



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva



NATÁLIA NUNES DE LIMA

**VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER E O CRESCIMENTO
E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA**

Recife, 2017

NATÁLIA NUNES DE LIMA

**VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER E O CRESCIMENTO
E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/CCS/UFPE), como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana
Bernada Ludermir

Recife, 2017

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

L732v

Lima, Natália Nunes de.

Violência pelo parceiro íntimo contra a mulher e o crescimento e nutrição da criança / Natália Nunes de Lima. – Recife: o autor, 2017.
139 f.; il.; 30 cm.

Orientadora: Ana Bernarda Ludermir.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em saúde coletiva.

Inclui referências.

1. Violência por parceiro íntimo. 2. Relação mãe-filho. 3. Nutrição infantil. I. Ludermir, Ana Bernarda (orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018 - 093)

NATÁLIA NUNES DE LIMA

**VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER E O CRESCIMENTO
E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA**

Aprovado em: 02 /05/2017.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. **Ana Bernarda Ludermir** (Orientadora)
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Pernambuco

Dra. **Sandra Valongueiro Alves** (Examinador Interno)
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Pernambuco

Dra. **Marcella de Brito Abath** (Examinador Externo)
Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis- SES-PE

*Às mulheres que fazem
a escalada da montanha da vida,
removendo pedras
e plantando flores...
Às crianças que tem
no olhar o brilho do entusiasmo
e no coração
a sabedoria da inocência.*

AGRADECIMENTOS

À Deus pela oportunidade concedida, pois sem ele não teria chegado até o presente momento. Obrigada pelos momentos de luz, força e coragem a mim destinados.

Aos meus pais pela formação do meu caráter... Este ser humano que um dia foi entregue em vossas mãos para educá-la e ensinar-lhe que só com muito esforço a luta pode ser vencida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir, pelas indicações, correções e conhecimento compartilhado. Tudo isto compôs uma somatória fundamental não só para a construção deste trabalho, mas como para a maturidade de toda uma vida a seguir: antes de tudo, este momento se dedica a esta grande mestra com carinho.

À Profa. Dra. Elisabete Pereira Silva, pela amizade, conhecimento compartilhado e os momentos dedicados à construção deste trabalho.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE pela cooperação e boa vontade para realização desse objetivo profissional.

A todos os professores da Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelo conhecimento compartilhado e por me possibilitarem um espaço de crescimento profissional.

Ao secretário do mestrado do PPGSC, Moreira, pelas orientações e boa vontade para com a parte burocrática do curso.

A outras mestras, Marcella de Brito Abath, Emmanuely Correia de Lemos e Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas, pelo que me ensinaram, mas também pela dedicação e contribuição à minha formação profissional e pessoal.

Ao meu namorado, Rafael Pompílio, pela parceria em todos os momentos, carinho verdadeiro, incentivo e diálogos construtivos para minha formação enquanto profissional e ser humano.

Aos meus irmãos, pelo companheirismo, pelo amor e por serem anjos de luz em minha vida.

Aos demais familiares pelo incentivo e compreensão da minha ausência em alguns momentos, devido à dedicação aos estudos para conclusão desta dissertação.

À minha amiga, Camila Raianne Santos de Lira, pelo carinho, apoio e parceria que me deram tranquilidade e conforto durante esta caminhada.

Aos meus demais amigos, que através de suas torcidas me ajudaram para conclusão do meu trabalho.

Aos companheiros de turma, por fazerem parte dessa história que tem sido o mestrado.

“As pessoas mais felizes não têm as melhores coisas. Elas sabem fazer o melhor das oportunidades que aparecem em seus caminhos.”

(Clarice Lispector)

RESUMO

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, cujas consequências podem ser bastante negativas para saúde da mulher e da criança. A VPI contra mulher é um sério fator de risco para deficiências no crescimento e nutrição da criança em qualquer estágio do seu desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi investigar a associação entre a violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos sete anos depois do parto, e o crescimento e nutrição das crianças no início da escolaridade formal. Estudo transversal realizado entre 2013 e 2014 com 563 crianças e suas respectivas mães, cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco. O crescimento e nutrição da criança foram avaliados pelo Índice de Massa Corporal para idade. A exposição materna à VPI foi definida por atos concretos de violência psicológica, física e sexual infligidos à mulher pelo parceiro ou ex-parceiro. Foram estimadas as razões de prevalências brutas e ajustadas para a associação estudada, utilizando-se a regressão de Poisson. A prevalência da VPI foi de 32,2% e da desnutrição em crianças de 2,5%. As crianças cujas mães relataram VPI apresentaram maior probabilidade de estarem desnutridas (RP=3,3; IC95%: 1,0-10,1). A violência sofrida pela mãe interferiu no crescimento e nutrição infantil, o que aponta para necessidade de elaboração de políticas públicas voltadas ao combate à violência contra mulher, não só para prevenção das consequências na saúde das mulheres, como também na dos seus filhos.

Palavras-chave: Violência por Parceiro Íntimo. Relação mãe-filho. Nutrição Infantil.

ABSTRACT

Intimate partner violence (IPV) against women is a public health problem whose consequences can be very negative for the health of both women and their children. IPV against women is a serious risk factor for deficits in child growth and nutrition at any stage of their development. The objective of this study was to investigate the association between intimate partner violence in the last seven years postpartum and the growth and nutrition of children at the beginning of formal schooling. It was a cross-sectional study conducted between 2013 and 2014 with 563 children and their mothers, enrolled in the Family Health Strategy of Sanitary District II in the city of Recife, Pernambuco. Body Mass Index was used to evaluate the growth and the nutrition of the children. Maternal exposure to IPV was defined by concrete acts of psychological, physical and sexual violence inflicted on women by the partner or ex-partner. Crude and adjusted prevalence ratios were estimated for the studied association by using Poisson regression. The prevalence of IPV was 32.2% and malnutrition in children was 2.5%. Children whose mothers reported IPV were more likely to be malnourished (PR=3.3, CI95%: 1.0-10.1). The violence suffered by the mother interfered with the growth and nutrition of children, which shows the need to elaborate public policies aimed at combating violence against women, not only to prevent the consequences on women's health, but also on their children's.

Keywords: Intimate Partner Violence. Mother-child relationship. Child Nutrition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Fatores de risco associados à VPI contra a mulher.....	26
Figura- 1- População do Estudo	38
Quadro 3- Perguntas acerca da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher	44

LISTA DE TABELAS

ARTIGO - VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER E O CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA

- Tabela 1-** Comparação das características socioeconômicas, demográficas e violência pelo parceiro íntimo contra a mulher que participaram (N=644) e que não participaram (N=408) da 3ª etapa. Recife, Pernambuco, 2013-2014.....62
- Tabela 2-** Prevalência dos tipos de violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 7 anos, e da desnutrição infantil. Recife, Pernambuco, 2013-2014.62
- Tabela 3-** Associação das características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental da mulher e as características individuais da criança com a violência cometida pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 7 anos. Recife, Pernambuco, 2013-2014.63
- Tabela 4-** Associação das características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental materna e as características individuais da criança com o crescimento e nutrição infantil. Recife, Pernambuco, 2013-2014.....65
- Tabela 5-** Associação da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 7 anos, com o crescimento e nutrição infantil. Recife, Pernambuco, 2013-2014.....66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
CAPS -	Centro de Apoio Psicossocial
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Decit -	Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde
DS -	Distrito Sanitário
ESF -	Estratégia Saúde da Família
IC -	Intervalo de Confiança
MOS-SSS -	Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey
MR -	Microrregião
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PPGS -	Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva
RPA -	Região Político-Administrativa
SRQ 20 -	Self Reporting Questionnaire-20
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC -	Transtorno Mental Comum
UFPE -	Universidade Federal de Pernambuco
USF -	Unidade Saúde da Família
VPI -	Violência por Parceiro Íntimo
WHO -	World Health Organization
ZEIS -	Zona Especial de Interesse Social
NASF -	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 PERGUNTA CONDUTORA/HIPÓTESE	19
1.3 OBJETIVOS.....	19
1.4 ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 VIOLÊNCIA: ASPECTOS CONCEITUAIS.....	21
2.2 VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER.....	22
2.3 VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER E O CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA	29
3 MÉTODOS	36
3.1 DESENHO DO ESTUDO	36
3.2 ÁREA DO ESTUDO	36
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	37
3.4 COLETA DE DADOS	38
3.4.1 Seleção, Treinamento das entrevistadoras e Estudo piloto	40
3.4.2 Instrumentos de Pesquisa	41
3.4.2.1 Questionário sobre a criança (Anexo A)	41
3.4.2.2 Questionário da Puérpera (Anexo B)	41
3.4.2.3 Questionário da Mulher (Anexo C)	41
3.4.2.4 Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) (Anexo C)	42
3.4.2.5 Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey (MOS-SSS) (Anexo C)	42
3.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS E ELENCO DE VARIÁVEIS	43
3.5.1 Variável dependente	43
3.5.2 Variável Independente	43
3.5.3 Covariáveis	44
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	47
4 Artigo – VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E O CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69

APÊNDICES	82
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE 18 ANOS).....	83
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MENORES DE 18 ANOS).....	85
ANEXOS	87
ANEXO A- QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA.....	88
ANEXO B- QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA	90
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DA MULHER.....	96
ANEXO D- PARECER DO CEP.....	123
ANEXO F- CURVAS DE CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA (FEMININA)	138
ANEXO G - CURVAS DE CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA (MASCULINA).....	139

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher caracteriza-se por qualquer ato ou conduta baseada na desigualdade de gênero que resulte, ou venha a resultar, em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrida tanto na esfera pública como na privada (WHO, 2014). Desde que as mulheres são desproporcionalmente mais afetadas do que os homens (95% contra 5%), o termo “violência baseada no gênero” passou a ser usado, muitas vezes, como sinônimo da violência contra mulher (ELLSBERG; HEISE, 2005; KRUG et al., 2002). Além disso, a forma universalmente mais comum de violência contra mulher é a perpetrada por um marido ou outro parceiro íntimo (KRUG et al., 2002; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013; WATTS; ZIMMERMAN, 2002).

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) é definida como qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que tenha a possibilidade de causar dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação (WHO, 2014), sendo a VPI contra mulher considerada um problema global de saúde pública e violação dos direitos humanos (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006) que ocorre em altas proporções no mundo (ABRAMSKY; WATTS ; HEISE, 2011; ACOSTA et al., 2015; ELLSBERG; HEISE, 2005; HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999; KRUG et al., 2002; WATTS; ZIMMERMAN, 2002; WHO, 2014).

Estudos internacionais mostraram que a prevalência estimada de VPI contra mulher em algum momento da vida variou de 15% a 76,5%, sendo maior nos países menos desenvolvidos (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2011; ALI ; ASAD; KRANTZ, 2011; GARCIA-MORENO et al., 2006; WHO, 2013).

No Brasil, a prevalência de violência física e/ou sexual contra mulher pelo parceiro íntimo oscilou entre 15%, nos últimos 12 meses, e 37 %, em algum momento da vida (GARCIA-MORENO et al., 2006). Em diversas cidades brasileiras, estudos destacam uma importante variação regional na prevalência dos diferentes tipos de violência contra mulher, apresentando como um todo taxas mais altas nas cidades da região norte/nordeste. Pesquisa conduzida em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal apresentam taxas de violência psicológica, na vida de 61,7%, em

Campo Grande, a 85,6%, em Belo Horizonte; física leve de 12,8%, em João Pessoa, a 34,7% em Belém; física grave de 8,2%, em Florianópolis, a 22,1% em Belém (REICHENHEIM et al.,2006). Por outro lado, investigação realizada com uma amostra representativa de mulheres da cidade de São Paulo (capital) e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco (rural) relatou, respectivamente, prevalências de violência psicológica de 41,8% e 48,9%; violência física de 27,2% e 33,7%; e violência sexual de 10,1% e 14,3% (SCHRAIBER et al., 2007).

As disparidades no perfil da violência contra mulher, refletido pelas taxas de prevalências nacionais e internacionais são explicadas por fatores de riscos de nível sócio comunitário, individuais e contextuais como: baixo nível de escolaridade, baixo desenvolvimento econômico do país, falta de democratização do Estado e a cultura de honra masculina com atitudes sexista que favorecem a violência (PUENTE-MARTÍNEZ et al., 2016), faixa etária jovem (ANACLETO et al., 2009), uso de álcool e drogas pela mulher (BARROS et al., 2016) e seus parceiros (ABRAMSKY; WATTS; HEISE, 2011; ACOSTA et al., 2015; CHARLES; PERREIRA, 2007), histórico de violência na infância ou adolescência (DOUBOVA et al., 2007), ter estado numa união poligâmica (MAKAYOTO et al.,2013), baixa escolaridade (ABRAMSKY; WATTS ; HEISE, 2011; AUDI et al., 2008); baixa autoestima, pouca autonomia nas tomadas de decisões; parceiro muito controlador (ANTAI, 2011; SILVA et al., 2015); brigas frequentes entre o casal (SILVA et al., 2015), baixo apoio social e normas tradicionais de gênero (KRUG et al., 2002; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013).

A VPI contra mulher pode influenciar o estado nutricional dos seus filhos por meio de fatores tanto biológicos, comportamentais, sociais e/ ou contextuais (YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011). Estudos apontam que mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo estão mais propensas a sofrer de algum transtorno mental (LUDERMIR et al., 2010; LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014; TSAI et al., 2016), tem piores taxas de qualidade de vida e percepção de bem-estar global (ALSAKER et al., 2006), maiores chances de aderir a comportamentos não saudáveis como o fumo(CHENG; SALAMI; CHILSOLM, 2015), uso de álcool e drogas (NUNES et al., 2010; WHO, 2013), realização de pré-natal inadequado (CARNEIRO et al., 2016; MORAES; ARANA; REICHENHEIM, 2010), duração

inadequada da amamentação exclusiva (MORAES et al, 2008), início tardio do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde (SILVA; MORAES; REICHENHEIM, 2012) o que pode afetar negativamente o crescimento e nutrição da criança do pré-natal à primeira infância.

A violência perpetrada por parceiro íntimo é um fator de estresse (ABADI et al., 2013; FONSECA-MACHADO et al., 2015) que pode estar associado ao baixo peso ao nascer (ABADI et al., 2013; ABDOLLAHI et al., 2015; ALHUSEN et al., 2014; COKER; SANDERSON; DONG, 2004; DEMELASH; NIGATU; GASHAW, 2015; FERRI et al., 2007; HILL et al., 2016; NÚÑEZ-RIVAS et al., 2003; NUNES et al., 2010; MURPHY; SCHEI; MONT, 2001; SAKAR, 2008; SHAH et al., 2010; SHNEYDERMAN; KIELY, 2013; YANG et al., 2006) e prejuízos no crescimento e estado nutricional na primeira infância, refletindo quadros de desnutrição (ASLING-MONEMI; NAVED; PERSSON, 2009; GROSSO; MOLA; MIRANDA, 2014; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006; RAHMAN et al., 2012; RICO et al., 2011; SALAZAR et al., 2012; SOBKOVIK; YOUNT; HALIM, 2012; ZIAEI; NAVED; EKSTROM, 2014) que podem repercutir em efeitos adversos na adolescência e idade adulta (SILVA et al., 2012; VICTORIA et al., 2008).

A VPI contra mulher tem sido foco de muitos estudos nas últimas décadas (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2011; ALI ; ASAD; KRANTZ, 2011; LIDNER et al., 2015; MATHIAS et al., 2013; MONTERO et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014; ROSA et al., 2013; SILVA et al., 2015; ZACARIAS; MACASSA; ANTAI, 2012). No entanto, são recentes as pesquisas que se preocupam com o efeito da violência contra mulher, especialmente violência perpetrada por parceiros íntimos, no crescimento e nutrição da criança em idade escolar (ASLING-MONEMI; NAVED; PERSSON, 2009; YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011).

1.1 JUSTIFICATIVA

A violência contra as mulheres é, na sua maioria, cometida pelo parceiro íntimo (VPI), sendo mundialmente reconhecida como um problema de saúde pública, devido às elevadas taxas de prevalências e graves consequências para a saúde das mulheres e crianças.

A VPI contra mulher é um fator de estresse que pode ter consequências diretas no crescimento e nutrição da criança.

Problemas de saúde mental, derivados do estresse causado pela VPI à mulher, podem impactar na sua capacidade de cuidar da criança, especificamente no provimento de uma alimentação adequada, o que pode levar a comprometimentos no crescimento e nutrição da criança na primeira infância, podendo repercutir na adolescência e idade adulta.

Ainda são escassos estudos de base populacional, especialmente no Brasil, que avaliam a associação entre a exposição da mulher à VPI e o crescimento e nutrição da criança que está no início da escolaridade formal.

A produção de conhecimentos sobre a exposição da mulher à VPI e suas consequências para o crescimento e nutrição das crianças poderá contribuir para revelar sua magnitude e impactos, de modo a possibilitar a elaboração de estratégias que facilitem a identificação precoce e a formulação de ações de prevenção e de intervenção que viabilizem maior cuidado e proteção materno-infantil.

1.2 PERGUNTA CONDUTORA/HIPÓTESE

A pergunta que orientou o presente estudo diz respeito à relação entre exposição materna à VPI e as consequências no crescimento e nutrição da criança. Desta forma, a hipótese do estudo foi: crianças cuja mãe sofreu VPI apresentam, mais frequentemente, problemas no crescimento e nutrição em relação às mães não vítimas de VPI.

1.3 OBJETIVOS

Este trabalho concentra-se na área “Abordagens Quantitativas em Saúde”, inserindo-se na linha de pesquisa “Estudo da Morbimortalidade da Criança” do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. Está vinculado a uma pesquisa maior, da qual é um dos produtos, o estudo de coorte intitulado “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”.

Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo principal de Investigar a associação entre a violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos sete anos depois do parto, e o crescimento e nutrição das crianças no início da escolaridade formal. Os objetivos específicos foram: Caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico da mulher; Caracterizar o perfil sociodemográfico da criança; Estimar a prevalência da violência cometida por parceiros e ex- parceiros íntimos contra as mulheres nos últimos sete anos depois do parto; Verificar a associação da VPI contra a mulher nos últimos sete anos depois do parto com o crescimento e nutrição das crianças em idade escolar.

1.4 ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A dissertação é constituída de um capítulo de revisão de literatura, no qual foram abordados os principais aspectos conceituais relacionado à violência. Contêm ainda definições teóricas e explanação de achados científicos sobre a magnitude, fatores de risco e consequências da violência por parceiro íntimo contra as mulheres. Por último, traz as consequências da exposição materna à VPI no crescimento e nutrição da criança do pré-natal à idade escolar formal. Seguido à revisão de literatura estão os métodos do estudo que descreve o percurso metodológico das etapas iniciais até a análise dos dados. Após os métodos seguem os resultados da pesquisa redigidos em formato de artigo original intitulado “Violência pelo parceiro íntimo contra a mulher e o crescimento e nutrição da criança”, a ser submetido à revista Cadernos de Saúde Pública (Anexo E). No final do manuscrito foram discutidos os achados do estudo e as considerações finais

2 REVISÃO DE LITERATURA

Partindo das considerações iniciais colocadas na introdução, buscou-se, na revisão da literatura entender o problema de pesquisa, apresentando-o em três subtítulos: “Violência: Aspectos Conceituais”, “Violência pelo parceiro íntimo contra mulher”, e “Violência pelo parceiro íntimo contra a mulher e Crescimento e nutrição da Criança”.

2.1 VIOLÊNCIA: ASPECTOS CONCEITUAIS

A violência, embora não faça parte da natureza humana (MINAYO, 1994), pode ser descrita como um fenômeno sócio histórico, por estar relacionada aos processos de organização de uma sociedade; de causalidade multifatorial e complexa, e que não se limita apenas à criminalidade (MACEDO et al., 2001; MINAYO, 2006). A Organização Mundial de saúde (OMS), no relatório Mundial sobre a violência e a saúde, define a violência como:

“Uso intencional da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou venha resultar em lesão, morte, dano psicológico, transtorno no desenvolvimento ou privações” (KRUG et al., 2002, p.5).

Esta definição elaborada pela OMS permite relacionarmos a intencionalidade da violência com a realização do ato violento (DALHERG; KRUG, 2007), algo que se configura na sua classificação quanto ao tipo e natureza da violência.

Quanto ao tipo, a violência é classificada em três categorias de acordo com as características de quem a acomete, em: violência dirigida contra si mesmo (auto infligida) que inclui os comportamentos suicidas (ideação suicida, suicídio consumado e tentativa de suicídio) e os auto abusos (automutilação); violência imposta por outro indivíduo ou por um número pequeno de indivíduos (interpessoal) que subdivide-se em duas categorias: violência intrafamiliar (que ocorre no ambiente domiciliar, entre pessoas da família, e pode ser dirigida contra criança, idoso e parceiro íntimo) e violência comunitária (que ocorre no ambiente social, entre pessoas sem parentesco, conhecidas ou não); e a violência no âmbito da sociedade (coletiva) que é cometida por um grupo de indivíduos (atos terroristas e violência em

massas) ou Estado (guerras, processos de dominação e aniquilamento de povos e nações), sendo esta derivada dos âmbitos social, político e econômico (KRUG et al., 2002).

Em relação à natureza, a violência pode ser classificada em física, psicológica, sexual e privação ou negligência (KRUG et al., 2002).

No Brasil, de acordo com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, criada desde 2001, adota-se a seguinte definição sobre natureza do ato violento: violência física caracterizada por atos violentos, nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental para produzir injúrias, feridas, dor ou incapacidade em outrem; violência psicológica expressa nas formas de agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social; violência sexual representada por ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual, práticas eróticas e sexuais por meio de aliciamento, força física, intimidação ou ameaças; e negligência ou abandono compreendida como ausência, deserção ou recusa, por parte do responsável, dos cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social das vítimas (BRASIL, 2005).

2.2 VIOLÊNCIA PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER

A violência contra as mulheres é, na sua maioria, cometida por parceiro íntimo que, em muitos casos, usa conscientemente a violência como mecanismo de opressão (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2011; ALI ; ASAD; KRANTZ, 2011; ANTAI, 2011; FRANK; COELHO; BOING, 2010; SCHRAIBER et al., 2007; GARCIA-MORENO et al., 2006). Os abusos e agressões perpetrados contra as mulheres tem origem no patriarcado, que demarca fortemente a hierarquia nas relações de gênero, que justifica o domínio da mulher pelo homem (BARKER, 2016; CORTEZ; SOUZA; QUEIROZ, 2010; MOURA; LEFEVRE; MOURA, 2012; PERNAMBUCO, 2011).

A violência pelo parceiro íntimo (VPI) contra a mulher ocorre, principalmente, a partir da adolescência e dos primeiros anos da vida adulta, muito frequentemente no âmbito do casamento ou coabitação e inclui como comportamento: a violência física (tapa, soco, empurrão, espancamento, ameaçar ou usar arma de fogo); a

violência psicológica (intimidação, humilhação e depreciação); a violência sexual (coerção sexual; estupro e assédio sexual); e os comportamentos de controle (isolamento forçado da mulher em relação a sua família e amigos, monitorização dos seus movimentos, e restrição de seu acesso à informação ou assistência) perpetrados por parceiros atuais ou ex-parceiros (WHO, 2010).

Em 2006, foi criada e sancionada, no Brasil, a Lei nº 11.340/2006 intitulada “Maria da Penha” que constitui um instrumento legal e efetivo para intervir em espaço considerado privado e íntimo: o espaço doméstico, local no qual ocorre a maioria das agressões contra mulher, principalmente a violência por parceiro íntimo (PERNAMBUCO, 2011). Esta Lei é fruto da decorrência de campanhas e protestos feministas nacionais e internacionais, realizados desde 1980, que foram responsáveis pela maior visibilidade do fenômeno da violência doméstica contra mulher; das inúmeras reivindicações por políticas públicas de segurança e justiça contra a impunidade dos assassinatos praticados, geralmente, por parceiros íntimos (PASINATO; SANTOS, 2008); e das repercussões dos casos de violência doméstica nos meios de comunicação e na sociedade em geral.

Apesar da criação de Leis de proteção à mulher, políticas públicas de segurança e justiça no mundo inteiro (PERNAMBUCO, 2011), assim como a identificação por muitos estudos da VPI como a forma mais comum de violência contra mulher (CORTÊS, 2012; GARCIA-MORENO et al., 2006; KRUG et al., 2002), ainda é difícil estimar a magnitude desta problemática.

Muitos dos atos violentos vivenciados pelas mulheres não são declarados, por causa da condição estigmatizada, pelo sentimento de culpa; vergonha; medo de represálias por parte do agressor (GARCIA-MORENO et al., 2006; SCHRAIBER et al., 2007); falta de apoio de familiares, amigos e comunitário (ELLSBERG et al., 2000); o amor e a esperança que seu parceiro mude de comportamento; preocupação com seus filhos; dependência econômica (DEUBA et al., 2016) e afetiva (INSTITUTO AVON 2011; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2013); pressões e convenções sociais (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002); percepção complacente e tolerante à violência por parte das mulheres que muitas vezes buscam encontrar justificativas para a agressão, reduzindo a responsabilidade do agressor (LEITE et al., 2013).

A VPI é um evento (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2011; ALI ; ASAD; KRANTZ, 2011; ANTAI, 2011; GARCIA-MORENO et al., 2006; REICHENHEIM et al., 2006; SCHRAIBER et al., 2007) que envolve tanto homens quanto mulheres enquanto vítimas ou autores. Porém, a frequência de busca de serviços de atenção à saúde pelas mulheres em decorrência de graves e reiteradas agressões perpetradas por seus companheiros (ANACLETO et al, 2009; AGÊNCIA BRASIL, 2012; MATHIAS et al., 2013; MONTERO et al., 2013; SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010; VIEIRA et al., 2013) demonstra que esse problema constitui-se em um tipo de violência de gênero que desafia a área de direitos humanos, saúde e políticas públicas em todo o mundo (KRUG et al., 2002), devido as altas frequências mundiais deste tipo de violência.

A Organização Mundial de Saúde, em estudo multicêntrico com dez diferentes países, constatou prevalências de violência física/sexual por parceiro íntimo em algum momento da vida variando entre 15% no Japão a 71% na Etiópia e nos últimos 12 meses variando de 4-54% respectivamente. De acordo com as conclusões do estudo, as menores taxas foram encontradas nos países desenvolvidos (GARCIA-MORENO et al., 2006).

Estudos nacionais apontam prevalências de qualquer tipo de VPI contra mulher, durante a vida, variando de 55,7% na cidade de São Paulo apresentado taxas de violência psicológica, física e sexual de 53,8, 32,2 e 12,4%, respectivamente (MATHIAS et al., 2013); a 33,3% no Recife com taxa de violência psicológica de 52,7%, física de 46,1% e sexual de 13,6% (BARROS et al., 2016).

É importante notar que os diferentes tipos de violência podem ocorrer muitas vezes em conjunto, agravando o efeito traumático à vítima. No oeste da Etiópia 56,9% das mulheres foram vítimas de violência psicológica, física e sexual concomitantemente (ABEYA; AFEWORK; YALEW, 2011). Estudo de prevalência conduzido por Schraiber et al (2007) demonstrou que 17,2% das mulheres da cidade de São Paulo e 20,2% das mulheres da Zona da Mata de Pernambuco sofreram violência psicológica, física e sexual concomitantemente.

No que diz respeito ao grau de severidade da violência praticada entre casais, estudo aponta que as mulheres possuem maior probabilidade de serem vítimas de violência física grave (BARROS; SCRAIBER, 2017; LINDNER et al., 2015). Este tipo

de violência pode ser responsável por: traumas na face e/ou cabeça e/ou pescoço podendo produzir sentimento de autodepreciação, humilhação e vergonha, gerar acentuado sofrimento psíquico à vítima (DOURADO; NORONHA, 2015); risco de suicídio três vezes maior entre as mulheres que sofreram violência física moderada e oito vezes maior entre as que sofreram violência física grave (FANSLOW; ROBINSON, 2004); e maiores custos anuais para cuidados de saúde. (BONOMI et al., 2009).

A VPI pode estar presente nos diferentes âmbitos e momentos da vida da mulher como na gravidez e pós-parto, períodos em que seu bem-estar deveria ser especialmente assegurado (MARCACINE et al., 2013).

A VPI ocorrida antes da gravidez é um fator de risco para a VPI durante a gestação, assim como a violência durante a gestação é um fator de risco para a violência no pós-parto (GUO et al., 2004; SILVA et al., 2011). As situações que podem desencadear em violência no período gestacional e no pós-parto são: o aumento das discussões entre o casal devido ao estresse e às mudanças de vida decorrentes da gravidez; o clima de ciúme e desconfiança em relação à paternidade; noites mal dormidas e as mudanças na dinâmica familiar após a chegada do recém-nascido; aumento da responsabilidade financeira, mudanças físicas e hormonais da mulher; ajustes nos papéis de mãe e pai, na relação entre o casal e na interação com a família (BURCH; GALLUP, 2004; JASINSKI, 2004; MARTIN et al., 2004; STEWART, 1994).

As causas da violência por parceiro íntimo contra mulheres são diferentes e não há apenas um único fator que explique por que alguns indivíduos são violentos, ou por que a violência é mais prevalente em alguns contextos sociais do que em outros (ELLSBERG; HEISE, 2005; WATTS; ZIMMERMAN, 2002). O modelo que mais se utilizou para compreender a problemática da VPI é o ecológico. Este postula a violência como resultante de fatores que operam em quatro níveis: individual, relacional (familiar), comunitário e social (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS, 2013).

No nível individual estão incluídos como fatores de risco à VPI os de ordem biológica e de história pessoal; quanto ao nível relacional destacam-se os que aumentam os riscos resultantes de relacionamentos com pares, parceiros íntimos e

membros familiares. Esses são o círculo social mais próximo à pessoa e podem moldar seu comportamento e os tipos de experiências; no nível comunitário apresentam-se os contextos dos ambientes, nos quais estão contidas relações sociais; e o nível social que abrange as questões relacionadas à desigualdade de gênero, sistemas de crenças religiosas ou culturais, normas sociais e políticas econômicas ou sociais que sustentam lacunas e tensões entre grupos (HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999; WHO, 2010). O quadro abaixo aponta os principais fatores de risco para a VPI contra mulher utilizando a classificação do modelo de Heise; Ellsberg e Gottemoeller (1999).

Quadro 1- Fatores de risco associados à VPI contra a mulher

Nível	Fatores de risco
Individual do Parceiro	Idade jovem Baixo nível de instrução Ter sido testemunha ou vítima de violência na infância Consumo nocivo de álcool e drogas Transtorno de personalidade Antecedentes de ter cometido violência a parceiras anteriores
Individual da mulher	Baixo nível de instrução Exposição à violência entre seus pais Ter sido vítima de abuso sexual quando criança Aceitação da violência Exposição anterior a outras formas de violência
Fatores relacionais	Conflito ou insatisfação com a relação conjugal Domínio dos homens da família Dificuldades econômicas Homens com muitas parceiras sexuais Disparidade nos níveis de escolaridade
Fatores comunitários	Baixa condição socioeconômica Baixo nível de apoio social
Social	Ampla aceitação social da violência Ampla aceitação da violência como forma de resolver conflitos

Fonte: OMS (2013)

O modelo ecológico para compreensão dos fatores associados à VPI sustenta uma abordagem de saúde pública mais abrangente, a qual não somente trata o risco de um indivíduo se tornar vítima ou perpetrador de violência, como também as normas, crenças e sistemas sociais e econômicos que criam condições favoráveis para a ocorrência da VPI (WHO, 2010).

Estudos recentes, nacionais e internacionais, têm investigado os potenciais fatores de riscos que desencadeiam a violência do homem contra a parceira. ABEYA; AFEWORK; YALEW (2011), em estudo realizado no oeste da Etiópia,

encontraram prevalências de VPI em algum momento da vida e nos últimos 12 meses de 76,5% e 72,5%, respectivamente, apresentando como possíveis fatores de risco: ter idade entre 35 a 49 anos; poligamia por parte do parceiro; uso de álcool pelo parceiro; hostilidade conjugal e ter testemunhado anteriormente violência familiar.

No Paquistão, país regido pelos ensinamentos islâmicos, onde as atitudes de violência do parceiro são consideradas um assunto privado e, normalmente, uma resposta justificável ao mau comportamento por parte da mulher, as taxas de violência ao longo da vida e no ano anterior foram 57,6% e 56,3% para violência física respectivamente, 53,4% e 54,5% para sexual, 81,8% e 83,6% para psicológica, destacando baixo nível de escolaridade do parceiro e da mulher, baixa condição socioeconômica da família e cinco ou mais membros da família em casa como possíveis fatores de risco para violência (ALI; ASAD; KRANTZ, 2011).

Pesquisas realizadas com dados do estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde intitulado “Violência doméstica e saúde das mulheres”; ocorrido em dez diferentes países localizados na América Latina, Europa, Ásia e África, identificaram como potenciais fatores de risco associados à violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 12 meses: o histórico de presenciar abuso materno ou ter sido vítima de violência na infância, idade jovem, abuso de álcool (tanto da mulher quanto do parceiro), mulheres com atitudes de apoio a violência do homem contra sua esposa, mulheres com filhos de outros relacionamentos conjugais, envolvimento do parceiro em brigas com outros homens e poligamia por parte do parceiro (ABRAMSKY; WATTS; HEISE, 2011). Por outro lado, no Brasil, em amostra representativa de mulheres da cidade de São Paulo e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco, mostraram-se associados à violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, durante a vida, em ambos locais: a escolaridade até 8 anos, violência física conjugal entre os pais da mulher, abuso sexual na infância, cinco ou mais gestações e problemas com bebidas. Autonomia financeira da mulher, união informal, idade e consentimento na primeira relação sexual mostraram-se associadas a maiores taxas apenas na Zona da Mata de Pernambuco (D’OLIVEIRA et al., 2009).

Pesquisa documental, realizada numa Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher, no Rio Grande do Sul, que analisou 902 ocorrências de violência contra mulher, registradas no período de agosto de 2009 a dezembro 2011, encontrou como possíveis causas do ato violento dos parceiros contra companheira: a supremacia masculina como geradora do sofrimento e submissão da mulher, problemas decorrente do uso de droga por parte do parceiro; problemas relacionados aos filhos (guarda e visitação do filho, pagamento de pensão, atitude materna de proteger os filhos da agressão efetuada pelo pai); problemas de divisão de bens após divórcio (ACOSTA et al., 2015).

Durante a gestação estudos elencam como principais fatores associados à violência perpetrada por parceiro masculino: baixa escolaridade da gestante (DEBONO et al., 2016); parceiro consumir álcool (DEUBA et al., 2016) ou drogas ilícitas (CHARLES; PERREIRA, 2007), ter estado em união poligâmica (MAKAYOTO et al., 2013), antecedentes de violência na infância, presença de alterações emocionais (DOUBOVA et al., 2007; DURAND; SCHRAIBER, 2007) e ser responsável pela família (AUDI et al., 2008).

Estudo de coorte prospectivo, realizado na capital Pernambucana, com mulheres entrevistadas no período da gestação e puerpério identificaram como fatores de risco para prática da violência por companheiro no pós-parto: a baixa escolaridade e falta de renda própria da mulher; agressão física ao parceiro sem estar sendo agredida, parceiro com comportamento controlador, brigas frequentes com o companheiro (SILVA et al., 2015).

Os estudos, citados acima, embora diverjam em suas metodologias reforçam a importância da investigação dos fatores de risco à VPI contra mulher como subsídio à promoção e desenvolvimento de políticas, programas intersetoriais de abordagens mais abrangentes e eficazes na prevenção e combate a violência (WHO, 2010) de forma a convencer homens e mulheres de que violência entre parceiro não é uma característica aceitável nas relações humanas, nem uma forma de resolver conflitos.

O fenômeno da VPI perpetrada pelos homens contra suas companheiras, impactam gravemente na qualidade de vida e na saúde das vítimas (GUIMARÃES, 2004; SCHRAIBER et al, 2007) resultando em maior prevalência de doenças crônicas, aumento dos dias acamada (RUIZ-PÉREZ; PLAZAOLA-CASTAÑO; DEL

RÍO-LOZANO, 2007), transtorno de estresse pós traumático na gestação (FONSECA-MACHADO et al., 2015), cefaleia, desmaio, dor nas costas, problemas gastrointestinais e de socialização, sintomas depressivos, doenças sexualmente transmissíveis (CAMPBELL, 2002), transtorno mental comum(LUDERMIR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2014), depressão pós-parto (LUDERMIR et al., 2010), comportamento sexual de risco, complicações da gravidez, aborto espontâneo e praticado em condições não seguras, gravidez indesejada (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002), além de anemia (ACKERSON;SUBRAMANIAN, 2008) e redução do Índice de massa corporal na mulher (FERREIRA et al., 2015). Estas causas podem ser responsáveis pelas mortes e os altos custos econômicos com internação hospitalar derivadas dos atos violentos que ocorrem em todo mundo (MELO, 2010).

2.3 VIOLÊNCIAS PELO PARCEIRO ÍNTIMO CONTRA A MULHER E O CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA

A violência por parceiro íntimo (VPI) não é dirigida apenas contra a mulher, há também o envolvimento dos filhos que estão expostos aos episódios violentos, mesmo quando não são alvo direto da violência (KITZMANN et al., 2003). No entanto, um estudo de revisão conduzido por Yount; Digirolamo e Ramakrishnan, (2011) relatou que são recentes as pesquisas que se preocupam com o efeito da violência entre adultos, especialmente violência entre os parceiros íntimos, no crescimento e nutrição da criança.

A VPI nos diferentes âmbitos e momentos da vida da mulher pode causar impactos no crescimento e nutrição da criança desde o período do pré-natal até a idade escolar (ASLING-MONEMI; NAVED; PERSSON, 2009; SILVA et al., 2012; YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011).

O período gestacional ou do pré-natal é fundamental, para o desenvolvimento adequado da criança, principalmente o crescimento e o estado nutricional, que podem ser afetados por vários fatores, como o estresse materno, nutrição precária e o uso de álcool, fumo e drogas (CUNNINGHAM; BAKER, 2004; YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011). Este período pode representar uma fase de grande vulnerabilidade para mulher, pois pode causar momentos de estresse

(ABADI et al., 2013). A violência perpetrada por parceiro íntimo é um estressor (FONSECA-MACHADO et al., 2015) que pode estar associado ao baixo peso ao nascer (ABUJILBAN et al., 2015; DEMELASH; NIGATU; GASHAW, 2015; HILL et al., 2016; KOEN et al., 2014; SAKAR, 2008; SHAH et al., 2010;), sendo este definido pela Organização Mundial de Saúde como peso ao nascer inferior a 2500 gramas (WHO, 2013a).

Estudos transversais, realizados em diversos países, relatam associações significativas entre violência por parceiro íntimo na gravidez e baixo peso ao nascer da criança, com taxas de prevalência de baixo peso ao nascer variando de 11,8%, a 31,2% (ABADI et al., 2013; COKER; SANDERSON; DONG, 2004; FERRI et al., 2007; NÚÑEZ-RIVAS et al., 2003; YANG et al., 2006).

Em um distrito da Colômbia, no Irã e no Vietnã, estudos de coorte identificaram taxas de risco variando de 2,4 a 6,0 vezes maiores chances de ter recém-nascidos com baixo peso em mulheres expostas à violência física pelo parceiro íntimo na gravidez quando comparada às mulheres que não sofreram a violência (ABDOLLAHI et al., 2015; HOANG et al., 2016; SHNEYDERMAN; KIELY, 2013). Por outro lado, no Brasil, estudo realizado com gestantes que frequentavam clínicas de atenção primária, em duas cidades do sul dos país, observou um risco 3 vezes maior de ter recém nascido com baixo peso em mães que sofreram VPI física na gravidez quando comparada às que não sofreram violência(NUNES et al., 2010).

Estudo prospectivo, com dados derivados de um ensaio clínico randomizado, na Costa leste dos Estados Unidos, observou um risco quatro vezes maior de ter neonato com baixo peso ao nascer nas mulheres que sofreram violência na gravidez com alta severidade quando comparada as mulheres que tiveram violência com baixa severidade (ALHUSEN, et al., 2014).

A exposição materna a mais de um tipo de violência na gravidez aumenta o risco de ter lactente com baixo peso ao nascer. Estudo de coorte realizado no Vietnã observou que a violência física isolada durante a gravidez esta associada a um risco 6,0 vezes maior de ter recém-nascido com baixo peso. Se a mulher foi exposta a violência física, sexual e psicológica ao mesmo tempo o risco aumentou para 10.0 (HOANG et al., 2016).

O baixo peso ao nascer (BPN) pode resultar do efeito direto da violência na gravidez podendo ocorrer por trauma abdominal (MURPHY; SCHEI; MONT, 2001) e, de maneira indireta, mas não menos grave, por uso de drogas ilícitas (ALHUSEN et al., 2013) álcool e fumo (AUDI et al., 2008a), transtorno mental comum (FERRI et al., 2007), nutrição inadequada da mulher (ABADI et al., 2013; COKER et al., 2000), histórico de ter tido criança com baixo peso anteriormente (ABADI et al., 2013), baixa renda familiar e más condições de habitação (VETTORE et al., 2010). A literatura científica associou esses riscos indiretos à diminuição do crescimento fetal e trabalho de parto precoce, que podem culminar com a chegada de um recém-nascido com baixo peso ou prematuridade (NASIR; HYDER, 2003; HAN; STEWART, 2014; PARVEY et al., 2014; SANCHEZ et al., 2013; YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011).

Os resultados destes estudos mostram a importância da realização de mais pesquisas sobre BPN, uma vez que é a principal causa de mortalidade neonatal e infantil (BAILEY, 2010; BRASIL, 2016; MURPHY; SCHEI; MONT, 2001). Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, sobre saúde materna, do recém-nascido, da criança e adolescente, o BPN contribui para 60% a 80% de todas as mortes neonatais, sendo a prevalência global de baixo peso ao nascer de 15,5%, o que equivale a cerca de 20 milhões de recém-nascidos, a cada ano, ao redor do mundo com baixo peso. Destes 96,5% nasceram em países em desenvolvimento (WHO, 2012).

O período do nascimento aos dois anos de idade, chamado lactente, é uma fase crítica para o desenvolvimento do bebê, pois é neste momento que começam a se estabelecer os vínculos de segurança emocional com o cuidador, que pode ser ou não os pais biológicos, sendo estes os principais responsáveis ao atendimento das necessidades das crianças (CUNNINGHAM; BAKER, 2004).

A exposição da mulher à violência doméstica, principalmente a perpetrada por seus parceiros íntimos, é um fator psicossocial que pode levar a problemas de saúde mental (LUDERMIR et al., 2010; 2014). Estudos indicam que sintomas depressivos pré e pós-natal podem interferir na capacidade de cuidar da criança, principalmente no atendimento das necessidades alimentares, algo que pode levar ao comprometimento do crescimento e estado nutricional de seus filhos, tanto na

primeira infância como na idade escolar (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002; CHAGAS, 2007; RAHMAN et al, 2004; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012; SURKAN et al., 2012).

Estudo de coorte, realizado em uma área rural de Bangladesh, acompanhou 3164 crianças, do nascimento aos 24 meses de idade, de mulheres que relatam violência por parceiro íntimo durante algum momento da vida, identificou uma taxa de incidência de qualquer forma de violência por parceiro íntimo de 50%, com 30% dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer e 17,5% com baixo comprimento ao nascer ($\leq 2DS$). Após os 24 meses de idade 41,9% estavam com baixo do peso (baixo peso para idade), 55,5% com nanismo (baixa altura para idade) e 13,3% com emaciamento (baixo peso para altura) (ASLING-MONEMI; NAVED; PERSSON, 2009). Por outro lado, estudo de caso controle, realizado em seis hospitais pediátricos do Rio de Janeiro, no Brasil, encontrou um risco três vezes maior de baixo peso para altura em crianças de mães que relatam abuso físico grave comparado as que relatam agressão verbal ou abuso físico leve (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006).

Os autores dos estudos acima citados, concluem ser a VPI contra mulher um fator que pode estar associado ao baixo peso para idade, baixa altura para idade e baixo peso para altura na primeira infância, especificamente, nos dois primeiros anos de vida.

Os efeitos da VPI no período pré-escolar, idade de três a cinco anos, são ampliados para as crianças, principalmente porque elas são completamente dependentes dos pais em todos os aspectos do seu cuidado (DEVOE; SMITH, 2002). Estudo transversal, realizado no Peru, com 5154 crianças, com idades menores de cinco anos, e suas respectivas mães que foram vítimas de VPI, nos últimos 12 meses, identificou uma prevalência de desnutrição crônica (altura para idade com 2 desvios padrão (DS) abaixo da média para idade) de 19,8% com uma probabilidade de ocorrência maior em mulheres vítimas de violência física severa (GROSSO; MOLA; MIRANDA, 2014). Em outro estudo realizado em diferentes Distritos de saúde (Egito, Honduras, Quênia, Malawi e Ruanda) foi encontrado uma associação entre violência física e desnutrição crônica apenas no Quênia (RICO et al., 2011). Por outro lado, pesquisa realizada em Bangladesh identificou que

mulheres expostas à VPI física e/ou sexual, alguma vez na vida, eram mais propensas a ter filho com nanismo (ZIAEI; NAVED; EKSTROM, 2014).

Em Bangladesh, estudo transversal encontrou em crianças, menores de 5 anos, taxas de prevalência de baixo peso e nanismo de 40,8% e 42,0%, respectivamente, com experiências maternas de qualquer VPI física ou sexual, nos últimos 12 meses, associada a estes desfechos (RAHMAN et al., 2012). Por outro lado, na Libéria foram encontradas prevalências de baixo peso e nanismo de 18% e 39%, respectivamente, apresentando associação significativa apenas para mulheres que relataram violência sexual (SOBKOVIAK; YOUNT; HALIM, 2012).

Estudo de coorte realizado em Nicarágua identificou a exposição à violência na gravidez como fator de risco para escores Z de média altura para idade menor nos primeiros 40 a 46 meses de idade (SALAZAR et al., 2012). Outro estudo de coorte realizado em grandes cidades dos Estados Unidos encontrou uma incidência de obesidade de 16,5% em crianças, menores de 5 anos, com risco maior de obesidade em crianças de mães que relatam VPI crônica, definida como exposição materna a VPI tanto durante a gravidez ou infância (0 a 12 meses) e na primeira infância (36 a 60 meses), tendo este achado se mantido após ajustamentos às variáveis de confusão como: depressão e hábito de fumar materno durante a gravidez, assim como peso ao nascer da criança (BOYNTON-JARRETT et al., 2010). Esta associação pode ser justificada pelo fato da violência doméstica, principalmente a VPI, causar estresse emocional que limita a capacidade materna de atender os cuidados necessários a criança, influenciando até o estilo padrão de alimentação maternal.

Quanto ao período em idade escolar, fase entre os 6 a 12 anos, momento em que as crianças têm uma maior consciência emocional e já são capazes de formar pensamentos mais complexos sobre o certo e errado, causa e efeito (CUNNINGHAM; BAKER, 2004), estudo com dados de uma pesquisa longitudinal, realizada na Grã-Bretanha, apontou que 31,1% das crianças que tiveram experiência de conflitos familiares apresentavam baixa estatura (MONTGOMERY; BARTLEY; WILKINSON, 1997).

São escassos os estudos que avaliam o impacto da VPI contra mulher no crescimento e nutrição da criança em idade escolar. Estudo realizado no Brasil com

objetivo de investigar associação entre desnutrição e baixo desempenho cognitivo em crianças, com idade escolar, encontrou associação ao ajustar para variável de confusão exposição da mãe a violência por parceiro íntimo (SILVA et al., 2012).

Todos os estudos apresentados concluem que VPI desempenha um papel significativo no comprometimento à saúde das crianças por meio dos danos ocasionados ao seu estado nutricional.

O estado nutricional é um dos fatores que rege o desenvolvimento do processo cognitivo, podendo a desnutrição, definida pelo comprometimento severo do crescimento linear e/ou pelo emagrecimento extremo da criança (MONTEIRO; CONDE, 2000), desencadear desempenhos pobres em teste de atenção, trabalho de memória, aprendizagem, habilidades de percepção espacial (KAR; RAO; CHANDRAMOULI, 2008), baixo coeficiente intelectual (SILVA et al., 2012), dificuldade no aproveitamento escolar, o que pode impactar principalmente nos grupos em idade escolar formal, tendo como consequência na idade adulta a redução da altura e da capacidade produtiva (VICTORIA et al., 2008).

No que se refere à obesidade, estudo aponta que crianças, do sexo masculino, em idade pré-escolar, cujas mães experimentaram violência perpetrada por parceiro íntimo tiveram risco duas vezes maior de ter obesidade ou excesso de peso constante na adolescência (JUN et al., 2012). Há evidências de que o excesso de peso na infância persiste na idade adulta (ADAIR, 2008), estando à obesidade infantil associada a doenças crônicas na fase adulta (BEILIN; HUANG, 2008), o que ressalta a importância de melhores delineamentos de trajetórias de crescimento usando dados longitudinais para identificação de fatores modificáveis que contribuem para tal heterogeneidade.

Estudos apontam como potenciais fatores de confusão, que influenciam a força ou a direção na associação entre a variável preditora e o desfecho, entre violência por parceiro íntimo contra mulher e crescimento e nutrição infantil: escolaridade materna e paterna; renda familiar; número de residentes no domicílio (RAHMAN et al., 2012); posição na prole (GROSSO; MOLA; MIRANDA, 2014); uso de drogas ilícitas, álcool (YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011) e fumo pela mãe (AUDI et al., 2008a; BOYTON- JARRETT et al., 2010; JUN et al., 2012); número de consultas no pré-natal (KOEN et al., 2014); duração da amamentação

(GROSSO; MOLA; MIRANDA, 2014); peso ao nascer da criança (BOYNTON-JARRETT et al., 2010); saúde mental da mãe como indicador da capacidade de cuidar (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002; SILVEIRA; PEROSA; CARVALHAES, 2012; SURKAN et al., 2012); nutrição inadequada da mãe (ABADI et al., 2013) e baixa autonomia nas tomadas de decisão por parte da mulher (SHROFF et al., 2009).

São escassos estudos sobre obesidade infantil e violência materna por parceiro íntimo apresentando como variáveis de confusão investigadas em pesquisas recentes: peso ao nascer e sexo da criança; renda familiar dos pais; índice de massa corporal da mãe na gravidez; depressão e hábito de fumar materno (BOYNTON-JARRETT et al., 2010; JUN et al., 2012).

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, inserido no estudo de coorte prospectivo que vem sendo conduzido desde 2005, com mulheres cadastradas em todas as unidades de saúde da família do DS II da cidade do Recife, Pernambuco. A coorte é composta de três etapas de coleta de dados que foram realizadas nos anos de 2005, 2006, 2013 e 2014.

As duas primeiras etapas do estudo foram parte da pesquisa “violência na gravidez: determinantes e consequências para saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais”, financiada pelo CNPq, processo: 403060/2004-4, e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério de Saúde (Decit- Processo:473545/2004-7).

Este estudo é parte integrante da 3ª etapa da coorte, que foi intitulada “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”. Foi realizado com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – processo nº 475240/2011-1).

3.2 ÁREA DO ESTUDO

A cidade do Recife é dividida em oito regiões político-administrativas (RPA), sendo cada uma subdividida em três microrregiões (MR). No setor da saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS). As RPAs agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Há 265 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando em 126 Unidades de Saúde da Família (USF), distribuídas nas oito RPAs. As características socioeconômicas e demográficas da população cadastrada na ESF são semelhantes, o que facilitou a decisão de realizar a pesquisa num único distrito sanitário, o Distrito Sanitário II, por melhor se adequar às necessidades operacionais e logísticas da pesquisa de campo.

O DS II da cidade do Recife limita-se com o município de Olinda, ao norte e ao leste, e com o Distrito Sanitário III a Oeste e Sul. É composto por 19 bairros: Arruda, Bomba do Hemetério, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto do Pascoal, Alto Santa Terezinha, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois Unidos e Linha do Tiro (RECIFE,2014).

O referido Distrito apresenta uma extensão territorial de 1.430 hectares que corresponde a 6,51% da área do município. As densidades domiciliar e demográfica são de 3,79 hab./domicílio e 144 hab./hectare, respectivamente, sendo a ocupação do DS predominantemente residencial unifamiliar, voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social – ZEIS, nas quais residem em média 60% de toda sua população, sendo um dos distritos que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS.

O número de habitantes do Distrito é de 231.418, representando 14,38% da população recifense, sendo 53,74% mulheres e 46,25% homens (RECIFE, 2014). No que diz respeito à infraestrutura, o DS II apresenta 95,35% dos domicílios com abastecimento de água e 96,92% com coleta de lixo. Além disso, 51,58% dos domicílios possuem fossa rudimentar, no entanto, apenas 31,26% estão ligados à rede de esgoto.

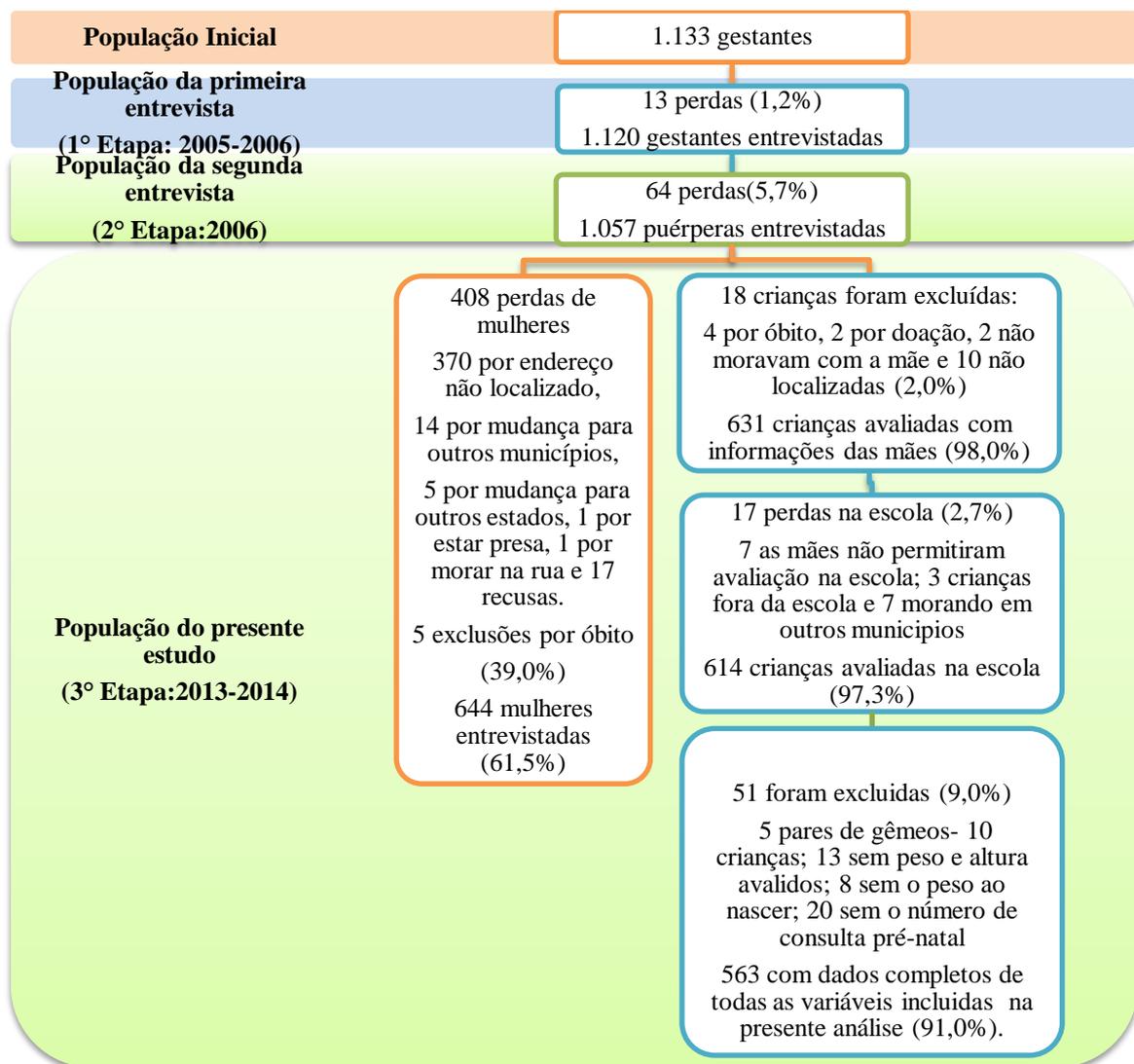
A rede de atenção à saúde é composta por 46 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em 19 Unidades de Saúde da Família (USF), 23 equipes de saúde bucal, 3 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e sete polos do programa Academia da cidade. Ainda compõem a rede do distrito, uma UPINHA/USF, duas Policlínicas, um Centro de Especialidades odontológicas(CEO), uma base descentralizada do SAMU, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dois de Transtornos Mentais e um de Álcool e outras Drogas, seis Residências e um albergue Terapêutico (RECIFE, 2014).

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A Figura 1 apresenta o fluxograma das três etapas da coorte. Foram elegíveis para participar do estudo 1.057 crianças nascidas no período de julho de 2005 a outubro de 2006 e suas respectivas mães, as quais eram/são cadastradas na ESF

do DS II e participaram das entrevistas da gestação e do pós-parto. A população do presente estudo incluiu apenas as 563 crianças e suas respectivas mães que tinham dados completos das variáveis incluídas na presente análise.

Figura 1- População do Estudo



3.4 COLETA DE DADOS

No período entre julho de 2005 a outubro de 2006 foi realizada a primeira etapa do estudo, com a aplicação do Questionário da Gestante. As gestantes foram contatadas durante a consulta do pré-natal e as entrevistas foram realizadas antes

ou imediatamente após a consulta, em uma sala reservada na própria USF, ou agendada para datas e locais mais convenientes, visando conforto e segurança para as mesmas. Os contatos com as gestantes de alto risco, que não faziam o pré-natal na USF, e com aquelas que não frequentavam o pré-natal com regularidade, foram feitos no domicílio. Essas foram identificadas a partir dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Do total das 1.133 mulheres elegíveis para a pesquisa, 1.120 foram entrevistadas, representando (98,8%) do total.

A segunda etapa ocorreu após o parto, no período de maio a dezembro de 2006. Nesta etapa foram entrevistadas 1.057 mulheres, representando 94,3% das gestantes que responderam ao primeiro questionário. Neste momento as mulheres foram contatadas a partir do agendamento para as consultas de puericultura, seguindo o mesmo padrão estipulado para a realização das entrevistas da primeira etapa. Semanalmente, foi elaborada pela coordenação de campo, a partir dos registros das USF, uma listagem das puérperas entrevistadas na primeira etapa da pesquisa (quando ainda grávidas) e agendadas para consulta de puericultura.

O contato com as puérperas que não haviam agendado consulta para a puericultura foi feito no domicílio, sendo as entrevistas realizadas em data e local mais conveniente para elas. Em razão da cobertura ainda insuficiente dos ambulatórios de puericultura e da inconveniência de entrevistá-las em companhia do bebê, a maioria das entrevistas foi realizada na residência das mulheres. Nesta segunda etapa foi aplicado o Questionário da Puérpera.

Na terceira etapa do estudo, todas as mulheres que participaram da segunda fase foram convidadas e 644 (61,5%) foram entrevistadas. Repetiram-se as mesmas perguntas sobre violência que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos sete anos. Essa etapa foi realizada entre julho de 2013 e abril de 2014, quando as crianças nascidas em 2005 e 2006 tinham entre 7 e 9 anos de idade e estavam no início da escolaridade formal.

A terceira etapa foi composta por três fases:

1ª fase – entrevistas com as mulheres sobre suas condições socioeconômicas, saúde mental, apoio social e situação de violência, entre outros temas. As entrevistas com as mulheres foram realizadas por entrevistadoras qualificadas e previamente treinadas para a coleta dos dados.

2ª fase – entrevistas com as mulheres sobre a saúde e a exposição da criança a situações de violência.

3ª fase - aproveitou-se o momento da entrevista com a mãe para solicitar o nome e endereço das escolas onde seus (suas) filhos (as) estudavam e uma autorização por escrito para que fosse possível abordar o (a) seu filho (a). Neste momento as crianças foram pesadas e medidas. Os dados antropométricos, relacionados ao estado nutricional, foram coletados no ambiente escolar por uma pediatra e entrevistadora treinada.

3.4.1 Seleção, Treinamento das entrevistadoras e Estudo piloto

Foram selecionadas para duas semanas de treinamento, entrevistadoras com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher, da criança, ou violência. O treinamento constou de exposições dialogadas sobre violência contra a mulher, incluindo a apresentação de vídeos. As principais ideias do estudo foram discutidas e o conteúdo do questionário apresentado, com leitura coletiva do questionário e do manual “questão a questão”. Os aspectos éticos do estudo e a necessidade de se coletar informações precisas foram enfatizados. Tendo em vista que a violência é subestimada, pela dificuldade de indagá-la e de relatá-la, este tópico foi bastante trabalhado durante o treinamento. As treinandas foram submetidas a entrevistas simuladas, com discussões durante e depois de cada uma delas, com o objetivo de clarear o conteúdo dos instrumentos de coleta de dados. À semelhança dos treinamentos anteriores, um estudo piloto foi realizado na USF do DS VI para testar a adequação do questionário à pesquisa, bem como selecionar as entrevistadoras. Depois deste período, as entrevistadoras e a coordenadora de campo foram contratadas e as mudanças necessárias no questionário foram realizadas.

3.4.2 Instrumentos de Pesquisa

3.4.2.1 Questionário sobre a criança (Anexo A)

A mãe foi indagada sobre a saúde e a exposição da criança à VPI. O questionário da criança é composto de um formulário de consentimento livre e esclarecido e neste estudo foram utilizadas apenas duas seções:

SEÇÃO 9 - Identificação da criança

SEÇÃO 10 - Sobre a saúde da criança (peso e altura da criança).

O peso da criança foi obtido com o auxílio de balança microeletrônica. Para obtenção da estatura, foi utilizado estadiômetro graduado em décimos de centímetros.

3.4.2.2 Questionário da Puérpera (Anexo B)

O questionário da puérpera abordava questões referentes ao uso dos serviços de saúde na gravidez (ênfatisando a assistência pré-natal), o consumo de álcool, cigarro e outras drogas, a saúde mental da mulher, o tipo de parto, as complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, os resultados da gravidez e a morte neonatal. O instrumento utilizado nessa etapa consta de 14 seções e foram utilizadas nesta pesquisa apenas duas seções:

SEÇÃO 2- Pré-natal (Número de consulta pré-natal)

SEÇÃO 5- O recém-nascido (Peso ao nascer da criança; duração da amamentação)

3.4.2.3 Questionário da Mulher (Anexo C)

O questionário da mulher foi elaborado tendo como referência o Questionário da Mulher do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica da Organização Mundial da Saúde (SCHRAIBER et al., 2002). Investiga as diversas formas de violência contra a mulher, os fatores associados, suas consequências para a saúde e as estratégias utilizadas pelas mulheres para seu enfrentamento, as atitudes das mulheres com relação aos papéis de gênero, além da saúde mental e

reprodutiva. É composto de um formulário de consentimento livre e esclarecido e 8 seções. Nesta pesquisa foram utilizadas as seguintes seções:

SEÇÃO 1- Características socioeconômicas e demográficas da mulher;

SEÇÃO 3- Apoio Social (avaliado pelo Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey (MOS-SSS))

SEÇÃO 5- Saúde mental da entrevistada (avaliada pelo SRQ-20)

SEÇÃO 7- Violência pelo parceiro íntimo nos últimos 7 anos.

3.4.2.4 Self Reporting Questionnaire-20 (SRQ-20) (Anexo C)

O SRQ-20 é um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde para detecção de transtornos psiquiátricos em usuários da atenção primária à saúde de países em desenvolvimento (HARDING et al., 1980). É composto de vinte questões do tipo sim-não, sendo quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre transtornos psicoemocionais. O SRQ-20 foi validado, no Brasil, com sensibilidade de 85% e especificidade de 80% (MARI; WILLIAMS, 1986) e, em Pernambuco, de 62% e 80%, respectivamente (LUDERMIR; LEWIS, 2005). Na análise de dados foi atribuído um ponto para cada resposta afirmativa e zero para cada resposta negativa. O escore de corte do SRQ-20 para este estudo foi definido em 7/8 (baseado nos resultados de MARI; WILLIAMS, 1986 e de FACUNDES; LUDERMIR, 2005) e as mulheres foram divididas em dois grupos: não suspeitas de TMC (escore igual ou menor que sete) e suspeitas de TMC (escore igual ou acima de oito).

3.4.2.5 Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey (MOS-SSS) (Anexo C)

Foi desenvolvido por Sherbourne e Stewart (1991) é um instrumento rápido, multidimensional, de fácil administração e compreensão. É composto por 19 questões, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social. Suas perguntas podem ser respondidas de cinco maneiras diferentes que variam de nunca (1) a sempre (5). Foi validado no Brasil por Griep et al. (2005).

3.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS E ELENCO DE VARIÁVEIS

Tendo em vista que o objetivo do estudo é investigar a associação entre a violência pelo parceiro íntimo contra a mulher e o crescimento e nutrição da criança no início da escolaridade formal, a variável independente é a VPI e a variável dependente é o crescimento e nutrição da criança. A definição dos termos e as variáveis do estudo seguem listadas abaixo.

- a) **Parceiro íntimo**- companheiro ou ex-companheiro afetivo-sexual com os quais as mulheres vivem ou viveram, independente de união formal. Nessa definição, estão incluídos os namorados atuais, desde que elas mantivessem relações sexuais com eles (SCHRAIBER et al., 2007)
- b) **Violência pelo parceiro íntimo (VPI)**- qualquer comportamento dentro de uma relação íntima, que tem a possibilidade de causar dano físico, psíquico ou sexual aos membros da relação (WHO, 2014).

As variáveis foram classificadas em: dependente, independente e covariáveis.

3.5.1 Variável dependente

Crescimento e nutrição da criança- avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade. Para a classificação foram utilizados os critérios presentes na Caderneta da criança do Ministério da Saúde (2013) (Anexo F e G), que apresenta como ponto de corte o escore z, que indica unidades de Desvio padrão do valor da mediana ou média (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Foram classificadas como crianças desnutridas aquelas que apresentavam magreza (IMC para idade): < -2 e ≥ -3 escore z ou magreza acentuada (IMC para idade): < -3 escore z (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013a). Posteriormente esta variável foi categorizada em desnutrição “Sim” ou “Não”.

3.5.2 Variável Independente

A VPI contra mulher nos últimos sete anos - foi investigada pelas questões descritas no Quadro 2. As perguntas acerca da VPI abordam atos concretos contra a mulher (como insultos, tapas, ameaças e estrangulamento). Foi considerada violência quando a mulher respondeu “sim” a, pelo menos, um dos itens do respectivo bloco de perguntas. A variável VPI foi categorizada de acordo com os tipos de violência (psicológica, física e sexual, além das sobreposições). Posteriormente foi agrupada em sim (com VPI) e não (sem VPI).

Quadro 2- Perguntas acerca da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher

VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA
1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?
3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?
4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?
VIOLÊNCIA FÍSICA
1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?
2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?
3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto?
4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?
5- Estrangulou ou queimou você de propósito?
6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?
VIOLÊNCIA SEXUAL
1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?
2- Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?
3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

3.5.3 Covariáveis

Características demográficas e socioeconômicas da mulher foram avaliadas pelas seguintes variáveis:

- a) **Idade**– avaliada como duas categorias, definindo a faixa etária “< 30 anos” e “≥ 30 anos”.
- b) **Raça/cor da pele**- avaliada, segundo autoclassificação, em: “branca” e “não-branca”.

- c) **Situação conjugal** – avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”, para a pergunta: “Você tem um marido/companheiro ou namorado?”.
- d) **Companheiro é o pai da criança** – avaliado como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”, para a pergunta “Seu companheiro atual ou mais recente é o pai da criança?”.
- e) **Escolaridade** – avaliada em anos completos de estudo e agrupada em duas categorias: “≤ 9 anos de estudo” e “> 9 anos de estudo”.
- f) **Inserção produtiva**– categorizada em “ativa” ou “inativa” por estar, no momento da entrevista, inserida ou não no mercado formal de trabalho.
- g) **Renda da mulher** – avaliada como variável dicotômica: “Sem renda/< 1 salário mínimo” e “≥ 1 salário mínimo” (equivalente a R\$ 678,00 à época do estudo).

Características comportamentais/hábitos de vida da mulher incluíram as seguintes variáveis:

- a) **Hábito de fumar** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- b) **Uso de álcool** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.
- c) **Uso de droga** – Avaliada como variável dicotômica: “Sim” ou “Não”.

Saúde mental atual da Mulher -Transtornos Mentais Comuns (TMC) englobam os Transtornos Somatoformes, de Depressão e de Ansiedade com sintomatologia de insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas como dores de cabeça, tremores ou má digestão. Esta variável foi categorizada em: não suspeitas de TMC (escore igual ou menor a sete) e suspeitas de TMC (escore igual ou acima de oito).

O apoio social atual- O apoio social é o suporte emocional ou prático dado pela família e/ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação, tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (COUNT, 2000). Esta variável foi categorizada em apoio social “Alto” (88 a 95) e “Baixo”(escore de 19 a 87).

Características individuais das crianças - foram avaliadas pelo uso das seguintes variáveis:

- a) **Idade da criança** – Categorizada em: “6-7 anos” e “8-9 anos”.
- b) **Sexo**- Categorizada em: “Feminino”; “Masculino”.
- c) **Duração da amamentação**: Categorizada como: < 6 meses; ≥ 6 meses
- d) **Número de visitas pré-natal**: Categorizada em: < 6 visitas e ≥ 6 visitas.
- e) **Peso ao nascer** - foi avaliado através de duas categorias: peso ao nascer dentro dos parâmetros da normalidade (≥ 2500 gramas) e baixo peso ao nascer (BPN) (< 2500 gramas) (WHO, 2013a).

3. 7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados da primeira e da segunda etapas foram digitados no programa EpiInfo versão 6.04, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação e foram realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados. Os mesmos procedimentos foram adotados após a terceira etapa utilizando-se o Epi Info versão 3.5.4. A análise estatística foi realizada no programa Stata versão 13 para Windows.

Inicialmente foi feita a descrição da amostra a partir das variáveis estudadas, além de estimadas a prevalência de VPI (física, psicológica e sexual) que ocorrem de maneira exclusiva ou sobreposta. Análise bivariada foi realizada para identificar a presença de possíveis associações das co-variáveis estudadas com a exposição – VPI – e com o desfecho – crescimento e nutrição. A associação entre a VPI e o crescimento e nutrição foi investigada pelas razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas. A significância estatística foi avaliada pelo teste do qui-quadrado, considerando o intervalo de confiança a 95% e o valor do $p < 0,05$.

A regressão de Poisson foi utilizada para analisar a independência da associação de VPI com o crescimento e nutrição. As co-variáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que no presente estudo mostraram-se associadas com o crescimento e nutrição e a VPI com valor de $p < 0,10$.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa é vinculada a um estudo de coorte intitulado “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672, emitido em 06/02/2013-Anexo D). A primeira e segunda etapa da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (protocolo de Pesquisa número 303/2004-CEP/CCS).

Os participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(Apêndice A e B) conforme a Resolução 196/06 do Conselho Nacional de Saúde, sendo esclarecidos sobre objetivo, relevância, riscos, benefícios, confidencialidade e liberdade para recusa ou desistência.

Considerando a natureza desta pesquisa, a confidencialidade e a privacidade foram garantidas durante e após a entrevista e as avaliações, tentando assegurar proteção às mulheres e suas crianças de uma violência adicional seja por seus parceiros, familiares ou vizinhos.

Os questionários da pesquisa foram enumerados e guardados imediatamente após a entrevista. Esses questionários constam de um termo de consentimento livre e esclarecido, lido no início da entrevista, momento em que as mulheres eram informadas sobre o local e a coordenação da pesquisa, o seu caráter voluntário e sigiloso e a natureza delicada e pessoal de algumas questões.

No que se refere aos benefícios, foram elaborados miniguias de serviços em formato de bolso contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais especializados no atendimento a mulheres em situação de violência disponíveis na cidade do Recife. Todas as mulheres, independentemente de vivenciarem situações de violência, recebem os miniguias após o encerramento da entrevista. Para a terceira etapa, foram atualizadas as informações sobre os serviços disponíveis para o atendimento das mulheres e inseridas informações sobre serviços especializados no atendimento às crianças em situação de violência.

Em situações de violência severa atual, as mulheres foram orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres e crianças em situação de violência.

4. ARTIGO- VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO E O CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher caracteriza-se por qualquer ato ou conduta baseada na desigualdade de gênero que resulte, ou venha a resultar, em morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrida tanto na esfera da vida pública como na privada¹. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 35% das mulheres em todo o mundo são vítimas de violência física e/ou sexual perpetrada em sua maior parte por um parceiro íntimo e 38% assassinadas pelos mesmos².

A VPI contra a mulher configura-se como um grave problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, em virtude do elevado número de vítimas que acomete e pela magnitude de sequelas à saúde². Estudos internacionais mostraram que a prevalência estimada de VPI contra mulher, em algum momento da vida, variou de 15% a 76,5%, sendo maior nos países menos desenvolvidos²⁻⁴.

No Brasil, a prevalência de violência física e/ou sexual contra mulher pelo parceiro íntimo oscilou entre 15%, nos últimos 12 meses, e 37%, em algum momento da vida⁶. Em diversas cidades brasileiras, estudos destacam uma importante variação regional na prevalência dos diferentes tipos de violência contra mulher, apresentando como um todo taxas mais altas nas cidades da região norte/nordeste^{5,6}. Estas disparidades no perfil da violência contra mulher, refletido pelas taxas de prevalências, são explicadas por fatores de riscos sócio comunitário, individuais e contextuais⁷.

A VPI contra mulher pode influenciar o estado nutricional dos seus filhos por meio de fatores tanto biológicos, comportamentais, sociais e/ou contextuais⁸. Mulheres que relatam violência pelo parceiro íntimo estão mais propensas a apresentar algum transtorno mental^{9, 10,11}, como aderir a comportamentos não saudáveis^{2,12,13}. Além do mais, existem evidências que filhos de mulheres que sofrem VPI nascem com baixo peso^{14, 15}, apresentam duração inadequada da amamentação exclusiva¹⁶ e início tardio do acompanhamento em unidades básicas de saúde¹⁷. Estes fatores podem afetar negativamente o crescimento e nutrição da

criança, refletindo em quadros de desnutrição na infância¹⁸⁻²¹ e em efeitos adversos durante a idade escolar e adulta^{22, 23}.

Há poucos estudos sobre a associação da VPI sofrida pela mulher e o crescimento e nutrição da criança, principalmente na realidade brasileira²². O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre a violência pelo parceiro íntimo (VPI) contra a mulher, nos últimos 7 anos depois do parto, e o crescimento e nutrição da criança no início da escolaridade formal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal realizado no Distrito Sanitário II (DS II) do Recife, PE, entre julho de 2013 e dezembro 2014, com mulheres e crianças participantes da terceira fase de um estudo de coorte prospectivo, delineado para investigar as consequências da violência cometida pelo parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos sete anos depois do parto, para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo de crianças nascidas entre julho de 2005 e outubro de 2006. O DS II é, predominantemente, residencial, com população voltada para o seguimento de média e baixa renda. Apresenta cinco Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS), nas quais residem em média 60% de toda sua população, sendo um dos distritos que apresenta maior proporção de habitantes em ZEIS na cidade do Recife⁹.

No estudo de coorte foram conduzidas três fases de coleta de dados. As duas primeiras ocorreram nos anos de 2005 e 2006. Na primeira fase todas as grávidas (n = 1.133), com idade de 18 a 49 anos, com 31 semanas ou mais de gestação, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do DS II do Recife foram consideradas elegíveis. Os contatos com as gestantes que não faziam o pré-natal na Unidade de Saúde da Família e com aquelas que não realizavam pré-natal com regularidade foram feitos no domicílio. Essas gestantes foram identificadas a partir dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde e incluídas no estudo.

Das 1.133 mulheres elegíveis, 1.120 (98,8%) foram entrevistadas na gestação e, dessas, 1.057 foram re-entrevistadas no pós-parto (segunda fase). Para a presente pesquisa, terceira fase da coorte, foram entrevistadas 644 (61,5%) mulheres que participaram da 2ª fase do

estudo. Neste período, cinco mulheres foram a óbito, 391 não foram encontradas por mudança de endereço e 17 recusaram-se a permanecer na pesquisa.

Dentre as crianças, 18 foram excluídas do estudo: quatro por óbito, duas crianças que foram doadas a outras famílias, duas que moravam com outros familiares e dez que não foram localizadas. Nas escolas houve uma perda de 17 crianças: sete porque as mães não permitiram a avaliação na escola; três estavam fora da escola e mais sete estavam morando em outros municípios de Pernambuco, ou outros Estados. Foram então avaliadas na escola 614 crianças. Para presente análise, foram excluídas 51 crianças: cinco pares de gêmeos; 13 por não ter sido permitido pela mãe à avaliação do peso e altura; 28 por não ter informação do peso ao nascer e do número de consultas no pré-natal. A população final do estudo foi constituída por 563 pares mãe-criança. Informações mais detalhadas sobre o estudo de coorte encontram-se disponíveis em publicação anterior¹¹.

Os dados incluídos na presente análise são oriundos de entrevistas realizadas na segunda fase (duração da amamentação; consulta pré-natal e peso ao nascer da criança) e terceira fase da pesquisa original. Estes foram coletados por profissionais de nível superior, treinadas e com experiência em pesquisa sobre saúde da mulher, da criança, ou violência. Nos treinamentos foram enfatizadas questões éticas e a necessidade de se coletar informações precisas. Foram realizadas entrevistas simuladas, sendo também realizado, na terceira fase, um estudo piloto no DS VI do Recife. Nas duas primeiras fases a maioria das entrevistas foram realizadas nas residências das participantes de maneira reservada, ou em outro local conveniente para a mulher. Na pesquisa atual não houve entrevista direta com as crianças e as informações foram referidas pela mãe.

Os dados antropométricos do peso e altura da criança foram coletados no ambiente escolar por uma pediatra e uma entrevistadora treinada. O crescimento e nutrição da criança foram avaliados pelo Índice de Massa Corporal (IMC) para idade, utilizando os critérios presentes na Caderneta da criança do Ministério da Saúde, do ano de 2013^{24,25}. Para análise foram classificadas como crianças desnutridas aquelas que apresentavam magreza (IMC para idade): < -2 e ≥ -3 escore z ou magreza acentuada (IMC para idade): < -3 escore z. Posteriormente esta variável foi categorizada em desnutrição “sim” ou “não”.

As questões sobre VPI tiveram como referência o Questionário do Estudo Multipaíses sobre a Saúde da Mulher e Violência Doméstica, da Organização Mundial da Saúde. Definiu-se como parceiro íntimo companheiro ou ex-companheiro afetivo-sexual com os quais as

mulheres vivem ou viveram, independente de união formal. Nessa definição, estão incluídos os namorados atuais, desde que elas mantivessem relações sexuais com eles. A VPI referiu-se aos 7 anos depois do parto e foi identificada por atos concretos de violência psicológica, física e sexual infligidos à mulher pelo parceiro. A violência física foi caracterizada como agressão física ou uso de objetos ou armas para produzir lesões; violência psicológica, como comportamentos ameaçadores, humilhações e insultos; e violência sexual, como relações sexuais impostas por meio de força física ou ameaças e imposição de atos que foram considerados pela mulher como humilhantes. Mulheres que responderam “sim” a pelo menos uma das questões que compõem cada tipo de violência foram consideradas como caso positivo. Informações adicionais sobre os métodos do estudo estão relatadas em outras publicações^{9,26}.

Foram analisadas também as seguintes co-variáveis das crianças: idade (6-7; 8-9 anos), sexo (masculino; feminino), duração da amamentação (< 6; ≥ 6 meses), número de visitas pré-natal (< 6; ≥ 6 visitas), peso ao nascer (<2500; ≥ 2500 gramas) e das mães: idade (< 30; ≥ 30 anos), raça/cor (branca; não branca), situação conjugal referida- ter um marido/companheiro ou namorado (sim; não), escolaridade (≤ 9 anos de estudo; > 9 anos de estudo), renda mensal (≥ um salário mínimo; menor do que um salário mínimo ou sem renda), inserção produtiva (ativa; inativa), companheiro atual ou mais recente é o pai da criança (sim; não); tabagismo (sim; não); uso de drogas (sim; não) e álcool (sim; não), suspeita de transtornos mentais comuns (TMC) (não suspeita de TMC; suspeita de TMC) e nível do apoio social: “alto” (88 a 95) e “baixo”(escore de 19 a 87).

TMCs incluem sintomas depressivos e de ansiedade e foram avaliados usando o *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20)²⁷, validado no Brasil²⁸. É composto por 20 perguntas, 4 sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais, atribuindo-se 1 ponto a cada resposta positiva e 0 ponto a cada resposta negativa. O ponto de corte foi definido como ≥ oito para definir a suspeita de TMC.

O apoio social foi avaliado pelo *Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey* (MOS-SSS)²⁹, validado no Brasil³⁰. É composto por 19 questões, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social. Suas perguntas podem ser respondidas de cinco maneiras diferentes que variam de nunca (1) a sempre (5).

Os dados da segunda etapa foram digitados no programa EpiInfo versão 6.04 e os da terceira etapa no Epi Info versão 3.5.4 para Windows, com dupla entrada de dados, e por digitadores diferentes. Posteriormente, o aplicativo Validate foi utilizado para checar os erros de digitação e foram realizadas a limpeza e verificação da consistência dos dados. A análise estatística foi realizada no programa Stata, versão 13 para Windows. Foram estimadas as prevalências da VPI (física, psicológica e sexual) que ocorreram de maneira exclusiva ou sobreposta. Inicialmente realizou-se a análise bivariada para identificar a presença de possíveis associações das co-variáveis estudadas com a exposição – VPI – e com o desfecho – crescimento e nutrição. A associação entre a VPI e o crescimento e nutrição foi investigada pelas razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas. A significância estatística foi avaliada pelo teste do qui-quadrado, considerando o intervalo de confiança a 95% e o valor do $p < 0,05$. A regressão de Poisson foi utilizada para analisar a independência da associação da VPI com o crescimento e nutrição. As co-variáveis incluídas no modelo foram aquelas descritas na literatura como potenciais fatores de confusão e que no presente estudo mostraram-se associadas com o crescimento e nutrição e a VPI com valor de $p < 0,10$.

A pesquisa cumpriu os requisitos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº 194.672). Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Como resultado da natureza longitudinal do estudo de coorte original, 408 entrevistadas no pós-parto não foram re-entrevistadas no presente estudo (Tabela 1). No entanto, a comparação entre elas não mostrou diferenças estatisticamente significantes em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas.

Em relação ao crescimento e nutrição infantil, 2,5% das crianças apresentavam um quadro de desnutrição. A prevalência de VPI nas mulheres que relataram ter sofrido ao menos um tipo de violência, nos últimos 7 anos depois do parto, foi de 32,2%, predominando a violência psicológica associada à física, seguida da violência psicológica exclusiva (Tabela 2).

A maioria das mulheres estudadas tinha idade maior ou igual a 30 anos (73,9%), eram não brancas (81,7%), e viviam com companheiro (81,4%), sendo estes na maioria dos casos o pai da criança (64,8%). Predominaram ainda as mulheres com escolaridade menor ou igual a 9

anos de estudo (50,4%), com inserção no mercado de trabalho classificada como ativa (51,9%), sem renda ou com renda inferior a um salário mínimo (66,2%). Quanto aos hábitos comportamentais, apoio social e saúde mental da mulher 55,6% faziam uso de álcool, 51,9% tinham baixo apoio social e 32,3 % eram suspeitas de TMC.

A respeito das características individuais da criança, 92,2% tinham peso ao nascer dentro dos parâmetros de normalidade, 50,6% idade entre oito e nove anos e eram do sexo masculino (50,6%), 77,6% tiveram 6 ou mais consultas durante o pré-natal materno, 90,8% tiveram amamentação com duração menor que 6 meses (90,8%).

Na análise bivariada das características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental da mulher e características individuais da criança com a VPI, observou-se que as mulheres que tinham escolaridade menor ou igual a 9 anos de estudo, sem companheiro, que o companheiro era o pai da criança, inativas no mercado de trabalho, com baixo apoio social suspeitas de transtorno mental, apresentaram associação estatisticamente significativa com a VPI, assim como a idade das crianças (Tabela 3).

A análise bivariada do crescimento e nutrição da criança com as características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental da mulher e as características individuais da criança mostrou que as mulheres com menor escolaridade, que fumavam, usavam álcool e tinham baixo apoio social apresentavam maior probabilidade de ter crianças desnutridas, assim como com crianças com idade entre 6 e 7 anos (Tabela 4).

Na análise da associação entre VPI e crescimento e nutrição infantil, os resultados indicam que as crianças cujas mães relataram ter sofrido VPI apresentaram uma probabilidade 3 vezes maior de estarem desnutridas quando comparadas com as mulheres que não relataram VPI ($p= 0,041$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

O presente estudo é o primeiro de base populacional, realizado no Brasil, até onde é de conhecimento dos autores, delineado para investigar a associação da VPI com o crescimento e nutrição das crianças no início da escolaridade formal.

Neste estudo foi encontrada uma prevalência de 32,2 % de mulheres vítimas de VPI nos últimos 7 anos depois do parto. Dentre os tipos de violência, a psicológica associada à física e psicológica exclusiva foram as mais prevalentes (13,7%, 12,1%) e a violência sexual a de menor prevalência (0,2%). A etapa anterior da coorte à qual este artigo se vincula, estimou a VPI em 32,4%; 31,0% e 22,6%, para antes, durante e depois da gestação, respectivamente. Por tipo de violência a mais frequente, em ambos os períodos analisados, foi a psicológica 25,2%; 28,8% e 19,3%, respectivamente. A menos frequente foi a sexual com prevalências de 5,7%; 5,6% e 3,7%, respectivamente²⁶.

Mendonça e Ludermir¹¹, na terceira etapa da coorte à qual este estudo se vincula, ao investigar associação da VPI com a incidência de transtorno mental comum em mulheres, encontraram prevalência de VPI de 26,2%, nos últimos 7 anos, e taxas de violência psicológica exclusiva de 10,0% e 16,2% para física e sexual com ou sem psicológica.

Dentre os tipos de violência, uma maior frequência de psicológica e menor frequência de sexual é um achado comum^{11, 26,30}. Esses resultados são ancorados pela teoria de gênero, baseada na construção social da obrigação feminina ao relacionamento sexual no contrato conjugal³², o que pode tornar mais frequentes os relatos de violência psicológica e física frente à sexual pelas mulheres.

Dantas-Berger e Giffin³³, em estudo que investigou a ocorrência de queixa de estupro nas relações conjugais, observaram dificuldade de percepção das situações de violência sexual por parte das mulheres, pois as situações de estupro pareciam naturais no contexto dos contratos conjugais. Neste sentido, afirmam os autores que, embora no discurso das mulheres entrevistadas o ato sexual não consentido não tenha assumido conotação de violência, ao realizarem suas denúncias, alguns aspectos como as referências ao nojo na relação, falta de desejo sexual e necessidade de se lavarem imediatamente após o ato, evidenciam o sofrimento e os significados subjacentes aos relatos.

A frequência de VPI, nesse estudo, mostrou valor semelhante ao estudo de Silva et al²⁶, porém difere dos resultados de Mendonça e Ludermir¹¹. É importante salientar que nos estudos sobre violência pode ocorrer subregistro do evento. O não relato da violência pela mulher pode estar condicionado ao sentimento de culpa, vergonha, medo de represálias por parte do agressor⁶, dependência econômica³⁴ e afetiva³⁵, assim como a baixa percepção da mulher quanto às situações de violência vividas devido à influência dos preceitos religiosos e culturais construídos socialmente³⁶. Por outro lado, admite-se que dificilmente, a mulher

relataria episódios de violência que não ocorreram dada a condição de estigmatização, vergonha e culpa⁶.

Outro resultado deste estudo foi à prevalência de desnutrição em 2,5% das crianças em idade escolar. Estudos apontam que desnutrição na idade escolar pode acarretar em desempenhos pobres em testes de atenção, memória, aprendizagem, percepção espacial³⁷, assim como dificuldade no desempenho escolar e baixo coeficiente intelectual²², o que enfatiza a necessidade de intervenções e avaliações nutricionais nesta faixa etária. Nesta pesquisa, constatamos que as crianças cujas mães relataram ter sofrido VPI apresentaram maior probabilidade de estarem desnutridas. A literatura aponta dois caminhos explicativos para a influência negativa da VPI contra mulher no crescimento e nutrição infantil: os problemas físicos e psicológicos induzidos pela VPI podem influenciar no comportamento parental e na capacidade de cuidado materno⁸, aumentando a possibilidade de serem negligentes no provimento das necessidades básicas de seus filhos³⁸. Por outro lado, o testemunho da violência familiar pode desencadear em quadros depressivos, assim como distúrbio de sono e do apetite^{8,22}.

O resultado deste estudo converge com de outras pesquisas realizadas em diferentes países. Ackerson e Subramanian³⁹, em pesquisa na Índia, encontraram que a violência doméstica física contra a mulher, por parte de qualquer membro da família, exercida uma ou mais vezes, no último ano, aumenta a chance de desnutrição em seu filho. Cabe ressaltar que no presente estudo, foi avaliada unicamente a violência pelo parceiro íntimo referente aos últimos 7 anos depois do parto, sem contar o número de episódios. Já Ackerson e Subramanian³⁹ não investigaram outros tipos de violência como a sexual e psicológica, assim como a faixa etária das crianças analisadas (12 a 35 meses) também diferiu deste estudo. Hasselman et al.¹⁹, em estudo de base hospitalar no Brasil, encontrou uma chance 3 vezes maior de desnutrição em crianças de 1 a 24 meses de mães com abusos físicos graves e recorrentes exercidos pelo parceiro, nos últimos 12 meses.

O presente estudo e os citados acima têm seus achados reforçados por uma coorte realizada em Bangladesh rural, que mostrou uma associação entre a exposição materna à VPI (física, emocional e / ou sexual) ao longo da vida e o retardo de crescimento na primeira infância, refletido em quadros de nanismo, baixo peso para idade, baixo peso para altura¹⁸. Os dados do estudo foram medidos de forma contínua do nascimento aos 24 meses de idade, o

que impede a comparação com resultados de estudos transversais, embora reforcem a hipótese de associação entre esses.

Ressalta-se que os estudos transversais discutidos acima, diferem deste estudo principalmente pelo período de exposição materna à VPI e pela idade das crianças investigadas, algo que reforça a premissa que são escassos os estudos que avaliam o impacto da VPI contra mulher no crescimento e nutrição da criança em idade escolar. Estudo realizado no Brasil com objetivo de investigar associação entre desnutrição em crianças com idade escolar e baixo desempenho cognitivo, encontrou associação ao ajustar para variável de confusão exposição da mãe à violência familiar²².

Os caminhos causais que podem explicar a relação entre a violência exercida pelo parceiro íntimo e a desnutrição são múltiplos⁸. Existem evidências que mulheres vítimas de violência exercida pelo parceiro apresentam maiores chances de ter saúde física pobre³⁹, problemas mentais^{9,10,11,40} e abuso de álcool, fumo e drogas^{2,12,13}, que podem impactar na capacidade materna de prover os cuidados necessários ao crescimento e desenvolvimento da criança⁸. Vítimas de VPI durante o período gestacional estão mais propensas a ter um padrão de consultas pré-natal inadequado^{41, 42}, recém-nascidos com baixo peso^{14, 15}, parto prematuro⁴³ e padrão de lactação inadequados após o parto¹⁶. Todos estes fatores podem ser produtos da violência e estão relacionados com a desnutrição em crianças⁸.

É importante ressaltar as limitações e vantagens do referido estudo. Para minimizar as limitações decorrentes das perdas da coorte, assim como a subestimação dos relatos de violência, foram adotadas medidas como a seleção de entrevistadoras do sexo feminino treinadas para abordar a temática de acordo com preceitos éticos apropriados ao tema. A redução do número de participantes, em relação ao período anterior da coleta de dados, poderia ter influenciado nas estimativas da VPI. No entanto, quando se comparam as mulheres entrevistadas na 2ª etapa do estudo de coorte com as que não participaram do presente estudo, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas.

Devido à natureza transversal do desenho do estudo, não é possível estabelecer uma relação causal, por não contemplar a temporalidade entre os eventos, devido à violência ter sido auto relatada para os últimos 7 anos depois do parto e a desnutrição não ser um evento que se inicia necessariamente no mesmo período. Além disso, a desnutrição como problema multicausal tem o seu início nos primeiros anos de vida^{8,18}. No entanto, acredita-se que outros

critérios podem ser considerados como a plausibilidade da relação⁸ e a consistência dos achados, comparando diferentes estudos que encontraram resultados semelhantes a este^{18,19,20}. Neste sentido, este estudo propõe que a violência contra a mulher exercida por um parceiro íntimo, seja uma variável a considerar na problematização da desnutrição.

A pesquisa contribui com a literatura ao abordar o problema em dois aspectos: a mulher vítima de violência pelo parceiro íntimo e o impacto da violência materna no crescimento e nutrição da criança, evidenciando tanto a violência que se expressa na desigualdade de gênero e relações de poder, quanto o impacto da mesma nas relações intergeracionais.

Os resultados alertam para a necessidade de ações que fortaleçam o vínculo afetivo entre a mãe-filho e orientem as mulheres sobre os riscos que o contexto de violência oferece para sua saúde física e mental e a influência destas na negligência de cuidados a criança. A identificação da violência por parceiro íntimo como fator de vulnerabilidade para desnutrição em crianças é fundamental para intervenções que garantam o fortalecimento do cuidado materno-infantil pelas equipes de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1- World Health Organization – WHO. Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Factsheet N°239. Updated November 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- 2- World Health Organization – WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- 3- Abeya SG, Afework MF, Yalew A. W Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. BMC Public Health 2011; 11:1-18.
- 4- Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet 2006; 368 (7):1260- 9.
- 5- Reichenheim ME, Moraes CL, Szklo A, Hasselmann MH, Souza ER, Lozana JA. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. Cad Saúde Pública 2006; 22: 425-37.

- 6-Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(5): 797-807.
- 7- Puente-Martínez A, Ubillós-Landa S, Echeburúa E, Páez-Rovira D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *anales de psicología* 2016; 32 (1):295-306.
- 8-Yount KM, Digirolamo A M, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. *Social Science & Medicine* 2011; 72(9):1534-1554.
- 9- Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, Araújo TVB, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet* 2010; 376(9744):903-10.
- 10- Tsai A.C, Tomlinson M, Comulada W.S, Rotheram-Borus M.J. Intimate partner violence and depression Symptom Severity among South African Women during pregnancy and postpartum: population-based Prospective cohort study. *PLoS Med* 2016; 13(1):1-22.
- 11- Mendonça M.F.S, Ludermir AB. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(32):1-8.
- 12- Cheng D, Salami S, Chilsolm MS. Intimate Partner Violence and maternal Cigarette Smoking before and during Pregnancy. *ObstetGynecol* 2015; 125 (2): 356-362.
- 13-Nunes MAA, Camey S, Ferri CP, Manzolli P, Manenti CN, Schmidt MI. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. *European Journal of Public Health* 2010; 21(1): 92-97.
- 14- Demelash H, Nigatu D, Gashaw, K. A case-control study on intimate partner violence during pregnancy and low birth weight, Southeast Ethiopia. *Obstetrics and Gynecology International* 2015; 2015: 1-6.
- 15- Hill A, Pallito C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2016; 133: 269-276.
- 16- Moraes CL, Oliveira ASD, Reichenheim ME, Lobato G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor early cessation of exclusive breastfeeding. *Public Health Nutrition* 2011; 14(12): 2148-55.
- 17- Silva AG, Moraes CL, Reichenheim ME. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil?. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(7):1359-1370.

- 18- Asling-Monemi K, Naved RT, Persson LA. Violence against women and the risk of fetal and early childhood growth impairment: a cohort study in rural Bangladesh. *Arch Dis Child* 2009; 94:775-779.
- 19- Hasselmann MH, Reichenheim ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 2006; 20:299-311.
- 20- Rahman M, Poudel KC, Yasuoka J, Otsuka K, Yoshikawa K, Jimba M. Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and the Risk of Undernutrition Among Children Younger Than 5 Years in Bangladesh. *American Journal of Public Health* 2012;102 (7):1336-1345.
- 21- Ziaei S, Naved RT, Ekstrom EC. Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Maternal and Child Nutrition* 2014;10:347-359.
- 22- Silva RC de R, Assis AMO, Hasselmann MH, Santos LMdos, Pinto EdeJ, Rodrigues LC. Influência da violência familiar na associação entre desnutrição e baixo desenvolvimento cognitivo. *Jornal de Pediatria* 2012; 88(2):149-54, 2012.
- 23-Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev H S. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371(9609):340-357.
- 24- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança menino: passaporte para a cidadania. Brasília; 2013.
- 25- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança menina: passaporte para a cidadania. Brasília; 2013a.
- 26- Silva EP, Ludermir AB, Araujo TVB, Valongueiro SA. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Rev Saúde Pública* 2011; 45 (6):1044-1053.
- 27- Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrido-Ignacio L. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10(2): 231-41.
- 28- Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chronic Dis* 1986; 39(5): 371-8.
- 29-Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*; 1991; 32:705-14.

- 30- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CL. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(3): 703-714.
- 31- Barros EM, Silva MA, Neto GHF, Lucena SG, Ponzo L, Pimentel AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(2): 591-598.
- 32- Barros CRS, Schraiber LB. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(7): 1-10.
- 33- Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência na relação de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):417-425.
- 34- Deuba K, Mainali A, Alvesson HM, Karki DK. Experience of intimate partner violence among young pregnant women in urban slums of Kathmandu Valley, Nepal: a qualitative study. *BMC Women's Health* 2016; 16:1-11.
- 35- Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, DC: OPS, 2013.
- 36- Leite FMC, Moura MAV, Penna LHG. Percepciones de las mujeres sobre la violencia contra la mujer: una revisión integradora de la literatura. *Avances en Enfermería* 2013; 31(2):136-143.
- 37- Kar BR.; Rao SL; Chandramouli BA. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. *Bio Med Central* 2008; 4 (31):1-12, 2008.
- 38- Taylor CA, Guterman NB, Lee SJ, Rathouz PJ. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *Am J Public Health*. 2009; 99(1):175-83.
- 39- Ackerson LK, Subramanian SV. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in india. *American Journal of Epidemiology* 2008; 167(10):1188-1196.
- 40- Loxton D, Dolija-Gore X, Anderson, AE, Townsend N. Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *PLoS One* 2017; 12(6): 1-10.
- 41- Carneiro JF, Valongueiro S, Ludermir AB, Araújo TVB. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do nordeste do Brasil. *Rev Bras de Epidemiol* 2016; 19(2):243-255.
- 42- Kuhlman AKS, Foggia J, Fu Q, Sierra M. Intimate partner violence as a predictor of antenatal care service utilization in Honduras. *Rev Panam Salud Publica* 2017; 41(104): 1-9.

43- Hoang, TN, Van TN, Gammeltoft T, Meyrowitsch DW, Thuy HNT, Rasch, V. Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy Outcomes in Vietnam: A prospective Cohort Study. PLoS One 2016; 11(9):1-14.

Tabela 1- Comparação das características socioeconômicas, demográficas e violência pelo parceiro íntimo contra a mulher que participaram (N=644) e que não participaram (N=408) da 3ª etapa. Recife, Pernambuco, 2013-2014.

Variáveis	Participantes (n=644)		Não participantes (n=408)		P
	n	%	n	%	
Idade (anos)					
≥ 28	432	67,1	313	76,7	0,13
≤ 27	212	32,9	95	23,3	
Raça/cor^a					0,09
Branca	139	21,7	71	17,4	
Não-Branca	502	78,3	337	82,6	
Com parceiro					
Não	95	14,8	44	10,8	0,06
Sim	549	82,2	364	89,2	
Anos de estudo^a					
0-4	139	21,7	97	23,8	0,51
≥5	502	79,3	311	76,2	
VPI					
Não	501	77,8	311	76,2	0,55
Sim	143	23,2	97	23,8	

*3 valores perdidos somente para N=644

Tabela 2- Prevalência dos tipos de violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 7 anos, e da desnutrição infantil. Recife, Pernambuco, 2013-2014.

VARIÁVEIS	N	%
Violência pelo parceiro íntimo contra a mulher		
Violência psicológica	68	12,1
Violência psicológica e física	77	13,7
Violência psicológica associada à sexual	3	0,5
Violência física exclusiva	10	1,8
Violência sexual exclusiva	1	0,2
Violência física e sexual	0	0,0
Violência física, psicologia e sexual	22	3,9
Total de casos de violência	181	32,2
Crescimento e Nutrição infantil		
Desnutrição	14	2,5

Tabela 3-Associação das características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental da mulher e as características individuais da criança com a violência cometida pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 7 anos. Recife, Pernambuco, 2013-2014.

Variáveis	Violência pelo Parceiro Íntimo				
	n =563	Casos (n=181)	%	RP (95% IC)	P
Materna					
Idade (anos)					
≥30	416 (73,9)	134	32,2	1,0	0,958*
<30	147 (26,1)	47	32,0	1,0 (0,8-1,3)	
Raça/cor					
Branca	103(18,3)	29	28,2	1,0	0,337*
Não branca	460(81,7)	152	33,0	1,2 (0,8-1,6)	
Escolaridade					
>9	279 (49,6)	72	25,8	1,0	0,001*
≤9	284 (50,4)	109	38,4	1,5 (1,2-1,9)	
Situação conjugal					
Com companheiro	458 (81,4)	134	29,3	1,0	0,002*
Sem companheiro	105 (18,6)	47	44,8	1,5 (1,2-2,0)	
Companheiro é o pai da criança					
Sim	365 (64,8)	132	36,2	1,0	0,006*
Não	198 (35,2)	49	24,8	0,7 (0,5-0,9)	
Inserção produtiva					
Ativa	292 (51,9)	81	27,7	1,0	0,020*
Inativa	271(48,1)	100	36,9	1,3 (1,0-1,7)	
Renda mensal					
≥ 1 salário	190 (33,8)	57	30,0	1,0	0,436*
Sem salário/Menos de 1 Salário	373(66,2)	124	33,2	1,1 (0,8-1,4)	
Hábito de Fumar					
Não	432 (76,8)	135	31,2	1,0	0,407*
Sim	131 (23,3)	46	35,1	1,1 (0,8-1,5)	
Uso de álcool					
Não	250 (44,4)	71	28,4	1,0	0,089*
Sim	313 (55,6)	110	35,1	1,2 (0,9-1,6)	
Uso de droga					
Não	535 (95,0)	172	32,2	1,0	0,999*
Sim	28 (5,0)	9	32,1	1,0 (0,6-1,7)	

(Continua)

Tabela 3 – (Continuação) Associação das características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental da mulher e as características individuais da criança com a violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 7 anos. Recife, Pernambuco, 2013-2014.

Variáveis	Violência pelo Parceiro Íntimo				
	n =563	Casos (n=181)	%	RP (95% IC)	P
Materna					
Apoio Social					
Alto	271 (48,1)	64	23,6	1,0	<0,001*
Baixo	292 (51,9)	117	40,1	1,6 (1,3-2,2)	
Saúde Mental					
Não Suspeita de TMC	381 (67,7)	92	24,2	1,0	<0,001*
Suspeita de TMC	182 (32,3)	89	48,9	2,0 (1,6-2,6)	
Características da criança					
Idade (anos)					
8-9	285 (50,6)	78	27,4	1,0	0,014*
6-7	278 (49,4)	103	37,0	1,3 (1,1-1,7)	
Sexo					
Masculino	285 (50,6)	85	29,8	1,0	0,232*
Feminino	278 (49,4)	96	34,5	1,2 (0,9-1,5)	
Número de consultas pré-natal*					
≥ 6 visitas	437 (77,6)	133	30,4	1,0	0,105*
<6 visitas	126 (22,4)	48	38,1	1,2 (0,9-1,6)	
Duração da amamentação					
≥ 6 meses	52 (9,2)	18	34,6	1,0	0,689*
< 6 meses	511(90,8)	163	31,9	0,9 (0,6-1,4)	
Peso ao nascer					
Normal	519 (92,2)	165	31,8	1,0	0,533*
Baixo peso	44 (7,8)	16	36,4	1,1 (0,8-1,7)	

Teste=* Qui-quadrado

Tabela 4 - Associação das características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental materna e as características individuais da criança com o crescimento e nutrição infantil. Recife, Pernambuco, 2013-2014.

Variáveis Materna	Crescimento e Nutrição Desnutrição				
	n=563	Casos (n=14)	%	RP (95% IC)	P
Idade (anos)					
≥30	416 (73,9)	9	2,2	1,0	0,373**
<30	147 (26,1)	5	3,4	1,6 (0,5-4,6)	
Raça/cor					
Branca	103(18,3)	3	2,9	1,0	0,728**
Não branca	460(81,7)	11	2,4	0,8 (0,2-2,9)	
Escolaridade					
>9	279 (49,6)	2	0,7	1,0	0,008*
≤9	284 (50,4)	12	4,2	5,9 (1,3-26,1)	
Situação conjugal					
Com companheiro	458 (81,4)	12	2,6	1,0	1,000**
Sem companheiro	105 (18,6)	2	1,9	0,7 (0,2-3,2)	
Companheiro é o pai da criança					
Sim	365 (64,8)	9	2,5	1,0	1,000**
Não	198 (35,2)	5	2,5	1,0 (0,3-3,0)	
Inserção produtiva					
Ativa	292 (51,9)	4	1,4	1,0	0,077*
Inativa	271(48,1)	10	3,8	2,7 (0,8-8,5)	
Renda mensal					
≥ 1 salário	190 (33,8)	3	1,6	1,0	0,402**
Sem salário/Menos de 1 Salário	373(66,2)	11	2,5	1,9 (0,5-6,6)	
Hábito de Fumar					
Não	432 (76,8)	7	1,6	1,0	0,025**
Sim	131 (23,3)	7	5,3	3,3 (1,2-9,2)	
Uso de álcool					
Não	250 (44,4)	2	0,8	1,0	0,022*
Sim	313 (55,6)	12	3,8	4,8 (1,1-21,2)	
Uso de droga					
Não	535 (95,0)	13	2,4	1,0	0,515**
Sim	28 (5,0)	1	3,6	1,4 (0,2-10,8)	

(Continua)

Tabela 4 – (Continuação) Associação das características demográficas e socioeconômicas, comportamentais, apoio social, saúde mental materna e as características individuais da criança com o crescimento e nutrição infantil. Recife, Pernambuco, 2013-2014.

Variáveis Materna	Crescimento e Nutrição Desnutrição				
	n=563	Casos (n=14)	%	RP (95% IC)	P
Apoio Social					
Alto	271 (48,1)	3	1,1	1,0	0,043*
Baixo	292 (51,9)	11	3,8	3,4 (1,0-12,1)	
Saúde Mental					
Não Suspeita de TMC	381 (67,7)	9	2,4	1,0	0,777**
Suspeita de TMC	182 (32,3)	5	2,6	1,2 (0,4-3,4)	
Características da criança					
Idade (anos)					
8-9	285 (50,6)	3	1,0	1,0	0,027*
6-7	278 (49,4)	11	4,0	3,8 (1,0-13,3)	
Sexo					
Masculino	285 (50,6)	9	3,2	1,0	0,300*
Feminino	278 (49,4)	5	1,8	0,5 (0,2-1,7)	
Número de visita pré-natal*					
≥ 6 visitas	437 (77,6)	9	2,1	1,0	0,325**
<6 visitas	126 (22,4)	5	4,0	1,9 (0,6-5,6)	
Duração da amamentação					
≥ 6 meses	52 (9,2)	2	3,8	1,0	0,377**
< 6 meses	511(90,8)	12	2,4	0,6 (0,1-2,6)	
Peso ao nascer					
Normal	519 (92,2)	11	2,1	1,0	0,088**
Baixo peso	44 (7,8)	3	6,8	3,2 (0,9-11,1)	

Teste=* Qui-quadrado; ** Exato de Fisher

Tabela 5-Associação da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher, nos últimos 7 anos, com o crescimento e nutrição infantil. Recife, Pernambuco, 2013-2014.

Variáveis	Crescimento e nutrição infantil					
	N	%	RP Simples	(95% IC)	RP Ajustado	(95% IC) ¹
VPI						
Não	4	28,6	1,0		1,0	
Sim	10	71,4	5,3	1,7-16,7	3,3	1,0-10,1
p			0,004		0,041	

¹Ajustado pelas variáveis: Escolaridade materna; Uso de álcool; Apoio social; Inserção produtiva e idade da criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência por parceiro íntimo é uma temática complexa que exige a compreensão da repercussão de diversos fatores de níveis macroestruturais, regionais, microestruturais e individuais nas relações entre parceiros. Este estudo aborda o problema em dois aspectos: a mulher vítima de violência pelo parceiro íntimo e o impacto da violência materna no crescimento e nutrição da criança, evidenciando tanto a violência que se expressa na desigualdade de gênero e relações de poder, quanto o impacto da mesma nas relações intergeracionais.

O objetivo do estudo foi investigar a associação da violência pelo parceiro íntimo (VPI) contra a mulher, nos últimos 7 anos, e o crescimento e nutrição das crianças no início da escolaridade formal. Os resultados para VPI mostraram uma prevalência de 32,2 %, indicando que há uma parcela significativa de mulheres sob situações de violência no Recife. Dentre os tipos de violência, a psicológica associada à física e psicológica exclusiva foram as mais prevalentes, com 13,7% e 12,8% respectivamente. A prevalência de desnutrição em 2,5% das crianças alerta para os possíveis impactos desta no desenvolvimento do processo cognitivo, podendo desencadear desempenhos pobres em teste de atenção, trabalho de memória, aprendizagem, habilidades de percepção espacial, baixo coeficiente intelectual, que gera dificuldades no aproveitamento escolar.

A conclusão do presente estudo foi que existe associação entre VPI e crescimento e nutrição infantil. Mulheres que relataram VPI têm maior probabilidade de ter crianças, em idade escolar formal, desnutridas. O cenário atual do Brasil acerca da violência contra mulher aponta para necessidade de desnaturalização deste fenômeno. Ato violento contra mulher por seus parceiros repercute em maior probabilidade de sofrer transtorno emocionais, saúde física debilitada, e maior adesão a comportamentos não saudáveis que podem repercutir na capacidade materna de cuidar, afetando o crescimento e nutrição da criança.

Devido às perdas da coorte, nosso estudo teve algumas limitações. No entanto, para minimizar o efeito das perdas e a subestimação da violência, foram adotadas medidas como a seleção de entrevistadoras do sexo feminino treinadas para abordar a temática de acordo com preceitos éticos apropriados ao tema. A redução do número de participantes, em relação ao período anterior da coleta de

dados, poderia ter influenciado nas estimativas da VPI. No entanto, quando comparamos as mulheres entrevistadas na segunda etapa do estudo de coorte com as que não participaram do presente estudo, não encontramos diferença estatisticamente significativa em relação à VPI e às variáveis demográficas e socioeconômicas. Apesar das limitações do estudo o mesmo traz resultados relevantes, colaborando com investigações anteriores e com as que venham a ser desenvolvidas, a respeito da violência cometida pelo parceiro íntimo e sua associação com o crescimento e nutrição da criança. O estudo alerta para necessidade de construção de mecanismo que identifiquem a violência contra mulher e o impacto desta na criança, assim como para elaboração de políticas públicas voltadas ao combate à violência contra mulher, não só para prevenção das consequências na saúde das mulheres, como também na dos seus filhos.

REFERÊNCIAS

ABADI, M.N.L. et al. Birth Weight, Domestic Violence, Coping, Social Support, and Mental Health of Young Iranian Mothers in Tehran. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.201, n.7, p. 602-608, 2013.

ABDOLLAHI, F. et al. Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. **Journal of Family and Community Medicine**, v.22, n.1, p.13-18, 2015.

ABEYA, S.G.; AFEWORK, M.F.; YALEW, A. W. Intimate partner violence against women in western Ethiopia: prevalence, patterns, and associated factors. **BMC Public Health**, v.11, p.1-18, 2011.

ABRAMSKY, T.; WATTS, C.H.; HEISE, L. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **BMC Public Health**, v.11, n.109, p. 2-17, 2011.

ABUJILBAN, S. et al. Effects of intimate Partner physical violence on newborns' birth outcomes among Jordanian Birthing women. **Journal of Interpersonal Violence**, p.1-17, 2015.

ACOSTA. D.F. et al. Violência contra mulher por parceiro íntimo: (IN) Visibilidade do problema. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.1, p.121-7, 2015.

ACKERSON, L.K; SUBRAMANIAN, S.V. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in india. **American Journal of Epidemiology**, v.167, n.10, p.1188-1196, 2008.

ADAIR, L.S. Child and adolescent obesity: Epidemiology and developmental perspectives. **Physiology & Behavior**, v.94, p.8-16, 2008.

AGÊNCIA BRASIL. **SUS atende 2,5 vezes mais mulheres vítimas de violência do que homem**. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-11-25/sus-atende-25vezes-mais-mulheres-vitimas-de-violencia-do-que-homens>> Acesso em: 03 jun.2015.

ALSAKER, K. et al. Low health-related quality of life among abused women. **Qual Life Res**, v.6, n.15, p.959-65, 2006.

ALHUSEN, J.L. et al. Intimate partner violence, substance use, and adverse neonatal outcomes among urban women. **The Journal of Pediatrics**, v.163, n.2, p.471-476, 2013.

ALHUSEN, J.L. et al. Intimate Partner Violence During Pregnancy and Adverse Neonatal Outcomes in Low-Income Women. **Journal of women's health**, v. 23, n.11, p.920-926, 2014.

ALI, T.S.; ASAD, N.; KRANTZ, G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. **International Journal of Women's Health**, v.3, p.105-115, 2011.

ANACLETO, A.J. et al. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos: um estudo de base populacional em Lages, Santa Catarina, Brasil, 2007. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.4, p.800-808, 2009

ANTAI, D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. **BMC Public Health**, v.11, p.1-11, 2011.

ASLING-MONEMI., K; NAVED, R.T.; PERSSON, L.A. Violence against women and the risk of fetal and early childhood growth impairment: a cohort study in rural Bangladesh. **Arch Dis Child**, v.94, p.775-779, 2009.

AUDI, C.A. et al. Violência doméstica Na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, p.877-85, 2008.

AUDI, C.A. et al. Associação entre violência doméstica na gestação e peso ao nascer ou prematuridade. **Journal de Pediatria**, v.84, n.1, p.60-67, 2008a.

BAILEY, B.A. Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. **International Journal of Women's Health**, v.2, p.183-197, 2010.

BARKER G. Violência Masculina ou Violência Patriarcal: Tendências globais sobre Homens e Violência. Sex, Salud Soc. **Revista Latinoamericana**, n.22, p.316-330, 2016.

BARROS, E.N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.2, p.591-598, 2016.

BARROS, C.R. dos. S; SCHRAIBER, L.B. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n.7, p.1-10, 2017.

BEILIN, L.; HUANG, R.C. Childhood obesity, hypertension, the metabolic syndrome and adult cardiovascular disease. **Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology**, v.35, p.409-411, 2008.

BOYNTON-JARRETT, R. et al. Association between Maternal Intimate Partner Violence and Incident Obesity in Preschool-Aged Children. **Arch pediatric adolescent med**, v.164, n.6, p.540-546, 2010.

BONOMI, A.E. et al. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. **Health Services Research**, v.44, n.3, p. 1052-1067, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº737, de 16/05/2001. **Estabelece a Política Nacional de Redução da morbimortalidade por Acidentes e Violência e dá outras providências**. In: Legislação da Saúde. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança menino: passaporte para a cidadania**. Brasília; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança menina: passaporte para a cidadania**. Brasília; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2015/201: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BURCH, R.L.; GALLUP, J.R.G.G. Pregnancy as a stimulus for domestic violence. **J Fam Viol**, v.19, n.4, p. 243-7, 2004.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, v.359, p.1331-6, 2002.

CARNEIRO, J.F. et al. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**,v.19, n.2,p.243-255, 2016.

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

CHAGAS, D.S.S. **O papel da Saúde Materna na Desnutrição infantil: um estudo de caso controle**. 2007.74f. Trabalho de Conclusão do Curso, Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

CHARLES, P.; PERREIRA, K.M. Intimate Partner Violence During Pregnancy and 1-Year Post-Partum. **J Fam Viol**,v.22, p.609-619, 2007.

CHENG, D.; SALAMI, S.; CHILSOLM, M.S. Intimate Partner Violence and maternal Cigarette Smoking before and during Pregnancy. **Obstet Gynecol**, v.125, n.2, p.356-362,2015.

CÔRTEZ, G. R. Violência doméstica: Centro de Referência da mulher “Heleieth Saffioti”. **Estudos de Sociologia**, v.17, n.32, p.149-168, 2012.

CORTEZ, M.B.; SOUZA, L.; QUEIROZ ,S.S. Violência entre parceiros íntimos: uma análise relacional. **Rev Psicol Polít**, v.10,n.20, p.227-243, 2010.

COKER et al. Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. **Arch Fam Med**, v.9, p.451-457, and 2000.

COKER, A.L.; SANDERSON, M.; DONG, B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**. v.18, p.260-269, 2004.

COUNT,C. **Basic needs and social determinants of well being: social support**. 2000. Disponível em: http://www.communitiescount.org/B_social_support.htm. Acesso em: 11/11/2016.

CUNNINGHAM, A.; BAKER, L. What about me! Seeking understand a child’s view of violence in the family. Centre for Children & Families in the Justice System. **London Family Court Clinic**. 2004.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, p.1163-1178, 2007.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência na relação de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual?. **Caderno Saúde Pública**, v.21,n.2,p.417-415, 2005.

DEBONO, C. et al. Intimate partner violence: Psychological and verbal abuse during pregnancy. **Journal of Clinical Nursing**, 2016.

DEMELASH, H.; NIGATU, D.; GASHAW, K. A case-control study on intimate partner violence during pregnancy and low birth weight , Southeast Ethiopia. **Obstetrics and Gynecology International**, v.2015, p.1-6, 2015.

DEUBA, K. et al. Experience of intimate partner violence among young pregnant women in urban slums of Kathmandu Valley, Nepal: a qualitative study. **BMC Women’s Health**, v.16, p.1-11, 2016.

DEVOE, E.R.; SMITH, E.L. The Impact of Domestic Violence on Urban Preschool Children Battered Mothers' Perspectives. **Journal of interpersonal violence**. P.1075-1101, 2002.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev. Saúde Pública**,v.43, n.2, p.299-310, 2009.

DOURADO, S. M. de.; NORONHA, C.V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.9, p. 911-2920, 2015.

DOUBOVA, S.V. et al. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. **Revista de Saúde Pública**,v.41, n.4, p.582-90,2007.

DURAND, J.G.; SCHRAIBER, L.B. Violência na gestação entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**,v.10, n.3, p.310-22, 2007.

ELLSBERG, M.C. et al. Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, v.51, n.11, p.1595-1610, 2000.

ELLSBERG M, HEISE L: **Researching Violence against Women: A Practical Guide for Researchers and Activists Washington DC**, United States: World Health Organization; PATH; 2005 [http://www.PATH.org/files/GBV_rvaw_complete.pdf].

FACUNDES, V.L.D.; LUDERMIR, A.B. Common mental disorders among health care students. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n.3, p.194-200, 2005.

FANSLOW J, ROBINSON E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. **N Z Med J**, v.117, n. 1026, 2004.

FERREIRA, M.F. de. et al. Efeito da violência física entre parceiros íntimos no índice de massa corporal em mulheres adultas de uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, v.31,n.1,p.1-13, 2015.

FERRI, C.P. et al. The impact of maternal experience of violence and common mental disorders on neonatal outcomes: a survey of adolescent mothers in Sao Paulo, Brazil. **BMC Public Health**, v.7, p.1-9, 2007.

FONSECA-MACHADO, M.O.de. et al. Violência por parceiro íntimo e transtornos ansiosos na gestação: importância da formação profissional da equipe de enfermagem para o seu enfrentamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23,n.5,p.855-64, 2015.

FRANK, S., COELHO, E.B.S., BOING, A.F. Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007. **Rev Panam Salud Publica**, v.27, n.5, p. 376-81, 2010.

- GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v.368, n.7, p.1260- 1269, 2006.
- GRIEP, R.H. et al. Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.703-714, 2005.
- GROSSO, P.R.; MOLA, C.L.; MIRANDA, J.J. Asociación entre violencia contra la mujer ejercida por la pareja y desnutrición crónica en sus hijos menores de cinco años en Perú. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**, v.31,n.1,p.16-23, 2014.
- GUIMARÃES I. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- GUO, S.F. et al. Domestic abuse on women in China before, during, and after pregnancy. *Chin Med J (Engl)*, v.117, n.3, p.331-6, 2004.
- HAN, A.; STEWART, D. E. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**,v.124, p.6-11, 2014.
- HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 20, p. 299-311, 2006.
- HARDING, T.W. et al. Mental Disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v.10, p.231-241, 1980.
- HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. **Ending Violence against Women Baltimore: John's Hopkins University School of Public Health; Population Information Program**; 1999, Report N°: Series L, N°. 11. <http://info.k4health.org/por/l11/violence.pdf>.
- HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. **La violencia en la pareja**. In: KRUG, E. G. et al. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Geneva: Organización Mundial de la Salud. cap.4, p.97-131,2002.
- HILL, A. et al. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.133, p.269-276, 2016.
- HOANG, T.N. et al. Association between Intimate Partner Violence during Pregnancy Outcomes in Vietnam: A prospective Cohort Study. **PLoS One**, v.11,n.9, p.1-14, 2016.

INSTITUTO AVON. **Percepções sobre a violência doméstica contra a mulher no Brasil**. São Paulo: Instituto Avon, 2011.

JASINSKI, J.L. Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. **Trauma Violence Abuse**.v.5, n.1, p.47-64, 2004.

JUN, H.J. et al. Growing up in a domestic violence environment: relationship with developmental trajectories of body mass index during adolescence into young adulthood. **J Epidemiol Community Health**, v.66, p.629-635, 2012.

KAR, B.R.; RAO, S.L; CHANDRAMOULI, B.A. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. **BioMed Central**, v.4, n.31, p.1-12, 2008.

KITZMANN, K.M. et al. Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.71, n.2, p.339–52, 2003.

KOEN, N. et al. Intimate partner violence: associations with low infant birthweight in a South African birth cohort. **Metab Brain Dis**, v.29, n.2, p.281-299, 2014.

KRUG, E.G. et al. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2002.

KUHLMAN, A. K. S; FOGGIA, J.F.U.Q; SIERRA, M. Intimate partner violence as a predictor of antenatal care service utilization in Honduras. **Rev Panam Salud Publica**, v.41,n. 104,p. 1-9, 2017.

LEITE, F.M.C; MOURA, M.A.V; PENNA, L.H.G. Percepções de las mujeres sobre la violencia contra la mujer: una revisión integradora de la literatura. **Avances en Enfermería**,v.31, n.2, p.136-143, 2013.

LINDNER, S.R. et al. Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v.31,n.4,p.815-826, 2015.

LOXTON, D.et al. Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. **PLoS One**,v.12,n.6,p.1-10, 2017.

LUDERMIR, A.B.; LEWIS, G. Investigating the effect of demographic and socioeconomic variables on misclassification by the SRQ-20 compared with a psychiatric interview. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v.40, n.1, p.36-41. 2005.

LUDERMIR, A.B. et al. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **Lancet**, v.376, n.9744, p.903-10, 2010.

LUDERMIR, A.B.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T.V.B. Common mental disorders and intimate partner violence in pregnancy. **Rev Saúde Pública**, v.48,n.1,p.29-35, 2014.

MACEDO et al. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n.6, p. 515-22, 2001.

MAKAYOTO, L.A. et al. Prevalence and associated factors of intimate partner violence among pregnant women attending Kisumu District Hospital, Kenya. **Matern Child Health J**, v.17, n. 3, p. 441-7,2013.

MARCACINE, K.O. et al. Prevalência de violência por parceiro íntimo relatada por puérperas. **Acta Paul Enferm** , v. 26, n.4, p.395-400, 2013.

MARI, J.J.; WILLIAMS, P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. **Journal of Chronic Disease**. v.39, p.371-8, 1986.

MARTIN, S.L. et al. Changes in intimate partner violence during pregnancy. **J Fam. Violence**,v.19, n.4, p.201-10,2004.

MATHIAS, A.K.R.A.de. et al. Prevalência da violência praticada por parceiro masculino entre mulheres usuárias da rede primária de saúde do Estado de São Paulo. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.35, n.4, p.185-91, 2013.

MELO, E. M. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência. p. 278, 2010.

MENDONÇA, M.F.S, LUDERMIR, AB. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Rev Saúde Pública** , v. 51, n. 32, p.1-8, 2017.

MINAYO, M.C.S. Inequality, violence, and ecology in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. v.10, n.2, p.241-250, 1994.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MORAES, C.L, OLIVEIRA, A.S.D, REICHENHEIM, M.E, LOBATO, G. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk fator early cessation of exclusive breast-feeding. **Public Health Nutrition**, v.14, n.14, p. 2148-55, 2011.

MONTEIRO, C. A; CONDE, W. L. Tendência secular da desnutrição e da obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n.6, p. 52-61, 2000.

MONTERO, I. et al. Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization. **Journal of Women & Aging**, v. 25, p.358-371, 2013.

MONTGOMERY, S.M.; BARTLEY, M.J.; WILKINSON, R.G. Family conflict and slow growth. **Archives of Disease in Childhood**,v.77, p.326-330,1997.

MORAES,C.L.; ARANA,F.D.N.; REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos na gestação como fator de risco para má qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v.44,n.4,p.667-76,2010.

MOURA, L. B. A; LEFEVRE, F.; MOURA, V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. **Ciênc. Saúde coletiva**, v.17, n.4, p.1025-1035, 2012.

MURPHY, C.C. ; SCHEI, B.; MONT,J.D. Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and metaanalysis. **Canadian Medical Association Journal**, v.164, n.11, p.1567-72, 2001.

NASIR, K.; HYDER, A.A. Violence against pregnant women in developing countries. **European Journal of Public Health**,v.13, p.105-107, 2003.

NUNES, M.A.A. et al. Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **European Journal of Public Health**,v.21, n.1, p.92-97, 2010.

NÚÑEZ-RIVAS, H.P. et al. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**,v.14, n.2, p.75-83, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Comprender y abordar la violencia contra las mujeres**. Violencia infligida por la pareja. Washington, DC: OPS, 2013.

PASINATO, W. ; SANTOS, C.M.D. **Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil**. São Paulo (SP): Universidade de Campinas, 2008.

PARVEY, A.R. et al. Intimate Partner Violence Increases Adverse Outcomes at Birth and in Early Infancy. **J Pediatr**, v.165, p.1034-9, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria da Mulher. **Das Lutas à lei: uma contribuição das mulheres à erradicação da violência**. Recife: Secretaria da Mulher, 2011.

PUENTE-MARTÍNEZ, A. et al. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. **anales de psicología**. v.32,n.1,p.295-306, 2016.

RAHMAN, A. et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. **Arch Gen Psychiatry**, v. 61, p 946 -952, 2004.

RAHMAN, M. et al. Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and the Risk of Undernutrition Among Children Younger Than 5 Years in Bangladesh. **American Journal of Public Health**, v.102, n.7, p.1336-1345, 2012.

RECIFE, Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. _ 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, p.84, 2014.

REICHENHEIM, M.E. et al. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. **Cad Saúde Pública**, v.22, p.425-37, 2006.

RICO, E. et al. Associations between maternal experiences of intimate partner violence and child nutrition and mortality: findings from Demographic and Health Surveys in Egypt, Honduras, Kenya, Malawi and Rwanda. **J Epidemiol Community Health**, v.65, p.360-67, 2011.

RODRIGUES, D.P. et al. Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev Esc. Enferm USP**, v.48, n.2, p.206-13, 2014.

ROSA, D.O.A. et al. A violência contra a mulher provocada por parceiro íntimo. **Feminine**, v.41, n.2, p.81-87, 2013.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; DEL RÍO-LOZANO, M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 5, p. 437-443, 2007.

SALAZAR, M. et al. Intimate partner violence and early child growth: a community-based cohort study in Nicaragua. **BMC Pediatrics**, v.12, n.82.p.1-8, 2012.

SANCHEZ, S.E. et al. Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. **Matern Child Health J**, v.17, n.3, p.485-92, 2013.

SARKAR, N.N. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v.28, n.3, p.266-271, 2008.

SCHRAIBER, L.B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.470-477, 2002.

SCRAIBER, L.B.; D' OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, v.40, p.112-120, 2006.

SCHRAIBER, L.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.5, p.797-807, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; BARROS, C.R.S.dos; CASTILHO, E.A. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. **Rev Bras Epidemiol**,v.13, n.2, p.237-45, 2010.

SHAH, P.S. et al. Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. **Journal of Women's Health**, v.19, n.11, p.2017-2031, 2010.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Social Science & Medicine**, v.32, p.705-14, 1991.

SHNEYDERMAN, Y.; KIELY, M. Intimate Partner Violence during Pregnancy: Victim or Perpetrator? Does it make a difference? **BJOG**, v.120, n. 11, p.1375-1385, 2013.

SHROFF, M. et al. Maternal autonomy is inversely related to child stunting in Andhra Pradesh, India. **Matern Child Nutr**, v.5, n.1, p.1-16, 2009.

SILVA, E.P. et al. Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. **Rev Saúde Pública**, v.45,n.6,p.1044-53, 2011.

SILVA, A.G.; MORAES, C.L; REICHENHEIM, M.E. Violência física entre parceiros íntimos: um obstáculo ao início do acompanhamento da criança em unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, Brasil?. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n.7, p.1359-1370, 2012.

SILVA, E.P. et al. Incidência e fatores de risco para violência por parceiro íntimo no período pós-parto. **Rev Saúde Pública**,v.49, n.46, p.1-9,2015.

SILVA, R.C. de. R. et al. Influência da violência familiar na associação entre desnutrição e baixo desenvolvimento cognitivo. **Jornal de Pediatria**,v.88, n.2, p.149-54, 2012.

SILVEIRA, F.C.P.; PEROSA, G.B.;CARVALHAES, M.A.B.L.de. Fatores psicossociais de risco e proteção à Desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e eutróficas: o papel da saúde mental materna. **Journal of Human Growth and Development**, v.22, n.2, p.217-225, 2012.

SOBKOVIAK, R.M.; YOUNT, K.M; HALIM, N. Domestic violence and child nutrition in Liberia. **Social Science & Medicine**,v.74, p.103-111, 2012.

STEWART, D.E. Incidence of postpartum abuse in women with a history of abuse during pregnancy. **CMAJ**,v.151, n.11, p.1601-4, 1994.

SURKAN, P.J. et al., Impact of Maternal Depressive Symptoms on Growth of Preschool- and School-Aged Children. **Pediatrics**, v.130, n.4, p.847-855, 2012.

TAYLOR, C.A; GUTERMAN, N.B; LEE, S.J; RATHOUZ, P.J. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. **Am J Public Health**, v.99, n.1, p.175-83,2009.

TSAI, A.C.et al. Intimate partner violence and depression Symptom Severity among South African Women during pregnancy and postpartum: population-based Prospective cohort study. **PLoS Med**, v.13,n.1, p.1-22,2016.

VETTORE, M.V. et al. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. **Revista de Saúde pública**, v.44, n.6, p.1021-1031, 2010.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v.371, n.9609, p. 340-357, 2008.

VIEIRA, E.M. et al. Respostas à violência de gênero entre profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.3, p. 681-690, 2013.

WATTS, C.; ZIMMERMAN, C. Violence against women: global scope and magnitude. **The Lancet**, v.359, p.1232-1237, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/>. Acesso em: 11/11/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Maternal, newborn, child and adolescent health. 2012**. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/. Acesso em: 28/11/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>. Acesso em: 11/11/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health status statistics: morbidity. 2013a**. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/indlowbirthweight/en/>. Acesso em: 28/11/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO/OMS. **Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women**. Fact sheet N°239. Updated November 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/> Acesso em: 11/10/2015.

YANG, M.S. et al. Physical abuse during pregnancy and risk of low birth weight infants among aborigines in Taiwan. **The Royal Institute of Public Health**, v.120, p.557-62, 2006.

YOUNT, K. M.; DIGIROLAMO, A. M.; RAMAKRISHNAN, U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. **Social Science & Medicine**, v. 72, n.9, p.e1534-1554, 2011.

ZACARIAS, A.E.; MACASSA,G.; ANTAI,D. Intimate partner violence against women in Maputo city, Mozambique. **BMC Int Health Human Rights**, v.12, n. 35, p.2-16, 2012.

ZIAEI, S.; NAVED, R.T.; EKSTROM, E.C. Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: findings from demographic and health surveys in Bangladesh. **Maternal and Child Nutrition**, v.10, p.347-359, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIORES DE 18 ANOS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO PARA MAIORES DE 18 ANOS)

Convido a Sr.^a para participar, como voluntária, da pesquisa “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGSC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: abl@ufpe.br.

Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: (Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva). Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubricar as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.^a já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e avaliar o desenvolvimento do seu filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores estão sendo convidadas a participar dessa nova fase da pesquisa. Repetiremos as mesmas perguntas que fizemos na entrevista da gravidez e depois do parto, com referência aos últimos 6 anos.

Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e podem trazer lembranças difíceis e delicadas e você poderá sentir-se constrangida, mas você só participa se quiser.

Em pesquisas semelhantes, muitas mulheres acharam que foi importante ter tido a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres e também para desenvolver serviços melhores para a assistência à saúde da mulher.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso você necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que

quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem toda a liberdade para recusar sua participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**

Ana Bernarda Ludermir

Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento / assistência / tratamento.

Recife, ____ / ____ / ____.

Nome e Assinatura do participante ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MENORES DE 18 ANOS)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(MODELO PARA MENORES DE 18 ANOS)**

Convidamos o (a) seu/sua filho (a)..... que está sob sua responsabilidade para participar, como voluntário (a), da pesquisa “Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Prof^a. Dr^a. Ana Bernarda Ludermir. Endereço: Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4º andar. Departamento de Medicina Social / PPGSC. Telefone: (81) 2126-3766. E-mail: abl@ufpe.br.

Também participam também desta pesquisa os pesquisadores: (Marília de Carvalho Lima, Sophie Helena Eickmann, Elisabete Pereira Silva). Telefone para contato: (81) 2126-8514.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar que seu (sua) filho (a) venha a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa a Sr.^a ou seu (sua) não serão penalizados (as) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Essa pesquisa vem sendo desenvolvida desde 2005. A Sr.^a já foi entrevistada quando estava grávida e depois do parto em 2005 e 2006. O presente projeto representa a terceira etapa do estudo e tem como objetivo investigar a saúde das mulheres e suas experiências de vida nos últimos seis anos e avaliar o desenvolvimento do seu filho (a) fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. Estamos solicitando a autorização de todas as mulheres que participaram das entrevistas anteriores para que seu (sua) filho (a) possa participar dessa nova fase da pesquisa. A saúde física da criança será avaliada, bem como o seu desenvolvimento comportamental, emocional e na escola.

Serão garantidos cuidados com confidencialidade e a privacidade, tentando evitar qualquer forma de constrangimento para criança durante e após a entrevista.

A avaliação do desenvolvimento da criança é fundamental para que se possa intervir numa idade precoce, caso seja identificada algum problema.

Estamos trazendo algumas informações por escrito sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife. Caso a criança necessite de assistência adicional estamos disponíveis para orientá-la.

Cada entrevista dura mais ou menos 60 minutos. Posso garantir para você que tudo o que você responder sobre sua criança vai ser guardado em segredo total. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Você tem

toda a liberdade para recusar sua participação ou retirar o seu consentimento, sem punição ou prejuízo para você ou sua criança.

Os questionários da pesquisa serão guardados imediatamente após a entrevista, nas instalações físicas do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), por um período de 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade de Ana Bernarda Ludermir.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).**



Assinatura da pesquisadora

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____
 CPF _____, abaixo assinada, responsável pelo (a)
 menor _____ autorizo a sua participação no estudo “ Consequências da
 violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós- parto e nos últimos seis anos para
 saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que
 ocorreu em 2005 e 2006, como voluntário (a). Fui devidamente informada e esclarecida pela
 pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e
 benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento
 a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de seu
 acompanhamento e/ ou assistência e /ou tratamento.

Recife, ____ / ____ / ____.

 Nome e Assinatura do participante ou responsável

 Nome e Assinatura do (da) menor

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do
 sujeito em participar.**

02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A- QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA

Agora vamos passar para as questões relacionadas a _____ (nome da criança)

DATA DA ENTREVISTA: DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][1][]

SEÇÃO 9 – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

901	Nome completo:	
902	Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar	IDADE: ____ anos e ____ meses
903	Sexo	Masc. [] Fem. [] Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar
904	A senhora tem outros filhos além de _____ (nome da criança)?	01. Sim 02. Não Se SIM, QUANTOS? _____
905	Qual a posição de _____ (nome da criança) na prole?	01. PRIMEIRO FILHO 02. SEGUNDO FILHO 03. TERCEIRO FILHO 04. OUTRA: _____
906	_____ (nome da criança) frequentou creches?	00. Não ⇒ passe para Q.908 01. Sim
907	Se sim, qual a idade?	De _____ meses a _____ anos
908	_____ (nome da criança) frequentou pré-escola?	00. Não ⇒ passe para Q.910 01. Sim
909	Se sim, qual a idade?	De _____ anos a _____ anos
910	_____ (nome da criança) frequenta ou frequentou a escola?	00. Não 01. Sim, frequenta 02. Sim, frequentou
911	Qual idade que entrou na escola formal?	De _____ anos e _____ meses
912	Qual a série que ele(ela) está ou estava cursando?	_____
913	a) Qual o tipo de escola que _____ (nome da criança) está frequentando? b) Qual o nome da escola? c) Qual o endereço da escola?	01. PREFEITURA (municipal) 02. ESTADO (estadual) 03. PARTICULAR 04. OUTRA: _____ ESCOLA _____ Rua _____ _____
914	_____ (nome da criança) tem bolsa-escola?	00. Não 01. Sim

SEÇÃO 10 - SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA		
Nesta seção perguntaremos sobre a saúde física de _____ (nome da criança).		
1001	PESO - Dia/Mês/Ano (___ / ___ / ___)	[] [] [] [] [] [] gramas
1002	ALTURA - Dia/Mês/Ano (___ / ___ / ___)	[] [] [] [] [] [] cm
1003	PERÍMETRO CEFÁLICO - Dia/Mês/Ano (___ / ___ / ___)	[] [] [] [] [] [] cm
1004	_____ (nome da criança) já foi atendido em serviço de urgência? (PERMANÊNCIA DE ATÉ 24 HORAS)	00. Não 01. Sim QUANTAS VEZES? [] [] [] QUAL O MOTIVO? _____ _____
1005	_____ (nome da criança) já foi internado alguma vez?	00. Não 01. Sim QUANTAS VEZES? [] [] [] QUAL O MOTIVO? QUANTOS DIAS? _____ _____ _____ _____
1006	_____ (nome da criança) tem ou teve algum desses sinais ou sintomas? (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	00. Não tem ou teve 01. ASMA (puxado, cansaço) 02. RINITE ALÉRGICA (nariz obstruído e coriza frequentes) 03. PROBLEMAS DE PELE (COMO ALERGIAS) 04. DIFICULDADE PARA DORMIR 05. TRANSTORNOS ALIMENTARES (COMO FALTA DE APETITE OU COME MUITO) 06. RÓI UNHA 07. ARRANCA CABELOS 08. OUTRAS:

ANEXO B- QUESTIONÁRIO DA PUÉRPERA

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF			[][]	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA			[][][][]	
MUDOU DE ENDEREÇO			[] SIM [] NÃO	
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][0][]
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	ENTREVISTADORA []
RESULTADO***	_____	_____	_____	RESULTADO [][]
PRÓXIMA VISITA HORA DATA LOCAL	_____ _____ _____	_____ _____ _____		NÚMERO TOTAL DE VISITAS []
QUESTIONÁRIO COMPLETADO?	*** CÓDIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se01 Especificar: _____			
	A mulher não estava em casa02		⇒ Retornar	
	A mulher adiou a entrevista03		⇒ Retornar	
	A mulher está incapacitada04 Especificar: _____		⇒ Retornar	
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____		⇒ Retornar	
	Questionário concluído06			

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia / boa tarde / boa noite, meu nome é _____. Trabalho para o DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL DA UFPE. Nós estamos realizando a segunda etapa da pesquisa intitulada “Saúde das mulheres grávidas e suas experiências de vida”, em Recife, para investigar suas experiências de vida durante o pós-parto.

Como anteriormente, posso garantir para você que tudo o que você responder vai ser guardado em segredo total. Nesta pesquisa não existem respostas certas ou erradas. Alguns dos assuntos são muito pessoais ou difíceis de conversar e você poderá sentir-se constrangida. Você tem o direito de parar a entrevista na hora em que quiser, ou de pular alguma pergunta se não quiser respondê-la. Todas vocês receberão uma lista com informação sobre os serviços sociais e de saúde disponíveis no Recife.

Você só participa desta etapa se quiser, mas as suas experiências podem ser muito úteis para ajudar outras mulheres aqui no Brasil. Cada entrevista dura mais ou menos uma hora. Quer fazer alguma pergunta? Você concorda em ser entrevistada?

ANOTE SE A ENTREVISTADA CONCORDA OU NÃO EM SER ENTREVISTADA

[] NÃO CONCORDA EM SER ENTREVISTADA **→** AGRADEÇA PELO TEMPO DELA

[] CONCORDA EM SER ENTREVISTADA **→** AGORA É UMA BOA HORA PARA CONVERSAR?

É muito importante que a gente continue a conversar a sós. Podemos continuar a entrevista aqui ou você gostaria de mudar de lugar?

Assinatura da entrevistada

Nome da entrevistadora

PARA A ENTREVISTADORA COMPLETAR SE A ENTREVISTADA PREFERIR NÃO ASSINAR

Declaro que li o consentimento acima e a entrevistada está de acordo em participar.

Assinatura da entrevistadora

Pesquisadoras responsáveis: Ana Bernarda Ludermir;Thália Velho Barreto de Araújo
Av. Professor Moraes Rego, s / n, Hospital das Clínicas, 4ºandar
Departamento de Medicina Social / PIPASC
Telefone: 81-21263766

SEÇÃO 2 - PRÉ-NATAL			
201	Você fez o seu pré-natal? 1. Sim 2. Não ⇒ Q.211 89. Não quis responder ⇒ Q.211		
202	Para quem responder <u>SIM</u> , pergunte: Em que local ? Nome da unidade de saúde:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>203. TIPO DE UNIDADE</p> <p>01. Unidade de Saúde da Família</p> <p>02. "Posto"/ Centro de saúde</p> <p>03. Maternidade de grande Porte</p> <p>04. Hospital / Clínica / Consultório Médico Particular</p> <p>05. Serviço Médico de Sindicato/ Associação religiosa e outros.</p> <p>99. Sem informação</p> <p>88. Não aplicável</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>204. TIPO DE PROVEDOR</p> <p>01. Público Próprio</p> <p>02. Privado Conveniado ao SUS</p> <p>03. Unidade de Saúde/ Hospital de Ensino Universitário</p> <p>04. Privado</p> <p>05. Clientela fechada</p> <p>99. Sem informação</p> <p>88. Não aplicável</p> </div>	[][] [][] [][]
205	Você tem o cartão da gestante? Se Sim, Peça o CARTÃO DA GESTANTE.	01. Sim 02. Não 03. Sim, mas não está disponível (perdeu, deixou em outro lugar, etc) 88. Não aplicável.	
206	Quando foi a sua última consulta de pré- natal? Explore: você lembra a data? (CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)	206 A. DATA: [][] [][] [2][0][0][][] 206 B. [][] semanas ou [][] meses de gestação Informação: [] cartão de PN; [] da mulher 99. Não lembra 88. Não aplicável	
207	Durante o pré-natal, quantas consultas você fez? (CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)	Número de consultas [][] Informação: [] cartão de PN; [] da mulher 99. Não lembra 88. Não aplicável	
208	Durante o pré-natal, você fez os exames que foram pedidos?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.210 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

209	<p>Quais os exames que você fez?</p> <p>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p> <p>CASO TENHA FEITO TODOS OS EXAMES , PASSE PARA A Q. 211</p>	<p>01. TESTE DE GRAVIDEZ 02.TIPO DE SANGUE / CLASSIFICAÇÃO SANGUÍNEA 02. EXAME DE SANGUE PARA ANEMIA / HEMOGRAMA 03. EXAME DE SANGUE / AÇÚCAR NO SANGUE 04. EXAME DE SANGUE PARA SÍFILIS /VDRL 05. EXAME DE SANGUE – TESTE DE AIDS 06. EXAME DE URINA 07. ULTRASSONOGRRAFIA 08. Outro:..... 89.Não quis responder 88.Não aplicável</p> <p>Informação: [] cartão de PN; [] da mulher</p>	
210	<p>Se não fez, todos ou parcialmente, quais foram os motivos de não ter feito?</p>	<p>01. NÃO PROCUROU FAZER 02. PROCUROU, MAS NÃO CONSEGUIU FAZER 03. Outro: 99. Não sabe 89. Não quis responder 88.Não aplicável</p>	
211	<p>Você teve alguma mudança de peso durante a gravidez?</p> <p>(CONSULTE O CARTÃO DA GESTANTE)</p>	<p>Peso no início.....kg Peso ao finalkg</p> <p>[] cartão de PN; [] da mulher</p> <p>99. Sem informação /Não sabe</p> <p>Variação de pesokg</p>	
212	<p>Durante sua última gravidez, você teve algum problema de saúde que precisou procurar ou ser encaminhada para outro serviço de saúde?</p> <p>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</p>	<p>01 A. Sim, procurou 01 B. Quantas vezes.....</p> <p>02 A. Sim, foi encaminhada 02 B. . Quantas vezes.....</p> <p>03. Não ⇒ Q.218</p>	
213	<p>Você foi atendida?</p>	<p>01. Sim 02. Não ⇒ Q.218 89. Não quis responder ⇒ Q.218 88. Não aplicável</p>	
214	<p>Alguma dessas ocasiões em que você procurou o serviço de saúde, você chegou a ser hospitalizada?</p>	<p>01. Sim 02. Não ⇒ Q.218</p> <p>Se SIM, quantas vezes? [][]</p>	

SEÇÃO 4 - DEPRESSÃO PÓS-PARTO		
401	Depois do parto, você teve depressão ou alguma outra doença dos nervos?	01. Sim 02. Não ⇒ SEÇÃO 5 89. Não quis responder 99. Não sabe
402	Qual foi o problema que você teve? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Alcoolismo 04. Esquizofrenia 05. Psicose puerperal 06. Outro: 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável
403	Em que momento do pós-parto	01. ATÉ 07 DIAS 02. DE 08 A 42 DIAS 03. DE 43 A 90 DIAS 04. MAIS DE 03 MESES 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável
404	Quando isto aconteceu, você fez algum tratamento?	01. Sim 02. Não ⇒ Q.406 89. Não quis responder ⇒ Q.406 99. Não sabe ⇒ Q.406 88. Não aplicável
405	Qual o tratamento que você fez? (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)	01. TRATOU-SE COM PSICÓLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. Outro: 89. Não quis responder 99. Não sabe. 88. Não aplicável
406	Quanto tempo durou esta depressão ou outra doença dos nervos?	01. ATÉ 01 MÊS 02. DE 02 A 04 MESES 03. MAIS DE 04 MESES 89. Não quis responder 99. Não sabe 88. Não aplicável
SEÇÃO 5 - SOBRE O RECÉM-NASCIDO		
501	Seu bebê nasceu bem?	01. Sim 02. Não 03. Nasceu morto 89. Não quis responder
502	Qual foi o peso do bebê, quando nasceu? (PARA RECÉM-NASCIDO VIVO OU MORTO)	Peso em gramas: [] [] [] [] Informação: [] cartão da criança; [] da mulher 8889. Não quis responder 9999. Não sabe
503	Você tinha preferência pelo sexo do seu bebê?	01. SIM, PREFERIA MENINO 02. SIM, PREFERIA MENINA 03. NÃO TINHA PREFERÊNCIA 89. Não quis responder

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DA MULHER

IDENTIFICAÇÃO				
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA USF			[][]	
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA			[][][][]	
MUDOU DE ENDEREÇO			[] SIM [] NÃO	
VISITAS DA ENTREVISTADORA				
	1	2	3	VISITA FINAL
DATA	_____	_____	_____	DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][1][]
NOME DA ENTREVISTADORA	_____	_____	_____	ENTREVISTADORA []
RESULTADO***	_____	_____	_____	RESULTADO [][]
PROXIMA VISITA HORA DATA LOCAL	_____ _____ _____	_____ _____ _____		NUMERO TOTAL DE VISITAS []
Questionário completado?	*** CODIGOS DOS RESULTADOS A mulher recusou-se.....01 Especificar: _____		⇒ Retornar	
	A mulher não estava em casa02 Especificar: _____			
	A mulher adiou a entrevista03 Especificar: _____			
	A mulher está incapacitada04 Especificar: _____		⇒ Retornar	
Questionário parcialmente completo ⇒	Não quer continuar 05 Especificar: _____		⇒ Retornar	
	Questionário concluído06			

DATA: DIA [][] MÊS [][] ANO [2][0][1][]

REGISTRE A HORA		Hora.....[][]	
		Mínutos.....[][]	
SEÇÃO 1 – CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER			
Nós gostaríamos de conversar sobre sua vida atual e sobre seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006			
	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS DE CODIFICAÇÃO	
101	Como é o nome do seu filho ou filha que nasceu em 2005 ou 2006, quando foram feitas a primeira e segunda entrevistas dessa pesquisa?	_____	
102	Além de você, quantas pessoas vivem na casa em que você mora? <i>CERTIFIQUE-SE QUE O TOTAL DE PESSOAS NÃO INCLUI HOSPEDES E VISITANTES TEMPORÁRIOS E INCLUI A ENTREVISTADA</i>	NÚMERO TOTAL DE PESSOAS NA RESIDÊNCIA.....[][]	
103	Você poderia me dizer quem são as outras pessoas que vivem na casa em que você mora?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avó (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteadado 19. Enteadada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunjhado 23. Cunjhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
104	Quando você sai de casa para trabalhar ou para fazer qualquer outra atividade _____ (nome da criança) fica com alguma dessas pessoas citadas na questão anterior?	00. Não ⇒ passe para Q.107 01. Sim	

105	Qual delas?	01. Vive Sozinha 02. Marido / companheiro 03. Pai (da entrevistada) 04. Mãe (da entrevistada) 05. Filhos 06. Nora 07. Genro 08. Neto 09. Neta 10. Irmão 11. Irmã 12. Tio 13. Tia 14. Avó (da entrevistada) 15. Avô (da entrevistada) 16. Sobrinho 17. Sobrinha 18. Enteado 19. Enteada 20. Sogra 21. Sogro 22. Cunhado 23. Cunhada 24. Outra Pessoa: _____ 89. Não quis Responder	
106	Quanto tempo _____ (nome da) criança fica com essa pessoa?	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
107	Quem é o chefe do domicílio?	01. A entrevistada 02. Marido / companheiro 03. Ambos 04. Pai / Mãe 05. Outro: _____ 06. Não tem chefe 99. Não sabe	
108	Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre sua casa. A sua casa é: <i>ESPECIFICAR SE O DONO FOR MÃE, IRMÃ, ETC. NO Nº 05 (OUTROS)</i>	01. PRÓPRIA 02. INVADIDA 03. ALUGADA 04. CEDIDA / EMPRESTADA 05. OUTROS : _____ 89. Não quis Responder	
109	Quantos cômodos tem a sua casa?	Nº DE COMODOS []	
110	Aonde você obtém a água utilizada em sua casa para beber e cozinhar? <i>(ACEITAR MAIS DE UMA OPÇÃO)</i>	01. TORNEIRA DENTRO DE CASA 02. TORNEIRA DO LADO DE FORA DA CASA 03. NÃO TEM ACESSO A ÁGUA ENCANADA 04. OUTRO: _____	
111	Que tipo de banheiro você tem na sua casa?	01. INDIVIDUAL INTERNO 02. INDIVIDUAL EXTERNO 03. COLETIVO 04. NÃO TEM BANHEIRO 89. Não quis responder	

112	Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?	00. NAO TEM LUZ ELETRICA 01. LIGACAO INDIVIDUAL COM CONTADOR PRÓPRIO 02. NÃO TEM LIGAÇÃO PRÓPRIA 03. OUTRO: _____ 89. Não quis responder		
113	Nesta casa existem quantos destes itens?		<u>NAO</u> <u>SIM</u>	
		[] TELEVISÃO COLORIDA	00 01	
		[] VIDEO-CASSETE E/OU DVD	00 01	
		[] RÁDIO	00 01	
		[] AUTOMÓVEL DE PASSEIO	00 01	
		[] TELEFONE	00 01	
		[] ASPIRADOR DE PÓ	00 01	
		[] MÁQUINA DE LAVAR ROUPA	00 01	
		[] GELADEIRA	00 01	
		[] FREEZER	00 01	
		[] COMPUTADOR	00 01	
		[] BANHEIRO	00 01	
114	Você tem alguma pessoa que trabalha em sua casa como:		<u>NAO</u> <u>SIM</u>	
		[] EMPREGADA DIARISTA	00 01	
		[] EMPREGADA MENSALISTA	00 01	
115	Alguma pessoa que mora na sua casa possui:		<u>NAO</u> <u>SIM</u>	
		[] TERRENO	00 01	
		[] CASA	00 01	
		[] APARTAMENTO	00 01	
		[] EMPRESA OU NEGÓCIO	00 01	
		[] TERRA	00 01	
116	Nas <u>últimas 4 semanas</u> alguém de sua casa foi vítima de um crime nesta vizinhança, tais como roubo, assalto, violência física ou sexual? Se SIM, pergunte: Qual?	a) 00. NÃO 01. SIM b) Qual? 01. Roubo 02. Assalto 03. Violência física 04. Violência sexual 05. Homicídio 88. Não aplicável		
117	Quando você nasceu (dia, mês e ano) ?	Dia [] [] Mês [] [] Ano [] [] [] Não sabe o ano 9999		
118	Quantos anos você fez no seu último aniversário?	Anos completos [] []		
119	Em que religião você foi criada?	00. NAO TEM RELIGIAO 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLE 05. OUTRA..... (Especificar)		

120	Atualmente, você frequenta alguma religião ou culto?	00. NÃO TEM RELIGIÃO ⇒ passe para Q.122 01. CATÓLICA 02. PROTESTANTE 03. ESPÍRITA 04. UMBANDA / CANDOBLÉ 05. OUTRA..... (Especificar) 88. Não Aplicável	
121	Com que frequência você frequentou culto religioso nas duas últimas semanas?	Nº DE VEZES [][] Não aplicável '88'	
122	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor ou raça?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 89. Não quis responder 99. Não sabe	
123	Você tem livros em casa?	00. Não 01. Sim	
124	Você sabe ler e escrever?	00. Não ⇒ passe para Q.126 01. Sim	
125	Você lê para seu(s) filho(s)?	00. Não 01. Sim	
126	Você já frequentou a escola?	00. Não ⇒ passe para Q.129 01. Sim	
127	Você está estudando?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
128	Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação? MARQUE O GRAU MAIS ELEVADO. <i>(CONVERTA OS ANOS DE ESCOLARIDADE DE ACORDO COM OS CÓDIGOS DA TABELA NO FINAL DO QUESTIONÁRIO).</i>	01. Ensino Infantil 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [][] 88. Não aplicável 99. Não sabe	
129	Você tem alguma fonte de renda? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. SALÁRIO 02. PENSÃO 03. BENEFÍCIO 04. BOLSA ESCOLA / BOLSA FAMÍLIA 05. APOSENTADORIA 06. ALUGUEL 07. OUTRA: 08. Não 89. Não quis responder	
130	Qual a sua renda mensal?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais	

131	Atualmente, você:	01. EMPREGADA ⇒ passe para Q.133 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADA DOMÉSTICA DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passe para Q.133 04. EMPREGADA DOMÉSTICA MENSALISTA ⇒ passe para Q.133 05. EMPREGADORA ⇒ passe para Q.133 06. APOSENTADA 07. DONA DE CASA 08. DESEMPREGADA 09. SEM OCUPAÇÃO 10. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
132	Você tem procurado emprego?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
133	Quantas vezes você foi casada ou viveu junto com um companheiro do sexo masculino? (INCLUIR O COMPANHEIRO ATUAL, QUANDO EXISTENTE)	NÚMERO DE MARIDOS / COMPANHEIROS [] [] ⇒ 00 passe para Q.135 Não aplicável '88'	
134	Quando você casou / foi viver junto pela primeira vez, quantos anos você tinha?	ANOS (idade aproximada) [] [] Não aplicável '88'	
135	Atualmente você está casada ou vive com alguém ou tem algum parceiro? (MARQUE NO BOX B)	00. NÃO ESTA CASADA OU VIVENDO COM ALGUÉM (SEM RELACIONAMENTO SEXUAL). 01. ATUALMENTE CASADA COM UM HOMEM 02. VIVE / MORA JUNTO COM UM HOMEM 03. TEM UM PARCEIRO (MANTENDO RELAÇÃO SEXUAL), MAS NÃO VIVE JUNTO. 04. OUTRO: 89. Não quis responder	
136	Seu companheiro atual ou mais recente é o pai de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
137	Esse companheiro é o mesmo da gravidez estudada?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
138	Esse companheiro é o mesmo de até 01 ano depois do parto de _____ (nome da criança)?	00. Não 01. Sim 88. Não aplicável	
CASO A MULHER NUNCA TENHA SIDO CASADA OU TENHA VIVIDO JUNTO COM UM COMPANHEIRO DO SEXO MASCULINO ⇒ PASSE PARA A QUESTÃO 141			
139	O último casamento ou vida em comum com um companheiro terminou em divórcio / separação, ou você ficou viúva?	01. DIVORCIADA 02. SEPARADA 03. VIÚVA ⇒ passe para Q.142 88. Não aplicável (quando a Q.133 tiver resposta 01 ou 00)	

140	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. VOCÊ NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02. VOCÊ NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03. VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04. INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05. INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06. COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS 07. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
141	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCÊ 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊ E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
142	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
143	Quanto tempo você está ou ficou com o pai de _____ (nome da criança)?	Nº DE ANOS [][] OU Nº DE MESES [][] OU Nº DE DIAS [][]	
144	Você fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.147 01. Sim, fuma 03. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.147	
145	Com que frequência você fuma ou fumava? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
146	Quantos cigarros você costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [][] Não aplicável.....88 Não quis responder89	
147	Você bebe ou bebeu nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.151 01. Sim, bebe. 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.151	

148	O que você bebe ou bebia mais? <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. CERVEJA 02. CACHAÇA 03. RUM 04. WHISKY 05. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
149	Com que frequência você bebe ou bebia? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
150	Nos dias em que você toma bebida alcoólica, você costuma tomar quantas doses ou copos?	Número de doses / copos /dia[][] Não aplicável.....88 Não quis responder89	
151	Você usa ou usou algum tipo de droga nos últimos 7 anos?	00. Nunca usou ⇒ passe para a SEÇÃO 2 01. Sim, usa. 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder ⇒ passe para a SEÇÃO 2	
152	Qual tipo de droga você usa ou usou? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. MACONHA 02. CRACK 03. COCAINA 04. LOLÓ 05. COLA 06. XAROPE 07. ARTANE 08. ALGAFAN 09. Outra:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
153	Com que frequência você usa ou usou droga? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

SEÇÃO 2 – PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE		
<p>ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 2 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA (BOX B). Com companheiro nos últimos 7 anos: Sim [] ou Não []. Caso a entrevistada não tenha tido marido / companheiro / namorado ⇒ passe para a seção 3. PARCEIRO ATUAL – é o marido / companheiro / namorado que está atualmente com a mulher. PARCEIRO MAIS RECENTE – é o último marido / companheiro / namorado que a mulher se relacionou nos últimos 7 anos e que agora está sem ninguém. EX-PARCEIRO – se a mulher tem um marido / companheiro / namorado atual, o ex-parceiro é qualquer outro dos últimos 7 anos. Se a mulher está sem ninguém, ex-parceiro é qualquer outro que não seja o mais recente.</p>		
Agora eu gostaria que você falasse um pouco sobre seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado.		
201	Há quanto tempo você está / esteve com o seu atual / mais recente marido / companheiro / namorado?	Nº DE ANOS [][] OU Nº DE MESES [][] OU Nº DE DIAS [][]
202	Em que lugar você conheceu o seu companheiro atual / último companheiro?	01. NA SUA CASA OU NA CASA DE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA 02. NA CASA DE AMIGOS 03. NO TRABALHO 04. VIZINHANÇA 05. IGREJA / ORGANIZAÇÃO RELIGIOSA 06. FESTA / BAR / RESTAURANTE 07. LOCAL PÚBLICO (ÔNIBUS / METRÔ / RUA) 08. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder
203	Quantos anos seu marido / companheiro / namorado fez no último aniversário dele? Verifique a idade aproximada.	ANOS [][] Não Sabe '99'
204	Em que ano ele nasceu? Explore: Você sabe o mês de aniversário dele?	Mês [][] ANO [][][][] Não Sabe. '99' '9999'
205	Ele sabe ler e escrever?	00. Não ⇒ passe para Q.207 01. Sim 99. Não Sabe ⇒ passe para Q.207
206	Qual o último grau e série que ele completou na escola? <i>(MARQUE O GRAU MAIS ALTO)</i>	01. Ensino Infantil _____ 02. Ensino Fundamental _____ 03. Ensino Médio _____ 04. Ensino Técnico _____ 05. Universitário Incompleto _____ 06. Universitário Completo _____ Nº DE ANOS DE INSTRUÇÃO [][] 88. Não aplicável 99. Não sabe
207	Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a cor ou raça do seu marido / companheiro?	01. BRANCA 02. PRETA 03. PARDA 04. AMARELA 05. INDÍGENA 99. Não sabe

208	Atualmente seu marido / companheiro / namorado está? <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE: Durante o relacionamento de vocês ele estava empregado.....?)</i>	01. EMPREGADO ⇒ passe para Q.210 02. TRABALHA POR CONTA PRÓPRIA 03. EMPREGADO DOMÉSTICO DIARISTA: NÚMERO DE DIAS TRABALHADOS POR SEMANA: [] [] dias ⇒ passe para Q.210 04. EMPREGADO DOMÉSTICO MENSALISTA ⇒ passe para Q.210 05. EMPREGADOR 06. APOSENTADO ⇒ passe para Q.210 07. DESEMPREGADO 08. SEM OCUPAÇÃO 09. ESTUDANTE ⇒ passe para Q.210 10. FAZENDO BISCAITE (BICO) 11. Outro:..... 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
209	Quando ele saiu do seu último emprego? <i>(PARA O PARCEIRO ATUAL OU MAIS RECENTE)</i>	01. ÚLTIMAS 4 SEMANAS 02. DE 4 SEMANAS A 12 MESES 03. MAIS QUE 12 MESES 04. NUNCA TEVE EMPREGO 88. Não aplicável 99. Não sabe	
210	Habitualmente que tipo de trabalho ele faz / fazia? <i>(ESPECIFIQUE O TIPO DE TRABALHO).</i>	_____ _____ _____	
211	Qual a renda mensal do seu marido / companheiro?	00. Nenhuma 01. Menos de R\$ 678,00 02. De R\$ 678,00 a R\$ 1.017,00 03. De R\$ 1.017,01 a R\$ 2.034,00 04. De R\$ 2.034,01 a R\$ 3.390,00 05. De R\$ 3.390,01 a mais 88. Não aplicável 99. Não sabe	
212	Seu marido / companheiro fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.214 01. Sim, fuma. 02. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.214	
213	Quantos cigarros seu marido / companheiro costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [] [] Não quis responder89 Não sabe.....99 Não aplicável.....88	
214	Seu marido / companheiro bebe ou já bebeu bebidas alcoólicas nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.218 01. Sim, bebe 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.218	
215	Com que frequência seu marido / companheiro bebe / bebia bebidas alcoólicas?	01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	

216	Nos últimos 12 meses de seu atual relacionamento, quantas vezes você tem visto / viu seu marido / companheiro bêbado? <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, quantas vezes você via seu marido / companheiro bêbado?	00. NUNCA 01. QUASE TODOS OS DIAS 02. SEMANALMENTE 03. UMA VEZ POR MÊS 04. MENOS QUE UMA VEZ POR MÊS 99. Não sabe		
217	Nos últimos 12 meses de relacionamento, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro? <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, você vivenciou algum dos problemas abaixo relacionados com o uso de bebida pelo seu marido / companheiro?	01. PROBLEMAS COM DINHEIRO 02. PROBLEMAS FAMILIARES 03. OUTROS: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder	NAO SIM	00 01 00 01 00 01
218	Seu marido / companheiro usa / já usou drogas?	00. Nunca usou ⇒ passe para Q.220 01. Sim, usa 02. Atualmente não usa mais 89. Não quis responder 99. Não sabe		
219	Com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas? <i>(PARA O CASO DE PARCEIRO MAIS RECENTE):</i> Durante o relacionamento de vocês, com que frequência seu marido / companheiro (atual ou mais recente) usa / usou drogas?	01. TODOS OS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1 – 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS DE UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável		
220	Desde que você o conheceu, ele esteve envolvido em alguma briga (agressão física) com outro homem?	00. Não ⇒ Passe para Q.222 01. Sim 99. Não sabe ⇒ passe para Q.222		
221	Nos últimos doze meses de relacionamento, isto nunca aconteceu, aconteceu uma ou duas vezes, ou muitas vezes?	00. NUNCA 01. UMA OU DUAS VEZES 02. ALGUMAS VEZES (DE 3 A 5) 03. MUITAS VEZES (MAIS DE 5) 88. Não aplicável 99. Não sabe		
222	O seu marido / companheiro teve outras mulheres durante o relacionamento com você?	00. Não ⇒ Passe para Q.224 01. Sim 02. Suspeita que sim, mas não tem certeza ⇒ Passe para Q.224 99. Não sabe ⇒ passe para Q.224		
223	O seu marido / companheiro teve filhos com outra mulher durante o relacionamento com você?	00. Não 01. Sim 02. Pode ser 88. Não aplicável 99. Não sabe		
224	Durante esse relacionamento, você teve algum envolvimento com outra pessoa que incluisse sexo?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 3 01. Sim 89. Não quis responder		
225	Seu marido / companheiro chegou a saber que você teve relações sexuais com outra pessoa?	00. Ele não soube 01. Sim, ele soube 02. Acho que ele sabe, mas não tenho certeza 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe		

SEÇÃO 3 – APOIO SOCIAL							
Se você precisar, com que frequência conta com alguém...							
		NUNCA	RARA- MENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES	SEMPRE	
301	Que a ajude, se ficar de cama?	01	02	03	04	05	
300	Para levá-la ao médico?	01	02	03	04	05	
303	Para ajudá-la nas tarefas diárias, se ficar doente?	01	02	03	04	05	
304	Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	01	02	03	04	05	
305	Que demonstre amor e afeto por você ?	01	02	03	04	05	
306	Que lhe dê um abraço?	01	02	03	04	05	
307	Que você ame e faça você se sentir querida?	01	02	03	04	05	
308	Para ouvi-la, quando você precisar falar?	01	02	03	04	05	
309	Em quem confiar, ou para falar de você ou sobre seus problemas ?	01	02	03	04	05	
310	Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	01	02	03	04	05	
311	Que compreenda seus problemas ?	01	02	03	04	05	
312	Para dar bons conselhos em situações de crise?	01	02	03	04	05	
313	Para dar informações que a ajude a compreender determinada situação ?	01	02	03	04	05	
314	De quem você gostaria de receber conselhos?	01	02	03	04	05	
315	Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	01	02	03	04	05	
316	Com quem fazer coisas agradáveis?	01	02	03	04	05	
317	Com quem distrair a cabeça?	01	02	03	04	05	
318	Com quem relaxar?	01	02	03	04	05	
319	Para se divertir juntos	01	02	03	04	05	

320	<p>Você acha que tem recebido o apoio emocional que você precisa?</p> <p>Se <u>SIM</u>, de quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.321 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.321</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
321	<p>Alguém tem lhe ajudado com as atividades da casa?</p> <p>Se <u>SIM</u>, quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.322 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.322</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
322	<p>Alguém tem lhe ajudado a cuidar de _____ (nome da criança)?</p> <p>Se <u>SIM</u>, quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>A. 00. Não ⇒ passe para Q.323 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.323</p> <p>B. 01. Marido / companheiro 02. Mãe / sogra 03. Irmã / amiga 04. Filha / Nora 05. Filho / Genro 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	
323	<p>Quantos amigos íntimos você tem?</p> <p><i>(EXCLUIR FAMILIARES COM LAÇOS DE SANGUE)</i></p>	<p>Número de amigos [] []</p>	
<p>ATENÇÃO: CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERÊNCIA (BOX B) ANTES DE FAZER A PRÓXIMA PERGUNTA</p>			
324	<p>Você está feliz com o seu casamento / relacionamento atual?</p>	<p>00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável</p>	

NO ÚLTIMO ANO, OU SEJA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES VOCE ESTA ENFRENTANDO ALGUM PROBLEMA ESTRESSANTE DO TIPO:		
325	Problemas financeiros	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
326	Problemas conjugais	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
327	Recente perda de contato com familiares e / ou amigos	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
328	Morte na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
329	Doença séria na família	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
330	Mudança de casa / residência	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
331	Perda de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
332	Mudança de emprego (dela)	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
333	PARA AS QUE TEM MARIDO / COMPANHEIRO Desemprego do marido / companheiro	00. Não 01. Sim 02. Mais ou menos 89. Não quis responder 88. Não aplicável
334	Algum outro problema?	00. Não 01. Sim (especifique:) 89. Não quis responder 88. Não aplicável

SEÇÃO 4 – SENTIMENTOS DA MÃE		
Por favor nos diga como você tem se sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje		
401	Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas:	01. COMO SEMPRE FEZ 02. NÃO TANTO QUANTO ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM
402	Você sente prazer quando pensa no que vai acontecer em seu dia-dia:	01. COMO SEMPRE SENTIU 02. TALVEZ MENOS DO QUE ANTES 03. COM CERTEZA MENOS QUE ANTES 04. DE JEITO NENHUM
403	Você tem se sentido culpada sem necessidade quando as coisas saem erradas:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, NENHUMA VEZ
404	Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:	01. NÃO, DE MANEIRA ALGUMA 02. POUQUÍSSIMAS VEZES 03. SIM, ALGUMAS VEZES 04. SIM, MUITAS VEZES
405	Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:	01. SIM, MUITAS VEZES 02. SIM, ALGUMAS VEZES 03. SIM, POUCAS VEZES 04. NENHUMA VEZ
406	Você tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 02. SIM, ALGUMAS VEZES NÃO CONSEGUE LIDAR BEM COMO ANTES 03. NÃO, NA MAIORIA DAS VEZES CONSEGUE LIDAR BEM COM ELES 04. NÃO, NÃO CONSEGUE LIDAR COM ELES TÃO BEM QUANTO ANTES.
407	Você tem se sentido tão infeliz que teve dificuldade de dormir:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM
408	Você tem se sentido triste ou arrasada:	01. SIM, NA MAIORIA DAS VEZES 02. SIM, MUITAS VEZES 03. NÃO MUITAS VEZES 04. NÃO, DE JEITO NENHUM
409	Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado:	01. SIM, QUASE TODO O TEMPO 02. SIM, MUITAS VEZES 03. DE VEZ EM QUANDO 04. NÃO, NENHUMA VEZ
410	A ideia de fazer mal a você mesma passou por sua cabeça:	01. SIM, MUITAS VEZES ULTIMAMENTE 02. ALGUMAS VEZES NOS ÚLTIMOS DIAS 03. POUQUÍSSIMAS VEZES, ULTIMAMENTE 04. NENHUMA VEZ

SEÇÃO 5 – SAÚDE MENTAL (SRQ -20)										
As próximas perguntas são relacionadas com outros problemas comuns que talvez a tenham incomodado nas <u>últimas 4 semanas</u> . Se você teve problemas nas <u>últimas 4 semanas</u> , responda SIM. Se não, responda NÃO.										
501								<u>NAO</u>	<u>SIM</u>	
	a) Tem dores de cabeça frequentes?				a) Dor de cabeça			00	01	
	b) Tem falta de apetite?				b) Falta de apetite			00	01	
	c) Dorme mal?				c) Dorme mal			00	01	
	d) Assusta-se com facilidade?				d) Assusta-se			00	01	
	e) Tem tremores nas mãos?				e) Mãos trêmulas			00	01	
	f) Sente-se nervosa, tensa, preocupada?				f) Nervosa			00	01	
	g) Tem má digestão?				g) Má digestão			00	01	
	h) Tem dificuldade em pensar com clareza?				h) Dificuldade em pensar			00	01	
	i) Tem se sentido triste ultimamente?				i) Triste			00	01	
	j) Tem chorado mais que de costume?				j) Chora muito			00	01	
	k) Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas atividades diárias?				k) Dificuldades Atividades diárias			00	01	
	l) Tem dificuldade para tomar decisões?				l) Dificuldade decisões			00	01	
	m) Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?				m) Dificuldade serviço			00	01	
	n) É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?				n) Sem papel útil			00	01	
	o) Tem perdido o interesse pelas coisas?				o) Sem interesse			00	01	
	p) Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?				p) Inútil / Tudo o que faz dá errado			00	01	
	q) Tem tido a ideia de acabar com a vida?				q) Por fim à vida			00	01	
	r) Sente-se cansada o tempo todo?				r) Sente-se cansada			00	01	
	s) Tem sensações desagradáveis no estômago?				s) Problemas Estomacais			00	01	
	t) Você se cansa com facilidade?				t) Cansaço			00	01	
502	Já tentou por fim à sua vida?				00. Não 01. Sim					
503	Alguém na sua família já teve doença dos nervos?				00. Não ⇒ passe para Q.505 01. Sim 99. Não sabe ⇒ passe para Q.505 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.505					
504	a) Quem?	b) Qual?								
		<i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNÓSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i>								
		01. Ansiedade	02. Depressão	03. Depressão pós-parto	04. Alcoolismo	05. Esquizofrenia	06. Outras	88. Não se aplica	99. Não sabe	
		1. PAI								
		2. IRMAO								
		3. MAE								
		4. IRMA								
	5. OUTRO									

505	E você, tem ou já teve doença de nervos?				00. Não ⇒ passe para Q.511 01. Sim 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.511					

506	Quando isso aconteceu pela primeira vez, aproximadamente, quantos anos você tinha?	01. MENOS DE 10 ANOS 02. ENTRE 10 E 19 ANOS 03. 20 ANOS OU MAIS 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
507	Qual a doenças de nervos, que você tem ou já teve? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNÓSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i> <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Alcoolismo 04. Esquizofrenia 05. Outras:..... 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
508	Durante essa(s) doença(s), você foi atendida por alguém?	00. Não ⇒ passe para Q.510 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
509	Quem foi a pessoa que a atendeu? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. MÉDICO 02. PSICÓLOGO 03. FARMACEUTICO 04. CURANDEIRO 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
510	Alguma vez você ? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICÓLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. FOI INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
511	Alguma vez em que você esteve <u>grávida</u> , você teve depressão ou alguma outra doença de nervos?	00. Não ⇒ passe para Q.515 01. Sim 89. Não quis responder 99. Não sabe	
512	Qual foi o problema que você teve? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNÓSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i> <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Alcoolismo 04. Esquizofrenia 05. Outras _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
513	Quando isto aconteceu, você fez algum tratamento?	00. Não ⇒ passe para Q.515 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
514	Qual o tratamento que você fez? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICÓLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. FOI INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

515	Alguma vez você teve depressão ou alguma outra doença dos nervos, <u>depois do parto</u> ?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 6 01. Sim 89. Não quis responder 99. Não sabe	
516	Qual foi o problema que você teve? <i>SE ELA NÃO SOUBER O NOME (DIAGNOSTICO), LEIA EM VOZ ALTA AS ALTERNATIVAS</i> <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Ansiedade 02. Depressão 03. Psicose 04. Esquizofrenia 05. Outra _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
517	Quando isto aconteceu, você fez algum tratamento?	00. Não ⇒ passe para Q.519 01. Sim 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
518	Qual o tratamento que você fez? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. TRATOU-SE COM PSICOLOGO 02. TRATOU-SE COM PSIQUIATRA 03. TOMOU REMÉDIO CONTROLADO 04. ESTEVE INTERNADA EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA 05. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
519	Em que momento do pós-parto começou? <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. ATE 7 DIAS 02. DE 8 A 42 DIAS 03. DE 43 A 90 DIAS 04. ACIMA DE 3 MESES 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	
520	Quanto tempo durou? <i>(APENAS UMA RESPOSTA)</i>	01. ATE 1 MES 02. DE 2 A 4 MESES 03. ACIMA DE 4 ATÉ 6 MESES 04. ACIMA DE 6 MESES 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe	

Abaixo, há uma lista de problemas e de queixas que as pessoas às vezes apresentam como uma reação a situações de vida estressantes.

Por favor, indique o quanto você foi incomodada por estes problemas durante o último mês.

SEÇÃO 6 TRANSTORNO POR ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO		Nada	Um pouco	Médio	Bastante	Muito	
601	Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
602	Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
603	De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	1	2	3	4	5	
604	Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
605	Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
606	Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	1	2	3	4	5	
607	Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
608	Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	1	2	3	4	5	
609	Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	1	2	3	4	5	
610	Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5	
611	Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	1	2	3	4	5	
612	Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	1	2	3	4	5	
613	Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	1	2	3	4	5	
614	Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	1	2	3	4	5	
615	Ter dificuldades para se concentrar?	1	2	3	4	5	
616	Estar "superalerta", vigilante ou "em guarda"?	1	2	3	4	5	
617	Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	1	2	3	4	5	

SEÇÃO 7 – A ENTREVISTADA E SEU COMPANHEIRO NOS ÚLTIMOS 7 ANOS E NOS ÚLTIMOS 12 MESES E OUTROS AGRESSORES			
ANTES DE COMEÇAR A SEÇÃO 7 CHEQUE O ESTADO MARITAL NA FOLHA DE REFERENCIA (BOX B)			
Agora vamos conversar sobre seu companheiro			
Quando duas pessoas casam, vivem juntas ou namoram, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seu relacionamento atual (ou mais recente) e como o seu marido / companheiro a trata / ou a tratava. Se alguém nos interromper, eu mudarei o assunto de nossa conversa. Gostaria de lhe assegurar, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo, e que você não precisa responder a nada que não queira. Posso continuar?			
701	Geralmente, você e o seu (atual ou mais recente) marido / companheiro conversam sobre os seguintes assuntos?	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	a) COISAS QUE ACONTECEM COM ELE DURANTE O DIA	00	01
	b) COISAS QUE ACONTECEM COM VOCÊ DURANTE O DIA	00	01
	c) SUAS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS	00	01
	d) AS PREOCUPAÇÕES OU SENTIMENTOS DELE	00	01
702	No relacionamento com seu (atual ou mais recente) marido / companheiro, com que frequência vocês brigam / brigavam?	01. RARAMENTE (menos de 1 vez / mês) 02. ALGUMAS VEZES (Entre 1 e 3 vezes / mês) 03. FREQUENTEMENTE (1 ou mais vezes / semana)	
703	Há algumas situações que ocorrem para muitas mulheres. Pensando sobre seu marido / companheiro (atual ou mais recente), você diria que geralmente ele:	<u>NÃO</u>	<u>SIM</u>
	a) TENTA EVITAR QUE VOCÊ VISITE / VEJA SEUS AMIGOS.	00	01
	b) PROCURA RESTRINGIR O SEU CONTATO COM SUA FAMÍLIA.	00	01
	c) INSISTE EM SABER ONDE VOCÊ ESTÁ O TEMPO TODO.	00	01
	d) A IGNORA E A TRATA COM INDIFERENÇA.	00	01
	e) FICA ZANGADO SE VOCÊ CONVERSA COM OUTRO HOMEM.	00	01
	f) ESTÁ FREQUENTEMENTE SUSPEITANDO QUE VOCÊ É INFIEL.	00	01
	g) ESPERA QUE VOCÊ PEÇA PERMISSÃO A ELE ANTES DE PROCURAR UM SERVIÇO DE SAÚDE PARA VOCÊ MESMA.	00	01
	h) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE TRABALHAR.	-	-
	i) IMPEDE / TENTOU IMPEDIR VOCÊ DE ESTUDAR.	00	01

704 – Abuso PSICOLÓGICO cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.

Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como ele a olha, se ele grita, quebra coisas)?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
4. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

705 - Abuso PSICOLÓGICO cometido por outra pessoa nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.														
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, passe p/ B. Se não, para C Quem fez isso com você?	B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos? SE SIM, quem fez isso com você?	D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?							
		Uma	Poucas	Muitas	NA		Uma	Poucas	Muitas	NA				
1. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
2. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
3. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p. ex.: a forma como ele a olha, como ele grita, como ele quebra coisas)? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88
4. Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 01	02 02	03 03	88 88	01 01	02 02	03 03	88 88

707 (CONTINUAÇÃO)										
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se SIM, passe p/ B. Se não, para C Quem fez isso com você?	B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos? SE SIM, quem fez isso com você?	D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
		Uma	Poucas	Muitas	NA		Uma	Poucas	Muitas	NA
3. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88
4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88
5. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88
6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	00. Ninguém 01. Ex-marido / companheiro / namorado 02. Pai 03. Padrasto 04. Mãe 05. Madrasta 06. Outro: 89. Não quis responder 88. Não aplicável	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88	01 02 03 88 01 02 03 88

708 - Abuso SEXUAL cometido pelo companheiro nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																
Nos últimos 12 meses, o seu marido / companheiro / namorado tratou você da seguinte forma:	A) Se sim, continue com B. Se não, passe p/ C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu alguma vez nos últimos 7 anos? Se sim, passe p/ o item D. Se não, p/ a questão seguinte.				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			
	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA	Não	Sim	NA	NR	Uma	Poucas	Muitas	NA
1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88
3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	00	01	88	89	01	02	03	88	00	01	88	89	01	02	03	88

709 - Abuso SEXUAL cometido por outra pessoa nos últimos 12 meses e nos últimos 07 anos.																			
Nos últimos 12 meses, outra pessoa que não seja o seu marido / companheiro / namorado atual tratou você da seguinte forma:	A) Se SIM, passe p/ B. Se não, para C				B) Nesse período, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?				C) Isto aconteceu, nos últimos 7 anos?				D) Nos últimos 7 anos, isto aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?						
	Quem fez isso com você?				Uma				Poucas				Muitas				NA		
1. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?	00. Ninguém				01	02	03	88	00. Ninguém				01	02	03	88			
	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88			
	02. Pai				01	02	03	88	02. Pai				01	02	03	88			
	03. Padrasto				01	02	03	88	03. Padrasto				01	02	03	88			
	04. Outro:				01	02	03	88	04. Outro:				01	02	03	88			
.....																		
89. Não quis responder								89. Não quis responder											
88. Não aplicável								88. Não aplicável											
2. Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?	00. Ninguém				01	02	03	88	00. Ninguém				01	02	03	88			
	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88			
	02. Pai				01	02	03	88	02. Pai				01	02	03	88			
	03. Padrasto				01	02	03	88	03. Padrasto				01	02	03	88			
	04. Outro:				01	02	03	88	04. Outro:				01	02	03	88			
.....																		
89. Não quis responder								89. Não quis responder											
88. Não aplicável								88. Não aplicável											
3. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?	00. Ninguém				01	02	03	88	00. Ninguém				01	02	03	88			
	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88	01. Ex-marido / companheiro / namorado				01	02	03	88			
	02. Pai				01	02	03	88	02. Pai				01	02	03	88			
	03. Padrasto				01	02	03	88	03. Padrasto				01	02	03	88			
	04. Outro:				01	02	03	88	04. Outro:				01	02	03	88			
.....																		
89. Não quis responder								89. Não quis responder											
88. Não aplicável								88. Não aplicável											

CASO A ENTREVISTADA <u>NÃO</u> TENHA RELATOS DE VIOLÊNCIA PASSE PARA Q.711		
710	O pai de _____ (nome da criança) foi o causador de alguma(s) dessa(s) situação(ões) vivenciada(s) por você?	00. Não 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
711	Nos últimos 7 anos, você agrediu fisicamente o pai de _____ (nome da criança), sem ser para se defender?	00. Não ⇒ passe para SEÇÃO 8 01. Sim 89. Não quis responder 88. Não aplicável
712	Você diria que isto aconteceu:	01. 1 OU 2 VEZES 02. ALGUMAS VEZES 03. MUITAS VEZES 89. Não quis responder 88. Não aplicável
713	Que situações levam / levaram você a agredir fisicamente o pai de _____ (nome da criança)? <u>EXPLORE</u> : alguma outra situação? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. Sem motivo 02. Quando embriagada 03. Quando ele chega embriagado 04. Problemas com dinheiro 05. Dificuldades no trabalho 06. Falta de comida em casa 07. Problemas familiares 08. Gravidez 09. Ciúmes 10. Recusa de sexo 11. Desobediência 12. Outras: 89. Não quis responder 88. Não aplicável

SEÇÃO 8 – IMPACTO E ENFRENTAMENTO		
	Agora eu gostaria de fazer perguntas sobre o que geralmente acontece / acontecia quando seu marido / companheiro é / era violento. Caso tenha relatado mais que um parceiro violento, acrescentar que as questões (Q.705, Q.707 e Q.709) referem-se ao ÚLTIMO ou MAIS RECENTE PARCEIRO ou EX-PARCEIRO ou qualquer outro homem que tenha cometido violência contra ela.	
801	Existem situações particulares que costumam levar seu companheiro à violência? <u>EXPLORE</u> : alguma outra situação? <i>(ASSINALE TODAS AS QUE FOREM MENCIONADAS).</i>	01. Sem motivos 02. Quando bêbado 03. Problemas com dinheiro 04. Dificuldades no trabalho 05. Quando desempregado 06. Falta de comida em casa 07. Problemas familiares 08. Gravidez 09. Ciúmes 10. Recusa de sexo 11. Desobediência 12. Outras: _____
802	Durante ou depois do episódio de violência física, ele costuma / costumava forçar você a fazer sexo? Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes / o tempo todo?	01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO

803	<p>Durante as vezes em que você foi agredida, você alguma vez revidou fisicamente ou reagiu para se defender?</p> <p>Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes / o tempo todo?</p>	<p>01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO</p>	
804	<p>Em alguma ocasião você bateu ou agrediu fisicamente seu marido / companheiro quando ele não estava batendo em você ou agredindo você fisicamente?</p> <p>Se SIM: com que frequência? Você diria que foram 1 ou 2 vezes, algumas vezes ou muitas vezes?</p>	<p>01. NUNCA 02. 1 OU 2 VEZES 03. ALGUMAS VEZES 04. MUITAS VEZES / O TEMPO TODO</p>	
805	<p>Você diria que a violência do seu marido / companheiro contra você afetou / está afetando sua saúde física ou mental?</p> <p>EXPLORE: afetou sua saúde um pouco ou muito?</p>	<p>01. NAO AFETOU 02. UM POUCO 03. MUITO</p>	
806	<p>De que forma a violência prejudicou seu emprego ou outras atividades geradoras de renda?</p> <p><i>(ACEITA MAIS DE UMA RESPOSTA)</i></p>	<p>01. NAO TEM TRABALHO REMUNERADO 02. NÃO PREJUDICOU 03. PARCEIRO INTERROMPEU O TRABALHO 04. INCAPAZ DE CONCENTRAR-SE 05. INCAPAZ DE TRABALHAR / AFASTAMENTO MÉDICO 06. PERDEU A CONFIANÇA EM SUA CAPACIDADE 07. OUTRAS: _____</p>	
807	<p>Com quem você conversou sobre a violência sofrida?</p> <p><i>ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM</i></p> <p>EXPLORE: Alguém mais?</p>	<p>01. Ninguém 02. Amigo / amiga 03. Pais 04. Irmão ou irmã 05. Família do marido / companheiro 06. Filhos 07. Vizinhos 08. Policial 09. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo / Aconselhador. 12. ONG / Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____</p>	
808	<p>Alguém já tentou ajudá-la?</p> <p>Se SIM, quem?</p> <p><i>ASSINALE TODOS QUE SE APLICAM</i></p> <p>EXPLORE: Alguém mais?</p>	<p>01. Ninguém 02. Amigo / amiga 03. Pais 04. Irmão ou irmã 05. Família do marido / companheiro 06. Filhos 07. Vizinhos 08. Policial 09. Médico / Profissional de saúde 10. Padre / Líder religioso 11. Psicólogo / Aconselhador. 12. ONG / Organização de mulheres 13. Líder local. 14. Outros _____</p>	

809	A) Você já foi a algum dos seguintes serviços para obter ajuda? (LEIA E ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS).	SIM	NÃO	B) Foi atendida?	
				SIM	NÃO
	01. POLÍCIA 02. DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER 03. SERVIÇOS JURÍDICOS / ADVOGADO 04. TRIBUNAL / JUIZADO 05. HOSPITAL OU CENTROS DE SAÚDE 06. SERVIÇOS SOCIAIS 07. ABRIGO 08. ORGANIZAÇÃO DE MULHERES (USE O NOME) 09. LÍDER LOCAL 10. PADRE / LÍDER RELIGIOSO 11. MAIS ALGUM LUGAR? ONDE? _____	01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00	01 01 01 01 01 01 01 01 01 01 01	00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00
810	O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo? 01. POLÍCIA 02. DELEGACIA DE DEFESA DA MULHER 03. SERVIÇOS JURÍDICOS / ADVOGADO 04. TRIBUNAL / JUIZADO (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)			01. NOTIFICAÇÃO DA SUA DENÚNCIA 02. SOLICITAÇÃO DE EXAME MÉDICO LEGAL 03. MEDIDAS DE AMPARO (ida para abrigo) 04. NOTIFICAÇÃO DE COMPARECIMENTO DO HOMEM NUMA DELEGACIA 05. ABERTURA DE PROCESSO CONTRA O HOMEM 06. AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO 07. PUNIÇÃO PARA O HOMEM (como prisão) 08. NADA FOI RESOLVIDO 09. OUTRA:..... 89. Não quis responder	
811	O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo? 01. HOSPITAL OU CENTROS DE SAÚDE 02. SERVIÇOS SOCIAIS 03. ABRIGO 04. ORGANIZAÇÃO DE MULHERES (USE O NOME) (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)			01. ATENDIMENTO POR MÉDICO 02. ATENDIMENTO POR ENFERMEIRO 03. ATENDIMENTO POR PSICÓLOGO 04. ATENDIMENTO POR ASSISTENTE SOCIAL 05. PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS 06. INTERNAMENTO 07. PROCEDIMENTO DE SUTURAS, COLOCAÇÃO DE GESSO 08. PREENCHIMENTO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO 09. NÃO FALOU SOBRE A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA 10. OUTRO:..... 89. Não quis responder	
812	O que aconteceu após você procurar ajuda das instituições citadas abaixo? 01. LÍDER LOCAL 02. PADRE / LÍDER RELIGIOSO (ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)			01. ACONSELHAMENTO PARA PROCURAR SEUS DIREITOS 02. ACONSELHAMENTO PARA TER PACIÊNCIA, SE CONFORMAR E TER ESPERANÇA NA MUDANÇA DO PARCEIRO 03. OUTRO:..... 89. Não quis responder	

813	<p>Você gostaria de receber ajuda de mais alguém? De quem?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>00. Ninguém mencionado 01. Família 02. Mãe dela 03. Mãe dele 04. Centro de Saúde 05. Polícia 06. Padre / líder religioso 07. Outra: _____</p>	
814	<p>Você já saiu sua casa, mesmo que somente por uma noite, por causa da violência?</p> <p>Se SIM, quantas vezes?</p>	<p>NUMERO DE VEZES [] []</p> <p>NUNCA '00' ⇒ passe para SEÇÃO 9</p>	
815	<p>O que a fez ir embora da <u>última vez</u>?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>00. Nenhum incidente particular 01. Encorajada por amigos / família 02. Não aguentava mais 03. Muito machucada / medo que ele a matasse 04. Ele ameaçou ou tentou matá-la 05. Ele ameaçou ou bateu nos filhos 06. Viu que os filhos estavam sofrendo 07. foi colocada para fora de casa 08. Teve medo que pudesse matá-lo 09. Encorajada por alguma instituição / organização _____ 10. Outra: _____ 88. Não aplicável</p>	
816	<p>Por que você voltou para ele?</p> <p><i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i></p>	<p>01. Não queria deixar as crianças 02. Pelo bem da família / dos filhos 03. Não poderia sustentar os filhos 04. Amava o marido / companheiro 05. Ele pediu para que ela voltasse 06. A família pediu para que ela voltasse 07. Ela o perdoou / achou que ele iria mudar 08. Ele ameaçou a ela / filhos 01. Não poderia permanecer onde ela / estava / não tinha para onde ir 11. Outro: _____ 88. Não aplicável</p>	

ANEXO D- PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006

Pesquisador: Ana Bernarda Ludermir

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12147512.6.0000.5208

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas de Pernambuco

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 194.672

Data da Relatoria: 06/02/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto: "Consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006", aborda a violência contra as mulheres por seus parceiros íntimos (VPI), que é frequente durante a gestação, ocasionando diversos danos à saúde da mulher e da criança. Ele representa a continuidade do estudo e tem como proposta investigar as consequências da VPI contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as consequências para a saúde mental das mulheres cadastradas no Programa de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife que referiram violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez e o impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação ao iniciar a escolaridade formal.

Objetivo Secundário:

A) Relacionados às mulheres:

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



1. Estimar a prevalência, a manutenção e a incidência da violência contra as mulheres cometida por parceiros e exparceiros;
 2. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com a violência infligida atualmente pelo parceiro;
 3. Descrever a frequência, as características, a severidade e as modificações do padrão da violência cometida contra as mulheres pelo parceiro depois da gravidez;
 4. Investigar a associação entre a ocorrência da violência cometida atualmente com as características demográficas e socioeconômicas da mulher e do parceiro;
 5. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com a prevalência atual de Transtornos Mentais Comuns e de depressão nas mulheres;
 6. Investigar a associação dos Transtornos Mentais Comuns ocorridos na gravidez e da depressão puerperal com a saúde mental atual das mulheres;
- B) Relacionados às crianças:**
1. Investigar o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006;
 2. Investigar a associação da violência cometida por parceiros durante a gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 com o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação;
 3. Investigar a associação dos Transtornos Mentais Comuns na gravidez que ocorreu entre 2005 e 2006 e da depressão puerperal com desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto dessa gestação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos - por se tratar de um tema sensível e complexo como a violência, sobre o qual a mulher pode sentir-se constrangida em relatar ou receosa das consequências ao fazê-lo. Serão adotados alguns cuidados, tais como a garantia da confidencialidade, o direito de

opção quanto ao local da entrevista, permitindo que as mulheres se sintam seguras e confortáveis.

Benefícios - a partir da entrevista é possível que algumas mulheres reconheçam suas experiências conjugais como violentas, primeiro passo para não aceitá-las; para muitas mulheres é importante ter a oportunidade de falar e refletir sobre alguns dos seus problemas. Serão entregues miniguias em formato de bolso contendo informações sobre os serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais especializados no atendimento a mulheres e crianças em situação de violência disponíveis na cidade do Recife. Todas as mulheres, independentemente de vivenciarem situações de violência, receberão os miniguias após o encerramento da entrevista. Em situações de violência severa atual, as mulheres

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



serão orientadas a procurar os serviços especializados em atendimento às mulheres e crianças em situação de violência. Com relação às crianças, a avaliação do desenvolvimento é fundamental para que se possa intervir numa idade precoce, caso seja identificado algum problema. As mães das crianças observadas com problemas no desenvolvimento serão orientadas a procurar os serviços especializados, identificados pela pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Violência na gravidez: determinantes e consequências para a saúde vem sendo desenvolvida sob a coordenação da proponente. Até o momento foram conduzidas duas fases de coleta de dados nos anos de 2005 e 2006 (aprovadas pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco protocolo de Pesquisa número 303/2004-CEP/CCS). O presente projeto representa a continuidade do estudo, tendo como objetivo investigar as consequências da VPI contra a mulher durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos seis anos para a saúde da mulher e para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006. As entrevistas serão realizadas no ano de 2013, quando as crianças estarão iniciando a escolaridade formal. Todas as 1.057 mulheres que participaram da avaliação no puerpério serão incluídas na nova etapa. Desta maneira, podendo definir as seguintes hipóteses: 1 - A violência por parceiro íntimo pode comprometer a saúde mental da mulher; 2 - A exposição da criança à violência cometida pelo parceiro íntimo contra sua mãe pode causar impactos para o desenvolvimento psicossocial e cognitivo da criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta: introdução, objetivos, metodologia, cronograma, orçamento, TCLE, referências, carta de anuência, folha de rosto e o curriculum lattes dos pesquisadores, de acordo com as normas.

Recomendações:

Recomendamos a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL ou por meio de ofício impresso emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPE.

RECIFE, 06 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

*Parecer válido para todos
os fins, não mantendo a
assimetria do CEP em
virtude do pesquisador ter
acesso pelo próprio login (SENHA).
Em 19/03/13*



Maná Inez Alves Sabino de Araújo
Secretaria
CEP/CCS/UFPE
SIAPE - 11335718

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO E- NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais – [link resumo](#)).

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação *Cadernos de Saúde Pública*, o direito de primeira publicação.

Norma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a *Cadernos de Saúde Pública*.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais – [LINK 3](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais – [LINK 4](#));

1.6 – Questões Metodológicas ([LINK 5](#)): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica ([LINK 1](#)) na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa ([LINK 2](#));

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda

resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. Normas para envio de artigos

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos

a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([ICMJE](#)) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry](#) (ANZCTR)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number](#) (ISRCTN)
- [Nederlands Trial Register](#) (NTR)
- [UMIN Clinical Trials Registry](#) (UMIN-CTR)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform](#) (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e

interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão *online*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o

e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>]. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site* [<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>].

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o *link* do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando *login* e senha já cadastrados em nosso *site*. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”.

Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (*Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições*);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração *Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica)*;

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O *upload* de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

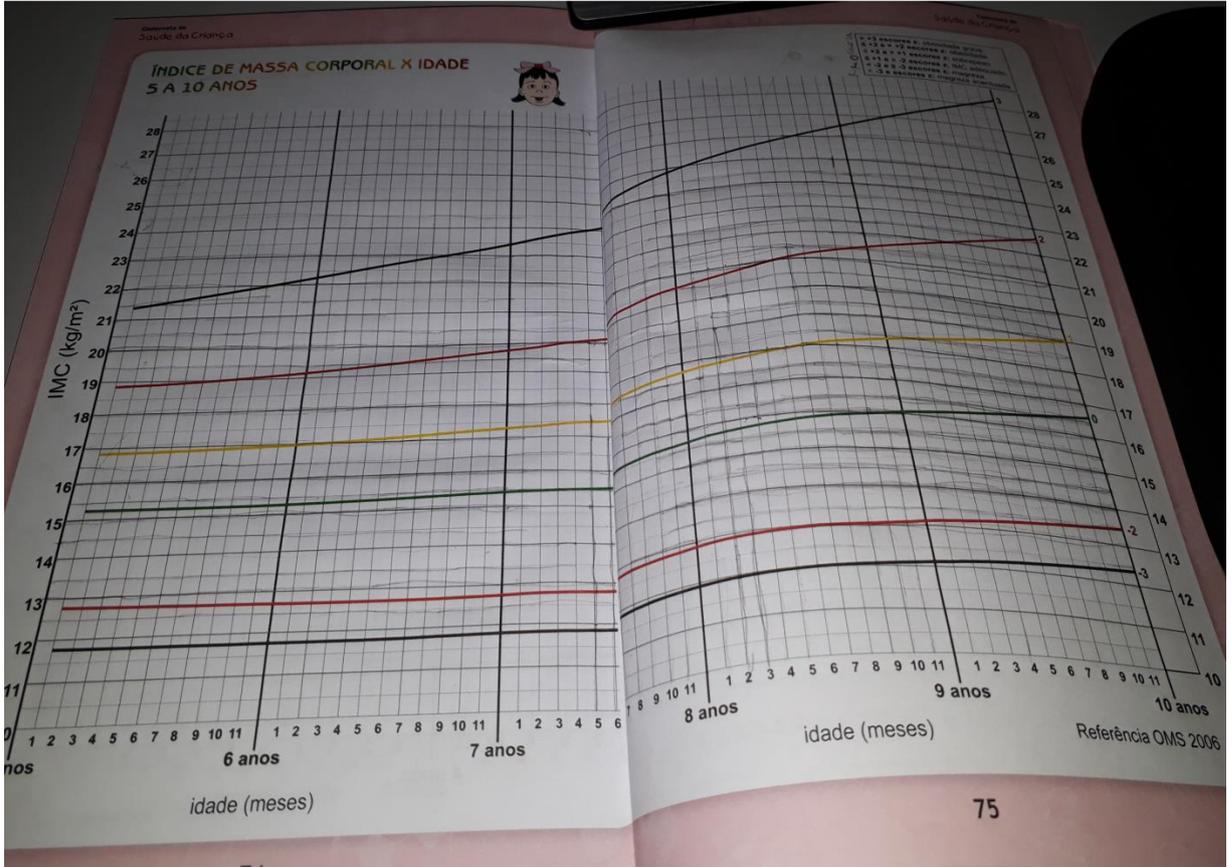
15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema [<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>] no prazo de 72 horas.

ANEXO F- CURVAS DE CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA (FEMININA)



ANEXO G - CURVAS DE CRESCIMENTO E NUTRIÇÃO DA CRIANÇA (MASCULINA)

