias de entretenimento, com o intuito de que não haja consequências graves no desenvolvimento neuropsicomotor das crianças. Novos estudos são essenciais para compreender com mais propriedade os impactos do uso de tela na infância, bem como aprofundar sobre fatores que possam abrandar os seus riscos e potencializar os benefícios, com o intuito de promover um desenvolvimento saudável e equilibrado para as crianças (Maragni, 2022; Lima *et al.*, 2023; Vasconcelos *et al.*, 2023).

Ao analisar os fatores associados ao uso excessivo de tela, alguns resultados merecem uma discussão mais específica. A idade das crianças foi um fator fortemente associado, com um aumento de 8% na prevalência a cada ano a mais de idade. Resultado semelhante com o estudo de Przybylski e Weinstein (2017), com quase 20.000 crianças com idade entre os 2 e os 5 anos, e o estudo por conglomerados na Índia (Jain *et al.*, 2023), em que o uso de telas aumenta conforme a idade. Sandes, Guedes e Meneses (2022) também observaram que a faixa etária tem relação estatística significativa em relação ao tempo de uso de mídias, sendo observado que maior tempo de exposição às telas ocorre nas maiores faixas etárias.

A zona de moradia também se mostrou associada ao uso de telas maior que 2 horas/dia. Crianças que residiam em zona urbana foram mais fortemente associadas ao desfecho do que as de zona rural. Há pouco relatos desse desfecho na literatura, porém Jain *et al.* (2023) não encontrou diferença com relação à zona de moradia. Mas acredita-se que esse resultado

pode estar relacionado ao maior acesso aos dispositivos tecnológicos que as crianças de zona urbana possam ter em relação aos de zona rural.

Pesquisas relatam a diferença do uso de telas em crianças de acordo com sua renda familiar ou nível socioeconômico. Neste estudo, houve uma tendência de uso excessivo de telas em famílias com renda de mais de 1 salário mínimo, porém após análise multivariada, não se obteve relação entre essas variáveis. Contudo, os estudos aqui analisados apresentam resultados divergentes, enquanto os nacionais demonstram que crianças de classes mais altas têm tempos de telas maiores (Nobre *et al.*, 2021; Sandes; Guedes; Meneses, 2022), estudos de outros países dizem o contrário (Bernard *et al.*, 2017; Przybylski; Weinstein, 2017).

Nobre *et al.* (2021) encontrou que crianças pertencentes aos estratos superiores da classificação econômica apresentaram 3,5 vezes mais chances de terem maior exposição às telas. Quanto mais elevado o nível econômico, maior a possibilidade de aquisição de diferentes mídias, conseqüentemente, maior tempo de tela. Embora a TV tenha se popularizado, com preços mais acessíveis, os smartphones e tablets são de valor aquisitivo mais elevado. A literatura também afirma que as famílias de renda mais alta instalam mais aplicativos especificamente para seus filhos, incluindo jogos e aplicativos educacionais (Nobre *et al.*, 2021; Sandes; Guedes; Meneses, 2022).

Outro fator que pode ser determinante para uso de telas na primeira infância é a frequência escolar ou na creche. De acordo com estes resultados, crianças que não frequentavam creches/escolas obtiveram uma razão de prevalência de 1,13 em uso demasiado de telas. A variabilidade dos comportamentos sedentários entre dias de semana e finais de semana tem sido mais amplamente pesquisada e as evidências mostram que há um aumento significativo no uso de telas e no tempo sedentário nos finais de semana. E que o uso de telas predomina inclusive nos dias de semana, quando o jovem não vai à escola (Jesus *et al.*, 2022).

O uso da tela é uma atividade de vigília que envolve baixo gasto de energia, sendo considerada uma forma de comportamento sedentário. A falta de atividade física é reconhecida como uma das principais causas de morbidade e mortalidade evitáveis em todo o mundo. Em adultos, um estilo de vida sedentário é um fator de risco independente para doenças cardiovasculares e metabólicas. Na infância, o estilo de vida sedentário tem sido independentemente associado à obesidade, pressão arterial mais elevada e pior saúde mental. O efeito mais estudado do uso de tela prolongado é a redução da atividade física de crianças e adolescentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda pelo menos 2 horas de atividade física por dia para crianças e adolescentes (Bernard *et al.*, 2017; Jain *et al.*, 2023).

Um dado preocupante desta pesquisa foi a média de 0,07 dias por semana na prática de atividades esportivas, com 96% das crianças sem realizar essas atividades. Mas, seus responsáveis afirmaram que as crianças brincavam em média 3h/dia sem aparelhos eletrônicos.

O comportamento sedentário dos pequenos pode ser diretamente associado ao uso das telas, uma vez que vivemos um crescimento esporádico das mídias e programas focados nas crianças. Há evidências de que crianças obesas passam muito tempo em frente às telas aos finais de semana e que crianças com tempo de tela mais altos são duas vezes mais prováveis de consumir salgadinhos excessivamente (Maragni, 2022). Rezende *et al.* (2014) afirma que há fortes evidências de uma relação entre comportamento sedentário (baseado em assistir TV e tempo de tela) e obesidade em crianças e adolescentes; além de evidências moderadas para pressão arterial e colesterol total elevados, problemas de comportamento social, autoestima, aptidão física e desempenho acadêmico. Porém, no presente estudo não houve associação entre uso excessivo de tela e estado nutricional das crianças de 2 a 5 anos, avaliados por meio de medidas antropométricas e classificadas de acordo com os padrões da OMS.

Além disso, a disponibilidade de equipamentos de atividade física e o estímulo de suas práticas, como andar de bicicleta, são inversamente associadas ao uso de telas por crianças (Vasconcelos *et al.*, 2023). Assim como no estudo de Jain *et al.* (2023), em que crianças que não liam outros livros além dos didáticos e não brincavam ao ar livre por mais de 2 horas por dia apresentaram risco aumentado de tela excessiva.

As estratégias para reduzir comportamentos sedentários em casa incluem a criação de normas familiares que limitem o tempo de exposição às telas para fins de lazer e entretenimento. Quando possível, esse tempo de tela pode ser aproveitado para videogames que dependem de movimentos corporais em diversos níveis de intensidade. A atividade física também pode ser estimulada por meio de brincadeiras ativas em casa, no quintal ou no jardim, como pular corda, circuitos, jogos com bola, dança e ioga (Jesus *et al.*, 2022).

Outros fatores bastante associados e citados na literatura são as características parentais. Nesta pesquisa, as crianças cujas mães trabalhavam foram associadas a um maior tempo expostas a telas, principalmente nas que as mães trabalhavam fora de casa. E quanto maior os anos de estudos das mães, maior foi a prevalência do uso excessivo de tela em seus filhos de 2 a 5 anos. As variáveis de idade materna e presença de transtorno mental nas mães não obtiveram associação com o desfecho. E as características paternas, assim como o tempo de tela dos pais, não foram estudadas.

Em seu estudo, Bernard *et al.* (2017) encontrou como preditores de tempo de tela mais longo: idade materna mais jovem e maior tempo de televisão dos pais. Ao contrário de

Raj *et al.* (2022) que achou um maior probabilidade de tempo de tela excessivo em crianças com pais de idade igual ou superior a 30 anos. Mas concordou que o tempo de tela dos pais superior a 2 horas por dia também foi um forte preditor modificável de tempo excessivo de tela entre crianças menores de cinco anos.

Tanto a pesquisa de Przybylski e Weinstein (2017) como a de Bernard *et al.* (2017) correlacionaram um maior tempo de tela em crianças com cuidadores/pais de menor escolaridade, discordando dos resultados do presente trabalho. Já na de Jain *et al.* (2023), as características parentais de escolaridade e ocupação da mãe, tipo de família ou número de familiares não apresentaram relação com o tempo de tela em crianças. O atual estudo também investigou o número de crianças em domicílio e separação dos pais e também não mostrou correlação com o desfecho, assim como nenhuma outra adversidade social pesquisada (a saber: isolamento social na pandemia do COVID, violência doméstica ou no bairro e alcoolismo ou drogas no domicílio).

As telas têm sido utilizadas como facilitadoras das rotinas diárias. Os cuidadores consideram que o uso de tela é uma ação que pode ser feita sozinha. Os pais vêm utilizando cada vez mais artefatos como celular, televisão, tablets e videogames como recursos para manter seus bebês comportados e conter o comportamento das crianças em situações que os convêm, de maneira a excluir seus filhos de situações sociais, mantendo-os alienados nas telas (Maragni, 2022; Lima *et al.*, 2023). Pode ser nesse sentido, da distração passiva, que se obteve neste estudo tempo de tela maior nas crianças cuja mães possuíam ocupação.

Outra questão importante é que o uso de mídias dos pais está intimamente relacionado ao tempo de tela das crianças, não apenas por servirem de exemplo para os filhos, mas também por substituir o vínculo adulto-criança. Desta forma, refletir o uso excessivo dos adultos é um bom ponto de partida para repensar o uso excessivo das crianças (Maragni, 2022).

Indica-se que pais que tenham maior escolaridade façam mais uso de mídia em sua rotina, o que pode influenciar diretamente no tempo de tela da criança. É possível que as mães com maior escolaridade disponibilizem mais recursos para o desenvolvimento infantil, utilizando a mídia interativa como recurso para promoção do aprendizado. Quanto mais disponibilidade de brinquedos e materiais de aprendizagem no domicílio, maior a possibilidade de haver recursos tecnológicos como mídias interativas, computadores e televisão e, portanto, maior tempo de exposição às telas (Nobre *et al.*, 2021).

Atualmente, percebe-se que o uso de telas não é muito supervisionado por pais e responsáveis. Isso ocorre pois, muitas vezes, os adultos acreditam nos impactos positivos das telas ou por conta de contextos socioculturais delicados. Portanto, manter as crianças dentro

dos limites sugeridos pelos órgãos de pediatria torna-se bastante complicado a partir do momento que os pais também se envolvem em tempos de tela exacerbados. Crianças não são responsáveis por seu uso de eletrônicos – os principais responsáveis por estes números altos são o fácil acesso e a falta de informação por parte dos pais. Os adultos falham em orientar os filhos pela falta de informação sobre o assunto ou até mesmo pela facilidade de controlar o comportamento das crianças a partir das mídias (Nishi; Silva, 2023).

Arantes e de-Morais (2022) afirmaram que ao serem questionados se alguma vez receberam informação pelo pediatra sobre os riscos à saúde da criança pelo uso excessivo de tela, 93,1% dos entrevistados negaram tal abordagem do profissional. Pesquisas referem que alguns pais e a maioria das crianças e adolescentes são incapazes de reconhecer os riscos a que são expostos pelo consumo de mídia, e, conseqüentemente, isso dificulta a capacidade de definir e impor limites. É importante que pais e educadores assegurem um ambiente virtual seguro que favoreça um desenvolvimento integral e adequado a esse público. A relação da criança com o mundo digital repercutirá positiva ou negativamente dependendo da mediação do adulto, da qualidade do conteúdo e da quantidade de tempo gasto nesta atividade (Arantes; de-Morais, 2022).

Ressalta-se a importância de falar sobre o assunto no dia a dia, a fim de conscientizar um uso tão automatizado atualmente. Controlar o acesso e acompanhar o que as crianças consomem em frente às telas é papel dos adultos diretamente responsáveis por elas, visto que se trata de um aspecto que se tornou central para o cuidado da infância. Portanto, é fundamental o papel da equipe de saúde para o auxílio e participação na infância destas crianças, dando auxílio aos pais, para que entendam estes impactos na vida de seus filhos e que saibam ajudá-los, e assim, reduzam os efeitos negativos da tecnologia, promovendo também o aconselhamento de como se deve ser usada. Algumas estratégias de monitoramento tornam o uso de telas mais saudável: covisualização com a criança, restrição do tempo gasto na mídia, restrição do conteúdo visualizado na tela, e oferta de mediação ativa e opiniões sobre conteúdos midiáticos (Lima *et al.*, 2023; Nishi; Silva, 2023).

No Brasil, os estudos sobre tempo de tela e fatores associados ainda são insuficientes, mas é evidente a existência de uma demanda atual no cuidado da população pediátrica, no que se refere à construção de parâmetros para o uso das telas por crianças na primeira infância, visto que há influência do tempo, forma e qualidade da exposição às telas no desenvolvimento. São necessários estudos longitudinais a fim de monitorar o uso das mídias e seus efeitos de forma controlada. Enquanto isso, cabe aos profissionais de saúde que lidam com essa população orientar pais e cuidadores e traçar estratégias para promover o uso saudável

dessas tecnologias até que sejam mais bem estabelecidos seus impactos na saúde e no desenvolvimento infantil (Nobre *et al.*, 2021; Arantes; de-Morais, 2022).

A presente pesquisa buscou compreender os fatores associados ao tempo de tela em uma amostra representativa da primeira infância a fim de contribuir para a construção de evidências para aplicabilidade em intervenções futuras benéficas ao desenvolvimento infantil. Os dados obtidos neste estudo servem como base para futuras pesquisas comparáveis ou intervencionistas nesta área. Como limitações da pesquisa aponta-se a coleta por meio do relato de pais/responsáveis, o que favorece o viés de memória e desejabilidade social, entretanto esta ainda é a forma mais utilizada em pesquisas; e a natureza transversal da pesquisa, não sendo possível prever relação de causa e efeito. Apesar dessa limitação, estudos transversais têm sido utilizados para o reconhecimento de possíveis causas a serem incluídas em estudos de coorte, que são mais adequados para descrever os fatores de risco de uma doença. Sugere-se em novas pesquisas, estudar também crianças menores de dois anos, que cada vez mais possuem acesso a telas, e consequências nos primeiros mil dias de vidas tem impactos significativos; assim como estudos com abordagem qualitativa e longitudinal, a fim de se obter uma melhor compreensão sobre o uso de tela e seus fatores.

7 CONCLUSÃO

Na presente pesquisa encontrou-se um tempo total médio de 3 horas diárias de uso de tela em crianças maiores de 2 anos na primeira infância, tempo acima do recomendado pelos órgãos pediátricos. Com uma prevalência de 74,1% das crianças pesquisadas usando demasiadamente, por pelo menos 2 horas/dia.

O uso excessivo de telas na primeira infância afeta o desenvolvimento pleno de uma criança, por modificar fatores motores, habilidades comunicativas, cognitivas e socioemocionais, podendo ocasionar consequências até a vida adulta dessa criança. Sendo assim, é preocupante ver o alto uso de telas digitais pela população pediátrica, muitas vezes, sem controle, fiscalização ou intermediação de pais/responsáveis, permitindo assim que a criança fique exposta aos seus diversos riscos. Desse modo, intervenções precoces ainda na primeira infância são fundamentais para a garantia de uma qualidade de vida em idades posteriores e para a formação de uma sociedade mais igualitária e promissora ao desenvolvimento dos indivíduos.

Esta condição do uso demasiado de telas esteve diretamente associada à idade da criança, quanto maior seus anos de vida, maior o tempo em que ficava exposta a telas; com a zona de moradia de urbana comparada com a rural, com crianças que não frequentavam creches ou escolas; e aos filhos de mães que trabalhavam, fora ou dentro de casa; e aos de mães com maior escolaridade.

Conhecer esses fatores é de grande importância para determinar grupos de risco mais elevados, para os quais as ações de prevenção e orientações devem ser, principalmente, voltadas. Ademais, os resultados encontrados neste estudo podem servir de orientação de forma a contribuir para o planejamento e a implementação de políticas e programas voltados à saúde da criança e ao desenvolvimento infantil. Ressalta-se ainda que grandes bancos de dados nacionais são incomuns em países em desenvolvimento e, quando disponíveis, fornecem informações fundamentais para melhorar as políticas de saúde. Assim, há importância em manter pesquisas como a PESMIC de forma periódica, que podem auxiliar outros pesquisadores na avaliação da população pediátrica cearense, até de forma longitudinal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. L. *et al.* Intervenção educativa sobre uso de mídias digitais na primeira infância. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 103-116, 2022.
- AMARANTE, M. M. F. do. **Prevalência e fatores determinantes para asma em crianças de 3 a 6 anos no Estado do Ceará**. 2020. 64f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Media and young minds: Council on communications and media. **Pediatrics**, [s. l.], v. 138, n. 5, p. 1-6, 2016.
- ANITHA, F. S. *et al.* Association of digital media exposure and addiction with child development and behavior: a cross-sectional study. **Industrial Psychiatry Journal**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 265-271, 2021.
- ARANTES, M.; DE-MORAIS, E. A. Exposure and use of media device in early childhood. **Residência Pediátrica**, Copacabana, v. 12, n. 4, p. 1-6, 2022.
- BERNARD, J. Y. *et al.* Predictors of screen viewing time in young Singaporean children: the gusto cohort. **International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 1-10, 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 [...]. Brasília, DF: Presidência da República, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. População residente: estudos e estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2021 – Brasil. **Tabnet.Datasus**, Brasília, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>. Acesso em: 28 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Proporção de crianças em situação domiciliar de baixa renda – Ceará. **Tabnet.Datasus**, Brasília, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/censo/cnv/crianpobrce>. Acesso em: 28 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA**: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Estudo Técnico. Brasília, DF: MDS, 2014.

BRITTO, P. R. *et al.* Advancing Early Childhood Development: From Science to Scale 2: Nurturing care: Promoting early childhood development. **The Lancet**, [s. l.], v. 389, n. 10064, p. 91–102, 2017.

CAMILO, L. dos S. **Avaliação do desenvolvimento infantil de crianças moradoras de comunidades em vulnerabilidade social de Maceió-AL**. 2018. 71f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **TIC Kids online Brasil**: Pesquisa sobre o uso da internet por crianças e adolescentes no Brasil São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2016.

CORREIA, L. L. *et al.* Methodology of maternal and child health populational surveys: a statewide cross-sectional time series carried out in Ceará, Brazil, from 1987 to 2017, with pooled data analysis for child stunting. **Annals of Global Health**, [s. l.], v. 85, n. 1, p. 1–11, 2019.

CORREIA, L. L. *et al.* Metodologia das Pesquisas Populacionais de Saúde Materno-Infantil: uma série transversal realizada no Estado do Ceará de 1987 a 2007. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 14, p. 353-362, 2014.

CYPEL, S. (Org.). **Fundamentos do desenvolvimento infantil**: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

DIAS, I. S.; CORREIA, S.; MARCELINO, P. Desenvolvimento na primeira infância: características valorizadas pelos futuros educadores de infância. **Revista Eletrônica de Educação**, São Carlos, v. 7, n. 3, p. 9-24, 2013.

FILGUEIRAS, A. **Adaptação transcultural e avaliação psicométrica do Ages and Stages Questionnaires (ASQ) em creches públicas da cidade do Rio de Janeiro**. 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica; Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

FIRK, C. *et al.* Cognitive development in children of adolescent mothers: The impact of socioeconomic risk and maternal sensitivity. **Infant Behavior and Development**, [s. l.], v. 50, p. 238-246, 2018.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; UNICEF. **Estrutura metodológica da iniciativa Unidade Amiga da Primeira Infância**: saúde e educação infantil. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza: UNICEF, 2021.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Visível e Invisível**: a vitimização de mulheres no Brasil. 4. ed. São Paulo: FBSP, 2023.

IBGE. BRASIL/CEARÁ: Panorama. **IBGE Cidades**, Rio de Janeiro, 2022a. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 28 out. 2023.

IBGE. BRASIL/CEARÁ/FORTALEZA: Panorama. **IBGE Cidades**, Rio de Janeiro, 2022b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/fortaleza/panorama>. Acesso em: 28 out. 2023.

IBGE. Cidades e Estados. **IBGE**, Rio de Janeiro, [2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce.html>. Acesso em: 28 out. 2023.

JAIN, Shilpa *et al.* Prevalence and Determinants of Excessive Screen Viewing Time in Children Aged 3–15 Years and Its Effects on Physical Activity, Sleep, Eye Symptoms and Headache. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 3449, 2023.

JESUS, G. M. *et al.* Missing class increases the daily frequency of screen use among schoolchildren. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Santa Catarina, v. 27, p. 1-8, 2022.

KROSHUS, Emily *et al.* Problematic child media use during the COVID-19 pandemic. **Pediatrics**, [s. l.], v. 150, n. 3, p. e2021055190, 2022.

LIMA, T. B. *et al.* Efeitos da exposição excessiva de telas no desenvolvimento infantil. **Brazilian Journal of Implantology And Health Sciences**, [s.l.], v. 5, n. 4, p. 2231-2248, 2023.

LOPES, D. A. C.; SILVA, C. A. F. da. Reflexões sobre o uso abusivo de telas por crianças na primeira infância. **Revista Contemporânea**, [s.l.], v. 3, n. 6, p. 7022-7040, 2023.

MARAGNI, C. V. **Exposição excessiva às telas e suas consequências para o desenvolvimento**. 2022. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

MARTINS, M. I. S. **Experiências adversas na primeira infância e desenvolvimento neuropsicomotor**: abordagem populacional no Ceará. 2020. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade de Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.

NASCIMENTO, R. L. X. *et al.* **Caderno de caracterização do Estado do Ceará**. Brasília: CODESVAF, 2022.

NAUDEAU, S. *et al.* **Como investir na primeira infância**: um guia para a discussão de políticas e a preparação de projetos de desenvolvimento da primeira infância. São Paulo: Singular, 2011.

NISHI, S. S.; SILVA, D. da. As consequências emocionais da exposição de telas digitais em crianças de 2 a 6 anos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 9, n. 7, p. 157-173, 2023.

NOBRE, J. N. P. *et al.* Fatores determinantes no tempo de tela de crianças na primeira infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 3, p. 1127-1136, 2021.

OLIVEIRA, A. S.; CHIQUETTI, E. M. dos S.; SANTOS, H. dos. Caracterização do desenvolvimento motor de lactentes de mães adolescentes. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 349-354, 2013.

PEREIRA, V. A. *et al.* Investigação de fatores considerados de risco para o desenvolvimento motor de lactentes até o terceiro mês. **Pensando famílias**, [s. l.], v. 19, n. 2, p. 73-85, 2015.

PRZYBYLSKI, A. K.; WEINSTEIN, N. Digital Screen Time Limits and Young Children's Psychological Well-Being: evidence from a population-based study. **Child Development**, [s. l.], v. 90, n. 1, p. 1-10, 2017.

RAJ, D. *et al.* Determinants of Excessive Screen Time among Children under Five Years Old in Selangor, Malaysia: a cross-sectional study. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 3560, 2022.

RESENDE, M. A. A. *et al.* Impacts caused by the use of screens during the COVID-19 pandemic in children and adolescents: an integrative review. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 42, p. 1-10, 2024.

REZENDE, L. F. M. *et al.* Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. **Plos One**, [s. l.], v. 8, n. 9, p. 1-7, 2014.

RIBEIRO, D. G.; PEROSA, G. B.; PADOVANI, F. H. P. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 215-226, 2014.

ROCHA, H. A. L. *et al.* Adverse Childhood Experiences and Child Development Outcomes in Ceara, Brazil: a population-based study. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 60, n. 4, p. 579-586, 2021.

ROCHA, H. A. L. *et al.* Undernutrition and short duration of breastfeeding association with child development: a population-based study. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 98, n. 3, p. 316-322, 2022.

SACRAMENTO, J. T. *et al.* Association between time of exposure to screens and food consumption of children aged 2 to 9 years during the COVID-19 pandemic. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 41, p. 1-8, 2023.

SANDES, M. F.; GUEDES, T. R.; MENESES, K. C. B. Avaliação do uso de telas digitais por crianças e adolescentes em tempos de pandemia. **Brazilian Journal Of Development**, Curitiba, v. 8, n. 9, p. 64081-64113, 2022.

SANTANA, R.R. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento motor de pré-escolares de uma escola pública de João Pessoa, Paraíba. **Revista de Terapia Ocupacional**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 299-308, 2017.

SANTOS, C. C. dos; BARROS, J. F. Efeitos do uso das novas tecnologias da informação e comunicação para o desenvolvimento emocional infantil: uma compreensão psicanalítica. **Psicologia Pt**, [s. l.], p. 1-25, 2017.

SILVA, A. C. D da; ENGSTRON, E. M; MIRANDA, C. T. de. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 1881-1893, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de Orientação**: Grupo de Trabalho Saúde na Era Digital (2019-2021): #Menos Tela #Mais Saúde. Rio de Janeiro: SBP, 2019.

VASCONCELOS, Y. L. C. *et al.* O impacto do uso excessivo de telas no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças: uma revisão sistemática. **Revista Foco**, [s.l.], v. 16, n. 11, p. 1-18, 2023.

ANEXO A – QUESTIONÁRIOS DA PESMIC 2023

Universidade Federal do Ceará / Harvard T.H. Chan School of Public Health / UniChristus / InovaFiocruz / FUNCAP / DRCLAS VII PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ - 2022		INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO	S a partir 24m
01. Município [MUN]: _____	02. Distrito/Bairro [DISBA]: _____		
03. Código Município: [COMUN]: ____	04. Setor IBGE [SETOR]: _____ (4 Últimos Nos. do Mapa)		
05. Zona do Setor [ZONA]: 1 - Rural 2 – Urbana	06. Casa No. [CASNO]: _____ (No. da seqüência do Setor)		
Rua/Av. _____ No. _____ Bairro: _____ Endereço: _____			
07. Respondente do questionário: RESPON <i>(parentesco em relação à criança, ou se for a própria mulher)</i>	Mulher/Mãe/esposa 1 Pai/esposo 2 Avô/avó 3 Filho(a) 4 Outro: _____ 5		
08. Ao todo, quantas pessoas moram na casa? QTDPAX	Pessoas: ____		
09. Quantas mulheres de 10 a 49 anos de idade moram na casa? QTDMU	Mulheres: ____		
10. Quantas crianças com menos de 6 anos moram na casa? QTDCRI <i>(crianças com até 5 anos, 11 meses e 29 dias)</i>	Crianças: ____		
11. Quem é o chefe da família? CHEF <i>(Em caso de dúvida, marcar o(a) que mais contribui com a Renda Familiar)</i>	O pai 1 A mãe/Mulher 2 O avô/Avó 3 Filho(a) 4 Outro: _____ 5		
12. Até que ano (série) o(a) Chefe da Família estudou na escola? <i>(Passou de ano)</i> <i>(Se tem nível superior, anotar quantos anos, em 'série', e 3º. Grau)</i>	SERIE Série ____ GRAU Grau ____		
13. A família possui quantos destes bens em casa? BA13 <i>(Se Não tem, anotar 0 (zero).)</i>	ED13 AU13 LL13 GE13 FZ13 LR13 MO13 MT13	Banheiros ____ Empregados domésticos ____ Automóveis ____ Lava Louças ____ Geladeira ____ Freezer ____ Lava Roupas ____ Micro-Ondas ____ Motocicleta ____	
14. Quais destes recursos (de informática) a Família tem em casa? Internet [IN14]	1 – Sim 2 – Não		

Notebook/computador [NB14]	1 – Sim	2 – Não
Tablet [TA14]	1 – Sim	2 – Não
Celular (só fone) [CE14]	1 – Sim	2 – Não
Smartphone (celular com toques na tela) [SM14]	1 – Sim	2 – Não
15. De onde vem a água usada para beber? BEBER	Encanada, dentro de casa	1
	Encanada, fora de casa	2
	Cisterna	3
	Chafariz	4
	Cacimba	5
	Rio/açude/lagoa	6
	Água mineral	7
	Outro: _____	8
16. Qual o tipo de privada da casa? 16PRIV	Sanitário com descarga	1
	Sanitário sem descarga	2
	Casinha com fossa	3
	Buraco cercado	4
	Não tem	5
17. Qual o tipo de pavimento da rua onde mora a família? PAV	Asfalto	1
	Calçamento	2
	Terra	3
	Outro: _____	4
18. A família participa do Programa Auxílio Brasil (antigo Bolsa Família)? BOLSA	Sim, recebe o auxílio	1
	Sim, se cadastrou, mas não recebe o auxílio	2
	Não	3
(Se Não, pular para Q20) →		
19. Se Sim, quanto recebeu do Auxílio Brasil/Bolsa Família no último mês? BOLSQ		R\$ ____ ____, 00
20. A família participa do Programa Mais Infância? PROGMI	Sim, recebe o auxílio	1
	Sim, se cadastrou, mas não recebe o auxílio	2
	Não	3
21. A família participa do Programa Vale gás? PROGVG	Sim, recebe o auxílio	1
	Sim, se cadastrou, mas não recebe o auxílio	2
	Não	3
22. A família recebeu o auxílio emergencial durante a pandemia? AUXPAN	Sim, recebeu o auxílio	1
	Sim, se cadastrou, mas não recebeu o auxílio	2
	Não	3
23. Ao todo , quanto as pessoas da família ganharam no mês passado? REDAFAM (Incluindo o Auxílio, pensão, aposentadoria etc.)		R\$ ____ . ____ ____, 00
24. Alguém na família tem plano de saúde (convênio)? PLANOSA <i>(Unimed, Hapvida, Bradesco, Liv, etc.)</i>	Sim, pago pela família	1
	Sim, pago pela empresa	2
	Não, ninguém tem	3
25. Se Sim, qual o nome do plano? PLANOQ	Unimed	1
	Hapvida	2
	Liv	3
	GEAP	4
	IPM	5
	ISSEC	6
	Bradesco Saúde	7
	AMIL	8
	Outro: _____	9
26. Se Sim, quantas pessoas da família estão cobertas pelo plano? PLANOCOB	Todas as pessoas	1
	Uma parte: No. de pessoas: _____	

<p>27. Da última vez que alguém da família ficou doente, com quem se consultou?</p> <p style="text-align: right;">CONSQ</p> <p style="text-align: right;">OU27Q</p>	<p>Médico do hospital 1 Médico do Posto (Centro) de Saúde 2 Médico da UPA 3 Médico cubano 4 Médico do Plano de Saúde 5 Médico particular (pagou do próprio bolso) 6 Outro Profissional: _____ 7</p>
<p>28. Esta consulta foi presencial (a pessoa foi até a unidade de saúde) ou <i>online</i> (por telefone ou vídeo-chamada)?</p> <p style="text-align: right;">CONSCOMO</p>	<p>Presencial 1 Online 2</p>
<p>29. V. conhece o Programa de Saúde da Família (PSF ou agentes de saúde)? Já foi visitada por alguém do programa?</p> <p style="text-align: right;">PSF</p>	<p>Sim, família já foi visitada em casa 1 Sim, PSF na área, mas família não visitada 2 Sim, ouviu falar 3 Não conhece 4</p>
<p>30. Questões sobre Insegurança Alimentar (EBIA) – Todas as questões são referentes aos últimos 3 meses</p>	
<p>30.01. Nos últimos 3 meses, moradores tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA01</p>	<p>Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.02. Nos últimos 3 meses, alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA02</p>	<p>Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.03. Nos últimos 3 meses, moradores ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA03</p>	<p>Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.04. Nos últimos 3 meses, moradores comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA04</p>	<p>Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.05. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA05</p>	<p>Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.06. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez comeu menos porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA06</p>	<p>Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.07. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA07</p>	<p>Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.08. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de dinheiro para comprar comida? Quanto peso ele(a) perdeu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA08</p>	<p>Sim Pouco peso 1 Sim, algum peso 2 Sim, muito peso 3 Não 2 NS/ NQR 5</p>

<p>30.09. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade alguma vez fez apenas uma refeição ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA09</p>	<p style="text-align: right;">Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.10. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA10</p>	<p style="text-align: right;">Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.11. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA11</p>	<p style="text-align: right;">Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.12. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA12</p>	<p style="text-align: right;">Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.13. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA13</p>	<p style="text-align: right;">Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.14. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA14</p>	<p style="text-align: right;">Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
<p>30.15. Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? Com que frequência isto aconteceu?</p> <p style="text-align: right;">EBIA15</p>	<p style="text-align: right;">Sim, quase todo dia 1 Sim, alguns dias 2 Sim, mas só 1 ou 2 dias 3 Não 4 NS/ NQR 5</p>
Questões sobre Eventos Adversos familiares / Violência doméstica (EAF)	
<p>31. Morreu alguma pessoa na casa (da família) nos últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: right;">EAFMOR</p>	<p style="text-align: right;">Sim 1 Não 2</p>
<p>32. Se SIM, quem foi(ram) esta(s) pessoa(s)? <i>(parentesco em relação à criança)</i></p>	<p>P32.1 Parentesco: _____ I32.1 Idade: ___ ___ C32.1 Causa: _____</p> <p>P32.2 Parentesco: _____ I32.2 Idade: ___ ___ C32.2 Causa: _____</p> <p>P32.3 Parentesco: _____ I32.3 Idade: ___ ___ C32.3 Causa: _____</p>
<p>33. A família se mudou de casa nos últimos 12 meses?</p> <p style="text-align: right;">EAFMUD</p>	<p style="text-align: right;">Sim 1 Não 2</p>
<p>34. Se Sim, quantas vezes se mudou?</p> <p>EAF34</p>	<p style="text-align: right;">vezes _____</p>
<p>35. Na sua família, houve ou tem havido brigas, discussões outro tipo de violência em casa? (violência doméstica)</p> <p>EAFVIOL</p>	<p style="text-align: right;">Sim 1 Não 2</p>

36. Na sua família, alguém tem/teve problema de ficar embriagado (abuso de álcool)? EAFEMBRI	Sim 1 Não 2
37. Se Sim, quem tem tido esse problema com abuso de álcool? EAFVC37 Você mesma EAFES 37 Esposo/ EAFOUT37 EAFOU37Q Outro: _____ companheiro	1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não 1 – Sim 2 – Não
38. Na sua família, alguém tem tido problema de usar drogas ? EAFDROG	1- Sim 2 - Não 3 - Não sabe 4 - Não Pode Perguntar
39. Se Sim, que tipo de droga tem usado? Maconha CO39 Cocaína CR39 Crack CL39 Cola CP39 Comprimidos OUT39 OU39Q Outra: _____	1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe 1 – Sim 2 – Não 3 - Não sabe

Entrevistadora: _____ Data: ____/____/____

Universidade Federal do Ceará / Harvard T.H. Chan School of Public Health / UniChristus / InovaFioCruz / FUNCAP / DRCLAS VII PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ - 2022	INFORMAÇÕES DA MULHER DE 10 - 49 ANOS	S a partir 24m
--	--	-------------------------------

01. Município: _____ Nome da mulher: _____ Telefone para contato: _____

02. Questionário: [MUN]ICIPIO: ____ [SETOR]: ____ (4 Últimos Nos. do Mapa) [CASA]: ____
[MULHER]: ____

03. Qual a sua idade?	IDAMU	Anos ____
04. Cor da pele:	PELE PELE OU04Q	Branca 1 Parda 2 Negra 3 Outra: _____ 4
05. V. sabe ler e escrever?	LERES	Sim 1 Não 2 Só assinar 3
06. Até que ano (série) V. estudou na escola? (Passou de ano) SERMU (Se nível superior, anotar quantos anos, em 'série', e 3º. Grau) GRAUMU		Série ____ Grau ____
07. Qual o seu estado civil?	ESTCIV	Solteira 1 Casada 2 União estável/Vive com companheiro(a) 3 Separada 4 Viúva 5
08. Qual a sua religião?	RELIG RELIGOUQ	Católica 1 Protestante/evangélica 2 Espírita 3 Umbanda/Candomblé 4 Outra: _____ 5 Nenhuma 6
09. Se tem religião, considera-se praticante?	RELPRAT	Sim 1 Não 2
QUESTÕES OCUPACIONAIS		
10. Você trabalha atualmente <u>recebendo salário</u> ? SITOCUP (Qualquer tipo de trabalho que precise sair de casa – marcar 1. Qualquer tipo de trabalho que faça em casa – marcar 2. Exceto trabalho doméstico – marcar 3 ou 4)		Sim, fora de casa 1 Sim, dentro de casa 2 Não, estou desempregada procurando emprego 3 Não, só tarefas domésticas 4 Não, só estudo 5 Não, nem tarefas domésticas, nem procuro emprego, nem estudo 6
11. Se não trabalha, por quê V. não trabalha?	NTSA Por problema de saúde NTFI Para cuidar de filho NTPA Para cuidar de parente (sem ser filho) NTCA Para cuidar da casa NTES Para estudar NTRP É aposentada ou recebe pensão/auxílio NTMNQ O marido/companheiro não quer NTENQ Ela não quer	1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não
OBS: Se não trabalha recebendo salário, passe para a pergunta n° 19.		
12. Se trabalha recebendo salário, qual a função?		

(Anotar como ela souber)		R -	
FUNCAO		_____	
Ex.: faxina, costureira, cabeleireira, cozinheira, artesanato, atendente, etc...		_____	
13. Qual o seu vínculo de trabalho? TRABVINC	(Leia as opções)	Estatutário (servidora pública) 1 Carteira assinada 2 Contrato temporário 3 Negócio próprio, mas paga o INSS 4 Serviços avulsos ou por cooperativa 5 Bico informal, autônoma, sem nenhum vínculo, sem INSS 6	
14. Se trabalha recebendo salário, em qual turno trabalha? TRABT	(Considerar noite se começar a trabalhar a partir das 18h)	De dia 1 De noite 2 Às vezes de dia, às vezes à noite 3	
15. Quantas horas por dia V. trabalha?	TRABHOR	_____ horas	
16. Quantos dias na semana V. trabalha?	TRABDIAS	_____ dias	
17. No seu trabalho, V. passa a maior parte do tempo em que posição? TRABPOSI	(Leia as opções)	Sentada 1 Em pé 2 Andando 3 Fazendo muito esforço 4 Outro: _____ 5	
18. Nos últimos 30 dias, quantos dias V. faltou ao trabalho: (Se Não faltou, anotar 00 zero)	FTE Por problemas emocionais FTD Por doença, problemas físicos FTP Por questões pessoais/familiares FTCF Para cuidar do(a) filho(a)	____ dias ____ dias ____ dias ____ dias	
19. Neste trabalho, ou no último trabalho (se estiver desempregada), você acha que adoeceu por causa do trabalho? (Leia as opções)	ADOECTRAB	Sim, tive acidente de trabalho, com doença física 1 Sim, tive doença física, sem acidente no trabalho 2 Sim, tive uma doença mental 3 Sim, tive doenças físicas e mentais 4 Não, não acho que adoeci do trabalho 5	
HÁBITOS, COMORBIDADES E PATOLOGIAS DA MULHER			
20. V. fuma cigarros? Com que frequência?	FUMA	Sim, todos os dias 1 Sim, alguns dias 2 Não, parou de fumar 3 Não, nunca fumou 4	
21. V. bebe (bebida alcoólica)? Com que frequência?	BEBE	Sim, todos os dias 1 Sim, alguns dias (fim de semana) 2 Não, parou de beber 3 Não, nunca bebeu 4	
22. V. está satisfeita com o seu corpo, ou se acha magra, ou gorda?	SATCOR	Sim, satisfeita 1 Não, gostaria de emagrecer 2 Não, gostaria de engordar 3 Não sabe 4	
23. Nos últimos 30 dias, V. fez alguma coisa para perder ou ganhar peso? (Não inclui atividades do trabalho)	CA23 Caminhada AC23 Academia ES23 Esportes DI23 Dieta/ regime RE23 Tomou remédio para emagrecer OUT23 OU23Q Outro: _____	1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não	

<p>24. Nos últimos 12 meses, V. fez consulta com Médico, Enfermeira ou Dentista?</p> <p style="text-align: right;">CONSM Médico CONSE Enfermeira CONSD Dentista</p>	<p>1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não</p>
<p>25. Se fez consulta com médico, qual foi o motivo da última consulta?</p> <p>COMOT</p> <p style="text-align: right;">COMQ</p>	<p style="text-align: right;">Doença 1</p> <p>Qual: _____</p> <p style="text-align: right;">Prevenção 2</p>
<p>26. Você já teve COVID-19?</p> <p style="text-align: right;">TEVECOVID</p>	<p style="text-align: right;">Sim, confirmado por exame 1 Sim, dito pelo médico sem exame 2 Sim, acha que teve 3 Não, nunca teve 4 Não sabe 9</p>
<p>27. Se já teve COVID-19, quantas vezes você teve? E quando teve (mm/aaaa)?</p>	<p style="text-align: right;">N° COVID: _____ Data COVID1: ___/___/___ Data COVID2: ___/___/___ Data COVID3: ___/___/___</p>
<p>28. Você ficou em isolamento social durante os picos da pandemia em 2020 e 2021?</p> <p style="text-align: right;">ISOSOCIAL</p>	<p style="text-align: right;">Sim, totalmente 1 Sim, parcialmente (saia somente para atividades essenciais, como comprar mantimentos, consultas médicas) 2 Não 3</p>
<p>29. Algum médico disse que V. tem ou já teve ANEMIA?</p> <p style="text-align: right;">ANEMIA</p>	<p style="text-align: right;">Sim, tenho 1 Sim, já tive 2 Não, nunca tive 3 Não sabe 9</p>
<p>30. Se sim, toma ou tomou medicação (ferro)?</p> <p style="text-align: right;">ANEMIAMED</p>	<p style="text-align: right;">Sim, tomo 1 Sim, já tomei 2 Não 3 Não sabe 9</p>
<p>31. Se está tomando ferro, qual está tomando?</p> <p style="text-align: right;">FERROQ</p>	<p style="text-align: right;">Comprimidos 1 Injetável 2</p>
<p>32. Você tem alguma doença no sangue (Ex.: anemia falciforme ou outros tipos de anemia)?</p> <p style="text-align: right;">DCSANGUE</p>	<p style="text-align: right;">Sim, tenho 1 Sim, já tive 2 Não 3 Não sabe 9</p>
<p>33. Se tem ou teve doença no sangue, qual é ou qual foi?</p> <p style="text-align: right;">DCSANGUEQ</p>	<p>R - _____ _____</p>
<p>34. Você já teve MALÁRIA nas últimas 2 semanas?</p> <p style="text-align: right;">MALARIA</p>	<p style="text-align: right;">Sim, confirmado por exame 1 Sim, dito pelo médico sem exame 2 Sim, acha que teve 3 Não, nunca teve 4 Não sabe 9</p>
<p>35. Vc. já tomou Sulfato Ferroso? (sem ser na gestação)</p> <p style="text-align: right;">SULF</p>	<p style="text-align: right;">Sim, recebeu no posto de saúde 1 Sim, comprou na farmácia 2 Não 3 Não sabe 9</p>
<p>36. Vc. já tomou Ácido Fólico? (sem ser na gestação)</p> <p style="text-align: right;">ACF</p>	<p style="text-align: right;">Sim, recebeu no posto de saúde 1 Sim, comprou na farmácia 2 Não 3 Não sabe 9</p>

37. Nos últimos 12 meses, V. teve algum destes problemas de saúde?				
	DE34	Dengue	1-Sim	2-Não
	ZI34	Zika	1-Sim	2-Não
	CH34	Chikungunya	1-Sim	2-Não
	AL34	Alergia	1-Sim	2-Não
	SI34	Sinusite	1-Sim	2-Não
	PN34	Pneumonia	1-Sim	2-Não
		COVID	1-Sim	2-Não
37OUT	37OUTQ	Outro: _____	1-Sim	2-Não
IMUNIZAÇÃO ADOLESCENTE E MULHER ADULTA				
38. V. tomou as seguintes vacinas, quando era criança ou depois de adulta? (Leia as opções, podendo ser conferido no cartão ou aplicativo)				
	V CBDGM	BCG (marca no braço)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CHEPBM	Hepatite B	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CHEPAM	Hepatite A	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CDTM	Tétano/Difteria dT	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CVIPM	Poliomielite (contra paralisia)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CPCVM	Pneumocócica 10-valente (contra pneumonia)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CMENM	Meningocócica (contra meningite)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CFAM	Febre Amarela (Atenuada)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CSCR M	Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CVARM	Varicela	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CINFM	Influenza (contra gripe)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CHPVM	HPV (contra vírus do câncer de cólo de útero)	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CCOVIDM	COVID-19	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
	V CCOVIDMQT	Se tomou vacina COVID, quantas doses tomou?	1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
			1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
			1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
			1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
			1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
			1-Sim lembra	0- Não tomou 9- Não sabe/Não lembra
			Nº doses Covid: _____	
QUESTÕES GINECOLÓGICAS				
39. Alguma vez um médico já lhe disse que V. tinha problema no Útero?				
Se Sim, qual problema?				
	UTER		Sim, mioma (tumor benigno do útero)	1
			Sim, endometriose	2
			Sim, outro tumor do útero	3
			Não	4

39OUT 39OUQ	Outro: _____	5
40. V. já fez alguma destas cirurgias? HI40 Histerectomia (retirada do útero) PE40 Períneo (reparar a vagina) MA40 Mastectomia (retirada da(s) mama(s)) TI40 Tireoidectomia (retirada da tireoide)	1 - Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não 1 - Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não 1 - Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não 1 - Sim 2 – Aguarda fazer 3 – Não	
41. Fez exame de prevenção de câncer (ginecológico) nos últimos 12 meses? PREVGIN	Sim, no último ano Sim, alguma vez na vida Não	1 2 3
42. V. fez exame das mamas (seios) nos últimos 12 meses, ou alguma vez? (Não inclui o exame feito numa consulta de pré-natal) EXMAMAS	Sim, no último ano Sim, alguma vez na vida Não	1 2 3
43. Alguma vez na vida V. fez o teste de HIV? (Se Não ou Não Sabe, passe para pergunta 46) EXHIV	Sim Não Não sabe	1 2 3
44. Se Sim, por que fez este exame? (Ler as opções; marcar mais de uma opção se apropriado) EXHIVPQ	Queria saber O médico pediu Estava grávida Doou sangue	1 2 3 4
45. V. recebeu o resultado deste exame? Na mesma hora (Teste Rápido) ou dias depois? EXHIVRES EXHIVREST (OBS: Não perguntar sobre qual foi o resultado do exame)	Sim, na mesma hora Sim, recebeu depois Quanto tempo depois: _____ Não recebeu	1 2 3
46. V. <u>menstrua</u> ? (Se não menstrua, passe para Questão n° 51) MENST	Sim, todo mês 1x/mês Sim, mas é irregular, não vem todo mês ou 2x/mês Não, toma anticoncepcional ou usa DIU Não, menstruação parou por menopausa Não, ainda não menstruou	1 2 3 4 5
47. Quantos anos V. tinha quando veio a primeira regra (menstruação)? (Anotar 99 se não lembrar) MENARCA	Anos ___ __	
48. Quais destes problemas V. costuma ter/sentir quando vem sua menstruação? 48ES Excesso de sangramento 48CD Se curvar de tanta dor 48NCC Não cuidar da casa/Não fazer comida 48FTE Faltar ao trabalho/ à escola 48SE Ter que procurar um serviço de emergência 48AN Ter que usar analgésico forte 48AC Ter que tomar anticoncepcional para controlar 48CR Ter que tomar calmante (remédio pros nervos) 48OUT 48OUQ Outro: _____	1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não 1 - Sim, sempre 2 - Sim, às vezes 3 - Não	
49. V. costuma usar absorvente ou protetor íntimo quando vem a menstruação? PROTI	Sim, absorventes (descartáveis) Sim, protetor pano/calcinha forrada, coletor (reutilizáveis) Não usa nada	1 2 3
50. Se não usa protetor ou absorvente, por quê V. não usa? PROTNG Porque não gosta PROTAL Porque tem reação ou alergia PROTFL Porque o fluxo de sangue é pequeno Porque não tem como comprar PROTINUOU Outro: _____	1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não 1-Sim 2-Não	
51. V. já teve sua primeira relação sexual? Quantos anos V. tinha na ocasião? (Se ainda não teve, anote 00; 99 se não lembra) PRIREL	Anos ___ __	

<p>52. V. já recebeu alguma vez orientação sobre sexo/relação sexual? (Leia as opções)</p> <p>ORISEXES Na escola</p> <p>ORISEXPS Com médico/ ou profissional da saúde</p> <p>ORISEXCA Em casa</p> <p>ORISEXAM De amigos</p> <p>ORISEXSO Procurando sozinha, na internet, livros</p> <p>52OUT 52OUTQ Outros: _____</p>	<p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p>
<p>53. V. já recebeu alguma vez orientação sobre formas de evitar filhos?</p> <p>ORIEVFES Na escola</p> <p>ORIEVFPS Com médica/ ou profissional da saúde</p> <p>ORIEVFCA Em casa</p> <p>ORIEVFAM De amigos</p> <p>ORIEVFSO Procurando sozinha, na internet, livros</p> <p>53OUT 53OUTQ Outros: _____</p>	<p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p>
<p>54. V. já teve, alguma infecção nas partes íntimas (vagina, púbis)?</p> <p>IST</p>	<p>Sim, feridas ou bolhas 1</p> <p>Sim, secreção/corrimto com mal cheiro 2</p> <p>Sim, feridas e secreção 3</p> <p>Não, nunca tive 4</p> <p>Não sabe 9</p>
OBS: Se ainda não teve relação sexual, passe para as questões 85 (Saúde Mental - Depressão)	
<p>55. Atualmente V., ou seu companheiro, usam algum método para evitar filhos?</p> <p>Qual método usa com mais frequência?</p> <p>METOCI Coito interrompido</p> <p>METOAM Amamentação</p> <p>METOTAB Tabela</p> <p>METOT Temperatura basal / Billings</p> <p>METODF Diafragma</p> <p>METODIU DIU</p> <p>METOCM Camisinha masculina</p> <p>METOCF Camisinha feminina</p> <p>METOPIL Pílula</p> <p>METOIN Injeção</p> <p>METOGEL Geléia</p> <p>METOLIG Ligação trompas</p> <p>METOVA Vasectomia</p> <p>55OUT 55OUTQ Outro: _____ 13</p>	<p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p>
<p>56. Se não usa nenhum método, por que não usa?</p> <p>NMETNS Não é sexualmente ativa</p> <p>NMETES Esterilidade</p> <p>NMETMP Menopausa</p> <p>NMETNPC Não pode comprar método</p> <p>NMETSU Não tem método na unidade</p> <p>NMETNPU Não pode usar método</p> <p>NMETNQ Não quer usar método</p> <p>NMETNL Não lembra de usar</p> <p>NMETCNQ Companheiro não quer</p> <p>NMETQE Quer engravidar</p> <p>NMETGR Está grávida</p> <p>56OUT 56OUTQ Outro: _____</p>	<p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p> <p>1-Sim 2-Não</p>
<p>57. Se usa a camisinha (masculina ou feminina), alguma vez já esqueceu de usar?</p> <p>CAMUS</p>	<p>Sim, na última relação sexual 1</p> <p>Sim, alguma vez 2</p> <p>Não, nunca esqueceu 3</p>
<p>58. V. já ouviu falar, ou já usou, a pílula de emergência (pílula do dia seguinte)?</p> <p>ANTIEM</p> <p>(utilizada logo após a relação, quando há risco de engravidar)</p>	<p>Sim, já ouviu falar 1</p> <p>Sim, já usou 2</p> <p>Não 3</p>

59. Quantos parceiros (sexuais) você teve no último ano?	NPARC	N- _____ parceiros
60. Já fez tratamento para engravidar?	TTOENG TTOENGQ	Não 1 Sim, com médico, em unidade de saúde 2 Sim, meios tradicionais/caseiros 3 Se 3, qual? _____
61. V. já ficou grávida alguma vez? GRAVIDA (considere também gestações que terminaram em aborto)		Sim 1 Não 2
OBS: Se nunca engravidou, passe para a questões 85 (Saúde Mental - Depressão)		
62. Quantas vezes V. já ficou grávida? (incluindo gestações que terminaram em aborto)	GRAVEZ	Gravidezes ____
63. Com que idade V. ficou grávida pela primeira vez?	GRAPRIM	Idade ____
64. V. já teve uma gravidez que não queria? Ou já engravidou mas não queria ter engravidado naquele momento?	GRANAO	Sim 1 Não 2
. A última gestação foi planejada? V. queria ficar grávida naquele momento?	GRAPLA	Sim 1 Não 2
66. Com que idade V. teve seu primeiro filho?	FILPRIM	Primeiro filho ____
67. Quantos filhos V. já teve? (não inclui abortos)	FILTI	Filhos tidos ____
68. Destes, algum filho nasceu sem vida (nasceu morto)? Quantos? (a partir de 7 meses (ou 28 semanas) de gestação)	NATIM	Filhos nascidos mortos ____
69. V. já perdeu algum filho (não contar os que nasceram mortos)? Quantos?	MORTOS	Morreram ____
70. V. teve algum aborto nos últimos 12 meses? (Se Não, pular para Q74)	ABORT	Sim 1 Não 2
71. Se sim, quantos abortos foram espontâneos? ABESP E quantos foram provocados? ABPRO		Espontâneos ____ Provocados ____
72. Dos abortos espontâneos , em quantos V. precisou ir a um hospital? ABESPH Dos abortos provocados , em quantos V. precisou ir a um hospital? ABPROH		Espontâneos ____ Provocados ____
73. V. teve algum problema no último aborto? AN73 Anemia IN73 Infecção OUT73 OU73Q Outro: _____		1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
QUESTÕES SOMENTE PARA MULHERES COM LIGAÇÃO DE TROMPAS. SE NÃO, PASSE PARA Q. 85		
81. Quantos anos V. tinha quando fez a ligação?	LIGANOS	Anos ____
82. Quantos filhos vivos V. tinha quando fez a ligação?	LIGAFIL	Filhos ____
83. Como foi feita a ligação?	LIGAPAR	Na cesariana 1 No pós-parto (logo após o parto) 2 No intervalo (algum tempo depois do parto) 3

84. Quem tomou a decisão de fazer a ligação?	LIGADEC	A própria mulher 1 O casal 2 O companheiro 3 O médico 4
85. Questões sobre Saúde Mental (Depressão) – SRQ2		
85.1. Você tem dores de cabeça frequente?	DC85	Sim 1 Não 2
85. 2. Tem falta de apetite?	FA85	Sim 1 Não 2
85. 3. Dorme mal?	DM85	Sim 1 Não 2
85.4. Assusta-se com facilidade?	AF85	Sim 1 Não 2
85.5. Tem tremores nas mãos?	TM85	Sim 1 Não 2
85.6. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?	NT85	Sim 1 Não 2
85.7. Tem má digestão?	MD85	Sim 1 Não 2
85.8. Tem dificuldades de pensar com clareza?	DP85	Sim 1 Não 2
85.9. Tem se sentido triste ultimamente?	ST85	Sim 1 Não 2
85.10. Tem chorado mais do que costume?	CH85	Sim 1 Não 2
85.11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação Suas atividades diárias?	SA85	Sim 1 Não 2
85.12. Tem dificuldades para tomar decisões?	TD85	Sim 1 Não 2
85.13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	DS85	Sim 1 Não 2
85.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	PU85	Sim 1 Não 2
85.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	PC85	Sim 1 Não 2
85.16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	PI85	Sim 1 Não 2
85.17. Tem tido idéia de acabar com a vida?	AV85	Sim 1 Não 2
85.18. Sente-se cansado (a) o tempo todo?	CT85	Sim 1 Não 2
85.19. Você se cansa com facilidade?	CF85	Sim 1 Não 2
85.20. Têm sensações desagradáveis no estomago?	SD85	Sim 1 Não 2
86. Violência doméstica ou de parceiro íntimo:		
86.1. Você se considera segura em casa?	SEGUR	Sim 1 Não 2
86.2 Alguém bate em você ou lhe chama de nomes (xinga)?	ABATE	Sim 1 Não 2
86.3 Vc. já empurrou, bateu, chutou, esmurrou um outro adulto?	VBATE	Sim 1 Não 2
86.4 Vc. já foi empurrada, espancada, chutada, esmurrada por outro adulto?	OBATE	Sim 1 Não 2

EXAME ANTROPOMÉTRICO DA MULHER		
87. Circunferência da Cintura (CC): <i>(Medida logo abaixo das costelas)</i>	CIRCIN	CC (cm): ____ ____, ____
88. Circunferência Abdominal (CA): <i>(Medida na altura do umbigo)</i>	CIRCAB	CA (cm): ____ ____, ____
89. Circunferência do Quadril (CQ): <i>(Medida na altura dos glúteos)</i>	CIRCQD	CQ (cm): ____ ____, ____
90. Peso (P):	PESOMU	P (kg): ____ ____, ____
91. Estatura (E):	ESTATMU	E (cm): ____ ____, ____
92. Valor da HEMOGLOBINA	HEMOGMU	Hb (g/dL): ____ ____, ____

Entrevistadora: _____ Data: ____ / ____ / ____

Universidade Federal do Ceará / Harvard T.H. Chan School of Public Health / UniChristus / InovaFiocruz / FUNCAP / DRCLAS VII PESQUISA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO CEARÁ - 2022	INFORMAÇÕES DA CRIANÇA MENOR DE 6 ANOS	S a partir 24m
---	---	--------------------------------

01. Município: _____ Nome _____
 Criança: _____

02. [MUN]: ____ [SETOR]: ____ (4 Últimos Nos. do Mapa) [CASA]: ____ [MULHER]: ____
 No.[CRI]ANÇA: ____

03. Qual o sexo de * (a partir daqui falar o nome da criança)?	[SEXO]	Masculino 1 Feminino 2
04. Qual a data de nascimento de * ? (Deve ser igual à data do parto, questão DATN)		Data: ____ / ____ / ____
05. Qual a idade de * ?	IDADECRI	Anos: ____ meses: ____ dias: ____
06. O que a V. é de *?	[RESPOND]	Mãe biológica 1 Mãe adotiva 2 Avó 3 Tia 4 Irmã 5 Outro: _____ 6
07. A mãe de * mora na casa?	[MORAM]	Sim, a mãe biológica 1 Sim, a mãe adotiva 2 Não a mãe morreu 3 Não mora 4
08. O pai de * mora na casa? (Se Mora pai biológico ou adotivo, pular para Q12)	[MORAP]	Sim, o pai biológico 1 Sim, o pai adotivo 2 Não, mora o padrasto 3 Não o pai morreu 4 Não mora 5
09. Se não mora em casa, o pai biológico vê/fica com a criança?	PAIVE	Sim, sempre 1 Sim, às vezes 2 Não 3
10. Se não mora em casa, a Sra. recebe alguma ajuda do pai biológico da criança?	PAIAJ	Sim, pensão alimentícia 1 Sim, outra ajuda 2 Não 3
11. Se não mora em casa, a Sra. gostaria de ver o pai biológico da criança com mais frequência?	PAIFR	Sim 1 Não 2
12. Quais destas pessoas cuidam da criança em casa?	MC12 Mãe PC12 Pai AC12 Avó TC12 Tia IC12 Irmã OUC12 OC12Q Outro: _____	1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
13. A criança vive em outra casa, além desta?	OUCA	Sim 1 Não 2
14. SE Sim, de quem é a outra casa?	OUCAQ	Da mãe 1 Do pai 2 Dos avós 3 Da tia/tio 4 Da madrinha/padrinho 5 Outro: _____ 6
	OUC20 OC20Q	

15. O pai (ou seu companheiro) brinca com a criança? PAIBR <i>(Pai biológico ou companheiro que seja referência de pai para a criança)</i>		Sim 1 Não 2
16. O pai (ou seu companheiro) ler histórias para a criança? PAILER		Sim 1 Não 2
17. O pai (ou seu companheiro) acompanha as atividades escolares da criança? PAIESC		Sim 1 Não 2
GESTAÇÃO E PARTO DESTA CRIANÇA		
18. Tem Caderneta ou Cartão da Gestante? Pode mostrar? CARTAO		Sim, visto 1 Sim, não visto 2 Não tem 3
19. Se mostrar a Caderneta, anotar o No. do Cartão do SUS: (Em "Identificação", início da Caderneta nova) CARSUS	_____	
20. Na gestação desta criança, quantas consultas pré-natal foram feitas por trimestres da gravidez? CARTRI (Se Não Tem Caderneta, anotar informações da mãe)		1o. trim (1-12 sem.) ____ 2o. trim (13-24 sem.) ____ 3o. trim (25 ou + sem.) ____
21. Com quantos meses de gravidez fez a primeira consulta pré-natal? PNPRI		Meses ____
22. Qual foi a Data Provável do Parto (DPP)? (Se Não Tem Caderneta, anotar data informada pela mãe) DPP		DPP ____ / ____ / _____
23. Qual foi a Data do Parto? (Se Não Tem Caderneta, anotar data informada pela mãe) DPA		DP ____ / ____ / _____
24. Há pesos anotados no cartão? [CARPES] <i>(observe e anote)</i>		Sim, em todas as consultas 1 Sim, em algumas consultas 2 Não 3
25. Há medidas da Pressão Arterial anotadas no cartão? [CARPA] <i>(observe e anote)</i>		Sim, em todas as consulta 1 Sim, em algumas consultas 2 Não 3
26. Tomou Sulfato Ferroso (Ferro) na gestação dele(a)? [PNFER]		Sim 1 Não 2
27. Tomou Ácido Fólico na gestação dele(a)? [PNAFO]		Sim 1 Não 2
28. Fez quais tipos de exames durante o pré-natal desta criança? (Leia as opções) (Consultar Cartão, se tiver)	[PNSAN] Exame de sangue [PNURI] Exame de urina [PNVDRL] Exame VDRL (Sífilis) [PNHIV] Teste de HIV (Aids) [PNULS] Exame de ultrassom	1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe
29. A Sra. (a mãe) teve ANEMIA durante a gestação desta criança? ANEM		Sim, dito pelo medico sem exame 1 Sim, confirmado por exame 2 Sim, acha que teve 3 Não 4
30. Recebeu as VACINAS nesta gravidez? Quantas doses? (Anotar 0 se não recebeu a vacina) (Consultar Cartão, se tiver)	VACGHEPB Hepatite B recombinante VACGDT Difteria e Tétano (dT) VACGDTPA Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa) VACGINF Influenza (campanha de vacina da gripe) VACGCOVID COVID-19	No. de doses: ____ 0-Não tomou No. de doses: ____ 0-Não tomou No. de doses: ____ 0-Não tomou No. de doses: ____ 0-Não tomou No. de doses: ____ 0-Não tomou
31. A Sra. (a mãe) fumou durante a gestação dessa criança? FUM		Sim, fumou pouco 1 Sim, fumou moderado 2 Sim, fumou muito 3 Não fumou 4

43. Durante essa última gestação, no parto ou no resguardo, recebeu alguma orientação sobre como dar de mamar à criança?	ORIGES Na gestação ORIPAR No parto ORIPÓS No resguardo	1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não 1- Sim 2- Não
44. Quando engravidou desse filho, V. queria ficar grávida?	[QUERIA]	Sim, queria 1 Não planejei, mas fiquei feliz 2 Não, queria noutra ocasião 3 Não queria mais filho 4 Nunca aceitei este filho 5 NS / NQR 6
45. A Sra. (a mãe) tirou licença maternidade? Quantos meses?	LIMAT LIMES	Sim 1 Meses: ____ Não 2
46. Se a gestação desta criança ocorreu durante a pandemia, V. ficou sem ir trabalhar para cumprir isolamento social da gestante? <i>(Para mães que trabalharam fora de casa, ou estiveram empregadas durante a gestação na pandemia)</i>	LIBTRAB	Sim, foi liberada do emprego para ficar isolada durante toda a gestação 1 Sim, foi liberada do emprego para ficar isolada em parte da gestação 2 Não foi liberada, mas realizou trabalho remoto 3 Não foi liberada, trabalhou presencialmente 4
47. A criança ficou em isolamento social (sem ir à escola, ou sem sair para brincar com os outras crianças)	ISOS	Sim, totalmente 1 Sim, parcialmente, saía para consultas e situações essenciais 2 Não 3
48. Durante o isolamento social obrigatório, a Sra. (a mãe) conseguiu ficar em casa para cuidar da criança?	ISOCUI	Sim, totalmente isolada 1 Sim, uma parte do isolamento 2 Não 3
49. A criança conseguiu voltar para escola/creche depois do isolamento da pandemia, em 2022?	VOLCRE	Sim 1 Não 2
50. O(A) * tem declaração ou certidão de nascimento?	DECLNAS	Sim, declaração 1 Sim, certidão 2 Não 3
51. O(A) * tem a Caderneta da Criança? <i>(Pedir para ver o Caderneta)</i>	CARTAO	Sim, visto 1 Sim, não visto 2 Não, perdeu 3 Nunca teve 4
52. O(A) * foi pesada nos últimos 3 meses?	PESOCAR	Sim, registrado cartão 1 Sim, não registrado 2 Não foi pesado 3

Informações 53a. e 53e. a serem copiadas da Caderneta da Criança (Ver a Página 39)

53a. Dados do Nascimento:	PN	CN	PCN	APG1	APG5	IGS	IGD
Peso ao nascer: ____ g	Comprimento ao nascer: ____ cm		Perímetro cefálico: ____ , ____ cm <i>(anote 00 se não preenchido)</i>				
Apgar: 1º min: ____	5º min: ____		Idade gestacional (IG): ____ semanas ____ dias				
53b. Testes de Triagem:	ORT	Manobra de Ortolani		1 - Negativo preenchido	2 - Positivo	3 - Não	
	OLH	Teste do Reflexo Vermelho		1 - Normal preenchido	2 - Alterado	3 - Não	
	PEZ	Teste do Pezinho		1 - Não preenchido	2 - Sim	3 - Não	
	AUD	Triagem Auditiva		1 - Não preenchido	2 - Sim	3 - Não	

53c. Quanto a criança pesou ao nascer? <i>(Ignorado = 9999)</i> PESONAS <i>(Perguntar à mãe, se o Peso não estiver anotado na Caderneta)</i>	Peso ao Nascer Confirmado na Caderneta: ____ ____ ____ g Peso ao nascer Informado pela Mãe: ____ ____ ____ ____ g
53d. O(A) * nasceu de tempo, antes do tempo ou depois do tempo? NASTEMP	Nasceu de tempo 1 Nasceu antes do tempo (Prematuro) 2 Nasceu depois do tempo 3 Não sabe 9
53e. Em que posição (na barriga) o bebê estava na hora de nascer? POSICAO	Bebê estava de cabeça/Cefálico 1 Bebê estava sentado/Pélvico 2 O bebê estava atravessado/Transverso 3 Não sabe/Não anotado 9
54. A gestação foi só desta criança, ou foi de gêmeos? GEMELAR	Gravidez simples 1 Gravidez gemelar 2
55. O bebê teve algum desses problemas na gestação ou ao nascer? GPLA Placenta descolada GLIQ Estava com pouco líquido GMEC Teve mecônio/líquido estava esverdeado GLAC Estava com cordão umbilical em volta do pescoço/laçada	1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe
56. O bebê ficou internado após o parto? RNINT	Sim, numa UTI 1 Sim, numa incubadora 2 Sim, num berçário/alojamento conjunto 3 Não, teve alta junto com a mãe 4
57. Se Sim, quantos dias ficou internado? RNINQ	____ ____ dias
58. Se Sim, o bebê precisou de: RE58 Ressuscitação OX58 Oxigênio AB58 Antibióticos AS58 Alimentação por sonda BL58 Banho de luz CG58 Ser aquecido junto à mãe (Canguru)	1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe 1 - Sim 2 - Não 3 - Não sabe
59. A criança mamou na 1ª. hora após nascer? MAMPH	Sim 1 Não 2
HÁBITOS ALIMENTARES / NUTRICIONAIS	
60. O(A) * mama no peito? <i>(Para crianças até 2 anos)</i> MAMA	Sim 1 Não 2
61. Se Não, até que idade * mamou no peito? <i>(idade em meses)</i> MAMOU	Meses ____ Nunca mamou 88
62. Com que idade * começou a receber: <i>(idade em meses)</i> OUTALIM <i>(Mencione as opções)</i>	Água ou chá: ____ Outro leite: ____ Mingau (leite+massa): ____ 1ªs comidas sólidas: ____ Comida de panela: ____
Histórico alimentar do PCF	
63. Agora queria lhe perguntar sobre alguns líquidos que o(a) (nome) possa ter tomado ontem durante o dia e a noite. Por favor, inclua também líquidos que tenham sido consumidos fora de casa. O(A) (nome) tomou (nome do item) ontem durante o dia ou à noite: <i>Ler todos os itens abaixo.</i> SE SIM PARA OS ITENS A, B e C > PERGUNTAR "Quantas vezes ontem, durante o dia ou a noite, o(a) (nome) consumiu (item)?"	

63A. Fórmulas como Aptamil, NAN ou outras?	1 - Sim sabe	2 - Não	3 - Não	Qts vezes: _____
63B. Leite de vaca fresco, em pó, caixa ou saquinho?	1 - Sim sabe	2 - Não	3 - Não	Qts vezes: _____
63C. Iogurte líquido	1 - Sim sabe	2 - Não	3 - Não	Qts vezes: _____
<p>Agora eu gostaria de saber tudo que o(a) (nome) comeu ontem durante o dia ou à noite. Por favor, inclua os alimentos consumidos também fora de casa. Pense sobre quando o(a) (nome) acordou ontem. Ele/Ela comeu alguma coisa a essa hora? Se "Sim": Por favor, me diga tudo que o(a) (nome) comeu a esta hora. Cheque: Algo mais?</p> <p>O que o(a) (nome) fez depois disso? Ele/Ela comeu alguma coisa nessa hora? <i>Repita esta pergunta e registre os grupos de alimentos, até que a respondente diga que a criança foi dormir e que dormiu até a manhã seguinte.</i></p> <p>Para cada grupo de alimentos não mencionado após completar as perguntas acima, pergunte:</p> <p>Só para confirmar, o(a) (nome) comeu (itens do grupo de alimentos) ontem durante o dia ou à noite? SE SIM EM PELO MENOS UM DOS GRUPOS ABAIXO -> RESPONDER O ITEM [S]</p>				
63D. Iogurte ou queijo feito com leite de animal? Note que iogurte líquido/iogurte de beber deve ser coletado na questão anterior	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63E. Algum alimento infantil fortificado, tipo papinhas prontas, como Nestlé, Jasmine?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63F. Pão, arroz, massa, mingau, ou outros alimentos preparados a partir de grãos?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63G. Biscoito, bolacha ou salgadinhos de saco, biscoitos recheados, bolo?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63H. Cenoura, jerimum, abóbora, ou batatas doces que sejam amarelas ou cor de laranja por dentro?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63I. Batatas brancas, macaxeira, mandioca (aipim/ inhame branco) ou qualquer outro alimento feito com raízes?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63J. Algum vegetal de folhas verde escuras, como couve, espinafre?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63K. Manga ou mamão maduro?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63L. Alguma outra fruta ou legume, como banana, maçã, beterraba, berinjela?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63M. Fígado, rim, coração ou outros miúdos?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63N. Alguma outra carne, como carne de boi (bovina), porco, cordeiro, cabra, galinha ou pato?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63O. Embutidos como salsicha, mortadela, presunto ou outro?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63P. Ovos?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63Q. Peixe ou mariscos, tanto frescos como secos?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63R. Feijão, milho, ervilha, lentilha, amendoim ou castanhas (castanhas do Pará, castanhas de caju), incluindo quaisquer alimentos preparados com os mesmos?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63S. Queijo ou outro alimento feito com leite animal?	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63T. Algum outro tipo de fruta, papinha, verdura, carne ou qualquer outra comida sólida, semissólida ou pastosa? SE SIM -> ESPECIFICAR OUTROS ALIMENTOS	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63T1. Outro	Especificar			
63U. Refrigerante, suco de caixinha	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63V. Bombom, pirulito, chiclete (Finni), chocolates	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
63W. Pastel, coxinha, salgadinhos fritos	1 - Sim	2 - Não	3 - Não sabe	
64. Quantas vezes o(a) (nome) comeu ontem, começando pelo café da manhã? <i>(Registre o total de refeições que a criança fez (desjejum, lanches, almoço e jantar)</i> NREF				Qts vezes: _____
65. O (nome) tomou algum suplemente/vitamina com ferro? SUPFE				Sim 1 Não 2 Não sabe 9
66. Se sim, com que idade o(a) (nome) tomou suplemente de ferro?				

SUPFEID		Idade: _____
67. O(A) * já tomou alguma dose de Vitamina A? (cápsulas de vitamina A) VITA		Sim 1 Não 2
68. Se Sim, quantas doses (cápsulas) ele tomou? (Confira na Caderneta da Criança, pág. 81 (velha), pág. 83 (nova)) VITADO		Doses: ____
IMUNIZAÇÃO DA CRIANÇA		
69. (Confira na Caderneta da Criança. Caso não tenha, registrar as doses que a mãe lembrar) <i>(Se a mãe diz que tomou, mas não lembra quantas doses, anote 1 Se não tomou, anotar zero 0)</i>		
VACCBCG VACCHEPB VACCVIP VACCVOP VACCVHR VACCPENTA VACCPCV VACCMENC VACCFA VACCSCR VACCSCRV VACCFEPA VACCDTP VACCVAR VACCCOVID	BCG Hepatite B Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada) Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada) Rotavírus humano G1P1 (VRH) DTP+Hib+HB (Penta) Pneumocócica 10-valente (PCV 10) Meningocócica C (Conjugada) Febre Amarela (Atenuada) Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRV) Hepatite A (HA) Difteria, Tétano e Pertussis (DTP) Varicela Covid-19	No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular BCGL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular HEPBL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular VIPL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular VOPL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular VRHL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular DTP5L No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular PCVL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular MENCL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular FAL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular SCRL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular SCRVL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular HAL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular DTPL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular VARL No. de doses: _____ Local: 1- SUS 2- Particular CVDL
VACINA CONTRA COVID19 - PARA CRIANÇAS ABAIXO DE 5 ANOS		
70a. Quando * tiver 5 anos, a sra pensa em dar a vacina de COVID19?		Sim, vou dar 1 Não, não vou dar 2 Não pensei ainda/Não decidi ainda 3
70b. Se não, ou se ainda não decidiu, por quê?		
Tem medo	1 - Sim 2 - Não	
Acha que não precisa	1 - Sim 2 - Não	
Vai esperar quando a criança estiver maior	1 - Sim 2 - Não	
71. Fonte de informações sobre as vacinas:		
FONTV	1- Caderneta 2- Mãe 3- Ambos	
72a. Você teve medo de dar alguma vacina à criança?		Sim 1 Não 2
MEDOVAC		
72b. Se sim, qual vacina você teve medo de dar?		Qual vacina: _____ Todas as vacinas 2
MEDOVACQ		
72c. Por que teve medo de dar as vacinas?		
MEDOVACPQ		
Medo da criança ter reações	1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não	

Medo da criança desenvolver alguma doença	1 - Sim	2 – Não
Criança já é sadia	1 - Sim	2 – Não
Alguém disse que não deveria dar vacina	1 - Sim	2 - Não
Não acredita na vacina		
Quis esperar para outro momento		
COMORBIDADES E PATOLOGIAS DA CRIANÇA		
73. A * tem algum problema de nascença (congenito)? Qual?	PCONG PCONQ	Sim 1 Qual? _____ Não 2
74. A criança já fez alguma cirurgia ? Qual?	CIRUG CIRUQ	Sim 1 Qual? _____ Não 2
75. A Criança usou antibiótico nos últimos seis meses? Qual?	ANTBI ANTBQ	Sim 1 Qual? _____ Não 2
76. O(A) * teve diarréia nas últimas 24 horas?	DIARD	Sim 1 Não 2
77. O(A) * teve diarréia nos últimos 30 dias?	DIARM	Sim 1 Não 2
78. Você deu algum soro a * para tratar a diarréia? (Soro oral rehidratante)	SORO	Sim 1 Não 2
79. A * teve tosse nos últimos 30 dias?	TOS30	Sim 1 Não 2
80. Se teve tosse, * tinha dificuldade de respirar?	DIFRES	Sim 1 Não 2
81. Por que * tinha dificuldade de respirar?	CAURES OUC47 OC47Q	Nariz entupido 1 Cansaço 2 Outro: _____ 3
82. A * tinha febre, quando teve a tosse? (nos últimos 15 dias, quando tinha tosse)	FEBRE	Sim 1 Não 2
83. Alguma vez na vida um médico já disse que * tinha Asma?	ASMA	Sim 1 Não 2 Não sabe 3
84. A * já teve algum destes acidentes ? Qual a gravidade?	QE85 Queda QM85 Queimadura EO85 Engolir objetos TR85 Tomar remédio/veneno SU85 Sufocação AF85 Afogamento CE85 Choque elétrico AT85 Acidente de trânsito OUC85 OC85Q Outro: _____	1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não 1- Sim, grave 2- Sim, moderado/leve 3- Não
85. Se teve algum acidente que considerou grave, como tratou esse acidente?	ACTRAT	Tratou em casa 1 Consultou a criança 2 Hospitalizou a criança 3
86. Nos últimos 3 meses a * fez quantas consultas com um médico? COMED (Marque 0 se não fez nenhuma consulta)		Consultas ____

87. Qual o motivo da última consulta de * com o médico?	COMOT	Diarréia 1 Infecções respiratórias 2 Problemas de pele 3 Outra: _____ 4 Prevenção/Rotina: _____ 5
88. Nos últimos 3 meses a * fez consultas na farmácia, com rezadeiras ou com agentes de saúde?	COFARM Farmácia COREZA Rezadeira COAGEN Agente Saúde	1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
89. Nos últimos 3 meses a * teve atendimentos com:	FISIO Fisioterapeuta NUTRIC Nutricionista TEROC Terapeuta Ocupacional FONOA Fonoaudióloga PSICOL Psicóloga	1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não
90. A * foi internada em hospital nos últimos 12 meses? (Marque 0 se não se internou)	INTERNA	Internações _____
91. Se Sim, quantas vezes foi internada por: (Marque 0 se não se internou por estes motivos)	QUINTER OUC92 OC92Q	Pneumonia _____ Diarréia _____ Dengue _____ Zika _____ Chikungunya _____ COVID19 _____ Abscesso _____ Outro motivo: _____
92a. A criança tem ou já teve ANEMIA ?	TEANEM	Sim, confirmado por exame 1 Sim, dito pelo médico sem exame 2 Sim, acha que teve 3 Não 4
92b. Se sim, toma ou tomou medicação (ferro)?	ANEMIAMEDC	Sim, tomo 1 Sim, já tomei 2 Não 3 Não sabe 9
92c. Se está tomando ferro, qual está tomando?	FERROVIA	Comprimidos 1 Injetável 2
93. A criança tem alguma doença no sangue (Ex.: anemia falciforme ou outro)?	TEMDOSAN	Sim, confirmado por exame 1 Sim, dito pelo médico sem exame 2 Sim, acha que teve 3 Não 4
93b. A criança já teve MALÁRIA nas últimas 2 semanas ?	MALARIA	Sim, confirmado por exame 1 Sim, dito pelo médico sem exame 2 Sim, acha que teve 3 Não, nunca teve 4 Não sabe 9
94. A criança já tomou remédio para verme?	REVERME	Sim, no último ano 1 Sim, alguma vez na vida 2 Não, nunca 3 Não sabe 4
95. A criança já teve COVID-19?	TECOVID	Sim, confirmado por exame 1 Sim, dito pelo médico sem exame 2 Sim, acha que teve 3 Não 4


95b Se já teve COVID-19, quantas vezes * teve? E quando teve (mm/aaaa)?		N° COVID: _____ Data COVID1: ___/___/___ Data COVID2: ___/___/___ Data COVID3: ___/___/___
96. Atualmente a * está indo a uma creche? Gratuita ou paga?	CRECHE	Sim, creche pública 1 Sim, creche particular 2 Não 3
97. Atualmente a * está indo a uma Escola? Gratuita ou paga?	FESCO	Sim, escola pública 1 Sim, escola particular 2 Não 3
98. Se SIM, quantas horas por dia a * fica na escola ou na creche?	HESC	Horas _____
99. A Sra. já ouviu falar de Autismo, um problema que afeta crianças pequenas?	AUTOF	Sim 1 Não 2
99b. Algum médico já falou para Sra. que a * tem Autismo?	AUTTEM	Sim, faz tratamento 1 Sim, mas não faz tratamento 2 Não 3
TEMPO DE TELA		
100. Quais destas coisas a * possui?		
CE100 Celular		1 - Sim 2 - Não
CD100 Computador (desktop ou notebook)		1 - Sim 2 - Não
TQ100 TV no próprio quarto		1 - Sim 2 - Não
BI100 Bicicleta		1 - Sim 2 - Não
RS100 Facebook/Instagram/Youtube		1 - Sim 2 - Não
OUC100 OC100Q Participa de outras redes sociais:		1 - Sim 2 - Não
101. Quantas horas por dia a * fica assistindo TV sem contar tempo em celulares/tablets?	HTV	Horas _____
101b. Quantas horas por dia a * fica na internet em computadores/notebook, sem contar o tempo vendo vídeos?	HIN	Horas _____
102. Quantas horas por dia a * fica em aparelhos eletrônicos de toque na tela (tablet ou celular) assistindo vídeos (Netflix, youtube, etc)?	HAE	Horas _____
103. Quantas horas por dia a * fica em jogos eletrônicos (computador/celular/ vídeo-game)?	HJE	Horas _____
104. Você acha que o conteúdo visto pela criança é útil?	CONTUTIL	1 - Sim 2 - Não 9 - Não sei
105. Você fica próximo da criança enquanto a mesma está usando esses dispositivos?	ACOMTELA	1- Sim sempre 2- Sim, às vezes 3- Não
106a. Quantas horas por dia a * fica brincando sozinha, sem aparelhos eletrônicos?	HBS	Horas _____
106b. Quantas horas por dia a * fica brincando com outras crianças, sem ap. eletrônicos?	HBC	Horas _____
106c. Quantos dias por semana a * tem atividades esportivas?	HAE	Dias _____
107. Regras para implementação de mídias antes do Covid-19 (RIMAP)		
Antes da Pandemia de Covid, até o ano de 2019, como era a rotina do uso de telas (TV, celular, tablet...) da criança? (Leia as opções)		

A. Dispositivos móveis e outras telas ou TVs não eram permitidos no quarto da criança RIMAPA	1 - Sim	2 - Não
B. Dispositivos móveis eram guardados fora do quarto da criança RIMAPB	1 - Sim	2 - Não
C. Os membros da família não usavam telas ou TVs durante as refeições RIMAPC	1 - Sim	2 - Não
D. Criança desligava as telas pelo menos 1 hora antes de dormir RIMAPD	1 - Sim	2 - Não
E. Restringia-se quais programas e aplicativos a crianças tinha acesso RIMAPE	1 - Sim	2 - Não
F. Foram aplicadas regras sobre quanto tempo de tela era permitido à criança durante a semana RIMAPF	1 - Sim	2 - Não
G. Foram aplicadas regras sobre quanto tempo de tela era permitido à criança durante o fim de semana. RIMAPG	1 - Sim	2 - Não
108. Regras para implementação de mídias após o Covid-19 (RIMPP) Depois da Pandemia de Covid, como é a rotina do uso de telas (TV, celular, tablet...) da criança? (Leia as opções)		
108a. Dispositivos móveis e outras telas ou TVs não são permitidos no quarto da criança RIMPP8a	1 - Sim	2 - Não
108b. Dispositivos móveis são guardados fora do quarto da criança RIMPP8b	1 - Sim	2 - Não
108c. Os membros da família não usam telas ou TVs durante as refeições RIMPP8c	1 - Sim	2 - Não
108d. Criança desliga as telas pelo menos 1 hora antes de dormir RIMPP8d	1 - Sim	2 - Não
108e. Restringe-se quais programas e aplicativos a crianças tinha acesso RIMPP8e	1 - Sim	2 - Não
108f. São aplicadas regras sobre quanto tempo de tela era permitido à criança durante a semana RIMPP8f	1 - Sim	2 - Não
108g. São aplicadas regras sobre quanto tempo de tela era permitido à criança durante o fim de semana. RIMPP8g	1 - Sim	2 - Não
109. ACEs (todas as crianças)		
Muitas crianças passam por eventos estressantes que podem afetar sua saúde e bem-estar. Os resultados deste questionário ajudarão o médico do seu filho a avaliar sua saúde e determinar orientações. Em qualquer momento desde que seu filho nasceu ...		
1. Os pais ou tutores do seu filho foram separados ou divorciados ACE1	1 - Sim	2 - Não 9 - Não sei
2. Seu filho morava com um membro da família que cumpriu pena na prisão ou prisão ACE2	1 - Sim	2 - Não 9 - Não sei
3. Seu filho morava com um membro da família que estava deprimido, doente mental ou que tentou suicídio ACE3	1 - Sim	2 - Não 9 - Não sei
4. Seu filho viu ou ouviu membros da família se machucando ou ameaçando machucar uns aos outros ACE4	1 - Sim	2 - Não 9 - Não sei
5. Um membro da família xingou, insultou, humilhou ou rebaixou seu filho de uma forma que o assustou OU um membro da família agiu de uma forma que fez seu filho ficar com medo de se machucar fisicamente ACE5	1 - Sim	2 - Não 9 - Não sei

6. Alguém tocou as partes íntimas de seu filho ou pediu que ele tocasse suas partes íntimas de forma sexual ACE6	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
7. Mais de uma vez, seu filho ficou sem comida, roupas, um lugar para morar ou não tinha ninguém para protegê-lo ACE7	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
8. Alguém empurrou, agarrou, deu um tapa ou jogou algo em seu filho OU seu filho foi atingido com tanta força que se machucou ou ficou com marcas ACE8	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
9. Seu filho morava com alguém que tinha problemas com bebida ou drogas ACE9	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
10. Seu filho muitas vezes se sentiu sem apoio, sem amor e/ou desprotegido ACE10	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
Seção 2.			
11. Seu filho esteve em um orfanato ACE11	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
12. Seu filho sofreu assédio ou intimidação na escola ACE12	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
13. Seu filho morava com um dos pais ou tutor que morreu ACE13	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
14. Seu filho foi separado de seu cuidador principal por meio de deportação ou imigração ACE14	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
15. Seu filho teve um procedimento médico sério ou uma doença com risco de vida ACE15	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
16. Seu filho frequentemente viu ou ouviu violência no bairro ou na vizinhança da escola ACE16	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
17. Seu filho foi muitas vezes maltratado por causa de raça, orientação sexual, local de nascimento, deficiência ou religião ACE17	1 - Sim	2 – Não	9 – Não sei
110. Escala de Parentalidade e Ajustamento Familiar Parenting and Family Adjustment Scales (PAFAS) [36 a 71meses]			
<p>Por favor, leia cada afirmação e assinale com um círculo o número da escala que mostra até que ponto cada afirmação é verdadeira, considerando as últimas 4 semanas. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo com cada afirmação.</p> <p>Até que ponto isto é verdade cada afirmação? 0-Nenhum pouco / 1-Um pouco/Algum tempo / 2-Bastante/uma boa parte do tempo / 3-Muito/a maior parte do tempo</p>			
1. Eu faço meu/minha filho/filha se desculpar pelo seu mau comportamento PAFAS1	0 – 1 – 2 – 3		
2. Eu digo para meu/minha filho/filha parar assim que observo seu mau comportamento PAFAS2	0 – 1 – 2 – 3		
3. Se meu/minha filho/filha não faz o que peço, eu desisto e eu mesma faço PAFAS3	0 – 1 – 2 – 3		
4. Eu ignoro intencionalmente pequenos maus comportamentos do meu/minha filho/filha PAFAS4	0 – 1 – 2 – 3		
5. Eu dou uma guloseima, uma recompensa ou uma atividade divertida quando meu/minha filho/filha se comporta bem PAFAS5	0 – 1 – 2 – 3		

6. Quando meu/minha filho/filha se comporta mal, eu atribuo uma consequência planejada (por exemplo, retiro um brinquedo) PAFAS6	0 – 1 – 2 – 3
7. Quando meu/minha filho/filha se comporta mal, eu mando- o/a dar um tempo (por exemplo, sentar-se sozinho(a) em um local tranquilo) PAFAS7	0 – 1 – 2 – 3
8. Quando meu/minha filho/filha se comporta mal, eu ameaço (por exemplo, desligar a televisão), mas eu não cumpro PAFAS8	0 – 1 – 2 – 3
9. Eu grito ou fico brava com meu/minha filho/filha quando ele/ela se comporta mal PAFAS9	0 – 1 – 2 – 3
10. Eu elogio meu/minha filho/filha quando ele/ela se comporta bem PAFAS10	0 – 1 – 2 – 3
11. Eu repreendo meu/minha filho/filha ou tenho uma longa conversa para explicar porque seu comportamento não é aceitável PAFAS11	0 – 1 – 2 – 3
12. Eu tento fazer meu/minha filho/filha se sentir mal (por exemplo, culpado ou envergonhado) por se comportar mal, para lhe ensinar uma lição PAFAS12	0 – 1 – 2 – 3
13. Eu dou atenção ao meu/minha filho/filha como um abraço, uma piscada de olho, um sorriso ou um beijo, quando ele/ela se comporta bem PAFAS13	0 – 1 – 2 – 3
14. Eu dou uma palmada no meu/minha filho/filha quando ele/ela se comporta mal PAFAS14	0 – 1 – 2 – 3
15. Eu discuto com meu/minha filho/filha sobre seu comportamento e atitude PAFAS15	0 – 1 – 2 – 3
16. Eu lido com o mau comportamento do meu/minha filho/filha da mesma maneira, o tempo todo PAFAS16	0 – 1 – 2 – 3
17. Eu dou ao meu/minha filho/filha o que ele/ela quer quando ele/ela fica com raiva ou chateado (a) PAFAS17	0 – 1 – 2 – 3
18. Eu brinco e leio livros com o/a meu/minha filho/filha PAFAS18	0 – 1 – 2 – 3
19. Eu fico irritado com o/a meu/minha filho/filha PAFAS19	0 – 1 – 2 – 3
20. Eu converso com o/a meu/minha filho/filha PAFAS20	0 – 1 – 2 – 3
21. Eu encorajo meu/minha filho/filha a praticar atividades físicas PAFAS21	0 – 1 – 2 – 3
22. Eu gosto de dar abraços, beijos e carinho ao meu/minha filho/filha PAFAS22	0 – 1 – 2 – 3
23. Eu preocupo-me com o futuro do/da meu/minha filho/filha PAFAS23	0 – 1 – 2 – 3
24. Eu sou orgulhosa do/da meu/minha filho/filha PAFAS24	0 – 1 – 2 – 3
25. Eu gosto de passar o tempo com meu/minha filho/filha PAFAS25	0 – 1 – 2 – 3
26. Eu ensino meu/minha filho/filha a fazer as coisas sozinho(a) PAFAS26	0 – 1 – 2 – 3
27. Eu faço refeições com meu/minha filho/filha PAFAS27	0 – 1 – 2 – 3
28. Eu tenho um bom relacionamento com meu/minha filho/filha PAFAS28	0 – 1 – 2 – 3

29. Eu sinto-me estressado ou preocupado	PAFAS29	0 – 1 – 2 – 3
30. Eu sinto-me feliz	PAFAS30	0 – 1 – 2 – 3
31. Eu sinto-me triste ou deprimido	PAFAS31	0 – 1 – 2 – 3
32. Eu sinto-me satisfeito com a minha vida	PAFAS32	0 – 1 – 2 – 3
33. Eu lido com as demandas emocionais de ser mãe/pai	PAFAS33	0 – 1 – 2 – 3
34. Eu trabalho como uma equipe com meu companheiro na criação dos filhos	PAFAS34	0 – 1 – 2 – 3
35. Eu discordo do meu companheiro na criação dos filhos	PAFAS35	0 – 1 – 2 – 3
36. Eu tenho um bom relacionamento com meu companheiro	PAFAS36	0 – 1 – 2 – 3
37. Os membros da nossa família ajudam e apoiam uns aos outros	PAFAS37	0 – 1 – 2 – 3
38. Os membros da nossa família se dão bem uns com os outros	PAFAS38	0 – 1 – 2 – 3
39. Os membros da nossa família brigam ou discutem	PAFAS39	0 – 1 – 2 – 3
40. Os membros da nossa família criticam ou colocam os outros para baixo	PAFAS40	0 – 1 – 2 – 3

111. ASQ3 Conforme faixa etária			
Questionário ASQ3: ____ Meses			Prematuridade: Sim 1 Não 2
Idade da Criança Hoje: Anos ____ Meses ____ Dias ____		Cálculo da idade:	
Domínios:	Perguntas:	Respostas:	Pontos
1. Comunicação	C1.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.2	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.3	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.4	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.5	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	C1.6	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
Comunicação: Total			
ASQC11 / ASQC12 / ASQC13 / ASQC14 / ASQC15 / ASQC16 - ASQCT			
2. Coordenação Motora Ampla	A2.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.2	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.3	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.4	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.5	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
	A2.6	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	
Coordenação Motora Ampla: Total			
ASQA21 / ASQA22 / ASQA23 / ASQA24 / ASQA25 / ASQA26 - ASQAT			
	F3.1	1 – Sim 2 – Às vezes 3 – Ainda não	

3. Coordenação Motora Fina	F3.2	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	F3.3	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	F3.4	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	F3.5	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	F3.6	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
				Coordenação Motora Fina: Total	
ASQF31 / ASQF32 / ASQF33 / ASQF34 / ASQF35 / ASQF36 - ASQFT					
4. Resolução de Problemas	R4.1	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	R4.2	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	R4.3	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	R4.4	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	R4.5	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	R4.6	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
				Resolução de Problemas: Total	
ASQR41 / ASQR42 / ASQR43 / ASQR44 / ASQR45 / ASQR46 - ASQRT					
5. Pessoal / Social	P5.1	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	P5.2	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	P5.3	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	P5.4	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	P5.5	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
	P5.6	1 – Sim	2 – Às vezes	3 – Ainda não	
				Pessoal / Social: Total	
ASQP51 / ASQP52 / ASQP53 / ASQP54 / ASQP55 / ASQP56 - ASQPT					

Escala Grupo S**INVENTÁRIO DOS HÁBITOS DE SONO PARA CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES (SHIPC 2-6 anos [24 a 71meses])**

Responda com uma das alternativas abaixo o que ocorre rotineiramente com o seu filho.

- 1, fato não ocorrido nesta semana;
- 2, fato ocorrido 1 a 2 vezes nesta semana;
- 3, fato ocorrido 3 a 5 vezes nesta semana e
- 4, fato ocorrido 6 ou mais vezes nesta semana.

Seu filho:

Rotina da hora de ir para cama		
1. Segue uma rotina da hora de ir para cama	SHIPC1	1 – 2 – 3 – 4
2. É colocado na cama por um ou ambos os pais	SHIPC2	1 – 2 – 3 – 4
3. Adormece sozinho	SHIPC3	1 – 2 – 3 – 4
4. Adormece na sua própria cama	SHIPC4	1 – 2 – 3 – 4
5. Adormece antes de ser colocado na cama	SHIPC5	1 – 2 – 3 – 4
Ritmicidade		
6. Conserva uma rotina da hora de ir para cama.	SHIPC6	1 – 2 – 3 – 4
7. Acorda pela manhã em horário	SHIPC7	1 – 2 – 3 – 4
8. Faz cochilo após o almoço	SHIPC8	1 – 2 – 3 – 4
9. Acorda durante a noite		

	SHIPC9	1 – 2 – 3 – 4
10. Leva mais de 30 minutos para dormir novamente	SHIPC10	1 – 2 – 3 – 4
11. Dorme na própria cama toda a noite	SHIPC11	1 – 2 – 3 – 4
Problemas de Separação		
12. Traz um objeto de segurança/transicional para a cama	SHIPC12	1 – 2 – 3 – 4
13. Expressa medo do escuro após ser colocado na cama pela noite	SHIPC13	1 – 2 – 3 – 4
14. Acorda angustiado por sonho ou temor	SHIPC14	1 – 2 – 3 – 4
15. Necessita de luz acesa enquanto dorme	SHIPC15	1 – 2 – 3 – 4
16. Chama pelos pais durante a noite	SHIPC16	1 – 2 – 3 – 4
17. Vai para a cama dos pais durante a noite	SHIPC17	1 – 2 – 3 – 4

Medições**EXAME ANTROPOMÉTRICO DA CRIANÇA**

112. Peso da Mãe COM a Criança:	PESOMC	P (kg): ____ ____, ____
113. Peso da Mãe SEM a Criança:	PESOMS	P (kg): ____ ____, ____
114. Estatura (E):	ESTATC	E (cm): ____ ____, ____
115. A criança foi medida:	POSICAO	1- Em pé 2- Deitada
116. Perímetro cefálico:	PERICEF	PC (cm): ____ ____, ____
117. Valor da HEMOGLOBINA da mãe	HEMOMAE	Hb(g/dL): ____ ____, ____
118. Valor da HEMOGLOBINA da criança	HEMOCRIANCA	Hb(g/dL): ____ ____, ____

Entrevistadora: _____ Data: ____/____/____

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Ceará (UFC)
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)
Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Ceará (FUNCAP)



7ª. Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC VII)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Mulheres de 18 a 49 anos

Prezada Senhora,

A presente pesquisa tem por objetivo estudar os **problemas de saúde da população materno-infantil** do Ceará. Para isto estamos entrevistando e medindo o peso e a altura das mulheres e crianças residentes nos 3.200 domicílios selecionados por sorteio para participarem do estudo. Além disso estamos fazendo a coleta de uma gota de sangue do dedo, através de punção digital, para exame de **Anemia**. As entrevistas, medições e testes serão realizadas por profissionais especialmente treinadas para este trabalho. Os resultados da pesquisa contribuirão para que os órgãos públicos possam tomar medidas adequadas para prevenir e controlar os problemas nutricionais e de saúde em mulheres e em crianças, em todo o Estado do Ceará.

Antes que decida sobre sua participação, entretanto, gostaríamos que a Sra. fosse informada sobre o seguinte:

- Sua recusa em participar da pesquisa, não implicará em qualquer prejuízo para si ou para sua família, quer seja de ordem social ou legal;
- Mesmo concordando inicialmente em participar, a Sra. poderá desistir desta participação no momento em que desejar, sendo encerrada a entrevista;
- Quando entrevistada a Sra. poderá 'pular' (deixar de responder) qualquer pergunta que julgue inconveniente, tais como perguntas que considere muito pessoais, ou muito íntimas;
- As entrevistas serão conduzidas de forma anônima e todas as respostas serão analisadas de forma coletiva, não sendo identificadas individualmente nenhuma das pessoas entrevistadas.

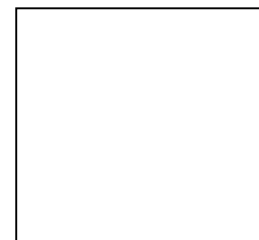
Quaisquer outras informações sobre a pesquisa poderão ser prontamente obtidas junto ao seu Coordenador de Pesquisa de Campo, Dr. Hermano Rocha, fone (85) 3366-8044 (Instagram @pesmic35 Twitter @pesmicBR).

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre os principais aspectos da **Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC VII)**, aceito participar da mesma.

Local: _____, data: ____ / ____ / 2023

Assinatura da Participante

Impressão digital da
participante, caso esta
não saiba assinar



Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha

Esta pesquisa foi aprovada sob o Número do Parecer: 5.614.102, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimed Fortaleza, sito à Av. Visconde do Rio Branco, 4000, 9º andar, fone (85) 3277-7149, e-mail: cep@unimedfortaleza.com.br.

Rua Papi Júnior, 1223 – 5º andar
Rodolfo Teófilo – Fortaleza, CE
CEP: 60430-235

ANEXO C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal do Ceará (UFC)
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)
Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Ceará (FUNCAP)



7ª. Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC VII)

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para crianças e Adolescentes menores de 18 anos

Prezada Senhora (responsável legal da criança ou menor de 18 anos),

A presente pesquisa tem por objetivo estudar os **problemas de saúde** da população materno-infantil do Ceará. Para isto estamos entrevistando e medindo o peso e a altura de mulheres e crianças, residentes nos domicílios selecionados por sorteio para participarem do estudo. Além disso estamos fazendo a coleta de uma gota de sangue do dedo, através de punção digital, para exame de **Anemia**. Sendo uma das pessoas da família apta a participar, menor de 18 anos, solicitamos sua permissão, como responsável pela mesma, para que ela seja entrevistada, tenha suas medidas verificadas e amostra de sangue colhida. Este trabalho será realizado por profissional especialmente treinada para este trabalho. Os resultados da pesquisa contribuirão para que os órgãos públicos possam tomar medidas adequadas para prevenir e controlar os problemas nutricionais e de saúde em mulheres e em crianças, em todo o Estado do Ceará.

Antes que decida sobre a participação na pesquisa, entretanto, gostaríamos que V. fosse informado(a) sobre o seguinte:

- Sua recusa em participar não implicará em qualquer prejuízo para V. ou sua família, quer seja de ordem social ou legal;
- Mesmo concordando inicialmente em participar, V. poderá desistir desta participação no momento em que desejar, sendo encerrada a entrevista;
- A entrevistada poderá 'pular' (deixar de responder) qualquer pergunta que julgue inconveniente, tais como, perguntas que considere muito pessoais, ou muito íntimas;
- As entrevistas serão conduzidas de forma anônima e todas as respostas serão analisadas de forma coletiva, não sendo identificadas individualmente nenhuma das pessoas entrevistadas.

Quaisquer outras informações sobre a pesquisa poderão ser prontamente obtidas junto ao seu Coordenador de Pesquisa de Campo, Dr. Hermano Rocha, fone (85) 3366-8044 (Instagram @pesmic35; Twitter @pesmicBR).

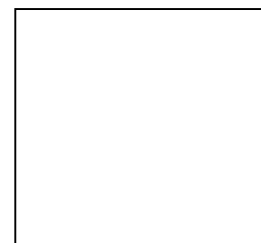
Tendo sido satisfatoriamente informada sobre os principais aspectos da **Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil do Ceará (PESMIC VII)**, aceito participar da mesma.

Local: _____, data: ____ / ____ / 2023

Assinatura da Participante

Assinatura do(a) Responsável

Impressão digital
do(a) responsável,
caso este(a) não
saiba assinar



Assinatura do Pesquisador

Assinatura da Testemunha

Esta pesquisa foi aprovada sob o Número do Parecer: 5.614.102, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimed Fortaleza, sito à Av. Visconde do Rio Branco, 4000, 9º andar, fone (85) 3277-7149, e-mail: cep@unimedfortaleza.com.br.

Rua Papi Júnior, 1223 – 5º andar
Rodolfo Teófilo – Fortaleza, CE
CEP: 60430-235