

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DOUTORADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

VIVIANE COSTA DE SOUZA BURIOL

**IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA MULHER NO VÍNCULO MÃE-FILHO E
NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR MEDIADOS PELO
ESTRESSE E PELA DEPRESSÃO MATERNA PÓS-PARTO - COORTE IVAPSA**

Porto Alegre

2022

VIVIANE COSTA DE SOUZA BURIOL

**IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA MULHER NO VÍNCULO MÃE-FILHO E
NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR MEDIADOS PELO
ESTRESSE E PELA DEPRESSÃO MATERNA PÓS-PARTO - COORTE IVAPSA**

A apresentação desta tese é requisito parcial para título de doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professor Clécio Homrich da Silva

Coorientadora: Professora Denise Ruschel Bandeira

Porto Alegre

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Costa de Souza Buriol, Viviane
IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA MULHER NO VÍNCULO
MÃE-FILHO E NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA EM IDADE
PRÉ-ESCOLAR MEDIADOS PELO ESTRESSE E PELA DEPRESSÃO
MATERNA PÓS-PARTO - COORTE IVAPSA / Viviane Costa de
Souza Buriol. -- 2022.
173 f.
Orientador: Clécio Homrich da Silva.

Coorientador: Denise Ruschel Bandeira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,
Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Violência contra a Mulher. 2. Fatores de
Estresse Psicológico. 3. Depressão Pós-Parto. 4.
Gravidez. 5. Vínculo. I. Homrich da Silva, Clécio,
orient. II. Ruschel Bandeira, Denise, coorient. III.
Título.

VIVIANE COSTA DE SOUZA BURIOL

IMPACTO DA VIOLÊNCIA SOFRIDA PELA MULHER NO VÍNCULO MÃE-FILHO E NA SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA EM IDADE PRÉ-ESCOLAR MEDIADOS PELO ESTRESSE E PELA DEPRESSÃO MATERNA PÓS-PARTO - COORTE IVAPSA

A apresentação desta tese é requisito parcial para título de doutor do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Professor Clécio Homrich da Silva

Coorientadora: Professora Denise Ruschel Bandeira

Porto Alegre, 26 de outubro de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr(a) Claudia Regina Lindgren Alves Nome
Departamento de Pediatria
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Prof. Dr(a) Elsa Regina Justo Giugliani
Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof. Dr(a) Giana Frizzo
Departamento de Psicologia da Personalidade e do Desenvolvimento
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Ao meu marido, Rodrigo Goulart, e aos
meus filhos, Arthur e Rafaela, pela troca
afetiva e aprendizado diário.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Clécio Homrich da Silva, obrigada pela confiança, pela dedicação e pelos incansáveis ensinamentos, por ser sempre tão atencioso e por oportunizar esta realização pessoal e profissional. Que privilégio o conhecer e tê-lo como orientador em minha trajetória acadêmica!

À professora e coorientadora Denise Ruschel Bandeira pela oportunidade, confiança e apoio. Obrigada pela presença, por compartilhar seus conhecimentos de forma generosa e atenta. A sua participação foi extremamente significativa nesta caminhada.

Aos demais professores, com os quais tive o prazer de aprender durante o percurso do doutorado, nas disciplinas ministradas com dedicação.

A Vânia Hirikata, sempre disponível e atenciosa, obrigada pelo importante suporte estatístico durante todo o percurso.

A Daiane Dias Cabelreira pelo trabalho realizado em conjunto.

À colega sanitarista Marina Nunes por me apresentar ao grupo de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente e estar presente em todas as etapas deste percurso.

A todos integrantes do Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA), pelas contribuições e momentos de aprendizagem.

À secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente pela orientação administrativa.

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de um ensino público de qualidade.

Aos meus pais, Ana Maria e Romualdo, por todo esforço dedicado a mim e aos meus irmãos. Obrigada pela boa convivência, por todos os ensinamentos e pela importância dada aos estudos.

Aos meus irmãos André e Rafael, meus grandes amigos. A confiança na nossa união me faz muito feliz.

A pessoa que esteve ao meu lado, Rodrigo Goulart, por ter sido paciente e parceiro em todos os momentos desta caminhada. E aos meus filhos, Arthur e Rafaela, minha maior fonte de aprendizado.

Aos amigos e familiares que, de forma direta ou indireta, participaram desta etapa da minha vida. Obrigada por todos os gestos e palavras de incentivo.

“Se você quer cuidar do bebê, cuide da mãe.”

John Bowlby

RESUMO

Introdução: A violência praticada contra a mulher pode ter efeitos na saúde mental materna e no desenvolvimento infantil no período perinatal e pré-escolar. **Objetivos:** Analisar o impacto da violência praticada contra a mulher na vida e durante a gravidez na qualidade do vínculo mãe-filho e na saúde mental da criança em idade pré-escolar mediados pelo efeito do estresse e depressão materna pós-parto. **Métodos:** Estudo longitudinal com uma amostra de conveniência da coorte IVAPSA, no município de Porto Alegre (RS). No primeiro artigo foi realizada uma revisão sistemática com pesquisas nos bancos de dados PubMed, PsycInfo, Scopus e Web Of Science para verificar publicações que investigaram a associação entre Violência por Parceiro Íntimo (VPI) sofrida pela mulher durante a gravidez e o vínculo entre mãe-filho. Foram incluídos artigos de estudos observacionais de coorte, transversais e de casos-controle, cuja violência tenha sido avaliada no período gestacional e o vínculo entre mãe e filho mensurado até os dois anos de vida da criança. O protocolo de pesquisa foi registrado na plataforma PRÓSPERO e os artigos selecionados por dois revisores independentes utilizando critérios do protocolo PRISMA. A seleção final teve a inclusão de 10 artigos. No segundo artigo, foram realizadas análises descritivas da situação de violência sofrida pela mulher; das características sociodemográficas, de comportamento e de rotina familiar; das condições gestacionais maternas e obstétricas e das informações assistenciais e do recém-nascido. Por fim, a modelagem de equações estruturais testou o efeito mediador do estresse, da depressão pós-parto (DPP), do aleitamento materno e do sono infantil sobre a relação entre violência e vínculo mãe-filho e a influência deste vínculo na saúde mental da criança em idade pré-escolar. **Resultados:** Na revisão sistemática a violência sofrida na gravidez foi associada à falha no vínculo mãe-filho nos primeiros dois anos de vida da criança. No segundo artigo foram analisados 295 pares de mãe-filho. 48,8% das mulheres sofreram violência na vida e 15,9% durante a gravidez. Houve associação estatisticamente significativa entre violência e estresse, DPP, sono infantil, vínculo mãe-filho e problemas de internalização da criança em idade pré-escolar. A violência impactou na falha do vínculo mãe-filho e foi parcialmente explicada pelo estresse e DPP, enquanto os problemas de internalização na criança foram explicados pela falha no vínculo mãe-filho. **Conclusões:** A violência sofrida pela mulher na vida e na gravidez interfere negativamente na saúde materna e no vínculo mãe-filho com consequências para a saúde mental infantil. Prevenir e identificar, precocemente, a ocorrência de violência contra mulheres pode evitar desfechos negativos para o vínculo mãe-filho e para problemas comportamentais da criança na idade pré-escolar e na sua vida futura.

Palavras-chave: Violência contra a Mulher. Gravidez. Fatores de Estresse Psicológico. Depressão Pós-Parto. Vínculo. Desenvolvimento Infantil.

ABSTRACT

Introduction: Violence against women can have effects on maternal mental health and child development both in the perinatal and the preschool period. **Objectives:** To analyze the impact of violence against women across life and during pregnancy on the quality of the mother-child bond and on the mental health of preschool children, mediated by the effect of maternal postpartum stress and depression. **Methods:** Longitudinal study with a convenience sample of the IVAPSA cohort, in the city of Porto Alegre (Southern Brasil). In the first article, a systematic review was carried out, using data from in PubMed, PsycInfo, Scopus and Web Of Science databases order to search for publications investigating the association between Intimate Partner Violence (IPV) suffered by women during pregnancy and the mother- child bond. Articles from observational cohort, cross-sectional and case-control studies were included, whose violence had been evaluated in the gestational period and the mother-child bond measured until the child was two years old. The research protocol was registered on the PROSPERO platform and the articles were selected by two independent reviewers using criteria from the PRISMA protocol. The final selection included 10 articles. In the second article, descriptive analyzes presenting the situation of violence suffered by women, sociodemographic, behavioral and family routine characteristics, maternal and obstetric gestational conditions and newborn care information were carried out. Finally, a path analysis model tested the mediating effect of stress, postpartum depression (PPD), breastfeeding and infant sleep on the relationship between violence and mother-child bond and the influence of this bond on the mental health of the child. In preschool-age. **Results:** In the systematic review, the violence suffered during pregnancy was associated with a failure in the mother-child bond in the first two years of the child's life. In the second article, 295 mother-child pairs were analyzed. 48.8% of women suffered violence in their lives and 15.9% during pregnancy. There was a statistically significant association between violence and stress, PPD, infant sleep, mother-child bond, and internalizing problems in preschool children. Violence impacted the failure of the mother-child bond and was partially explained by stress and PPD, while internalizing problems in the child were explained by the failure in the mother-child bond. **Conclusions:** The violence suffered by women across life and during pregnancy negatively interferes with maternal health and the mother-child bond, with consequences for children's mental health. Early preventing and identifying the occurrence of violence against women could avoid negative outcomes for the mother-child bond and child behavioral problems in preschool age as well as in their future life.

Keywords: Violence against women. Pregnancy. Stress. Postpartum depression. Mother-child bond. Child development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustrações da Tese

Figura 1 – Modelo teórico pré-definido para path analysis	49
Quadro 1 – Bases de dados, número de artigos e estratégias de busca utilizadas na pesquisa	36
Quadro 2 – Cronograma de entrevistas - COORTE IVAPSA, PORTO ALEGRE, BRASIL	42

Ilustrações do Artigo 1

Figura 1 – Flowchart presenting the phases of selection of articles (PRISMA, 2020)	65
---	----

Ilustrações do Artigo 2

Figura 1 – Modelo teórico pré-definido para <i>path analysis</i>	99
Figura 2 – Modelo completo para <i>path analysis</i> para identificar as associações entre VT e falha no vínculo mãe-filho, e do vínculo no comportamento da criança mediados por estresse e depressão materna pós-parto, sono infantil e aleitamento materno (n. 294)	104
Figura 3 – Modelo completo para <i>path analysis</i> para identificar as associações entre VG e falha no vínculo mãe-filho, e do vínculo no comportamento da criança mediados por estresse e depressão materna pós-parto, sono infantil e aleitamento materno (n. 294)	105

LISTA DE TABELAS

Tabelas da Tese

Tabela Suplementar 1 – Full text exclusion criteria	139
Tabela Suplementar 2 – Cohort and case control studies Newcastle - Ottawa quality assessment scale	143
Tabela Suplementar 3 – JBI critical appraisal checklist for analytical cross-sectional studies	145

Tabelas do Artigo 1

Tabela 1 – General characteristics of studies evaluating the relationship between violence suffered by women during pregnancy and the development of the maternal-infant bonding	69
Tabela Suplementar 1 – Full text exclusion criteria	139
Tabela Suplementar 2 – Cohort and case control studies Newcastle - Ottawa quality assessment scale	143
Tabela Suplementar 3 – JBI critical appraisal checklist for analytical cross-sectional studies	145

Tabelas do Artigo 2

Tabela 1 – Logística das coletas - Coorte IVAPSA, Porto Alegre, Brasil	97
Tabela 2 – Características da amostra e principais variáveis para ocorrência ou não de violência na vida e na gravidez (n=295)	101

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1M	Um mês
3M	Três meses
6M	Seis meses
AAS	Abuse Assessment Screen
ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas
AM	Aleitamento materno
CEP-HCPA	Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
CPC	Centro de Pesquisa Clínica
DP	Desvio Padrão
DPP	Depressão pós-parto
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FAMED	Faculdade de Medicina
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IVAPSA	Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida
MESH	Medical Subject Headings
NOS	Escala Newcastle-Ottawa
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBQ	Postpartum Bonding Questionnaire
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses
PSS	Perceived Stress Scale
RS	Revisão Sistemática
SBQ	Sleep Behaviour Questionnaire
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VPI	Violência por parceiro íntimo

VT

Violência total

VG

Violência na gravidez

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	18
2.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA VIDA E NA GRAVIDEZ	20
2.3 DESFECHOS DA VIOLÊNCIA PARA SAÚDE MATERNA E INFANTIL	21
2.3.1 Estresse materno	22
2.3.2 Depressão pós-parto (DPP)	23
2.3.3 Aleitamento materno (AM)	24
2.3.4 Sono infantil	26
2.3.5 Vínculo mãe-filho	27
2.3.6 Saúde mental infantil	28
3 JUSTIFICATIVA	30
4 HIPÓTESE	31
5 OBJETIVOS	32
5.1 GERAL	32
5.2 ESPECÍFICOS	32
6 METODOLOGIA	33
6.1 ESTUDO 1	33
6.1.1 Tipo de estudo	33
6.1.2 Amostra	34
6.1.2.1 Critérios de inclusão dos estudos	34
6.1.2.2 Critérios de exclusão dos estudos	34
6.1.2.3 Desfecho estudado	35
6.1.3 Processo metodológico, localização	35
6.1.4 Bases de dados	35
6.1.5 Estratégia de busca	36
6.1.6 Análise da qualidade dos artigos	38
6.1.7 Extração e análise dos dados	39
6.2 ESTUDO 2	39
6.2.1 Delineamento	39
6.2.2 Cenário e período	39
6.2.3 Amostra	40

6.2.3.1 Critérios de Inclusão	40
6.2.3.2 Critérios de Exclusão	40
6.2.4 Logística	41
6.2.5 Coleta e processamento de dados	41
6.2.6 Variáveis utilizadas	43
6.2.6.1 Sociodemográficas	43
6.2.6.2 Pré e perinatais	44
6.2.6.2.1 Maternas e obstétricas	44
6.2.6.2.2 Assistenciais	44
6.2.6.2.3 Do recém-nascido	44
6.2.6.3.1 Da interação mãe-filho	44
6.2.6.3. Da criança	44
6.2.7 Instrumentos de avaliação utilizados	44
6.2.7.1 <i>Abuse Assessment Screen (AAS)</i>	44
6.2.7.2 Perceived Stress Scale (PSS-14)	45
6.2.7.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	45
6.2.7.4 Sleep Behaviour Questionnaire (SBQ)	46
6.2.7.5 Postpartum Bonding Instrument (PBQ)	46
6.2.7.6 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	47
6.2.8 Análise estatística	48
6.2.9 Considerações éticas	49
REFERÊNCIAS	51
7 RESULTADOS	62
7.1 ARTIGO 1	62
7.2 ARTIGO 2	89
8 CONCLUSÕES	121
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
ANEXO A - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	127
ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA	128
ANEXO C – ESTRESSE PERCEBIDO	131
ANEXO D – DEPRESSÃO PÓS-PARTO	132
ANEXO E – VÍNCULO MÃE-FILHO	134
ANEXO F – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DO SONO	136
ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)	140

APÊNDICE A – MATERIAL SUPLEMENTAR ARTIGO DE REVISÃO	141
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PÓS-PARTO	148
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	158
APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 6 MESES	160

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional e puerpério constituem um marco importante na vida da mulher devido a significativas mudanças físicas, psicológicas e sociais (MALDONADO, 2000). Tais mudanças contribuem para maior vulnerabilidade da mulher, o que torna a exposição à violência durante a gravidez bastante preocupante, considerando as consequências para a dupla mãe-filho (WHO, 2011).

A violência contra a mulher é tratada como uma importante questão de direitos humanos e saúde pública e sua notificação é compulsória para todos os serviços de saúde (SANTINON *et al.*, 2010). A assistência pré-natal é um momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper este ciclo. Entretanto, muitas gestantes que sofrem violência também não realizam o pré-natal ou postergam seu início (BRASIL, 2018). Além das consequências para a saúde materna, a exposição ao estresse ambiental, ainda intraútero, pode resultar em alterações do epigenoma com consequências em longo prazo para a adaptação e desenvolvimento na prole (CAO-LEI *et al.*, 2020).

A evolução da criança tem início na vida intrauterina. Considerando os aspectos psicológicos e emocionais do ser humano, é possível dizer que essa evolução já tem início nos desejos dos responsáveis por sua concepção. O ambiente ao qual a criança está inserida e o comportamento das pessoas que lhe prestam cuidados impactam no seu desenvolvimento físico, social e psíquico. Vários aspectos são considerados importantes para o desenvolvimento saudável ou não do feto, como nutrição, condições de saúde física e emocional da gestante, apoio social e assistencial (CAMPOS JÚNIOR; BURNS; LOPEZ, 2017). De acordo com a literatura psicanalítica, o desenvolvimento psíquico do lactente depende de ações, cuidados e emoções conscientes e inconscientes da mãe (BOWLBY, 2006). Um ambiente hostil, negligente, rejeitador ou controlador poderá gerar situação de vulnerabilidade (SÁ OLIVEIRA DO ESPIRITO SANTO; NASCIMENTO ARAÚJO, 2016).

Neste sentido, políticas e estratégias voltadas à saúde materno-infantil vêm se consolidando ao longo de décadas. Elas ressaltam os direitos da mulher e do recém-nascido e a busca da qualidade da assistência materno-infantil. Cabe ressaltar que os programas têm, em comum, o objetivo de diminuir as taxas de morbimortalidade materna e infantil e vêm alcançando resultados importantes na redução delas nos últimos anos (CASSIANO *et al.*, 2014). A partir da ampliação do olhar para o

desenvolvimento psíquico do lactente e sua associação com o vínculo que se estabelece entre ele e seus cuidadores de referência, foram incorporados à Caderneta da Criança alguns aspectos do desenvolvimento. Eles estão vinculados à interação e ao afeto, lançando um olhar atento no acompanhamento de rotina das crianças (KUPFER; BERNARDINO, 2018).

No entanto, apesar dos avanços na esfera política e assistencial, a violência contra a mulher na vida e durante a gravidez é um problema de saúde psicossocial comum e frequentemente negligenciado com graves consequências para a dupla mãe e filho, estendendo-se para sociedade em geral. Desta forma, identificar a população de risco, associações e desfechos entre a violência e saúde materna e infantil, contribuirá para implementar estratégias preventivas, de reabilitação e, quando necessário, de abordagem e tratamento adequado. Diante de tais necessidades, este estudo investigou o impacto da violência sofrida pela mulher na vida e durante a gravidez na qualidade do vínculo mãe-filho e na saúde mental da criança em idade pré-escolar mediados por estresse e depressão pós-parto, aleitamento materno e sono infantil.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Definida como “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, quer ocorram em público ou vida privada” (1993), a violência de gênero continua sendo a violação mais comum ao direito das mulheres (UN WOMEM, 2019). Em 2019, a Lei de Violência Contra as Mulheres (*Violence Against Women Act - VAWA*), aprovada nos Estados Unidos em 1994, fez 25 anos. A partir desta lei a violência doméstica contra a mulher passou a ser tratada como crime e não mais como assuntos privados de família (MOORE; GOVER, 2021), as investigações e processos contra os infratores foram aprimorados, foram estruturados programas de subsídios para abordar a questão da violência contra as mulheres de uma variedade de ângulos, incluindo aplicação da lei, entidades públicas e privadas e prestadores de serviços a vítimas de crime (SACCO, 2019). No entanto, apesar da mudança de paradigma e o implemento de atualizações feitas na lei ao longo dos anos, a ocorrência da violência não diminuiu, e ainda, mesmo com uma gama de estudos sobre o tema envolvendo diversos desfechos, a experiência vivida por trás das estatísticas não pode ser capturada com precisão (CHHABRA; FIORE; PÉREZ-VILLANUEVA, 2020).

A magnitude da violência de gênero e seus efeitos deletérios é tão importante que em 2021 a Comissão Europeia, com o objetivo de melhorar o combate à violência baseada no gênero em todos os países da União Europeia, solicitou que a violência de gênero passasse a ser tratada como crime, alcançando definições jurídicas comuns, normas e sanções penais mínimas na mesma medida que o terrorismo, o tráfico, o cibercrime, a exploração sexual e o branqueamento de capitais (EUROPEAN COMMISSION, 2020).

No Brasil, em 2006, foi aprovada uma nova medida de enfrentamento da violência doméstica e familiar, a Lei Maria da Penha, que altera o Código Penal, de 1940, para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher (BRASIL, 2021). Muitas mulheres ainda acreditam que só podem buscar ajuda quando sofrem

agressão física, aquela que envolve sua integridade ou saúde corporal, apesar de estarem incluídas na legislação outras formas de agressão: violência psicológica, sexual, moral e patrimonial (INSTITUTO MARIA DA PENHA, [s.d.]).

A violência psicológica inclui dano emocional, diminuição da autoestima, perturbação do pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões. A violência sexual é caracterizada por presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência patrimonial diz respeito à retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades, e a violência moral configura calúnia, difamação ou injúria (INSTITUTO MARIA DA PENHA, [s.d.]).

A violência por parceiro íntimo (VPI) engloba danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores praticados por um parceiro íntimo ou ex-parceiro (WHO, 2021). As consequências da violência alteram o curso da vida de várias formas, seja por meio de gravidez indesejada e suas repercussões na educação e carreira, ou problemas de saúde sexual e reprodutiva, condições crônicas, ou depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático. O estigma, a dificuldade emocional e a probabilidade de ser culpada inibem a mulher de expor as experiências de violência que vivem (THE LANCET CHILD & ADOLESCENT HEALTH, 2021).

Há evidências de que a experiência anterior de qualquer forma de violência aumenta o risco de violência na gravidez, o que torna seus efeitos ainda mais graves e se estende para o feto, pois aumenta a probabilidade de aborto espontâneo, morte fetal, parto prematuro e nascimento de recém-nascidos de baixo peso (OPAS/OMS, [s.d.]). Além de o problema afetar o conceito em seu ventre, as consequências não se limitam apenas a danos físicos imediatos, mas também a efeitos em longo prazo, tais como depressão, tentativas de suicídio, gravidez indesejada, dentre outros (ISLAM *et al.*, 2014).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA VIDA E NA GRAVIDEZ

A Organização Mundial da Saúde revela que 25% das adolescentes e jovens, de 15 a 24 anos, foram vítimas da violência de gênero. Estima-se que a prevalência de violência por parceiro íntimo ao longo da vida varia de 20% na região do Pacífico Ocidental a 33% no Sudeste Asiático e na região Africana. Até 38% dos assassinatos de mulheres são cometidos por parceiros íntimos (WHO, 2021). Em alguns países das Américas, o percentual de violência contra a mulher varia de 14% a 17% no Brasil, Panamá e Uruguai a 58,5% na Bolívia (BOTT *et al.*, 2019).

Há perspectiva de uma taxa média mundial de 13,8% para violência sofrida durante a gravidez (ISLAM *et al.*, 2014). Um estudo, cujo desfecho principal foi a prevalência de VPI durante a gravidez, avaliou todas as revisões sistemáticas e metanálises publicadas de janeiro a outubro de 2020. Os resultados mostraram que a VPI física durante a gravidez mostrou uma ampla variação (1,6-78%), assim como a VPI psicológica (1,8-67,4%). Mas também é conhecido que os dados disponíveis sobre a prevalência de VPI durante a gravidez apresentam-se de baixa qualidade. Apesar de haver grande variabilidade nos valores de prevalência existentes, não menos do que 1 em 50, e até 1 em 2 mulheres, pode estar sofrendo VPI física na gravidez. A violência psicológica é relatada como ainda mais frequente. As sínteses de evidências existentes não capturam a totalidade da carga mundial de doenças da VPI na gravidez (ROMÁN-GÁLVEZ *et al.*, 2021).

Diversos estudos em todo mundo apresentam dados da violência na gravidez, o que evidencia a magnitude e a universalidade do problema. Na Eslovênia, 46,9% das mulheres sofreram algum tipo de violência na vida e 9,2% na gravidez. Lá a ocorrência de violência na idade adulta, mais do que na infância, aumentou o risco de violência na gravidez, embora seu início nesse período fosse mais raro (GLOBEVNIK VELIKONJA *et al.*, 2018). A Etiópia, apresenta uma prevalência geral de 30,5%, sendo maior a violência psicológica (24,4%), seguida pela violência física (11,9%) e violência sexual (11,0%) (ASHENAFI *et al.*, 2020). No Irã, a violência sexual durante a gravidez foi estimada em 28%, 11 % maior que a prevalência no mundo (17%) (BAZYAR *et al.*, 2018). No Paquistão, 35% das mulheres grávidas sofrem violência, sendo 6% vítimas de agressão grave. Nesse país, mulheres residentes de áreas urbanas, mais velhas,

que não têm escolaridade e que pertencem a um nível socioeconômico baixo foram as mais afetadas (MOJAHED *et al.*, 2021).

Já nos Estados Unidos, os registros de 75 hospitais mostraram altos índices de VPI que foi associada significativamente a chances aumentadas de prejuízo na saúde geral infantil (BURKE; LEE; O'CAMPO, 2008). Dados de 2009-2010 de uma pesquisa realizada em 30 estados, revelaram que 3,2% das mulheres grávidas foram empurradas, esbofeteadas, chutadas, sufocadas ou fisicamente feridas durante a gravidez. A maioria adolescentes (quase 7%) e mães com menos de 12 anos de escolaridade (4,5%), em comparação com menos de 2% com mais de 30 anos e 1% das mulheres com mais de 16 anos de escolaridade (CHISHOLM; BULLOCK; FERGUSON, 2017).

No Brasil, 17,6% das gestantes sofrem violência por parceiro íntimo no período gestacional, a maioria das mulheres solteiras e desempregadas (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Em relação ao tipo de violência, a psicológica ocorre mais frequentemente (14,7%), seguido da violência física (5,2%) e violência sexual (0,4%) (RODRIGUES *et al.*, 2014). O perfil é de mulheres mais jovens, com menor renda e escolaridade, que iniciaram a vida sexual até os 14 anos e que desejaram interromper a gravidez (SILVA; LEITE, 2020).

A. 2.3 DESFECHOS DA VIOLÊNCIA PARA SAÚDE MATERNA E INFANTIL

A exposição à violência é o início de um caminho para maior risco de desfechos negativos para saúde materna e infantil. Mulheres que sofreram violência na gravidez reportam ter menos apoio do parceiro, gestações não planejadas, partos por cesárea e a pior autopercepção de saúde com mais queixas relacionadas à saúde mental e somática e a necessidade do uso de antidepressivos (TOMASDOTTIR *et al.*, 2016). Também elas estão mais propensas ao estresse, depressão, angústia dos sintomas relacionados à gravidez, pré-natal inadequado, sangramento vaginal, aborto espontâneo, ganho de peso gestacional, cortisol materno elevado, hipertensão, pré-eclâmpsia e infecções sexualmente transmissíveis. Dentre os desfechos para a prole estão a prematuridade, o baixo peso ao nascer, complicações neonatais e morte fetal (HAN; STEWART, 2014; HILL *et al.*, 2016). Após o nascimento, a violência sofrida pela mulher durante a gravidez está associada ao aumento do risco para prejuízos de

linguagem e no desenvolvimento neurológico de crianças pequenas (UDO *et al.*, 2016), assim como problemas comportamentais (SILVA *et al.*, 2018).

As vivências da mãe impactam na vida intrauterina, consolidando a gravidez como período em que as bases psíquicas, relacionais e experienciais começam a ser constituídas para a criança (LEVENDOSKY *et al.*, 2011). As representações maternas, pensamentos e sentimentos que envolvem expectativas, fantasias, desejos e ideias passadas de forma transgeracional se desenvolvem durante a gravidez e influenciam um sistema de cuidados que a mãe desenvolve de forma específica e exclusiva para cada criança (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2011). As representações maternas (na gravidez e após o nascimento) de uma mulher que experimenta violência doméstica durante a gravidez são mais propensas a serem distorcidas ou desengajadas em vez de equilibradas. A maioria das mulheres com representações pré-natais distorcidas ou desengajadas pode mantê-la até um ano após o parto (LEVENDOSKY *et al.*, 2011).

i. 2.3.1 Estresse materno

A saúde mental da mãe tem sido associada a distúrbios do neurodesenvolvimento da prole (TOSO; DE COCK; LEAVEY, 2020). O estresse pós-parto está associado ao crescimento, nutrição, vínculo, temperamento e, finalmente, ao bem-estar mental da criança (OYETUNJI; CHANDRA, 2020). O estresse no desempenho do papel parental em mulheres com histórico de alteração da saúde mental antes do período gestacional está relacionado com maior vulnerabilidade ao desencadeamento da depressão durante o período gestacional e puerperal (SEIMYR; WELLES-NYSTRÖM; NISSEN, 2013). Níveis mais baixos de suporte social percebido predizem estresse percebido, que, por sua vez, prediz sintomas depressivos (LEONARD *et al.*, 2020).

O feto desenvolve-se bastante rápido no útero e a intensidade de momentos de estresse pode ter efeitos distintos neste processo (GARCIA-MORENO; WATTS, 2011). Os resultados da gravidez dependem de quando o estresse é experimentado durante a gestação. No início tipicamente resulta na perda da gravidez, enquanto na sua fase tardia tem efeito de reduzir o peso de nascimento do recém-nascido significativamente. Se o estresse pré-natal é vivenciado sistematicamente, ele produz

efeitos de programação duradouros em vários sistemas na prole, gerando filhos que são hiper-responsivos ao estresse e mais ansiosos, devido a mudanças em seus mecanismos neurocerebrais (BRUNTON, 2013). O estresse vivido no período pré-natal pode levar também a consequências duradouras, amplas e funcionalmente organizadas na metilação do DNA, as quais, por sua vez, podem mediar associações de fenótipo de exposição (CAO-LEI *et al.*, 2020).

ii. 2.3.2 Depressão pós-parto (DPP)

Não há consenso sobre o momento ideal para realizar o diagnóstico da depressão pós-parto, se no pós-parto, no periparto ou em até quanto tempo depois do nascimento do lactente. Em 2013, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) publicado nos Estados Unidos e, no Brasil, em 2014, passou a utilizar o especificador “com início no periparto”, visto que 50% dos episódios de DPP começam antes do parto (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). De acordo com o DSM-V, o diagnóstico deve ser realizado em até quatro semanas pós-parto, mas também esse prazo pode ser estendido até um ano ou mais (HELENA; DE BRUM, 2017).

A sintomatologia da DPP não difere dos episódios de alteração do humor que ocorrem fora do puerpério. As características principais são definidas pela presença obrigatória de humor depressivo, associada a quatro dentre estes sintomas: mudança significativa de peso ou do apetite, insônia ou sono excessivo, fadiga, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa, perda de concentração e ideias de morte ou suicídio. Eles precisam estar presentes pelo período mínimo de duas semanas. Entretanto, o quadro que ocorre no pós-parto pode incluir acentuada labilidade de humor e sentimentos ambivalentes em relação ao neonato ou lactente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), 10% a 20% das mulheres apresentam depressão após o parto. Uma em cada quatro mães apresentam depressão pós-parto em países de baixa e média renda. No Brasil, uma pesquisa nacional encontrou a prevalência de 26,3% (THEME FILHA *et al.*, 2016).

As causas da depressão podem ser explicadas por construtos sociais, maternos e psicológicos. O histórico obstétrico e o suporte social insatisfatórios, o baixo nível econômico e educacional e o histórico de exposição à violência estão

associados a um risco aumentado de DPP. Entre as consequências estão a desnutrição, a amamentação não exclusiva e alto risco de resultados adversos para a saúde infantil, como diarreia, doenças infantis e tosse (DADI; MILLER; MWANRI, 2020), além de distúrbios psicológicos e de desenvolvimento em crianças e adolescentes (GELAYE *et al.*, 2016).

Também é conhecido que mães deprimidas podem interagir e estimular menos seus filhos (CAMPOS; RODRIGUES, 2015). No período pós-parto, a depressão materna está associada a um prejuízo no vínculo mãe-filho (STEIN *et al.*, 2014), embora se tratada poderá melhorar a qualidade do vínculo (HÖFLICH *et al.*, 2022). Ainda que a cultura e o apoio social recebido pelas mães influenciem no vínculo, a depressão pós-parto foi o único fator significativo independente em um estudo com mães nigerianas e britânicas (AFOLABI *et al.*, 2020). Para Śliwerski e colaboradores (2020), a depressão materna afeta o estilo de apego infantil apenas quando ela coexiste com outro transtorno mental, ou quando aparece antes do período pré-natal (ŚLIWERSKI *et al.*, 2020). Os autores concluíram que o diagnóstico de depressão deve ser feito muito cedo e por profissional treinado, pois os questionários de autorrelato são mais suscetíveis a efeitos de desejabilidade social, que relaciona gravidez com alegria e satisfação materna, com a qual a depressão durante a gravidez e pós-parto são inconsistentes.

iii. 2.3.3 Aleitamento materno (AM)

O aleitamento materno é compreendido a partir de um sistema que envolve experiências prévias da mulher considerando o contexto em que está inserida e valores públicos e privados. Dentre as representações existem aspectos positivos, como a certificação de que a mãe é boa, de que está oferecendo um remédio natural e promovendo o vínculo com a criança; entre os aspectos negativos, a carga de trabalho doméstica e fora do lar, as preocupações com o pudor e problemas físicos e psicológicos (DE AMORIM, 2008).

A amamentação como momento de troca entre a dupla mãe-filho tem ação importante tanto para o lactente como para a mãe. Os processos hormonais que envolvem o ato de amamentar protege as mães de depressão pós-parto por atenuar a resposta ao cortisol pelo estresse, além de regular os padrões de sono e vigília

melhorando o envolvimento emocional da mãe com a criança reduzindo as dificuldades de temperamento (FIGUEIREDO *et al.*, 2013). Além de produzir benefícios econômicos, diminui a ocorrência de alguns tipos de fraturas ósseas e morte por artrite reumatoide entre as mulheres, além do câncer de ovários e mamas. Para o lactente, além da redução do índice de mortalidade infantil, a amamentação atua na proteção contra infecções, diarreia, doenças respiratórias, autoimunes, celíaca, Doença de Crohn, linfomas, diabetes mellitus. Também permite um crescimento e desenvolvimento infantil saudável, fortalecendo o vínculo afetivo entre mãe e filho (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011) e constitui-se como a melhor intervenção de saúde pública custo-efetiva para reduzir a morbimortalidade infantil, bem como promover o cuidado materno pós-parto (TOMA; REA, 2008).

Em relação ao tempo de amamentação, a sua maior duração tem sido relacionada a efeitos positivos para o desenvolvimento cognitivo em lactentes (LEE *et al.*, 2016). Crianças amamentadas por 12 meses ou mais apresentaram maior valor de QI, um maior número de anos de escolaridade e maiores rendimentos mensais em um estudo de coorte populacional desenvolvido no Brasil (VICTORA *et al.*, 2015).

No entanto, a violência durante a gestação influencia negativamente a prática de aleitamento materno. Há menor chance de intenção de amamentar, de iniciar o aleitamento, e maior chance de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, e promove sua curta duração (MEZZAVILLA *et al.*, 2018).

A relação entre violência e aleitamento materno é complexa, havendo muitos motivos para o desfecho negativo. Quanto melhores as condições vitais dos neonatos, maior autoeficácia as mães terão para amamentar, pois se sentirão mais seguras ao lidar com um lactente sadio e com sucção adequada (MARIANO *et al.*, 2016). Além disso, mulheres com histórico de violência têm maior chance de parto prematuro ou de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (HAN; STEWART, 2014; HILL *et al.*, 2016). A exposição à violência está associada à saúde mental materna prejudicada com depressão pós-parto, estresse e ansiedade, os quais foram associados a um menor período de amamentação (ISLAM *et al.*, 2014; TOMASDOTTIR *et al.*, 2016). Há ainda aspectos psicológicos que envolvem o corpo da mulher nas relações abusivas que se relacionam com a amamentação, pois um homem que a veja como propriedade não aceita dividir o seu corpo com a criança. Por outro lado, há evidências de que em casos de violência sofrida pela mulher, as mães se esforçaram para priorizar, proteger e cuidar de seus filhos de todas as maneiras, inclusive gerenciando

o abuso e evitando a divulgação da violência aos profissionais de saúde (KELLY, 2009).

iv. 2.3.4 Sono infantil

O sono é regulado por um processo homeostático que determina sua necessidade e por um processo circadiano que determina sua frequência (MARET *et al.*, 2007). O padrão de sono infantil é influenciado por fatores da criança e dos pais (temperamento da criança, interação pai-filho e afeto dos pais) e fatores ambientais (culturais, geográficos e ambiente doméstico) (BATHORY; TOMOPOULOS, 2017). A recomendação é que crianças de 4 a 12 meses devem dormir de 12 a 16 horas a cada 24 horas (incluindo sonecas) regularmente para promover a saúde ideal (PARUTHI *et al.*, 2016).

De acordo com a teoria do comportamento planejado, uma variação de 25 a 30% dos hábitos de sono da criança podem ser explicados pelos comportamentos da família (MAREE *et al.*, 2021). A depressão dos pais influencia nos padrões de sono infantil (EL-SHEIKH; KELLY, 2017). As próprias dificuldades em dormir da mãe se correlacionam com os problemas de manutenção do sono na criança (RICO; SÁ, 2015). Mães com maiores sintomas de estresse emocional (estresse parental, especialmente) são mais propensas a sentir o sono da criança como problemático (TIKOTZKY; VOLKOVICH; MEIRI, 2021).

Os resultados de uma metanálise revelaram associação significativa entre sono e apego infantil. A segurança do apego está associada a maior eficiência do sono, enquanto a resistência ao apego infantil é exclusivamente – e mais fortemente – associada a problemas de sono (SIMARD; CHEVALIER; BÉDARD, 2017). A relação do sono com comportamento foi investigada por Hairston e colaboradores (2011), os quais encontraram associação entre a dificuldade do sono infantil e problemas comportamentais e emocionais mais tarde na vida da criança. As conclusões do estudo apontaram que as dificuldades do sono infantil e o humor materno são fatores-chave no distúrbio do vínculo mãe-filho, que por sua vez prediz problemas comportamentais aos 18 meses (HAIRSTON *et al.*, 2011).

v. 2.3.5 Vínculo mãe-filho

O vínculo mãe-filho é descrito como um estado afetivo da mãe que engloba sentimentos e emoções maternas em relação ao filho. O termo foi popularizado a partir dos estudos de Klaus e Kennel, em 1976, que examinaram a importância do vínculo precoce com um filho recém-nascido (HILL; FLANAGAN, 2020). Indicadores comportamentais e biológicos podem promover o vínculo mãe-filho ou ser resultado dele, mas não são suficientes para determinar a qualidade do vínculo mãe-filho nem esses indicadores são exclusivos do conceito. Estimular a proximidade física entre a mãe e o recém-nascido, bem como atitudes positivas da mãe, podem promover o vínculo positivo nas primeiras horas após o parto, já um parto traumático e a separação precoce diminuem a exposição materna à ocitocina e conseqüentemente ao fortalecimento do vínculo (BICKING KINSEY; HUPCEY, 2013).

Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento desse vínculo. Condições de saúde mental maternas, como sintomas depressivos pós-parto e o estresse materno, estão significativamente associados ao processo de vínculo mãe-filho no período pós-parto precoce (LUTKIEWICZ *et al.*, 2020). Estudos sobre a relação entre o apego pré e pós-natal demonstraram que à medida que o nível de apego pré-natal aumenta também aumenta o apego pós-natal (DAGLAR; NUR, 2018; NAKANO *et al.*, 2019).

A interação mãe-filho diz respeito ao contexto no qual a díade se relaciona com respostas comportamentais recíprocas (BRUMMELTE; GALEA, 2016). O fundamento da sensação de segurança se constitui pela experiência de ajuda imediata quando a criança tem alguma necessidade (JUDITH FALK, 2021), enquanto a qualidade das primeiras relações pode determinar diferenças no desenvolvimento posterior da criança (MACDONALD *et al.*, 2008).

John Bowlby, psicólogo, psiquiatra e psicanalista britânico, postulou que existe nos neonatos e lactentes uma propensão inata para o contato com outro ser humano, que independe de outras necessidades como de alimento, por exemplo (BOWLBY, 1990). Ele define o apego como um tipo de vínculo biologicamente motivado como uma busca por conforto e segurança na medida que essa vinculação afetiva exerce influência relevante sobre o desenvolvimento infantil. As experiências precoces com os cuidadores primários iniciam o que depois irá se generalizar nas expectativas sobre si mesmo, dos outros e do mundo em geral (BOWLBY, 1988). São exemplos de

comportamento de apego: chorar, fazer contato visual, agarrar-se, aconchegar-se e sorrir (BOWLBY, 1990). Para ele, a separação e ausência do objeto (mãe ou substituto desta) poderia ser uma fonte de ansiedade (BOWLBY, 1973).

O apego seguro é um conceito-chave que prevê melhor ajuste e menos problemas de saúde mental. De outro lado, o inseguro gera custos sociais e financeiros mais altos devido à necessidade de intervenções (BACHMANN *et al.*, 2019). O desenvolvimento saudável da criança passa pela possibilidade de um vínculo seguro com a mãe ou substituto dela. Para Winnicott, pediatra e psicanalista, boa parte dos problemas emocionais têm suas origens nas etapas precoces do desenvolvimento, quando esse encontro entre cuidador e a criança se estabelece (WINNICOTT, 1990).

vi. 2.3.6 Saúde mental infantil

As experiências da vida intrauterina e após o nascimento vivenciadas pela criança são influenciadas pelo ambiente em que a mãe está inserida. As adversidades pré-natais, periparto e pós-natal atuam no comportamento e no neurodesenvolvimento da criança e podem persistir ao longo da infância e adolescência. Há evidências de que o baixo nível socioeconômico, a ausência de apoio social (incluindo apoio do parceiro) e a persistência do transtorno parental são fatores de risco para resultados adversos na criança (MIGUEL *et al.*, 2019; STEIN *et al.*, 2014).

A violência durante a gestação é um grave problema associado a distúrbios de desenvolvimento infantil com prejuízos neurológicos e na linguagem (UDO *et al.*, 2016). Muitos estudos sugerem que a qualidade dos cuidados parentais é o mediador mais potente para os desfechos do desenvolvimento infantil e que os distúrbios e sintomas perinatais podem comprometer a parentalidade (STEIN *et al.*, 2014).

O sofrimento psicológico materno está associado a problemas de comportamento de externalização e de internalização ao longo da vida da criança (BAILEY *et al.*, 2019). Entende-se por problemas de comportamento de internalização (PCI), o humor deprimido e ansiedade, a preocupação em demasia, os medos e inseguranças, uma vez que não são externados e são pouco evidentes. Diferentemente, os problemas de comportamento de externalização (PCE) manifestam-se por meio de hiperatividade, impulsividade, comportamento desafiador, desobediência, hostilidade e agressividade

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Há uma tendência de que as crianças que apresentam problemas de comportamento nos primeiros anos de vida continuem os apresentando na idade pré-escolar e, ainda, na adolescência (BASTEN *et al.*, 2016; POTON; SOARES; GONÇALVES, 2018). Intervenções focadas na prevenção da violência podem ser eficazes para melhorar desfechos de desenvolvimento infantil (JEONG *et al.*, 2020).

3 JUSTIFICATIVA

Apesar de alguns avanços na esfera política e assistencial, a violência sofrida pela mulher, inclusive durante a gestação, é um importante problema de Saúde Pública e tem sido frequentemente negligenciado. Sua elevada incidência e prevalência causa graves repercussões na saúde materno-infantil com importante prejuízo no desenvolvimento neuro-psicossocial da criança e, por conseguinte, um impacto negativo na assistência, financiamento e gestão do sistema público de saúde do país. Além disso, ainda que existam algumas políticas públicas de proteção à mulher elas têm se mostrado insuficientes para o enfrentamento do problema. Assim, o interesse pelo tema vem aumentando, porém os estudos mais recentes sobre o tema não escrutinaram os diversos fatores envolvidos e os nexos de causalidade existentes entre o impacto dessa violência sobre a saúde materno-infantil e sobre o vínculo mãe-filho.

Dessa forma, o presente estudo propõe uma modelagem analítica que investiga a associação entre os diversos fatores envolvidos (variáveis) de uma forma contextual ao utilizar um diagrama de caminho de entrada. Ele ilustra os relacionamentos hipotéticos possíveis observando as relações entre todas as variáveis propondo direções (nexos) causais especificamente estabelecidas entre elas.

4 HIPÓTESE

A violência sofrida pela mulher na vida e durante a gestação tem impacto no vínculo mãe-filho, o qual influencia a saúde mental da criança em idade pré-escolar. E a relação entre violência e o vínculo mãe-filho são mediados pelo estresse e pela depressão materna pós-parto, pelo aleitamento materno e pelo sono da criança.

5 OBJETIVOS

5.1 GERAL

Avaliar o impacto da violência prévia à gestação sofrida pela mulher ou durante o período pré-natal sobre o vínculo mãe-filho e na saúde mental da criança em idade pré-escolar.

5.2 ESPECÍFICOS

- i) Avaliar o impacto da violência sofrida pela mulher sobre o vínculo mãe-filho, mediado pelo estresse materno percebido, pela depressão pós-parto, pelo aleitamento materno e pelo sono da criança;
- ii) Avaliar o impacto do vínculo mãe-filho sobre a saúde mental da criança em idade pré-escolar;
- iii) Caracterizar as condições sociodemográficas das mulheres;
- iv) Identificar o impacto da violência prévia à gestação sofrida pela mulher ou durante o período pré-natal no comportamento e rotina familiares, em características maternas e obstétricas, variáveis assistenciais e do recém-nascido;

6 METODOLOGIA

O presente estudo está aninhado ao projeto intitulado Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida (Coorte IVAPSA e seu segmento). O objetivo principal desse projeto foi compreender os efeitos de diferentes condições clínicas gestacionais e suas repercussões em diferentes ambientes intrauterinos sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como identificar os fatores que possam influenciar os padrões de saúde e doença ao longo da vida da criança e do adulto, cujos protocolos e resultados preliminares já foram publicados (BERNARDI *et al.*, 2012; WERLANG *et al.*, 2019).

Dessa forma, para a elaboração desta tese, foi primeiramente realizada uma revisão sistemática sobre o tema (estudo 1) para se obter informações e fornecer maiores subsídios para sua compreensão. A partir dela, foi desenvolvido o estudo 2 que investiga a relação da violência sofrida pela mulher e seu impacto no vínculo mãe-filho e suas repercussões na saúde mental da criança.

6.1 ESTUDO 1

Violência contra a mulher na gestação e desenvolvimento do vínculo mãe-filho: uma revisão sistemática

vii. 6.1.1 Tipo de estudo

Revisão sistemática (RS), utilizando-se estudos observacionais de coorte, casos-controle e transversais.

As revisões sistemáticas são estudos secundários, que tem como objetivo reunir estudos semelhantes avaliando-os criteriosamente em sua metodologia. Os métodos de revisão e análise dos dados são estabelecidos antes de a revisão ser conduzida. Ela inicia-se com a formulação de uma pergunta clara e objetiva e utiliza métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criteriosamente pesquisas relevantes, e coletar e analisar dados desses estudos que são incluídos na revisão. A partir de uma reunião realizada em Ottawa, Canadá, em 2005, foi

desenvolvida a recomendação PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses), um checklist com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas que orienta a elaboração de uma revisão sistemática (GALVÃO; PANSANI, 2015).

É recomendável o registro do estudo em alguma base de dados pública de modo prospectivo como meio de manter o processo metodológico explícito e evitar a duplicação de esforços dos pesquisadores (PACHECO *et al.*, 2018). Também uma revisão sistemática depende da validade dos estudos incluídos nela, dessa forma, torna-se importante analisar aspectos que podem comprometer a relevância do estudo, e, nesse caso, são utilizadas ferramentas de avaliação da qualidade metodológica específicas para tipos de estudo diferentes.

viii. 6.1.2 Amostra

A amostra foi composta por todos os estudos identificados na busca, seguindo os critérios de inclusão e exclusão descritos abaixo.

1. 6.1.2.1 Critérios de inclusão dos estudos

Os critérios de inclusão foram a ocorrência de violência / abuso emocional, psicológico, físico ou sexual durante a gravidez e avaliação do vínculo afetivo entre mãe e filho considerando crianças de até dois anos.

2. 6.1.2.2 Critérios de exclusão dos estudos

Os estudos foram excluídos se a violência não foi uma exposição medida durante a gravidez ou se os resultados sobre o estabelecimento do vínculo mãe-filho não foram estudados ou, quando estudados, não foram na faixa etária de interesse.

3. 6.1.2.3 Desfecho estudado

Vínculo mãe-filho entre mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gestação e seus filhos com idade de até dois anos.

6.1.3 Processo metodológico, localização e seleção dos artigos

A partir da formulação da questão de pesquisa os estudos foram localizados com auxílio de uma bibliotecária da FAMED (Faculdade de Medicina da UFRGS) utilizando as estratégias de busca previamente construídas via *Mesh – terms* (Medical Subject Headings), que são descritores utilizados para representar os assuntos dos documentos. As bases de dados foram eleitas de acordo com a adequação relacionada a área de pesquisa estudada e abrangência do tema.

Foi realizado o registro na plataforma PRÓSPERO (<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO>) sob número CRD42021218895 em 13/01/2021, quando não havia outras revisões realizadas ou em andamento sobre esse tema, certificando que a presente pesquisa é inédita.

Todas as referências identificadas através da estratégia de busca foram analisadas usando o gerenciador de referências Zotero, removendo as duplicatas. Dois revisores independentes revisaram os artigos, primeiro examinando os títulos e resumos das referências obtidas nas bases de dados e, em seguida, lendo o texto completo dos artigos potencialmente relevantes e aplicando os critérios de seleção para determinar sua elegibilidade. Eleitos os estudos a serem incluídos na revisão, foi realizada a análise da qualidade dos dados de acordo com o tipo de estudo e estruturada a extração dos dados. Um terceiro revisor foi consultado nos casos de desacordo.

ix. 6.1.4 Bases de dados

As bases de dados são onde se localizam as revistas científicas e seus respectivos artigos. O processo de seleção para inclusão das revistas nas bases garante a confiabilidade, a credibilidade e a qualidade nas publicações. A escolha das bases de dados se deu a partir da adequação relacionada a área de pesquisa estudada e abrangência do tema.

Para esta pesquisa os artigos foram pesquisados até o mês de outubro de 2020 nas bases de dados bibliográficas PubMed, PsycInfo, Scopus e Web Of Science.

x. 6.1.5 Estratégia de busca

As buscas nas bases de dados foram realizadas conforme o protocolo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses). As bases de dados pesquisadas foram: PubMed, PsycInfo, Scopus e Web Of Science. Os termos utilizados foram ("*Domestic Violence*" OR "*Battered Females*" OR "*Intimate Partner Violence*"), ("*Pregnancy*"), ("*Mother Child Relations*" OR "*Attachment Behavior*" OR "*Abandonment*" OR "*Object Relations*" OR "*Separation Reactions*" OR "*Attachment Disorders*") oriundos do *Mesh (Medical Subject Heading)*. Para cada uma das bases de dados selecionadas foi realizada uma estratégia de busca formulada por uma bibliotecária e estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1: Bases de dados, número de artigos e estratégias de busca utilizadas na pesquisa.

Base de dados	Número de artigos	Estratégia de busca
PubMed	411	(Spouse Abuse[mh] OR Harassment, Non-Sexual[mh] OR Spouse Abuse*[tw] Spouses Abuse*[tw] OR Spousal Abuse*[tw] OR Partner Abuse*[tw] OR Wife Abuse*[tw] OR Wives Abuse*[tw] OR domestic violence*[tw] OR violence against women[tw] OR Spouse violence*[tw] OR Partner violence*[tw] OR Spouses violence*[tw] OR Partners violence*[tw] OR Abused mother*[tw] OR Intrafamily violence*[tw] OR Intrafamily abuse*[tw] OR Harassment[tw] OR bullying[tw]) AND (Pregnancy[mh:noexp] OR Pregnant Women[mh] OR Pregnan*[tw] OR gestation*[tw]) AND

		(Mother-Child Relations[mh] OR ((mother*[tw] OR maternal[tw]) AND (infant*[tw] OR baby[tw] OR babies[tw] OR child*[tw]) AND (bond*[tw] OR attachment[tw] OR relation*[tw] OR link*[tw] OR interaction*[tw])))
PSYCINFO	157	<p>Index terms:</p> <p>"Domestic Violence" OR "Battered Females" OR "Intimate Partner Violence"</p> <p>"Pregnancy"</p> <p>"Mother Child Relations" OR "Attachment Behavior" OR "Abandonment" OR "Object Relations" OR "Separation Reactions" OR "Attachment Disorders"</p> <p>Title, Abstract:</p> <p>"Spouse Abuse*" OR "Spouses Abuse*" OR "Spousal Abuse*" OR "Partner Abuse*" OR "Wife Abuse*" OR "Wives Abuse*" OR "domestic violence*" OR "violence against women" OR "Spouse violence*" OR "Partner violence*" OR "Spouses violence*" OR "Partners violence*" OR "Abused mother*" OR "Intrafamily violence*" OR "Intrafamily abuse*"</p> <p>Pregnanc* OR Pregnant* OR gestation*</p> <p>(mother* OR maternal OR infant*) AND (baby OR babies OR child*) AND (bond* OR attachment OR relation* OR link* OR interaction*)</p>

Scopus	306	TITLE-ABS-KEY("Spouse Abuse*" OR "Spouses Abuse*" OR "Spousal Abuse*" OR "Partner Abuse*" OR "Wife Abuse*" OR "Wives Abuse*" OR "domestic violence*" OR "violence against women" OR "Spouse violence*" OR "Partner violence*" OR "Spouses violence*" OR "Partners violence*" OR "Abused mother*" OR "Intrafamily violence*" OR "Intrafamily abuse*") AND TITLE-ABS-KEY(Pregnanc* OR Pregnant* OR gestation*) AND TITLE-ABS-KEY((mother* OR maternal OR infant* OR baby OR babies OR child*) W/3 (bond* OR attachment OR relation* OR link* OR interaction*))
Web of Science	172	TS=("Spouse Abuse*" OR "Spouses Abuse*" OR "Spousal Abuse*" OR "Partner Abuse*" OR "Wife Abuse*" OR "Wives Abuse*" OR "domestic violence*" OR "violence against women" OR "Spouse violence*" OR "Partner violence*" OR "Spouses violence*" OR "Partners violence*" OR "Abused mother*" OR "Intrafamily violence*" OR "Intrafamily abuse*") AND TS=(Pregnanc* OR Pregnant* OR gestation*) AND TS=((mother* OR maternal OR infant* OR baby OR babies OR child*) NEAR/3 (bond* OR attachment OR relation* OR link* OR interaction*))

xi. 6.1.6 Análise da qualidade dos artigos

A Escala Newcastle-Ottawa (NOS) (WELLS *et al.*, 2021) para estudos observacionais foi usada para avaliar a qualidade e o risco de viés nos estudos de coorte e casos-controle incluídos. A NOS usa um sistema estelar (0 a 9) para avaliar os estudos selecionados em três domínios. A avaliação de cada artigo é dada por uma atribuição em número de estrelas: a) seleção (máximo: quatro estrelas); b) comparabilidade (máximo: duas); e c) resultados (máximo: três). Assim, no

processamento da análise de qualidade dos artigos, podem ser obtidas, no máximo, nove estrelas para os estudos de alta qualidade. Escores mais altos representam melhor qualidade. Como os prejuízos na interação mãe-filho tendem a variar conforme o grau de comprometimento da saúde mental materna (KINGSTON; TOUGH; WHITFIELD, 2012), aqueles estudos que controlaram para depressão, ansiedade ou estresse receberam uma ou duas estrelas no item comparabilidade.

Para avaliação de estudo transversal foi utilizada a ferramenta Joanna Briggs *Checklist for analytical cross sectional studies* (MOOLA *et al.*, 2020). A pontuação de cada componente da avaliação de qualidade para cada estudo e outras informações sobre o processo de seleção podem ser encontradas no material suplementar (Apêndice A).

xii. 6.1.7 Extração e análise dos dados

As informações de artigos foram extraídas usando um formulário de extração de dados estruturados e resumidos em formato de tabela: nome dos autores, ano de publicação, país, delineamento, tamanho da amostra, tipo de ferramenta de triagem usada para identificar a violência durante a gestação e a qualidade do vínculo mãe-filho, fatores de confusão avaliados e principais resultados, permitindo o agrupamento das informações de forma estruturada e a análise dos dados.

6.2 ESTUDO 2

Impacto da violência sofrida pela mulher no vínculo mãe-filho e no comportamento da criança em idade pré-escolar - Coorte IVAPSA

xiii. 6.2.1 Delineamento

Estudo de coorte observacional longitudinal.

xiv. 6.2.2 Cenário e período

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e hospitais Fêmeina e Nossa Senhora da Conceição, ambos pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) localizados na cidade de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul.

A primeira fase da pesquisa ocorreu entre 2011-2016 (Coorte IVAPSA) e a segunda onda em 2017 e 2019 (Coorte IVAPSA – segmento).

xv. 6.2.3 Amostra

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida (IVAPSA), que teve como objetivo principal compreender os efeitos de diferentes situações ocorridas durante a gestação que podem interferir sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como a possibilidade de identificar os fatores que possam trazer prejuízos para a criança e para o adulto, cujos protocolos foram publicados (BERNARDI et al., 2012). A amostra total do projeto IVAPSA foi composta por 400 duplas mãe-filho, no qual os grupos foram classificados de acordo com as exposições maternas ocorridas no período gestacional, como diabetes mellitus (DM), tabagismo (TAB) ou desfecho do recém-nascido, como pequeno para idade gestacional (PIG), com hipertensão (HAS) além de um grupo controle (CTL).

Da amostra total de 400 concluíram o segmento de seis meses 300 duplas, 5 delas não quiseram responder ao questionário de violência e houve perda de segmento de outras 100 (26 por recusa em continuar participando da pesquisa). Dessa forma, o segundo artigo intitulado “Impacto da violência sofrida pela mulher no vínculo mãe-filho e no comportamento da criança em idade pré-escolar - Coorte IVAPSA” utilizou a amostra de 295 duplas, cujas mães responderam ao questionário sobre violência.

4. 6.2.3.1 Critérios de Inclusão

Mães: residentes no município de Porto Alegre, que realizaram seus partos nos hospitais do estudo e com ausência de doenças, exceto as de interesse do estudo IVAPSA.

Recém-nascidos a termo (maior ou igual a 37 semanas gestacionais).

5. 6.2.3.2 Critérios de Exclusão

Puérperas com teste positivo para HIV.

Recém-nascidos gemelares, que apresentarem doenças congênitas ou que necessitem de internação hospitalar.

xvi. 6.2.4 Logística

Antes do início da primeira fase do estudo, os pesquisadores foram treinados para a aplicação dos questionários e protocolos e para a realização das medidas antropométricas. Para isso, foi utilizado um manual de treinamento para garantir a normatização das instruções, a uniformidade no processo de coleta de dados e a coerência das informações ao longo das entrevistas e avaliações. O grupo de pesquisadores foi constituído por pós-graduandos do Programa de Pós- Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do sul – UFRGS) e alunos bolsistas de iniciação científica da UFRGS.

A participação da pesquisadora no projeto IVAPSA – primeira fase foi por intermédio de colaboração indireta durante o processo das coletas e das análises das variáveis relacionadas à saúde mental contribuindo também nas discussões e proposições de outros subprojetos decorrentes. Na segunda fase, a pesquisadora elaborou os novos protocolos de investigação com ênfase na área de desenvolvimento neuro cognitivo da criança relacionados com a saúde mental materna e contribuiu no processo de coleta de dados.

xvii. 6.2.5 Coleta e processamento de dados

As duplas mãe-filho foram acompanhadas durante os seis primeiros meses de vida na primeira fase do projeto. Na segunda, elas foram reavaliadas quando as crianças estavam na idade pré-escolar entre 3 e 5 anos de vida. Detalhes das entrevistas, locais e procedimentos realizados encontram-se no quadro 2.

Quadro 2. Cronograma de entrevistas - COORTE IVAPSA, PORTO ALEGRE, BRASIL

Entrevista	Etapas da entrevista	Local	Variáveis /Instrumento
1 ^a	pós-parto	Alojamento conjunto	TCLE* (Apêndice C) Informações socioeconômicas - ABEP (Anexo A) Variáveis sociodemográficas, pré e perinatais / Questionário pós-parto (Apêndice B)
2 ^a	1 mês	CPC*	Violência - ASS (Anexo B) Estresse percebido /PSS-14 (Anexo C)
3 ^a	3 meses	Domicílio	Depressão pós-parto/EPDS (Anexo D)
4 ^a	6 meses	CPC*	Violência / ASS (Anexo B) Depressão pós-parto/EPDS (Anexo D) Sono infantil/SBQ (Anexo F) Aleitamento materno e comportamentos familiares/Questionário seguimento de 6 meses (Apêndice D) Vínculo mãe-filho/PBQ (Anexo E)
5 ^a	3-5 anos da criança	CPC*	Saúde mental infantil/SDQ (Anexo H)

Fonte: elaboração própria

*TCLE: Termo de Consentimento Livre e esclarecido; CPC - Centro de Pesquisa Clínico.

xviii. 6.2.6 Variáveis utilizadas**6. 6.2.6.1 Sociodemográficas**

As variáveis socioeconômicas foram obtidas por intermédio de um questionário pré-codificado, segundo o Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP, 2016), que foi aplicado à puérpera. Ele possibilitou a identificação da classe socioeconômica da família através da informação sobre a presença e a quantidade de determinados itens na residência, além do grau de instrução do chefe da família. Entre os itens avaliados estão: televisor em cores, videocassete/DVD, rádios, banheiros, automóveis, empregadas mensalistas, máquinas de lavar, geladeira e freezer. A soma da pontuação das respostas define a classe socioeconômica em A, B, C, D ou E conforme o poder aquisitivo da família.

As demais variáveis sociodemográficas foram extraídas do questionário aplicado ao nascimento: Idade da mãe (em anos); escolaridade da mãe (em anos); Carteira Nacional de Trabalho e Previdência Social da mãe (assinada ou não); idade paterna (em anos); escolaridade paterna (em anos); Carteira Nacional de Trabalho e Previdência Social do pai (assinada ou não); situação conjugal (com ou sem companheiro) e número de adultos na casa.

As variáveis sobre o comportamento e as rotinas familiares obtidos através dos questionários aplicados ao nascimento e aos seis meses de vida da criança foram: consumo de álcool do pai ou companheiro (sim ou não); se a criança vai a creche aos seis meses (sim ou não); se a mãe cuida do filho aos seis meses (sim ou não) e se a mãe tem o costume de ler para o filho aos seis meses (sim ou não).

7. 6.2.6.2 Pré e perinatais

8. 6.2.6.2.1 Maternas e obstétricas

Paridade (1 ou mais filhos); gravidez planejada (sim ou não); uso de drogas na gravidez (sim ou não) e tipo de parto (vaginal ou cesáreo).

9. 6.2.6.2.2 Assistenciais

Número de consultas de pré-natal e tipo de parto.

10. 6.2.6.2.3 Do recém-nascido

Peso de nascimento (g), sexo, perímetro cefálico (cm), índice de Apgar, idade gestacional.

11. 6.2.6.3.1 Da interação mãe-filho

Aleitamento materno e Vínculo mãe-filho.

12. 6.2.6.3. Da criança

Saúde mental em idade pré-escolar.

xix. 6.2.7 Instrumentos de avaliação utilizados

13. 6.2.7.1 *Abuse Assessment Screen (AAS)*

A violência sofrida pela mulher na vida e violência na gravidez foi avaliada pelo questionário de autorrelato Abuse Assessment Screen, desenvolvido pela equipe internacional do estudo multipaís da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica (WHO, 2013), em sua versão para o português validada por Reichenheim e colaboradores (REICHENHEIM *et al.*, 2000), que foi aplicado em sala reservada e com privacidade no 1º e 6º mês após o parto. Para este estudo

foram criadas duas variáveis. A primeira denominada “Violência Total” (VT) considerando respostas afirmativas dos questionários do 1º e 6º mês para estas quatro questões: a) “já foi humilhada?”; b) “já foi agredida?”; c) “já foi atacada?” e d) “já foi obrigada a fazer sexo?”. E a segunda, chamada “Violência na gravidez” (VG) para respostas afirmativas para estas outras quatro questões: a) “Foi humilhada na gravidez?”; b) “Foi agredida na gravidez?”; c) “Foi atacada na gravidez?” e d) “Foi obrigada a fazer sexo na gravidez?”. A resposta afirmativa para uma ou mais questões classificou a mulher como vítima de violência.

14. 6.2.7.2 Perceived Stress Scale (PSS-14)

O nível de estresse percebido da mãe foi avaliado pela Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale – PSS 14) a partir do instrumento original (COHEN S *et al.*, 1988), posteriormente traduzido para língua portuguesa e validada para o Brasil (LUFT *et al.*, 2007) no primeiro mês de vida da criança (2ª entrevista). O instrumento é composto por 14 itens com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. A soma da pontuação das questões fornece escores que podem variar de zero (sem estresse) a 56 (estresse extremo). Valores menores ou iguais a 30 representaram ausência de sintomas de estresse materno e maiores que este valor a presença de sintomas de estresse (COHEN S *et al.*, 1988).

15. 6.2.7.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

A depressão pós-parto foi avaliada através da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS). Para fins da avaliação desse efeito mediador, no presente artigo, o valor utilizado dessa variável foi o maior dos escores entre os dois momentos de aplicação do instrumento. O instrumento é de fácil aplicação e interpretação, podendo ser aplicado por profissionais das áreas básicas de saúde. Consiste num auto registro composto de 10 itens, referentes aos últimos sete dias, cujas opções são pontuadas (0, 1, 2 ou 3) de acordo com a presença

ou a intensidade do sintoma. Seus itens incluem: humor depressivo (sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa, ideias de morte ou suicídio), perda do prazer em atividades anteriormente consideradas agradáveis, fadiga, diminuição da capacidade de pensar, de concentrar-se ou de tomar decisões, além de sintomas fisiológicos (insônia ou hipersonia) e alterações do comportamento (crises de choro). A somatória dos pontos perfaz escore de 30, sendo considerado de sintomatologia depressiva valor igual ou superior a 12, como definido na validação da escala em uma amostra brasileira (SANTOS; MARTINS; PASQUAL, 1999).

16. 6.2.7.4 Sleep Behaviour Questionnaire (SBQ)

Foram explorados parâmetros quantitativos do sono através de duas questões: 1ª) Qual a duração total do sono da criança durante a noite? E 2ª) Qual a duração total do sono da criança em 24 horas? (obtida através do somatório de sono durante o dia e a noite). Essas questões são originárias do Sleep Behaviour Questionnaire (CORTESE; GIANNOTTI; OTTAVIANO, 1999) traduzido e adaptado para o português (BATISTA; NUNES, 2006). O questionário foi ajustado para adequação ao contexto do projeto e foi aplicado à mãe ou cuidador principal no sexto mês da criança.

17. 6.2.7.5 Postpartum Bonding Instrument (PBQ)

A interação entre o vínculo mãe-bebê foi avaliada por questionário específico aplicado aos seis meses de vida das crianças. O questionário é autoaplicável e a versão utilizada foi a versão portuguesa do “Postpartum Bonding Instrument” (PBQ) (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, 2011), traduzido da versão original (BROCKINGTON *et al.*, 2001). O protocolo é composto por 25 itens, com opções de respostas que variam de sempre a nunca (0 = sempre; 1 = com muita frequência; 2 = muitas vezes; 3 = às vezes; 4 = raramente e 5 = nunca). Possui quatro escalas psicométricas: 1) laço enfraquecido, formada por 12 itens; 2) rejeição e raiva patológica, composta por sete itens; 3) ansiedade sobre o bebê/ansiedade acerca do cuidado com o bebê formada por quatro itens

e 4) abuso iminente/risco de abuso, formada por dois itens (BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006; HERNÁNDEZ; ÁLVAREZ; ESTEVE, 2015). Este instrumento é, atualmente, o mais utilizado para diagnosticar problemas na relação mãe-filho vínculo entre mãe-filho. Quanto maior a pontuação, mais enfraquecido é o vínculo.

18. 6.2.7.6 Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

O rastreamento (*screening*) de problemas de saúde mental, que avaliou o comportamento infantil, utilizou a escala Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (GOODMAN, 2019) já traduzida e validada para o Brasil (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000). O instrumento é utilizado para crianças e adolescentes entre dois e 16 anos e contém 25 questões englobando cinco subescalas (comportamento pró-social, hiperatividade/déficit de atenção, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento). As opções de respostas constituem-se de: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro e cada item recebe uma pontuação específica. A soma de cada subescala e do total possibilita a classificação do indivíduo em três categorias: comportamento normal (0-15 pontos), limítrofe (16-19 pontos) e comportamento desviante (20-40 pontos). Em quase todas as subescalas (exceto comportamento pró-social), quanto maior a pontuação, maior é o número de sintomas, tais como dores, preocupações, sentimentos de medo e infelicidade, conduta agressiva, trapaças, brigas, hiperatividade, agitação, distração, dificuldade de relacionar-se com colegas entre outros.

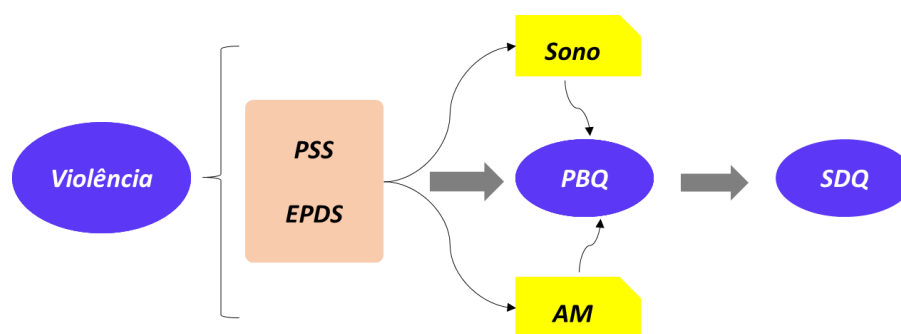
6.2.8 Análise estatística

Após a verificação da consistência do banco de dados final, foi processada uma análise descritiva das variáveis contínuas e categóricas. Para comparar as variáveis sociodemográficas, de comportamento e rotina familiar, maternas e obstétricas, assistenciais e do recém-nascido entre o grupo que sofreu violência e o grupo que não sofreu, os dados paramétricos foram expressos como média (\pm DP), calculados utilizando teste t de *Student*, e os não paramétricos como

mediana e intervalo interquartilico, calculados pelo teste de *Mann Whitney*. Foi realizado o teste de qui-quadrado para detectar diferenças entre proporções das variáveis categóricas (idade materna, escolaridade materna e paterna, classe social, mãe e pai trabalham com carteira assinada, se a gestação foi planejada, se mora com companheiro, número de filhos, sexo da criança, tipo de parto, uso de drogas na gestação, ingestão de álcool pelo companheiro, se o filho vai à creche, se a mãe que cuida na criança na maior parte do tempo, costume de ler para o filho e a presença de aleitamento materno) seguido do teste de comparação de proporções com ajuste de Bonferroni. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram analisados com o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0.

Foi realizado teste de associação bivariada e análise comparativa entre mulheres que sofreram ou não sofreram violência para todas as variáveis. Por fim, o modelo de *path analysis* testou os efeitos mediadores a partir de um modelo teórico pré-definido, seguido de um diagrama com relações causais das hipóteses baseadas na literatura e nos resultados das análises bivariadas (Figura 1). Essa análise é uma extensão de regressões múltiplas, em que as relações entre as variáveis são expressas em termos de coeficientes de correlação. A técnica em si não permite assumir uma relação de causalidade, dado que a direcionalidade entre as variáveis foi definida pelos autores, mas refletem modelos teóricos que servem de base para que o pesquisador avalie qual hipótese melhor se ajusta ao padrão de correlações entre as variáveis estudadas. No modelo testado nessa análise foram consideradas como efeitos mediadores as variáveis da mãe: a) situação de violência; b) estresse (1 mês pós-parto); c) sintomas depressivos (3 ou 6 meses pós-parto); d) vínculo mãe-filho (6 meses pós-parto) e variáveis da criança: a) quantidade de sono e aleitamento materno (6 meses de vida) e b) problemas de saúde mental infantil (avaliado entre 3 e 5 anos). Como foram utilizadas apenas variáveis observadas, os índices de ajuste não foram considerados. A análise foi realizada no software Mplus 7ª versão. Para essa análise, sujeitos com dados faltantes na variável 'violência' foram excluídos do modelo ($n = 29$).

Figura 1: Modelo teórico pré-definido para *path analysis*.



Fonte: elaboração própria

Legenda: Violência: Abuse Assessment Screen, PSS: Perceived Stress Scale, EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale, Sono: Sleep Behaviour Questionnaire, AM: Aleitamento Materno, PBQ: Postpartum Bonding Instrument, SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire.

6.2.9 Considerações éticas

O projeto IVAPSA da primeira fase foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA) e do Grupo Hospitalar Conceição sendo aprovado sob os números 11-0097 e 11-0027, respectivamente. Na segunda fase da pesquisa o projeto foi aprovado pelo CEP-HCPA sob o número 17-0107. Os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com duas vias: uma entregue ao responsável e outra, ao pesquisador. Nele, foram informados os objetivos do estudo e todos os procedimentos realizados durante o acompanhamento e entrevistas e garantido o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes. Por ser um estudo observacional, os indivíduos que necessitaram de atendimento de saúde foram encaminhados às suas Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e, quando situações caracterizadas como urgência ou emergência, eles foram encaminhados ao serviço de emergência do HCPA.

De acordo com a Resolução nº 466/12 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, a presente pesquisa não apresentou conflito de interesses e o risco para os participantes foi mínimo, considerando apenas o deslocamento e o tempo de aplicação dos protocolos.

REFERÊNCIAS

- ABEP. **Critério de classificação econômica Brasil**. Disponível em: <<https://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 1 ago. 2022.
- AFOLABI, O.; BUNCE, L.; LUSHER, J.; BANBURY, S. Postnatal depression, maternal-infant bonding and social support: a cross-cultural comparison of Nigerian and British mothers. **Journal of Mental Health (Abingdon, England)**, v. 29, n. 4, p. 424–430, 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**. Disponível em: <<https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>>. Acesso em: 16 ago. 2022.
- ASHENAFI, W.; MENGISTIE, B.; EGATA, G.; BERHANE, Y. Prevalence and associated factors of intimate partner violence during pregnancy in Eastern Ethiopia. **International Journal of Women's Health**, v. 12, p. 339, 2020.
- BACHMANN, C. J.; BEECHAM, J.; O'CONNOR, T. G.; SCOTT, A.; BRISKMAN, J.; SCOTT, S. The cost of love: financial consequences of insecure attachment in antisocial youth. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 60, n. 12, p. 1343–1350, 2019.
- BAILEY, T.; TOTSIKA, V.; HASTINGS, R. P.; HATTON, C.; EMERSON, E. Developmental trajectories of behaviour problems and prosocial behaviours of children with intellectual disabilities in a population-based cohort. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 60, n. 11, p. 1210–1218, 2019.
- BASTEN, M.; TIEMEIER, H.; ALTHOFF, R. R.; VAN DE SCHOOT, R.; JADDOE, V. W.; HOFMAN, A.; HUDZIAK, J. J.; VERHULST, F. C.; VAN DER ENDE, J. The stability of problem behavior across the preschool years: an empirical approach in the general population. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 44, n. 2, p. 393–404, 2016.
- BATHORY, E.; TOMOPOULOS, S. Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v. 47, n. 2, p. 29–42, 2017.
- BATISTA, B. H. B.; NUNES, M. L. Validação para Língua Portuguesa de duas escalas para avaliação de hábitos e qualidade de sono em crianças. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**, v. 12, n. 3, p. 143-148, 2006.
- BAZYAR, J. SAFARPOUR, H.; DALIRI, S.; KARIMI, A.; SAFI KEYKALEH, M.; BAZYAR, M. The prevalence of sexual violence during pregnancy in Iran and the world: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Injury and Violence Research**, v. 10, n. 2, p. 63, 2018.
- BERNARDI, J. R.; FERREIRA, C. F.; NUNES, M.; DA SILVA, C. H.; BOSA, V. L.; SILVEIRA, P. P.; GOLDANI, M. Z. Impact of perinatal different intrauterine environments on child growth and development in the first six months of life -

IVAPSA birth cohort: rationale, design, and methods. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, n. 1, p. 1–11, 2012.

BICKING KINSEY, C.; HUPCEY, J. E. State of the science of maternal-infant bonding: a principle-based concept analysis. **Midwifery**, v. 29, n. 12, p. 1314–1320, 2013.

BOTT, S. GUEDES, A.; RUIZ-CELIS, A. P.; MENDOZA, J. A. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health**, v. 43, p. 1-12, 2019.

BOWLBY, J. **Attachment and loss, separation anxiety and danger**. New York: Basic Books, 1973. v. 2

BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990. v. 1

BOWLBY, J. **CUIDADOS MATERNOS E SAUDE MENTAL**. 5ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BOWLBY, J. **A secure base: clinical applications of attachment theory**. London: Routledge, 1988.

BRASIL. **LEI Nº 14.188, DE 28 DE JULHO DE 2021**. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.188-de-28-de-julho-de-2021-334902612>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018**. 12 jul. 2018.

BROCKINGTON, I. F.; OATES, J.; GEORGE, S.; TURNER, D.; VOSTANIS, P.; SULLIVAN, M.; LOH, C.; MURDOCH, C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. **Archives of Women's Mental Health**, v. 3, n. 4, p. 133–140, 2001.

BROCKINGTON, I. F.; FRASER, C.; WILSON, D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. **Archives of Women's Mental Health**, v. 9, p. 233–242, 2006.

BRUMMELTE, S.; GALEA, L. A. M. Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. **Hormones and behavior**, v. 77, p. 153–166, 2016.

BRUNTON, P. J. Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. **Reproduction (Cambridge, England)**, v. 146, n. 5, p. 175-189, 2013.

BURKE, J. G.; LEE, L. C.; O'CAMPO, P. An exploration of maternal intimate partner violence experiences and infant general health and temperament. **Maternal and child health journal**, v. 12, n. 2, p. 172–179, 2008.

CABRAL, S. A.; LEVANDOWSKI, D. C. Representações maternas: teóricos e possibilidades de avaliação e intervenção clínica. **Estilos da Clínica**, v. 16, n. 1, p. 186–203, 2011.

CAMPOS, B. C. DE; RODRIGUES, O. M. P. R. Depressão pós-parto materna: crenças, práticas de cuidado e estimulação de bebês no primeiro ano de vida. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 483–492, 2015.

CAMPOS JÚNIOR, D.; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F. A. **Tratado De Pediatria: 2 Volumes**. 4ª ed. [s.l.] Manole, 2017, cap 1.

CAO-LEI, L.; de ROOIJ, S. R.; KING, S.; MATTHEWS, S. G.; METZ, G.; ROSEBOOM, T. J.; SZYF, M. Prenatal stress and epigenetics. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 117, p. 198–210, 2020.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. DE S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227–244, 2014.

CHHABRA, M.; FIORE, L. B.; PÉREZ-VILLANUEVA, S. Violence against women: representations, interpretations, and education. **Violence Against Women**, v. 26, n. 14, p. 1743–1750, 2020.

CHISHOLM, C. A.; BULLOCK, L.; FERGUSON, J. E. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 217, n. 2, p. 141–144, 2017.

COHEN, S.; WILLIAMSON, G.; SPACAPAM, S.; OSKAMP, G. Perceived stress in a probability sample of the United States – Science Open. **The Social Psychology of Health: The Claremont Symposium on Applied Social Psychology**, 1988.

CORTESI, F.; GIANNOTTI, F.; OTTAVIANO, S. Sleep problems and daytime behavior in childhood idiopathic epilepsy. **Epilepsia**, v. 40, p. 1557–1565, 1999.

DADI, A. F.; MILLER, E. R.; MWANRI, L. Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 168, n. 20, p1-15, 2020.

DAGLAR, G.; NUR, N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. **Psiquiatria Danubina**, v. 30, n. 4, p. 433, 2018.

DE AMORIM, S. T. S. P. Aleitamento materno ou artificial: Práticas ao sabor do contexto. Brasil (1960-1988). **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 581–598, 2008.

EL-SHEIKH, M.; KELLY, R. J. Family functioning and children's sleep. **Child development perspectives**, v. 11, n. 4, p. 264, 2017.

EUROPEAN COMMISSION. **Let's put an end to violence against women**. Disponível em: <https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid_development_cooperation_fundamental_rights/factsheet_lets_put_an_end_to_violence_against_women_en.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2022.

FIGUEIREDO, B.; DIAS, C. C.; BRANDÃO, S.; CANÁRIO, C.; NUNES-COSTA, R. Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 4, p. 332–338, 2013.

FLEITLICH, B.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). **Infanto Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, v. 8, n. 1, p. 44–50, 2000.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. DE S. A. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015.

GARCIA-MORENO, C.; WATTS, C. Violence against women: an urgent public health priority. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 89, n. 1, p. 2, 2011.

GELAYE, B.; RONDON, M. B.; ARAYA, R.; WILLIAMS, M. A. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. **The lancet. Psychiatry**, v. 3, n. 10, p. 973–982, 2016.

GLOBEVNIK VELIKONJA, V.; LUČOVNIK, M.; PREMUR SRŠEN, T.; LESKOŠEK, V.; KRAJNC, M.; PAVŠE, L.; VERDENIK, I.; TUL, N.; BLICKSTEIN, I. Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. **Journal of perinatal medicine**, v. 46, n. 1, p. 29–33, 2018.

GOODMAN, J. H. Perinatal depression and infant mental health. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 33, n. 3, p. 217–224, 2019.

HAIRSTON, I.; WAXLER, E.; SENG, J. S.; FEZZEY, A. G.; ROSENBLUM, K. L.; MUZIK, M. The role of infant sleep in intergenerational transmission of trauma. **Sleep**, v. 34, n. 10, p. 1373–1383, 2011.

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 gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics**, v. 124, n. 1, p. 6–11, 2014.

HELENA, E.; DE BRUM, M. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 92–100, 2017.

HERNÁNDEZ, B. P.; ÁLVAREZ, S. S.; ESTEVE, L. G. **Comparative study of the factors involved in the mother-infant bonding in women with and without postpartum depression**. Espanha: Universitat Autònoma de Barcelona, 2015.

HILL, R.; FLANAGAN, J. The maternal-infant bond: clarifying the concept. **International journal of nursing knowledge**, v. 31, n. 1, p. 14–18, 2020.

HÖFLICH, A.; KAUTZKY, A.; SLAMANIG, R.; KAMPSHOFF, J.; UNGER, A. Depressive symptoms as a transdiagnostic mediator of mother-to-infant bonding: Results from a psychiatric mother-baby unit. **Journal of psychiatric research**, v. 149, p. 37–43, 2022.

INSTITUTO MARIA DA PENHA. **Tipos de violência**. Disponível em: <<https://www.institutomariadapenha.org.br/lei-11340/tipos-de-violencia.html>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

ISLAM, T. M.; TAREQUE, I.; TIEDT, A. D.; HOQUE, N. The intergenerational transmission of intimate partner violence in Bangladesh. **Global Health Action**, v. 7, n. 1, p. 23591, 2014a.

JEONG, J.; ADHIA, A.; BHATIA, A.; MCCOY, D. C.; YOUSAFZAI, A. K. Intimate partner violence, maternal and paternal parenting, and early child development. **Pediatrics**, v. 145, n. 6, p. e20192955, 2020.

JUDITH FALK. **Educar os três primeiros anos: a experiência Pikler - Lóczy**. 3ª ed. São Carlos: Pedro & João Editores, 2021.

KELLY, U. A. “I’m a mother first”: The influence of mothering in the decision-making processes of battered immigrant Latino women. **Research in nursing & health**, v. 32, n. 3, p. 286, 2009.

KINGSTON, D.; TOUGH, S.; WHITFIELD, H. Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. **Child psychiatry and human development**, v. 43, n. 5, p. 683–714, 2012.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. IRDI. **Estilos da Clínica**, v. 23, n. 1, p. 62–82, 2018.

LEE, H. PARK, H.; HA, E.; HONG, Y. C.; HA, M.; PARK, H.; KIM, B. N.; LEE, B.; LEE, S. J.; LEE, K. Y.; KIM, J. H.; JEONG, K. S.; KIM, Y. Effect of breastfeeding duration on cognitive development in infants: 3-year follow-up study. **Journal of Korean medical science**, v. 31, n. 4, p. 579–584, 2016.

LEONARD, K. S.; EVANS, M. B.; KJERULFF, K. H.; SYMONS DOWNS, D. Postpartum perceived stress explains the association between perceived social

support and depressive symptoms. **Women's Health Issues**, v. 30, n. 4, p. 231–239, 2020.

LEVENDOSKY, A. A.; BOGAT, G. A.; HUTH-BOCKS, A. C.; ROSENBLUM, K.; von EYE, A. The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 40, n. 3, p. 398–410, 2011.

LUFT, C. B.; SANCHES, S. O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE, A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 606–615, 2007.

LUTKIEWICZ, K.; BIELENINIK, Ł.; CIEŚLAK, M.; BIDZAN, M. Maternal-Infant bonding and its relationships with maternal depressive symptoms, stress and anxiety in the early postpartum period in a Polish sample. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 15, p. 1–12, 2020.

MACDONALD, H. Z.; BEEGHLY, M.; GRANT-KNIGHT, W.; AUGUSTYN, M.; WOODS, R. W.; CABRAL, H.; ROSE-JACOBS, R.; SAXE, G. N.; FRANK, D. A. Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. **Development and psychopathology**, v. 20, n. 2, p. 493–508, 2008.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez. Parto e puerpério**. 15ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000.

MAREE, S.; ZIDI, E. M.; YARI, S.; JAVADI, M. Determinants of sleep habits in toddlers: application of planned behavior theory. **The International journal of risk & safety in medicine**, v. 32, n. 1, p. 41–50, 2021.

MARET, S.; DORSAZ, S.; GURCEL, L.; PRADERVAND, S.; PETIT, B.; PFISTER, C.; HAGENBUCHLE, O.; O'HARA, B. F.; FRANKEN, P.; TAFTI, M. Homer1a is a core brain molecular correlate of sleep loss. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 104, n. 50, p. 20090–20095, 2007.

MARIANO, L. M. B.; MONTEIRO, J. C.S.; STEFANELLO, J.; GOMES-SPONHOLZ, F. A.; ORIÁ, M. O. B.; NAKANO, M. A. S. Exclusive breastfeeding and maternal self-efficacy among women of intimate partner violence situations. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 2910015, 2016.

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2461–2468, 2011.

MEZZAVILLA, R. DE S.; FERREIRA, M. F.; CURIONI, C. C.; LINDSAY, A. C.; HASSELMANN, M. H. Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 3, p. 226–237, 2018.

MIGUEL, P. M.; PEREIRA, L. O.; SILVEIRA, P. P.; MEANEY, M. J. Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 61, n. 10, p. 1127–1133, 2019.

MOJAHED, A.; ALAIDAROUS, N.; KOPP, M.; POGARELL, A.; THIEL, F.; GARTHUS-NIEGEL, S. Prevalence of intimate partner violence among intimate partners during the perinatal period: a narrative literature review. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 61, 2021.

MOOLA, S. e MUNN, Z.; TUFANARU, C.; AROMATARIS, E.; SEARS, K.; SFETCU, R.; CURRIE, M.; QURESHI, R.; MATTIS, P.; LISY, K.; MU P. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. Em: IN: AROMATARIS E, M. Z. (Ed.). **JBIManual for Evidence Synthesis**. [s.l.] JBI, 2020.

MOORE, A. M.; GOVER, A. R. Violence against women: reflecting on 25 years of the violence against women act and directions for the future. **Violence Against Women**, v. 27, n. 1, p. 3–7, 2021.

NAZARÉ, B., FONSECA, A., CANAVARRO, M. C. Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), **Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos**. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia, p. 1961-1973, 2011.

OLIVEIRA, L. C. Q.; FONSECA-MACHADO, M.; STEFANELLO, J.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Intimate partner violence in pregnancy: identification of women victims of their partners. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, p. 233–241, 2015.

OPAS/OMS. **Violência contra as mulheres**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

OYETUNJI, A.; CHANDRA, P. Postpartum stress and infant outcome: a review of current literature. **Psychiatry Research**, v. 284, p. 112769, 2020.

PACHECO, R. L.; LATORRACA, C. O. C.; MARTIMBIANCO, A. L. C.; PACHITO, D. V.; RIERA, R. PROSPERO: base de registro de protocolos de revisões sistemáticas estudo descritivo. **Diagn. tratamento**, p. 101-104, 2018.

PARUTHI, S.; BROOKS, L. J.; D'AMBROSIO, C.; HALL, W. A.; KOTAGAL, S.; LLOYD, R. M.; MALOW, B. A.; MASKI, K.; Nichols, C.; Quan, S. F.; Rosen, C. L.; Troester, M. M.; Wise, M. S. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. **Journal of Clinical Sleep Medicine**, v. 12, n. 6, p. 1705-1706, 2016.

POTON, W. L.; SOARES, A. L. G.; GONÇALVES, H. Problemas de comportamento internalizantes e externalizantes e uso de substâncias na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, e00205917, 2018.

REICHENHEIM, M. E., Moraes, C. L., & Hasselmann, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 610-616, 2000.

RICO, A. R. M.; SÁ, E. **O sono e o temperamento do bebê: estudo exploratório**. Coimbra: UNIVERSIDADE DE COIMBRA, 2015.

RODRIGUES, D. P.; GOMES-SPONHOLZ, F. A.; STEFANELO, J.; NAKANO, A. M. S.; MONTEIRO, J. C. S. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 206–212, 2014.

ROMÁN-GÁLVEZ, R. M.; MARTÍN-PELÁEZ, S.; FERNÁNDEZ-FÉLIX, B. M.; ZAMORA, J.; KHAN, K. S.; BUENO-CAVANILLAS, A. Worldwide prevalence of intimate partner violence in pregnancy. A systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 9, p. 1278, 2021.

SÁ OLIVEIRA DO ESPIRITO SANTO, C.; NASCIMENTO ARAÚJO, M. A. Vínculo afetivo materno: processo fundamental à saúde mental. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 65-73, 2016.

SACCO, L. N. The Violence Against Women Act (VAWA): historical overview, funding, and reauthorization. 2019.

SANTINON, E. P.; SILVA, L. C. F. P. DA.; GUALDA, D. M. R. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Âmbito Jurídico**, v. 74, p. 343–354, 2010.

SANTOS, M. F. DOS; MARTINS, F. C.; PASQUAL, L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 26, n. 2, p. 90–95, 1999.

SEIMYR, L.; WELLES-NYSTRÖM, B.; NISSEN, E. A history of mental health problems may predict maternal distress in women postpartum. **Midwifery**, v. 29, n. 2, p. 122–131, 2013.

SILVA, E. P.; LEMOS A.; ANDRADE, C. H.; LUDERMIR, A. B. Violência por parceiro íntimo na gravidez e problemas comportamentais de crianças e adolescentes: uma metanálise. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 5, p. 471–482, 2018.

SILVA, R. DE P.; LEITE, F. M. C. Intimate partner violence during pregnancy: prevalence and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 97, p. 1–11, 2020.

SIMARD, V.; CHEVALIER, V.; BÉDARD, M. M. Sleep and attachment in early childhood: a series of meta-analyses. **Attachment & human development**, v. 19, n. 3, p. 298–321, 2017.

ŚLIWERSKI, A.; KOSSAKOWSKA, K.; JARECKA, K.; ŚWITALSKA, J.; BIELAWSKA-BATOROWICZ, E. The effect of maternal depression on infant attachment: a systematic review. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 8, p. 2675-2717, 2020.

STEIN, A.; PEARSON, R. M.; GOODMAN, S. H.; RAPA, E.; RAHMAN, A.; MCCALLUM, M.; HOWARD, L. M.; PARIANTE, C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **Lancet (London, England)**, v. 384, n. 9956, p. 1800–1819, 2014.

THE LANCET CHILD & ADOLESCENT HEALTH. Endemic violence against women and girls. **The Lancet. Child & adolescent health**, v. 5, n. 5, p. 309, 2021.

THEME FILHA, M. M.; AYERS, S.; GAMA, S. G.; LEAL, M. C. Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012. **Journal of Affective Disorders**, v. 194, p. 159–167, 2016.

TIKOTZKY, L.; VOLKOVICH, E.; MEIRI, G. Maternal emotional distress and infant sleep: A longitudinal study from pregnancy through 18 months. **Developmental psychology**, v. 57, n. 7, p. 1111–1123, 2021.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. SUPPL. 2, p. s235–s246, 2008.

TOMASDOTTIR, M. O.; KRISTJANSDOTTIR, H.; BJORNSDOTTIR, A.; GETZ, L.; STEINGRIMSDOTTIR, T.; OLAFSDOTTIR, O. A.; SIGURDSSON, J. A. History of violence and subjective health of mother and child: from The Childbirth and Health Cohort Study in Primary Care, Iceland. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 34, n. 4, p. 394, 2016.

TOSO, K.; DE COCK, P.; LEAVEY, G. Maternal exposure to violence and offspring neurodevelopment: A systematic review. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 34, n. 2, p. 190–203, 2020.

UDO, I. E.; SHARPS, P.; BRONNER, Y.; HOSSAIN, M. B. Maternal intimate partner violence: relationships with language and neurological development of infants and toddlers. **Maternal and child health journal**, v. 20, n. 7, p. 1424–1431, 2016.

UN WOMEM. **UN Women annual report 2018–2019**. Disponível em: <<https://annualreport.unwomen.org/en/2019>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

USP/ AUN. **Violência doméstica custa caro para a economia**. Disponível em: <<https://aun.webhostusp.sti.usp.br/index.php/2019/12/04/violencia-domestica-custa-caro-para-a-economia/>>. Acesso em: 8 jul. 2022.

VICTORA, C. G.; HORTA, B. L.; LORET DE MOLA, C.; QUEVEDO, L.; PINHEIRO, R. T.; GIGANTE, D. P.; GONÇALVES, H.; BARROS, F. C. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet. Global Health**, v. 3, n. 4, p. e199, 2015.

WELLS, G.; SHEA, B.; O'CONNELL, D.; PETERSON, J.; WELCH, V.; LOSOS, M.; TUGWELL, P. **The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses**. Disponível em: <https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp>. Acesso em: 24 ago. 2022.

WHO. Intimate partner violence during pregnancy. **Information sheet**, 2011.

WHO. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2012.

WHO. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 ago. 2022.

WHO. **Mental health action plan 2013 - 2020**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>>. Acesso em: 21 ago. 2022a.

WHO. **Global and regional estimates of violence against women - Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>>. Acesso em: 17 set. 2022b.

WHO. **Violence against women**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Acesso em: 16 ago. 2022.

WINNICOTT, D. **Natureza humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

7 RESULTADOS

7.2 ARTIGO 1

Foi submetido ao Journal of Interpersonal Violence (<https://journals.sagepub.com/author-instructions/jiv>).

Violence against women during pregnancy and the development of the mother-infant bonding: a systematic review

Abstract: Intimate partner violence (IPV) suffered by women during pregnancy causes short- and long-term damage to the mother-infant relationship as well as to the health of both. This study aimed to investigate the impact of violence against women during pregnancy on the development of the mother-infant bonding. **Method:** A systematic search was conducted in PubMed, PsycInfo, Scopus, and Web of Science databases to identify articles that investigated the association between IPV suffered by women during pregnancy and the mother-infant bonding. Articles from observational, cohort, cross-sectional and case-control studies were included, whose violence was assessed in the gestational period and the mother-infant bonding measured up to two years of the child's life. The research protocol was registered in the PROSPERO platform and the articles were selected by two independent reviewers using PRISMA protocol criteria. **Results:** In the initial selection, 1,046 articles were found. After excluding duplicates and reading their titles and abstracts, 67 articles were read in full, of which 10 were included in this systematic review. Pregnancy IPV was significantly associated with mother-infant bonding failure in the first two years of the child's life in six articles, and with mother-infant abuse in one. **Conclusion:** The occurrence of IPV during pregnancy affects the development of the mother-infant bonding in the first two years of the child's life.

Keywords: Intimate partner violence (IPV), pregnancy, postpartum depression, mother-infant bonding, systematic review.

7.3 ARTIGO 2

O artigo foi submetido ao Journal of Interpersonal Violence (<https://journals.sagepub.com/author-instructions/jiv>).

Impacto da violência sofrida pela mulher no vínculo mãe-filho e no comportamento da criança em idade pré-escolar - Coorte IVAPSA

RESUMO

A violência sofrida pela mulher traz graves consequências para a saúde materna e infantil gerando prejuízos de curto e longo prazo. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da violência sofrida pela mulher sobre o vínculo mãe-filho nos primeiros seis meses após o parto e sobre a saúde mental da criança na idade pré-escolar mediadas pelo estresse, depressão pós-parto (DPP), aleitamento materno e pelo sono da criança. Os participantes foram recrutados de dois hospitais públicos de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul (Brasil). Foram realizadas cinco entrevistas de avaliação dos pares mãe-filho. Foram realizadas análises descritivas conforme situação de violência e características sociodemográficas, de comportamento e rotina familiar, características maternas e obstétricas, variáveis assistenciais e do recém-nascido. Por fim, o modelo de *path analysis* testou o efeito mediador do estresse, da DPP, do aleitamento materno e do sono infantil sobre a relação entre violência e vínculo mãe-filho e a influência deste vínculo na saúde mental da criança em idade pré-escolar. Entre os 295 pares de mãe-filho analisados, 48,8% das mulheres sofreram violência na vida e 15,9% durante a gravidez. Houve associação estatisticamente positiva entre violência e estresse, DPP, sono infantil, vínculo mãe-filho e problemas de internalização da criança em idade pré-escolar. A violência impacta na falha do vínculo mãe-filho, e foi apenas parcialmente explicada pelo estresse e DPP, e a falha no vínculo mãe-filho explicou problemas de internalização na criança. Este estudo constatou que a violência sofrida pela mulher na vida e na gravidez interfere negativamente na saúde materna e infantil e na relação entre mãe-filho. Prevenir e identificar, precocemente, a ocorrência de violência contra mulheres pode evitar desfechos negativos para o vínculo mãe-filho e para problemas comportamentais da criança na idade pré-escolar e no futuro.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, vínculo mãe-filho, depressão pós-parto, estresse materno, saúde mental infantil.

8 CONCLUSÕES

- Impacto da violência prévia à gestação sofrida pela mulher ou durante o período pré-natal sobre o vínculo mãe-filho e na saúde mental da criança em idade pré-escolar.

A tese analisou a violência sofrida na vida (VT), e na gravidez (VG) por mulheres acompanhadas em um estudo de Coorte e seus efeitos para o vínculo mãe-filho e para o desenvolvimento da criança em idade pré-escolar foram estatisticamente significativos.

- Relação entre a violência e o vínculo mãe-filho, mediada pelo estresse materno percebido, pela depressão pós-parto, pelo aleitamento materno e pelo sono da criança, sobre a saúde mental da criança em idade pré-escolar.

O estresse materno percebido, a DPP e sono infantil mediaram parcialmente o impacto significativo da violência no vínculo mãe-filho. O estresse mediou a depressão pós-parto que mediou o vínculo mãe-filho. O sono infantil mediou o vínculo mãe-filho em mulheres que sofreram violência na vida, e o aleitamento materno não apresentou efeito mediador significativo. O vínculo mãe-filho prejudicado teve impacto significativo no desenvolvimento de problemas de internalização nas crianças em idade pré-escolar.

- Condições sociodemográficas.

Foi possível identificar a influência de características sociodemográficas na ocorrência de violência. As mulheres que sofreram violência eram mais frequentemente das classes econômicas C, D e E, e a idade paterna era maior comparada a idade paterna no grupo de mulheres que não sofreu violência. A violência sofrida na gravidez (VG) foi associada significativamente a menor escolaridade materna, aos extremos da escolaridade paterna e a ausência de companheiro.

- Impacto da violência no comportamento e rotina familiares, em características maternas e obstétricas, variáveis assistenciais e do recém-nascido.

Com relação ao comportamento e rotina familiares, apresentou significância estatística o costume de ler para os filhos aos seis meses. Filhos de vítimas de violência nasceram com peso e perímetro cefálico menores comparados aos filhos do grupo de mulheres que não sofreu violência na gravidez.

- Impacto da violência prévia à gestação sofrida pela mulher ou durante o período pré-natal no estresse materno percebido, na depressão materna pós-parto, no aleitamento materno, no sono da criança, no vínculo mãe-filho e na saúde mental da criança em idade pré-escolar.

Mulheres que sofreram violência eram significativamente mais propensas a ter pontuação mais alta de estresse materno percebido, de DPP, falha no vínculo mãe-filho e seus filhos apresentarem problemas de internalização em idade pré-escolar. Os filhos de mulheres que sofreram violência na vida apresentaram maior tempo de duração de sono total.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese, ao avaliar o impacto da violência sofrida pela mulher na vida e durante a gravidez na saúde materna e infantil em uma coorte de mulheres conduzida em três hospitais públicos no sul do Brasil, trouxe importantes contribuições. Além de consolidar o que já se sabia, os resultados permitem avançar em novos nexos de causalidade e mediação. Concluímos que a exposição à violência tem graves consequências para a formação do vínculo mãe-filho e para a saúde mental da criança em idade pré-escolar, e que esta influência sofre efeito de fatores mediadores.

Os fatores mediadores identificados neste estudo foram o estresse e a depressão materna pós-parto, o sono da criança aos seis meses de vida e o vínculo mãe-filho, e esse último, com impacto na saúde mental da criança em idade pré-escolar. Entretanto, a violência apresentou uma relação positiva direta e significativa no vínculo mãe-filho, apenas parcialmente explicada pelos fatores mediadores.

Muitos estudos avaliam o impacto das experiências vividas por crianças em ambientes violentos e o desenvolvimento de desfechos negativos para a saúde mental delas. E, embora na literatura já esteja estabelecida a relação entre violência e saúde mental materna e sobre o vínculo mãe-filho, poucas pesquisas revelam a influência da violência sofrida no período pré-gestacional e durante a gravidez com o impacto para a saúde da criança como revelado em nosso estudo. Além disso, a maioria deles não apresenta metodologias que permitam avaliar como essa associação poderia ser explicada em uma rede de causalidades.

Nossos achados contribuem para a ampliação do olhar para a saúde da mulher, da gestante, da dupla mãe-filho e para a criança, com foco na importância do fortalecimento do vínculo e no quanto ele é impactado negativamente por experiências de violência sofrida pela mulher. O vínculo mãe-filho, importante não apenas nos primeiros meses de vida da criança, mas também como propulsor de saúde mental durante a gravidez, deve ser investido em todos os momentos.

A rede de causalidade identificada em nosso estudo indica que há não um, mas alguns momentos cruciais em que se deve atuar para prevenir problemas

de saúde mental em crianças. Prevenir a violência contra a mulher é primordial, mas também acolhê-las durante a gravidez de forma efetiva, identificar vulnerabilidades, conhecer o nível de estresse percebido e a ocorrência de depressão pré e pós-parto. Além de avaliar a qualidade do vínculo mãe-feto e mãe-filho nas consultas de pré-natal e puericultura, algumas medidas podem ser implementadas durante esses períodos. Para mulheres em vulnerabilidade social, geralmente mais expostas a algum tipo de violência, a identificação e intervenção precoces na abordagem dos problemas de saúde mental poderiam promover a utilização de recursos comunitários acessíveis e de baixo custo, que também poderiam apoiar a interação pais-filho.

Muitos dos resultados encontrados são preocupantes. Metade das mulheres da nossa amostra responderam ter sido violentadas na vida e comparando os grupos entre as que responderam ou não ao questionário sobre violência, o perfil das mulheres que responderam (com 30 anos ou mais, que vivem com companheiro e que o companheiro tem carteira de trabalho assinada) não está entre o perfil mais vulnerável para a ocorrência de violência. Ou seja, muito provavelmente, há subnotificação dos dados. Como esperado, de acordo com resultados de outras pesquisas, as mulheres que apresentam maior vulnerabilidade são as que têm maior dificuldade de acessar tratamentos de saúde. Além disso, da mesma forma, a DPP pode não ter sido identificada na sua totalidade dentro da amostra, visto que utilizamos resultados de questionário autoaplicável e não de entrevista clínica semiestruturada, considerada mais eficaz para a identificação de casos de depressão.

Ainda que no nosso estudo o AM não tenha tido associação com vínculo mãe e filho, e que de fato não possa ser associado a qualidade do vínculo de forma unilateral, sem dúvida é um importante aspecto da relação entre mãe-filho, se incentivado de forma adequada, com apoio emocional, orientação adequada e legislação que de fato apoie a mulher, pode funcionar bem e trazer todos os benefícios conhecidos.

Os avanços na legislação e nas políticas para o enfrentamento da violência de gênero garantem a discussão do tema de maneira mais ampla, mas nem sempre geram os resultados positivos esperados como diminuição da ocorrência e penalização dos culpados. A implementação de estratégias não parece estar

sendo eficaz e adequada para garantir acesso para as pessoas que, de fato, necessitam dos recursos para a prevenção, tratamento e reabilitação.

Devemos enfrentar o problema tanto na prevenção como na intervenção enfatizando a importância do vínculo mãe-filho e o enfrentamento dos diversos determinantes sociais em saúde nos desfechos de saúde mental. Existem na literatura estudos que indicam bons resultados de estratégias e terapias de interação pais e filhos, desde o acompanhamento pré-natal até o nascimento, na internação hospitalar, ou mesmo nas consultas de puericultura. Os estudos sobre depressão pós-parto ou periparto indicam que, pelo menos, uma em cada quatro mulheres apresenta sintomas de depressão durante a gestação. Elas são mais propensas a continuarem deprimidas no período pós-parto. No entanto, não existem estratégias consolidadas para rastreamento a nível populacional. O pré-natal psicológico, por exemplo, é um serviço raramente ofertado. Ele investiga questões subjetivas que envolvem a gravidez, promove apoio e orientação às mulheres e familiares e tem potencial de minimizar e evitar diversos desfechos negativos para a saúde tanto da mulher como do pai e da criança.

A divulgação dos resultados dessa tese deve se somar a outros achados pertinentes para consolidar a necessidade de investimentos na saúde mental materna e infantil. Na promoção de um futuro melhor para as próximas gerações é inevitável se envolver com os temas da primeira infância e, com isso, dar atenção a tudo que envolve a boa resolução das etapas iniciais do desenvolvimento. Se o feto sofre influência dos desejos dos pais antes mesmo da concepção, se existem características genéticas e epigenéticas, que são transmitidas de forma transgeracional, e, se as experiências da gestação, do parto e do pós-parto são fundamentais para desfechos de saúde da criança, então desde muito cedo os jovens devem tomar conhecimento da realidade e receber orientação adequada para o reconhecimento de transtornos que envolvem todos esses períodos. São as mulheres mais jovens que mais frequentemente são violentadas e que apresentam sintomas de DPP. Dessa forma, as políticas públicas devem avançar de forma ampliada e intersetorial, os programas de divulgação nas escolas, por exemplo, são importantes, e uma rara oportunidade de acesso a essas jovens.

De outra forma, orientações e rastreamentos envolvendo a saúde nutricional da mãe e do feto já estão consolidadas e são igualmente importantes

para garantir bons desfechos em saúde. Mas os aspectos psíquicos da dupla mãe-filho ainda são negligenciados. Dada a importância de investimento no vínculo mãe-filho e a influência que esse sofre pelos episódios de violência de gênero e pelos transtornos de saúde mental materna, os investimentos em pesquisas e, principalmente, em prevenção e tratamentos ainda são raros no cenário atual diante da proporção de casos de violência, de depressão pós-parto entre outros problemas em saúde materna e infantil conforme observado nesta tese.

ANEXO A - CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL



CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

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

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA

SABE-SE QUE MUITAS MULHERES SÃO MALTRATADAS E AGREDIDAS POR PESSOAS PRÓXIMAS OU ESTRANHAS. GOSTARÍAMOS DE SABER SE ALGUMAS DESSAS SITUAÇÕES OCORREM OU JÁ OCORRERAM COM VOCÊ.

1. Você acha que é ou foi, quase sempre, humilhada, rebaixada, ofendida, com palavras desagradáveis ou irônicas? (1) Sim (0) Não	MTG1 ____
SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 2	
1. A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? (0) 0-9 anos de idade (1) 10-19 anos de idade (2) mais de 20 anos de idade	MTG1A ____
1.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? (1) Sim (0) Não	MTG1B ____
1.C. Quem a atacou? (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) (1) Outro membro da família (2) Amigo (3) Estranho	MTG1C ____
1.D. Quantas vezes isso aconteceu? (0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes	MTG1D ____
1.E. Você solicitou algum tipo de ajuda? (1) Sim (0) Não SE SIM , de quem? (0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro	MTG1E ____ MTG1ES ____
2. Alguma vez alguém já lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? (1) Sim (0) Não	MTG2 ____
SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 3	
2. A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? (0) 0-9 anos de idade (1) 10-19 anos de idade (2) mais de 20 anos de idade	MTG2A ____
2.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? (1) Sim (0) Não	MTG2B ____
2.C. Quem a agrediu? (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) (1) Outro membro da família (2) Amigo (3) Estranho	MTG2C ____
2.D. Quantas vezes isso aconteceu? (0) Uma vez (1) Algumas vezes (2) Muitas vezes	MTG2D ____
2.E. Você solicitou algum tipo de ajuda? (1) Sim (0) Não SE SIM , de quem? (0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro	MTG2E ____ MTG2ES ____

3. Alguma vez você já foi atacada com faca, revolver ou outro tipo de arma? <input type="checkbox"/> (1) Sim <input type="checkbox"/> (0) Não	MTG3 ____
SE NÃO, PULAR PARA A PERGUNTA 4	
3.A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? <input type="checkbox"/> (0) 0- 9 anos de idade <input type="checkbox"/> (1) 10-19 anos de idade <input type="checkbox"/> (2) mais de 20 anos de idade	MTG3A ____
3.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? <input type="checkbox"/> (1) sim <input type="checkbox"/> (0) não	MTG3B ____
3.C. Quem a atacou? <input type="checkbox"/> (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) <input type="checkbox"/> (1) Outro membro da família <input type="checkbox"/> (2) Amigo <input type="checkbox"/> (3) Estranho	MTG3C ____
3.D. Quantas vezes isso aconteceu? <input type="checkbox"/> (0) Uma vez <input type="checkbox"/> (1) Algumas vezes <input type="checkbox"/> (2) Muitas vezes	MTG3D ____
3.E. Você solicitou algum tipo de ajuda? <input type="checkbox"/> (1) Sim <input type="checkbox"/> (0) Não SE SIM , de quem? <input type="checkbox"/> (0) Familiar <input type="checkbox"/> (1) Justiça <input type="checkbox"/> (2) Serviço de Saúde <input type="checkbox"/> (3) Outro	MTG3E ____ MTG3ES ____
4. Você já foi forçada a fazer algum tipo de sexo com alguém, por se sentir ameaçada fisicamente ou temer ser seriamente machucada? <input type="checkbox"/> (1) Sim <input type="checkbox"/> (0) Não	MTG4 ____
SE NÃO, PARE DE RESPONDER	
4.A. Quando isso aconteceu que idade você tinha? <input type="checkbox"/> (0) 0 – 9 anos de idade <input type="checkbox"/> (1) 10 – 19 anos de idade <input type="checkbox"/> (2) mais de 20 anos de idade	MTG4A ____
4.B. Isso aconteceu durante essa gravidez? <input type="checkbox"/> (1) Sim <input type="checkbox"/> (0) Não	MTG4B ____
4.C. Quem a forçou? <input type="checkbox"/> (0) Companheiro (namorado, marido, noivo) <input type="checkbox"/> (1) Outro membro da família <input type="checkbox"/> (2) Amigo <input type="checkbox"/> (3) Estranho	MTG4C ____
4.D. Quantas vezes isso aconteceu? <input type="checkbox"/> (0) Uma vez <input type="checkbox"/> (1) Algumas vezes <input type="checkbox"/> (2) Muitas vezes	MTG4D ____

<p>4.E. Você solicitou algum tipo de ajuda?</p> <p>(1) Sim (0) Não</p> <p>SE SIM, de quem?</p> <p>(0) Familiar (1) Justiça (2) Serviço de Saúde (3) Outro</p>	<p>MTG4E</p> <p>_____</p> <p>MTG4ES</p> <p>_____</p>
<p>CASO VOCE NECESSITE AUXÍLIO ESPECÍFICO USE O TELEFONE INFORMADO NO TERMO DE CONSENTIMENTO, ENTREGUE NO PRIMEIRO DIA DE ENTREVISTA.</p>	

ANEXO C – ESTRESSE PERCEBIDO

Data da entrevista: ____ / ____ / ____	GDE __ / __ / __
Entrevistadora: _____	
PSS - 14	
<p>As questões a seguir referem-se aos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada questão, você deverá responder com que frequência você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam parecidas, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. Para cada pergunta, escolha entre as seguintes alternativas: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.</p>	
<p>1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?</p> <p>0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre</p>	EEPTAI ____
<p>2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?</p> <p>0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre</p>	EEICCI ____
<p>3. Você tem se sentido nervosa e “estressada”?</p> <p>0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre</p>	EEPSNE ____
<p>4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?</p> <p>0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre</p>	EEPSPD ____

5. Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPLMI ____
6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPHRP ____
7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPCAV ____
8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPNLG ____
9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPCCI ____
10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPCSC ____
11. Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPIFC ____
12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPPCF ____
13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPCMG ____
14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las? 0. Nunca 1. Quase nunca 2. Às vezes 3. Quase sempre 4. Sempre	EEPDANS ____

ANEXO D – DEPRESSÃO PÓS-PARTO

EPDS	
Nos últimos 7 dias, você...	
1. Tem sido capaz de rir e achar graça das coisas? (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	3EPDS1 ____
2. Tem pensado no futuro com alegria? (0) Sim, como de costume (1) Um pouco menos que de costume (2) Muito menos que de costume (3) Praticamente não	3EPDS2 ____
3. Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado? (0) Não, de jeito nenhum (1) Não frequentemente. (2) Sim, algumas vezes. (3) Sim, a maior parte das vezes.	3EPDS3 ____

<p>4. Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?</p> <p>(0) Não, de jeito nenhum (1) De vez em quando (2) Sim, às vezes (3) Sim, muito seguido</p>	3EPDS4
<p>5. Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?</p> <p>(0) Não, de jeito nenhum (1) Raramente (2) Sim, às vezes (3) Sim, muito seguido</p>	3EPDS5
<p>6. Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?</p> <p>(0) Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (2) Sim, algumas vezes não tenho conseguido lidar bem como antes (3) Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles</p>	3EPDS6
<p>7. Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?</p> <p>(0) Não, nenhuma vez (1) Raramente (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, na maioria das vezes</p>	3EPDS7
<p>8. Tem se sentido triste ou muito mal?</p> <p>(0) Não, de jeito nenhum (1) Raramente (2) Sim, muitas vezes (3) Sim, na maioria das vezes.</p>	3EPDS8
<p>9. Tem se sentido tão triste que tem chorado?</p> <p>(0) Não, nunca (1) Só de vez em quando (2) Sim, muitas vezes (3) Sim, a maior parte do tempo</p>	3EPDS9
<p>10. Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma?</p> <p>(0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Sim, muitas vezes</p>	3EPDS10

ANEXO E – VÍNCULO MÃE-FILHO

Data da entrevista: ___ / ___ / ___	GDE ___ / ___ / ___
Entrevistadora: _____	
A1) Código de identificação _____	
(PBQ)	
<p>Por gentileza, indique com que frequência as seguintes afirmações são verdadeiras para você. Não existem respostas “certas” ou “erradas”. Escolha a resposta que mais parece certa de acordo com sua experiência recente</p>	
<p>1. Sinto-me próxima do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN1 __
<p>2. Gostaria de voltar ao tempo em que ainda não tinha este bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN2 __
<p>3. Sinto-me distante do meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN3 __
<p>4. Adoro fazer carinho no meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN4 __
<p>5. Arrependo-me de ter tido este bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN5 __
<p>6. Este bebê não parece ser meu.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN6 __
<p>7. O meu bebê me enerva.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Às Vezes 4. <input type="checkbox"/> Raramente 5. <input type="checkbox"/> Nunca</p>	VIN7 __
<p>8. Amo loucamente o meu bebê.</p> <p>0. <input type="checkbox"/> Sempre 1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes</p>	VIN8 __

3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
9. Sinto-me feliz quando meu bebê sorri.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN9__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
10. O meu bebê me deixa desesperada.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN10__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
11. Gosto muito de brincar com o meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN11__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
12. O meu bebê chora demais.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN12__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
13. Sinto-me encurralada como mãe.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN13__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
14. Sinto-me zangada com o meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN14__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
15. Sinto rancor do meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN15__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
16. O meu bebê é o bebê mais bonito do mundo.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN16__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
17. Gostaria que meu bebê desaparecesse de alguma forma.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN17__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
18. Fiz coisas prejudiciais para o meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN18__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
19. O meu bebê me deixa ansiosa.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN19__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
20. Tenho medo do meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN20__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
21. Meu bebê me irrita.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN21__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	
22. Sinto-me confiante quando cuido do meu bebê.			
0. <input type="checkbox"/> Sempre	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	VIN22__
3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	4. <input type="checkbox"/> Raramente	5. <input type="checkbox"/> Nunca	

23. Sinto que a única solução é outra pessoa tomar conta do meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 4. <input type="checkbox"/> Raramente	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5. <input type="checkbox"/> Nunca	VIN23_ —
24. Tenho vontade de fazer mal ao meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 4. <input type="checkbox"/> Raramente	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5. <input type="checkbox"/> Nunca	VIN24_
25. É fácil consolar o meu bebê. 0. <input type="checkbox"/> Sempre 3. <input type="checkbox"/> Às Vezes	1. <input type="checkbox"/> Com muita frequência 4. <input type="checkbox"/> Raramente	2. <input type="checkbox"/> Muitas vezes 5. <input type="checkbox"/> Nunca	VIN25_

ANEXO F – QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DO SONO

AVALIAÇÃO DO SONO

Para as questões envolvendo referências ao tempo, por favor indique a duração do tempo em horas e minutos. Lembre-se de marcar as questões abaixo em referência ao comportamento do seu filho e seus hábitos durante as últimas semanas

1. A que horas você coloca seu(ua) filho(a) para dormir à noite? ____: ____	SOITH ____:____
2. Quanto tempo leva para seu(ua) filho(a) adormecer à noite (em minutos)? _____ minutos	SNOITT _____ minutos
3. Quando você coloca seu(ua) filho(a) para dormir à noite: (0) Ele(a) está acordado e adormece por si só. (1) Ele(a) está acordado e você permanece ao seu lado até que ele adormeça. (2) Você o(a) embala até que ele(a) adormeça. (3) Ele(a) adormece enquanto toma mamadeira. (4) Ele(a) adormece enquanto mama.	SNOITS _____
4. Qual é a duração total do sono de seu(ua) filho(a) durante a noite? _____ h _____ min	SNOITD ____h____m
5. Durante a noite, quantas horas seguidas seu(ua) filho(a) dorme sem despertar? _____ h _____ min	SNOITDE ____h____m
6. A que horas seu(ua) filho(a) acorda pela manhã? ____: ____	SMAN ____:____
7. Seu(ua) filho(a) acorda a noite para beber algo? (1) Sim, quantas vezes: _____ (0) Não (vá para questão 9)	SNOITB _____ SNOIVZ _____
SE SIM:	
8. Ele(a) volta a dormir por si só em geral? (0) Não (1) Sim	SNOITBD _____

(2) Ele adormece enquanto bebe	
9) Seu(ua) filho(a) acorda à noite (por alguma outra razão que não seja para beber algo)? (1) Sim, quantas vezes: _____ (0) Não (vá para questão 13)	SNOITA ____ SNOIVZ ____
SE SIM:	
10) Qual é a duração total de tempo destas vezes que ele(a) acorda? _____ h _____ min	SNOITAD __h__m
11) Ele(a) volta a dormir por si só em geral? (1) Sim (0) Não	SNOITAD ____
12) SE NÃO , o que você faz para que ele(a) adormeça novamente? (0) Você o(a) coloca na cama e permanece a seu lado até que ele adormeça. (1) Você fala com ele(a) ou canta até que ele(a) adormeça. (2) Você o(a) deixa chorando. (3) Você o(a) traz para sua cama.	SNOITAA ____
13) O seu(ua) filho(a) dorme: (0) Sozinho(a) no quarto dele(a). (1) No quarto dele(a), com outra pessoa. (2) No seu quarto, mas no berço dele(a). (3) No seu quarto, na sua cama.	SDORM ____
14) Quantas outras vezes por dia o seu(ua) filho(a) dorme (sonecas)? (1) 1. (2) 2. (3) 3. (4) 4. (5) Mais de 4. (6) Não dorme (vá para a questão 16).	SSON ____
15) Qual é a duração total do sono de seu filho durante o dia? _____ h _____ min	__h__m
16. Seu(ua) filho(a) dorme usando chupeta? (1) Sim (0) Não	SCHUP ____
17. Seu(ua) filho(a) chupa o dedo? (1) Sim	SDED ____

(0) Não	
18. Seu(ua) filho(a) adormece com algum outro objeto como um ursinho ou fralda? (1) Sim (0) Não	SDOBJ _____
19. Seu(ua) filho(a) dorme num quarto escurecido à noite (com as janelas fechadas)? (1) Sim (0) Não	SDESC _____
20. Seu(ua) filho(a) fala ou caminha durante o sono? (1) Sim (0) Não	SCAM _____
21. Seu(ua) filho(a) respira de forma barulhenta durante o sono? (1) Sim (0) Não	SRESPB _____
22. Seu(ua) filho(a) tem pesadelos? (0) Não. (1) Às vezes. (2) Frequentemente. (3) Toda a noite. (4) Não sei responder.	SPES _____
23. Seu(ua) filho(a) tem terrores noturnos (acorda chorando ou gritando, confuso, parece aterrorizado, suando). Terrores noturnos acontecem mais no início da noite, enquanto pesadelos acontecem no final. (0) Não. (1) Às vezes. (2) Frequentemente. (3) Toda a noite. (4) Não sei responder.	STERNN _____
24. Seu(ua) filho(a) range ou trinca os dentes enquanto dorme?	SDENT _____

<p>(0) Não.</p> <p>(2) Às vezes.</p> <p>(3) Frequentemente.</p> <p>(4) Toda a noite.</p> <p>(5) Não sei responder.</p>	
<p>25. Logo antes de adormecer, seu(u) filho(a) embala o corpo repetidamente?</p> <p>(0) Não.</p> <p>(1) Às vezes.</p> <p>(2) Frequentemente.</p> <p>(3) Toda a noite.</p> <p>(4) Não sei responder.</p>	SEMB _____

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marca, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responderes a todas as afirmações o melhor que puderes, mesmo que não tenhas a certeza absoluta ou que a afirmação te pareça estranha. Por favor, responde baseando-te na forma como as coisas te têm corrido nos últimos seis meses.

Nome

Masculino/Feminino

Data de nascimento

	Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade
Tento ser simpático/a com as outras pessoas. Preocupo-me com o que sentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou irrequieto/a, não consigo ficar quieto/a muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas dores de cabeça, de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de partilhar com os outros (comida, jogos, esferográficas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irrito-me e perco a cabeça muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou quase sempre sozinho/a, jogo sozinho/a. Sou reservado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente faço o que me mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preocupo-me muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossego, estou sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando sempre á pancada. Consigo obrigar os outros a fazer o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ando muitas vezes triste, desanimado/a ou a chorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus colegas geralmente gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou sempre distraído/a. Tenho dificuldades em me concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fico nervoso/a em situações novas. Facilmente fico inseguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou simpático/a para os mais pequenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sou muitas vezes acusado/a de mentir ou enganar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As outras crianças ou jovens metem-se comigo, ameaçam-me ou intimidam-me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosto de ajudar os outros (pais, professores ou outros jovens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penso nas coisas antes de as fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiro coisas que não são minhas, em casa, na escola ou noutros sítios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dou-me melhor com adultos do que com os da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitos medos, assusto-me facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geralmente acabo o que começo. Tenho uma boa atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE A – MATERIAL SUPLEMENTAR ARTIGO DE REVISÃO

Supplementary information

Table 1: Full text exclusion criteria.

Title	Reason

1. I Asked Myself If I Would Ever Love My Baby”: Mothering Children Born of Genocidal Rape in Rwanda	Exposure
2. A study of the effect of domestic violence on maternal-neonatal attachment in prim gravida women referred to hospitals affiliated to Shiraz university of medical sciences	INCLUDED
3. An exploration of maternal intimate partner violence experiences and infant general health and temperament	INCLUDED
4. Antenatal pain, intimate partner violence, and maternal bonding disorder: data from the Japan environment and children's study.	Full text unavailable
5. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes	Design
6. Association Between Intimate Partner Violence and Breastfeeding Duration: Results From the 2004-2014 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System.	Exposure
7. Association between maternal intimate partner violence victimization during pregnancy and maternal abusive behavior towards infants at 4 months of age in Japan	INCLUDED
8. Associations between intimate partner violence (IPV) during pregnancy, mother-to-infant bonding failure, and postnatal depressive symptoms.	INCLUDED
9. Associations of intimate partner violence with postnatal health practices in Bihar, India.	Outcome
10. Associations of intimate partner violence with postnatal health practices in Bihar, India.	Outcome
11. Birth outcomes and maternal morbidity in abused pregnant women with public versus private health insurance.	Outcome
12. Breastfeeding continuation at 6 weeks postpartum remediates the negative effects of prenatal intimate partner violence on infant temperament	Outcome
13. Child-Parent Psychotherapy examined in a perinatal sample: Depression, posttraumatic stress symptoms and child-rearing attitudes.	Outcome
14. Continued intimate partner violence during pregnancy and after birth and its effect on child functioning.	Outcome
15. Effects of intimate partner violence on the attachment relationship between mother and child: Data from a longitudinal study beginning during pregnancy.	Outcome
16. Evaluating Intimate Partner Violence during pregnancy: Prevalence and impact on maternal behaviors and newborn health.	Full text unavailable
17. Impact of domestic violence and drug abuse in pregnancy on maternal attachment and infant temperament in teenage mothers in the setting of best clinical practice.	INCLUDED

18. Impact of intimate partner violence and childhood maltreatment on maternal-infant maltreatment: A longitudinal study.	Outcome
19. Improvements in the Child-Rearing Attitudes of Latina Mothers Exposed to Interpersonal Trauma Predict Greater Maternal Sensitivity Toward Their 6-Month-Old Infants.	Outcome
20. Intimate partner violence and infant socioemotional development: the moderating effects of maternal trauma symptoms.	Outcome
21. Intimate partner violence and maternal child abuse: The mediating effects of mothers' postnatal depression, mother-to-infant bonding failure, and hostile attributions to children's behaviors.	INCLUDED
22. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior.	Outcome
23. Intimate partner violence during pregnancy and mothers' child abuse potential.	INCLUDED
24. Intimate Partner Violence, Negative Attitudes Toward Pregnancy, and Mother-to-Fetus Bonding Failure Among Japanese Pregnant Women.	Full text unavailable
25. Intimate partner violence, power, and equity among adolescent parents: relation to child outcomes and parenting.	Outcome
26. Intimate partner violence, pregnancy, and mothering: Application of attachment theory.	Full text unavailable
27. Keeping it together for the kids: new mothers' descriptions of the impact of intimate partner violence on parenting.	Outcome
28. Maltreatment in childhood and intimate partner violence: A latent class growth analysis in a South African pregnancy cohort.	Outcome
29. Maternal childhood trauma, postpartum depression, and infant outcomes: Avoidant affective processing as a potential mechanism	Exposure
30. Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment.	Exposure
31. Maternal intimate partner violence: Relationships with language and neurological development of infants and toddlers.	Outcome
32. Maternal-foetal bonding: The impact of domestic violence on the bonding process between a mother and child.	INCLUDED
33. Mother-to-infant bonding failure and intimate partner violence during pregnancy as risk factors for father-to-infant bonding failure at 1 month postpartum: an adjunct study of the Japan Environment and Children's Study.	Outcome
34. Neighborhood disadvantage moderates the effect of perinatal intimate partner violence (IPV) exposure on disorganized attachment behaviors among 12-month-old infants.	INCLUDED

35. Perinatal psychiatry: infant mental health interventions during pregnancy.	Outcome
36. Postpartum Depressive Symptoms as a Mediator Between Intimate Partner Violence During Pregnancy and Maternal-Infant Bonding in Japan.	INCLUDED
37. Pre- and postpartum influences on the relationship between parent and child	Full text unavailable
38. Pregnant mothers' perceptions of how intimate partner violence affects their unborn children.	Design
39. Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding.	Outcome
40. Stigma and Parenting Children Conceived from Sexual Violence.	Outcome
41. The association of intimate partner violence with postpartum depression in women during their first month period of giving delivery in health centers at Dessie town, 2019.	Outcome
42. The case for early intervention to reduce the impact of intimate partner abuse on child outcomes: Results of an Australian cohort of first-time mothers.	Outcome
43. The Effects of Domestic Abuse on the Unborn Child.	Full text unavailable
44. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health.	Outcome
45. The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool.	Full text unavailable
46. The Impact of Domestic Violence on Mothers' Prenatal Representations of Their Infants.	INCLUDED
47. The impact of maternal interpersonal trauma on infant social-emotional development: The critical role of disrupted maternal representations of the child.	Full text unavailable
48. The impact of trauma on the fetus, the infant, and the child.	Design
49. The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child.	Design
50. The influence of intimate partner violence (IPV) on neurological and language development of infants and toddlers 3--24 months.	Full text unavailable
51. The interaction of maternal personality traits and intimate partner violence as influences on maternal representations.	Exposure

52. The Intergenerational Effects of Intimate Partner Violence in Pregnancy: Mediating Pathways and Implications for Prevention.	Design
53. The precursors of childhood violence in the perinatal period: A review of the literature	Design
54. The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years.	Outcome
55. Traumatic events: exploring associations with maternal depression, infant bonding, and oxytocin in Latina mothers.	INCLUDED
56. Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: a longitudinal study.	Outcome
57. Violence against women and the perinatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding.	Design
58. Violence during pregnancy and its effects on mother–baby relationship during pregnancy.	Outcome

Supplementary table 2: Cohort and case control studies Newcastle - Ottawa quality assessment scale

Categories	Quests	COHORT STUDIES					CASE CONTROL STUDIES
		Sachiko Kita, 2020	Hidekazu Nishigori, 2018	Sachiko Kita, 2016	Cecilia E. Casanueva, 2007	Julie A. Quinlivan, 2005	Deborah Zeitlin, 1999
Selection	1. Representativeness of the exposed cohort/ Is the case definition adequate?	★	★	★	★	★	★
	2. Selection of the non-exposed cohort/ Representativeness of the cases	★	★	★	★	★	★
	3. Ascertainment of exposure/ Selection of Controls	★	★	★	★	★	0
	4. Demonstration that outcome of interest was not present at start of study/ Definition of Controls	★	★	★	★	★	★
Comparability	5. Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis/ Comparability of cases and controls on the basis of the design or analysis	★	0	★	★	★	★

	6. Assessment of outcome/ Ascertainment of exposure	★	0	★	★	★	★
Outcome/ Exposure	7. Was follow-up long enough for outcomes to occur/ Same method of ascertainment for cases and controls	★	0	0	0	0	★
	8. Adequacy of follow up of cohorts/ Non-Response rate	★	★	★	★	★	★
	Total ★	8	5	7	7	7	7

Cohorts Studies Criteria responses: ★= Yes, A or B; C, D or Not = 0

Case control Studies Criteria responses: ★= Yes or A; B, C, D or Not = 0

Supplementary table 3: JBI critical appraisal checklist for analytical cross-sectional studies

Quests	Martinez- Torteya, 2021	Soin Park, 2021	Airi Amemiyaa, 2016	Fatemeh Ghodrati, 2017
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	✓	✓	✓	✓
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	✓	✓	✓	✓
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	✓	✓	✓	✓
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	✓	✓	✓	✓
5. Were confounding factors identified?	✓	✓	✓	X
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	X	✓	✓	X
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	✓	✓	✓	✓
8. Was appropriate statistical analysis used?	✓	✓	✓	✓
Total (n° de ✓)	7	8	8	6

Criteria responses: ✓ = Yes; X = Not; = Unclear; NA = Not applicable

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PÓS-PARTO

Nome do Hospital:	NUHOSPITAL _____
Data da entrevista: ___ / ___ / ___	GDE ___ / ___ / ___
Entrevistador(a):	ENTREV _____
A1) Nome da mãe: _____ Endereço: _____ _____ () casa () apartamento Referência / Como chegar: _____ _____ Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____ _____ Telefone fixo: (_____) _____ Outros telefones para contato: (_____) _____	
Unidade de Saúde (Pré-natal): _____	
Linha de ônibus: _____	
E-mail: _____	
DADOS PARA CONHECIMENTO DOS GRUPOS DE ESTUDO:	
(1) Diabetes (2) Hipertensão (3) Tabagismo (4) RCIU idiopático (5) Controle	
DADOS GERAIS DA MÃE	
A2) Qual é sua data de nascimento? ___ / ___ / ___	PNASC ___ / ___ / ___
A3) Cor ou raça da mãe? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	CORMAED _____ CORMAEO _____
A4) Cor ou raça do pai? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (8) NSA (9) IGN	CORPAID _____ CORPAIO _____
A5) Qual é a idade do pai da criança? _____ anos completos (777) Não sabe	PIDADE _____
A6) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo a mãe e criança?	PPESS _____
A7) Dessas, quantas pessoas são adultas?	PPESSA _____
A8) Quantos irmãos você tem ou teve? _____	PIRMA _____

A9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casada ou mora com companheiro (3) Viúva (2) Solteira, sem companheiro ou separada (4) Divorciada	PCONJU _____	
A10) Qual a idade de sua menarca (primeira menstruação)? _____ anos	PMENAR _____	
A11) Você já engravidou antes? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A38. (0) Não (1) Sim	PFILHOS _____	
SE SIM:		
A12) Número de filhos (incluir o atual)? _____ (88) NSA	PANFIL _____	
A13) Número de gestações? _____ (88) NSA	PANGES _____	
A14) Número de filhos que não nasceram (abortos)? _____ (88) NSA	PAABORT _____	
A15) Algum filho é doente? (0) Não (1) Sim (88) NSA	PAND _____	
A16) Se a resposta anterior for positiva, qual a doença? _____ (88) NSA	PANDQ _____	
DADOS DO FILHO ANTERIOR:		
A17) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	FSEX1 _____	
A18) Data de nascimento? ____/____/____ (88) NSA	FNASC1 ____/____/____	
A19) Peso ao nascimento? _____ gramas (88) NSA	FAPN1 _____	
A20) Comprimento ao nascimento? _____ cm (88) NSA	FACN 1 _____ cm	
A21) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____ (88) NSA	FAM1 _____ semanas	
A22) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim (88) NSA	FAM1 _____	
A23) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses (88) NSA	AMT1 _____	
DADOS DO OUTRO FILHO:		
A24) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	FSEX2 _____	
A25) Data de nascimento? ____/____/____ (88) NSA	FNASC2 ____/____/____	
A26) Peso ao nascimento? _____ gramas (88) NSA	FAPN2 _____	
A27) Comprimento ao nascimento? _____ cm (88) NSA	FACN2 _____	
A28) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____ (88) NSA	FAM2 _____ semanas	
A29) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim (88) NSA	FAM2 _____	
A30) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses (88) NSA	AMT2 _____	
DADOS DO OUTRO FILHO:		
A31) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	FSEX3 _____	
A32) Data de nascimento? ____/____/____ (88) NSA	FNASC3 ____/____/____	
A33) Peso ao nascimento? _____ gramas (88) NSA	FAPN3 _____	

A34) Comprimento ao nascimento? _____ cm	(88) NSA	FACN3 _____ cm
A35) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____	(88) NSA	FAM3 _____ semanas
A36) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim	(88) NSA	FAM3 _____
A37) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses	(88) NSA	AMT3 _____
A38) Você tem religião? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A40. (0) Não (1) Sim		
SE SIM:		
A39) Qual é a sua religião? _____	(88) NSA	RELIG _____
A40) Até que ano da escola você estudou? Série? _____ Grau? _____		
		PESCOL1 _____ PESCOL2 _____
A41) Você sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim		
		PLER _____
A42) Qual é a sua profissão? _____		
		PPROF _____
A43) Qual é a sua ocupação? _____		
		POCUP _____
A44) Você trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim		
		PCART _____
A45) Até que ano da escola o pai do(a) seu(sua) filho(a) estudou? Série? _____ Grau? _____		
		PASCOL1 _____ PASCOL2 _____
A46) Qual é a profissão do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		
		PAPROF _____
A47) Qual é a ocupação do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		
		PAOCUP _____
A48) Ele trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim (2) Está afastado (7) Não sabe		
		PACART _____
A49) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria)		
Renda: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe		Benefícios: Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês TOTAL: _____ (77) Não sabe
		RDRTOTAL _____ RDBTOTAL _____
A50) Você recebeu indicação para tomar algum SUPLEMENTO de vitamina ou mineral durante a gestação? (exemplos: sulfato ferroso, ácido fólico) SE NÃO ou NÃO SABE PULE PARA QUESTÃO A57. (0) Não (1) Sim		
		SUPL _____
SE SIM: outro suplemento não		
A51) Qual o suplemento? - Ferro (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA - Ácido Fólico (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA - Outros, qual(is): _____ (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA		
		SUPLF _____ SUPLA _____ SUPLO _____ SUPLQ _____
A52) Quando iniciou o uso? - Ferro (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA - Ácido Fólico (0) Prévio, desde quando? _____		
		SUPLFI _____ SUPLFP _____ SUPLAI _____ SUPLAP _____

(1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA - Outro (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA			SUPLOI _____ SUPLOP _____
A53) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas gestacionais? - Ferro _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA - Ácido Fólico _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA - Outro _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA			SUPLFIG _____ seman SUPLAIG _____ seman SUPLOIG _____ seman
A54) Quando terminou o uso, com quantas semanas gestacionais? - Ferro _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA - Ácido Fólico _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA - Outro _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA			SUPLFTG _____ seman SUPLATG _____ seman SUPLOTG _____ seman
A55) A suplementação teve interrupção de uso? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA			SUPLI _____
SE SIM: A56) Quanto tempo de interrupção? _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA			SUPLIT _____ semana
A57) Está utilizando algum suplemento atualmente? (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____			SUPLPP _____ SUPLPPQ _____ SUPLPPV _____
A58) Você utilizou algum MEDICAMENTO durante a gestação? (0) Não (1) Sim SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO A62.			MEDG _____
SE SIM: A59) Nome? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA			A60) Motivo? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA
A61) Início do uso? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (em meses) (88) NSA			MEDGQ1 _____ MEDGM1 _____ MEDGT1 _____ MEDGQ2 _____ MEDGM2 _____ MEDGT2 _____ MEDGQ3 _____ MEDGM3 _____ MEDGT3 _____
A62) Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO? (0) Não (1) Sim SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO A66.			MED _____
SE SIM: A63) Nome? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA			A64) Motivo? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____
A65) Tempo uso? Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (em dias)			MEDAQ1 _____ MEDAM1 _____ MEDAT1 _____ MEDAQ2 _____ MEDAM2 _____ MEDAT2 _____ MEDAQ3 _____ MEDAM3 _____ MEDAT3 _____
A66) Você teve infecção urinária na gestação? (0) Não (1) Sim			GIU _____
A67) Você teve outras doenças na gestação? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A69. (0) Não (1) Sim			GDO _____
SE SIM: A68) Qual(is) doença(s)? _____ (88) NSA			GDOQ _____
A69) Você foi hospitalizada na gestação? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A72. (0) Não (1) Sim			GHOSP _____
SE SIM: A70) Quantos dias? _____ (88) NSA			GHOSPD _____ c
A71) Por qual(is) motivo(s)? _____ (88) NSA			GHOSPM _____
A72) Como você recebeu e a notícia da sua gravidez?			RECMAE _____

A73) Como o pai da criança recebeu a notícia da sua gravidez?	RECPAI _____
A74) Sua gestação foi planejada? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A75. (0) Não (1) Sim	PLAN _____
SE SIM:	
Intenção ou objetivo de engravidar: (0) Não (1) Sim (8) NSA	PLAN1 _____
Cessação de método anticoncepcional: (0) Não (1) Sim (8) NSA	PLAN2 _____
Concordância do parceiro: (0) Não (1) Sim (8) NSA	PLAN3 _____
Momento adequado com rela�o a estilo/estágio de vida: (0) Não (1) Sim (8) NSA	PLAN4 _____
A75) Sua gestão foi por concep�o assistida (artificial)? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A77.	PCAS _____
SE SIM:	
A76) Qual foi o método? (0) Insemina�o Intra-Uterina (1) Fertiliza�o in vitro (8) NSA	PCASM _____
A77) Você já fumou ou fuma cigarros de tabaco? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A85. (0) Não, nunca fumou (1) Sim, já fumou (2) Sim, fuma atualmente	TAB _____
SE J� FUMOU OU FUMA:	
A78) Por quanto tempo fumou ou fuma? _____ meses (88) NSA	TABT _____ meses
A79) Quantos cigarros você fumava ou fuma por dia? _____ cigarros (88) NSA	TABQ _____ cigarros
A80) Se parou de fumar, quanto tempo antes de engravidar? _____ meses (88) NSA	TABP _____ meses
A81) Usa ou usou na gestão medica�es específicas para parar de fumar? (0) Não (1) Sim	TABM _____
SE SIM:	
A82) Qual(is) tipo(s) de tratamento(s)? (0) Medica�o via oral (1) Goma de mascar (2) Adesivo (3) Outro (8) NSA	TABMQ _____
A83) Se iniciou durante a gestão, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	TABMI _____ semanas
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
A84) Fumou na gestão anterior? (0) Não (1) Sim (88) NSA	TABGA _____
A85) Há alguém que fuma na sua casa (exceto a mãe)? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A87.	TABC _____
SE SIM:	
A86) Quantas pessoas em sua casa atualmente fumam (exceto a mãe)? Número de pessoas _____ (88) NSA	TABCP _____
A87) Sua mãe fumou na sua gestão? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	TABMG _____
DADOS DA ALIMENTA�O DA MÃE	
A88) Você já recebeu alguma orienta�o de como se alimentar? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A91.	PORI _____
SE SIM:	
A89) Essa orienta�o ocorreu: (1) Antes de engravidar (2) Durante a gestão (3) op�es 1 e 2 (8) NSA	PORIM _____
A90) De quem recebeu a orienta�o? _____ (8) NSA	PORIQ _____
DADOS GERAIS DA CRIANÇA	
A91) A criança já tem nome? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO A93. (0) Não (1) Sim	CRNOME _____
SE SIM:	
A92) Qual o nome da criança? _____ (88) NSA	NOMECR _____
A93) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	CSEX _____

A94) Data de nascimento? ____/____/____	CRDN ____/____/____
A95) Número da Declaração de Nascido Vivo (DN)? _____	NUDN _____
A96) Peso ao nascer? _____ gramas	PESOCR _____
A97) Comprimento ao nascer? _____ cm	COMPCCR _____
A98) Perímetro cefálico? _____ cm	PCCR _____
A99) Apgar1? _____	APGAR1 _____
A100) Apgar5? _____	APGAR5 _____
A101) Tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Fórceps	CTPART _____
A102) Teve mecônio (prontuário)? (0) Não (1) Sim (6) Não tem no prontuário	MECO _____
A103) Hora que a criança nasceu? _____	HRNASC _____
A104) A criança mamou no primeiro dia de vida? (0) Não (1) Sim	MAMOD1 _____
SE NÃO MAMOU NO PEITO:	
A105) O que recebeu? (0) Solução glicosada via oral (1) Soro glicosado endovenoso (2) Fórmula 1º Semestre (3) Outro, qual? _____ (7) Não sabe (8) NSA	MAMO MAMOQ _____
A106) Quantos minutos após nascer a criança mamou no peito pela primeira vez? _____ minutos (5555) mamou após 1º dia (8888) NSA	HRMAMO _____
A107) Peso de nascimento da mãe? _____ gramas (7777) Não sabe	PNM _____
A108) Qual era seu peso antes de engravidar? _____ kg (7777) Não sabe	PESOAG _____
A109) Qual foi seu peso no final do 1º trimestre? _____ kg (7777) Não sabe	PESO1T _____
A110) Qual foi seu peso no final do 2º trimestre? _____ kg (7777) Não sabe	PESO2T _____
A111) Qual era o peso antes do parto? _____ kg (7777) Não sabe	PESOAP _____
A112) Qual era a altura antes do parto? _____ cm (7777) Não sabe	ASLTAP _____
A113) Data da última menstruação? ____/____/____ (66) Não tem na carteirinha	DUM ____/____/____
A114) Ecografias: peso e comprimento fetal aproximado (prontuário) 1º Peso: _____ gramas 2º Peso: _____ 3º Peso: _____ 1º Comprimento: _____ cm 2º Compr.: _____ cm 3º Compr.: _____ cm Data Eco 1º TRI: ____/____/____ Data Eco 2º TRI: ____/____/____ Data Eco 3º TRI: ____/____/____ 1º IG: _____ 2º IG: _____ 3º IG: _____ (8) NSA (8) NSA (8) NSA	ECOP1 _____ ECOC1 _____ ECOD1 ____/____/____ ECOIG1 _____ ECOP2 _____ ECOC2 _____ ECOD2 ____/____/____ ECOIG2 _____ ECOP3 _____ ECOC3 _____ ECOD3 ____/____/____ ECOIG3 _____
A115) Peso da placenta (prontuário)? _____ gramas (66) Não tem esse dado	PESOPL _____

A116) Data da primeira consulta do pré-natal? ____/____/____ IG: ____ (66) Não tem na carteirinha	PCPN ____/____/____ PCPNIG _____
A117) Data da última consulta do pré-natal? ____/____/____ IG: ____ (66) Não tem na carteirinha	UCPN ____/____/____ UCPNIG _____
A118) Número de consultas pré-natais? _____ (66) Não tem na carteirinha	NCPN _____
A119) Primeiro nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal? ____mmHg x ____mmHg (66) Não tem na carteirinha Data: ____/____/____ IG: _____	PPASPN _____ PPADPN _____ DPPA ____/____/____ IGPPA _____
A120) Último nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal? ____mmHg x ____mmHg (66) Não tem na carteirinha Data: ____/____/____ IG: _____	UPASPN _____ UPADPN _____ DUPA ____/____/____ IGUPA _____
EXAMES LABORATORIAIS DA MÃE	
<p>A121) Últimos exames laboratoriais (prontuário e carteira da gestante)? Colocar 66 se não tem dado</p> <p>Tipo sanguíneo da mãe _____ Fator Rh _____ Hematócrito _____ % Hemoglobina _____ g/dl Eritrócito _____ milhões/ul Leucócitos Totais _____ Plaquetas _____ ul Tempo de Tromboplastina Parcial _____ s Tempo de Protrombina _____ s RNI _____ VDRL (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo HBSAg (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo Toxoplasmose IgM (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo Toxoplasmose IgG (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo Rubéola (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo Citomegalovirose (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo Glicose em jejum _____ mg/dl do primeiro trimestre Glicose em jejum _____ mg/dl do segundo trimestre Glicose em jejum _____ mg/dl do terceiro trimestre TTG 75g (jejum) _____ mg/dl TTG (2h após) _____ mg/dl Colesterol HDL _____ mg/dl Colesterol LDL _____ mg/dl Triglicerídeos _____ mg/dl Colesterol Total _____ mg/dl Aspartato-aminotransferase (TGO) _____ U/L Transaminase glutâmica pirúvica (TGP) _____ U/L Bilirrubina Total _____ mg/dl Ferritina _____ ng/ml Ácido Fólico _____ ng/dl T4 _____ mcg/100ml TSH _____ microUI/ml Creatinina _____ mg/dl Uréia _____ mg/dl Exame qualitativo de urina (0) Não realizou (1) Realizou Urocultura (0) Negativa (1) Positivo Parasitológico de fezes (0) Negativo (1) Positivo Citopatológico - Colo do Útero (0) Negativo (1) Positivo Hemoglobina glicada _____</p>	<p>SABO _____ FRH _____ HEMT _____ HEMG _____ ERIT _____ LEUT _____ PLAQ _____ TTP _____ TP _____ RNI _____ VDRL _____ VHB _____ TOXOM _____ TOXOG _____ RUB _____ CMV _____ GLI1 _____ GLI2 _____ GLI3 _____ TTG1 _____ TTG2 _____ HDL _____ LDL _____ TRIG _____ COLT _____ TGO _____ TGP _____ BILIT _____ FERR _____ ACFO _____ T4 _____ TSH _____ CREA _____ UREIA _____ EQU _____ URO _____ ECF _____ CP _____ HBGLIC _____</p>
QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS – GRUPOS	
DOENÇA HIPERTENSIVA	

B1) Qual a classificação de sua hipertensão (prontuário)? (2) Pré-eclâmpsia (2) Hipertensão crônica (3) Eclâmpsia (4) Pré-eclâmpsia superposta à HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIP _____
SE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO CRÔNICA (HC):	
B2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	HIPDG _____ anos
SE POSSUI HIPERTENSÃO GESTACIONAL, PRÉ-ECLÂMPسيا OU ECLÂMPسيا	
B3) Com quantas semanas gestacionais a HAS foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	HIP _____ semanas
B4) Maior nível de PAS na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAS _____ PASD ____/____/____
B5) Maior nível de PAD na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAD _____ PADD ____/____/____
B6) Usou medicações específicas para a hipertensão na gestação? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B10.	HIPM _____
SE SIM:	
B7) Qual(is)? _____ (88) NSA	HIPMQ _____
B8) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMI _____ semana
B9) Se parou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMP _____ semana
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
B10) Teve hipertensão na gestação anterior? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B13. (0) Não (1) Sim (8) NSA	HIPAN _____
SE SIM:	
B11) Qual era a classificação de sua hipertensão? (1) Pré-eclâmpsia (2) Pré-eclâmpsia superposta à HC (3) Eclâmpsia (4) Hipertensão crônica-HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIPANQ _____
B12) Qual(is) a(s) medicação(ões) que utilizava? _____ (88) NSA	HIPANM _____
B13) Possui histórico familiar de hipertensão? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B15. (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPHF _____
SE SIM:	
B14) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	HIPHFQ _____
B15) Sua mãe teve hipertensão na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPMM _____
DIABETES	
D1) Qual a classificação de sua diabetes (prontuário)? (1) DM1 (2) DM2 (3) Diabetes Gestacional (DMG)	DMCL _____
SE DIAGNÓSTICO DE DM1 ou DM2:	
D2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	DMD _____ anos
SE POSSUI DIABETES GESTACIONAL (DMG):	
D3) Com quantas semanas gestacionais a DMG foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	DMGDG _____
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
D4) Em gestações anteriores alguma vez você apresentou diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA	DMGANT _____
SE SIM:	

D5) Em quantas gestações? _____	(88) NSA	DMGANTQ _____
D6) A diabetes persistiu após o parto? (0) Não (1) Sim	(8) NSA	DMGANTP _____
SE SIM:		
D7) A diabetes persistiu por quanto tempo? _____ meses (555) Nunca mais normalizou	(888) NSA	DMGANTPT _____
D8) Que tipo de tratamento foi indicado para o diabetes nesta gestação? (0) nenhum tratamento (1) dieta (2) atividade física (3) insulina (4) hipoglicemiante oral (5) Outros: _____		DMTRAT _____ DMTRATO _____
SE HIPOGLICEMIANTE OU INSULINA:		
D9) Qual(is) medicação(ões)? _____	(88) NSA	DMTRATQ _____
D10) Dose(s) _____	(88) NSA	DMTRATD _____
D11) Você seguiu o tratamento recomendado? (0) Não (2) Às vezes (1) Sim, durante toda a gestação desde o momento do diagnóstico		DMTRATR _____
SE NÃO OU ÀS VEZES:		
D12) Por qual(is) motivo(s)? _____	(88) NSA	DMTRATRM _____
D13) Quantas vezes, nesta gestação, você foi internada para controle glicêmico? Número de vezes: _____		DMCGI _____
SE FOI INTERNADA:		
D14) Por quanto tempo? _____	(88) NSA	DMCGP ____ dias
D15) Durante a gestação você fazia controle da sua glicemia? (0) Não (1) Sim		DMCG _____
SE SIM:		
D16) Qual o método que utilizava no controle da sua glicemia? (1) Fita-teste (2) Exame Laboratorial (3) Ambas (8) NSA		DMCGM _____
D17) Com que frequência monitorava sua glicemia? (88) NSA		DMCGMF _____ semana
D18) Você possui histórico familiar de diabetes? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe		DMHF _____
SE SIM:		
D19) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA		DMPAR _____

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

A118) De qual material a maioria das paredes de sua moradia é constituída? (0) Tijolo (1) Tábua (madeira) ou taipa (2) Concreto ou cimento (3) Outro Qual? _____	MATPAR _____
A119) De qual material a maioria do piso de sua moradia é constituído? (0) Cerâmica ou cimento (1) Tábua (madeira) (2) Terra ou barro (3) Carpete (4) Outro Qual? _____	MATPISO _____
A120) Na sua casa tem manchas de umidade na parede ou no teto? (0) Não (1) Sim	MOFO _____
A121) De onde vem a água usada na sua habitação? (0) Canalização interna (1) Ponto de água externo (2) Outro Qual? _____	AGUAHAB _____

A122) Na sua casa tem encanação para esgoto? (0) Não (1) Sim	ESGHAB _____
A123) Onde está situado o banheiro que é utilizado por você e pelas pessoas da sua casa? (0) Dentro de casa (1) Fora de casa	BANHAB _____
COLETA DE MATERIAIS	
A124) Conseguiu realizar a coleta de saliva da mãe? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	SALIVM _____
A125) Conseguiu realizar a coleta de leite? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	LEITEM _____
A126) Conseguiu realizar a coleta de saliva da criança? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	SALIVC _____

Critério de Classificação Econômica Brasil ABIPEME (ABEP, 2010)

Abaixo, marcar um X sobre o número de itens de cada eletrodoméstico existente na casa em que a gestante mora:

Posse de itens:

Itens	Não tem	Quantidade de itens			
		1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel (carro ou moto)	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer*	0	2	2	2	2

*Aparelho independente ou parte da geladeira duplex

Grau de instrução do chefe da família:

Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	Pontos	Pontuação Mínima
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/até 3ª série fundamental	0	
Primário completo/Ginásial incompleto	4ª série fundamental	1	
Ginásial completo/Colegial incompleto	Fundamental completo	2	
Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo	4	
Superior completo	Superior completo	8	Pontuação Máxima

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho(a) recém-nascido _____ e você _____ estão sendo convidados(as) a participar da pesquisa intitulada **“Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida”** que tem como objetivo principal compreender os efeitos, a longo prazo, de diferentes eventos ocorridos durante a gestação sobre o crescimento, o comportamento, o metabolismo e o neurodesenvolvimento infantil, assim como a identificação precoce de fatores que possam levar a efeitos negativos destas variações. O tema escolhido justifica-se pelo número de estudos que têm demonstrado que problemas de saúde ocorridos durante a gestação podem influenciar na saúde futura do indivíduo.

Para alcançar os objetivos deste estudo, será realizada uma entrevista no pós-parto imediato, ainda no alojamento conjunto, e marcaremos mais 5 encontros com você e seu(a) filho(a): aos 7 e 15 dias de vida, 1, 3 e 6 meses. Destes, 3 serão realizados no Centro Pesquisa Clínica (CPC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e 2 encontros no seu domicílio. Serão realizados testes e questionários referentes às condições de vida e saúde, como: hábito alimentar e de atividade física, histórico de doenças, condições de moradia, consumo de álcool e outras drogas, depressão pós-parto, estresse, percepção, confiança e cuidados materno, vínculo mãe-bebê, maus-tratos, sono, avaliação motora, neurológica e de comportamento do bebê. Os mesmos serão aplicados ao longo dos 5 encontros seguintes. Serão realizadas filmagens de você com seu bebê realizando algumas tarefas pré-estabelecidas que já fazem parte do seu dia-a-dia com a criança, como por exemplo, você alimentando seu filho e ele brincando. Serão realizadas medidas antropométricas como peso, estatura, circunferência da cintura e medida das dobras cutâneas sua e do seu bebê. Serão coletadas três (3) amostras do seu leite materno para avaliar a composição nutricional do mesmo e uma amostra de sua saliva e do seu bebê para realizar a extração do DNA a fim de avaliar os genes que podem estar associados à obesidade. Todas as medidas citadas não oferecem riscos previsíveis. Os encontros terão uma duração aproximada de 1h e 30 min. Os dados de identificação não serão divulgados, preservando a identidade dos participantes. Caso optar por não participar, você e seu filho(a) não serão prejudicados. Caso o pesquisador identificar que você ou seu filho necessitem de atendimento médico que se caracterizem emergência ou urgência, serão encaminhados ao serviço de emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA. Casos que não caracterizam urgência serão encaminhadas as unidades básicas de saúde - UBS's de referências conforme a área domiciliar da mãe. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados durante 5 (cinco) anos e após totalmente descartados (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Eu, _____ fui informada:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- de que a minha participação e a do meu filho(a), é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado ao meu filho (a);
- da segurança de que eu e meu (a) filho (a) não seremos identificados quando da divulgação dos resultados e as informações serão utilizadas somente para fins científicos e de ensino do presente projeto de pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, como por exemplo, transporte, este será absorvido pelo orçamento da pesquisa.
- sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com qualquer integrante do NESCA – Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente pelo telefone **(51) 3359 8515** ou no próprio local na Rua Ramiro Barcellos 2350, 11º andar, sala 1132.
- também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Nadine Clausell, Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA pelo telefone **(51) 3359 8304**, endereço Av. Ramiro Barcelos, 2350, 2º andar.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Nome da mãe ou responsável
Data ___/___/2011

Assinatura

Marcelo Zubarán Goldani
Nome do pesquisador responsável
Data ___/___/2011

Assinatura

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO 6 MESES

SEGUIMENTO	
Data da entrevista: ___ / ___ / ___	6GDE ___ / ___ / ___
Entrevistador (a): _____	6ENTREV _____
Nome mãe/ bebê: _____	
Endereço: _____ _____ () casa () apartamento	
Referência/Como chegar _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: () _____	
Outros telefones para contato: () _____	
Linhas de ônibus: _____	
E-mail: _____	
DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
G1) Idade do bebê em dias? _____	6IDADCR ____
G2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G5.</i> (0) Não (1) Sim	6CRECHE ____
SE SIM:	
G3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	6CRECHET ____
G4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	6CRECHEI ____
G5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	6QMCUID ____ 6QMCUIDQ ____
G6) Seu filho tem ou teve alguma doença? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G8.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	6CDOEN ____
SE SIM:	
G7) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ _____ _____ (88) NSA	6CDOENQ ____
G8) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G11.</i> (0) Não (1) Sim	6QUEDA ____

SE SIM:		
G9) Qual (is) acidente (s)? _____ (88) NSA		
G10) Foi levado ao médico? (0) Não (1) Sim (88) NSA		6QUEDAMD ____
G11) Você recebeu prescrição para fornecer suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim		6PRESCFE ____
G12) Você está dando suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim SE SIM PULE PARA QUESTÃO G15.		6USOFE ____
SE NÃO:		
G13) Você deu alguma vez o suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO G19. Se SIM, por quanto tempo? _____ dias. (88) NSA		6USOVEZ ____ 6USOVEZT ____ 6DAG1__ gts/dia
G14) Dosagem de cada administração? Dose administrada: ___ gotas/dia administrado ___ ml/dia administrado Prescrição médica: ___ gotas/dia prescrito ___ ml/dia prescrito (88) NSA		6DAML1__ ml/dia 6DPG1__ gts/dia 6DPML1__ ml/dia
SE SIM na G12:		
G15) Quantas vezes por dia? _____ (88) NSA		6SUPLTD ____ dia
G16) Com que frequência você oferece? ___ vezes por semana. (88) NSA		6SUPLVD ____ dia
G17) Dosagem de cada administração? Dose administrada: ___ gotas administrado ___ ml administrado Prescrição médica: ___ gotas prescrito ___ ml prescrito ___ vezes ao dia (88) NSA		6DAG2__ gts/dia 6DAML2__ ml/dia 6DPG2__ gts/dia 6DPML2__ ml/dia
G18) Quando iniciou o uso do suplemento? _____ dias de vida da criança. (88) NSA		6SUPLIN ____ dias
G19) Seu filho recebeu algum medicamento desde a última entrevista? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G22. (0) Não (1) Sim		6CMED ____
SE SIM:		

G20) Nome		G21) Motivo		6CMEDQ1 ____
Med 1 _____		Med 1 _____		6CMEDM1 ____
Med 2 _____		Med 2 _____		6CMEDQ2 ____
Med 3 _____		Med 3 _____		6CMEDM2 ____
Med 4 _____		Med 4 _____		6CMEDQ3 ____
Med 5 _____		Med 5 _____		6CMEDM3 ____
(88) NSA				6CMEDQ4 ____
				6CMEDM4 ____
				6CMEDQ5 ____
				6CMEDM5 ____
G22) Seu filho foi internado desde a última entrevista? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G25.				6CINTER ____
(0) Não (1) Sim				
SE SIM:				
G23) Vezes que foi internado? _____			(88) NSA	6CINTERV ____
G23) Motivo(s) da internação(ões)? _____				6CINTERM ____
			(88) NSA	
G25) Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista?				6CBICO ____
<i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G28.</i>				
(0) Não (1) Sim (2) Já usou				
SE SIM ou JÁ USOU:				
G26) Quando iniciou o uso? _____ dias			(88) NSA	6CBICOI ____
G27) Tempo de uso? _____ dias			(88) NSA	6CBICOT ____
G28) Você tem o costume de ler, contar histórias para o seu filho?				6LER ____
(0) Não (1) Sim				
G29) Você faz a higiene bucal do seu filho?				6HIGBC ____
(0) Não (1) Sim				
G30) Você fuma atualmente? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G32.				6MFUMA ____
(0) Não (1) Sim				
SE SIM:				
G31) Quantos cigarros por dia? _____			(88) NSA	6MFUMAQ ____
G32) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G34.				6FUMOCS ____
(0) Não (1) Sim				
SE SIM:				
G33) Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente? _____			(88) NSA	6FUMOCSQ ____

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

G34) O seu bebê mama no peito? SE SIM PULE PARA QUESTÃO G37.		6MAMAP ____
(0) Não (1) Sim		
SE NÃO:		
G35) Por quê? _____ (88) NSA		6MAMAPN ____
G36) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA		6QPAMA ____
G37) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)?		6HCMAMA ____
(0) Não. Dou quando ele(a) quer, pede (1) Sim		
G38) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo?		6MAMAQD ____
____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca		
G39) Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?		6MAMAQN ____
____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca		
G40) O seu bebê recebe ou recebeu água pura? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G47.		6AGUA ____
(0) Não (1) Sim		
SE SIM:		
G41) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA		6QDAG ____
G42) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água? _____ (88) NSA		6AGUAVZ ____
G43) Que tipo de água é utilizada?		6AGUA1 ____
(1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna		
(4) Filtrada/ Fervida (5) Outro, qual? _____		
G44) Qual o motivo da introdução? _____ (88) NSA		6AGUAM ____
G45) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA		6QPAG ____
G46) Alguém recomendou?		3RECAG ____
(1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde		3RECAGE ____
(5) outros/especificar _____ (88) NSA		
G47) O seu bebê recebe ou recebeu chá? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G53.		6CHA ____
(0) Não (1) Sim		
SE SIM:		
G48) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA		6QDCH ____
G49) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá? _____ (88) NSA		6CHAVZ ____
G50) Qual o motivo da introdução? _____ (88) NSA		6CHAM ____
G51) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA		6QPCH ____
G52) Alguém recomendou?		6RECCH ____
(1) ela própria decidiu (3) o companheiro		6RECCHO ____
(2) a avó (4) algum profissional da saúde		
(5) outros/especificar _____ (88) NSA		

G53) O seu bebê recebe ou recebeu suco? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G60.</i> (0) Não (1) Sim		6SUCO ____
SE SIM:		
G54) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QDSC ____
G55) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco? _____	(88) NSA	6SUCOVZ ____
G56) Qual o tipo de suco oferecido? 1. Natural (0) Não (1) Sim 2. Concentrado – garrafa ou polpa (0) Não (1) Sim 3. Diluído – caixinha (0) Não (1) Sim 4. Artificial – pó/xarope (0) Não (1) Sim	(88) NSA	6TSUCO1 ____ 6TSUCO2 ____ 6TSUCO3 ____ 6TSUCO4 ____
G57) Qual o motivo da introdução? _____	(88) NSA	6SUCOM ____
G58) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QPSC ____
G59) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	6RECSC ____ 6RECSCE ____
G60) O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G66.</i> (0) Não (1) Sim		6REFR ____
SE SIM:		
G61) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QDREF ____
G62) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante? _____	(88) NSA	6REFML ____
G63) Qual o motivo da introdução? _____	(88) NSA	6REFRM ____
G64) SE PAROU, quando? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	
G65) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	6QPREF ____
G66) O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G79.</i> (0) Não (1) Sim		6LEIT ____
SE SIM:		
G67) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	6QDLT ____
G68) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite? _____	(88) NSA	6LEITEVZ ____
G69) Qual o motivo da introdução? _____	(88) NSA	6LEITEM ____
G70) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	6RECLT ____ 6RECLTE ____

G71) Qual o tipo de leite oferecido?		
1. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Milupa, Aptamil.	(0) Não (1) Sim	6LEITE1 ____
2. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê.	(0) Não (1) Sim	6LEITE2 ____
3. Leite de vaca (caixinha ou saquinho).	(0) Não (1) Sim	6LEITE3 ____
4. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk.	(0) Não (1) Sim	6LEITE4 ____
5. Outro tipo de leite. Qual? _____	(8) NSA	6LEITE5 ____ 6LEITEQ ____
G72) Algum outro produto é adicionado ao leite?		
(0) Não (1) Sim		6LTENG ____
<i>SE SIM:</i>		
G73) Quais os produtos utilizados para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?		
1. Cereais não enriquecidos (aveia, amido de milho)	(0) Não (1) Sim	6FARIN1 ____
2. Cereais enriquecidos (Mucilon, Arrozinha, Farinha Láctea)	(0) Não (1) Sim	6FARIN2 ____
3. Açúcar	(0) Não (1) Sim	6ACU3 ____
4. Açocolatado	(0) Não (1) Sim	6ACHO4 ____
5. Óleo	(0) Não (1) Sim	6OLEO5 ____
6. Água	(0) Não (1) Sim	6OUTRQ ____
7. Outro tipo de produto. Qual? _____	(8) NSA	
G75) Qual o motivo da introdução? _____		(88) NSA 6FARINM ____
G76) Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê.		(88) NSA 6QDLTG ____
G77) Alguém recomendou?		
(1) ela própria decidiu	(4) algum profissional da saúde	6RECLTG ____
(2) a avó	(5) outros/especificar _____	(8) NSA 6RECLTGE ____
(3) o companheiro	(7) Não sabe	
G78) Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?		
(1) mãe	(2) avó materna	(3) companheiro
(4) Outros/ especificar _____	(7) Não sabe	(8) NSA 6LTQMDA ____ 6LTQMDAE ____
G79) Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?		
(0) Não (1) Sim		6MAMAD ____
G80) Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G93.		
(0) Não (1) Sim		6OALIM ____
<i>SE SIM</i>		
G81) Seu bebê tem horários certos para se alimentar?		
(0) Não (1) Sim	(88) NSA	6HORAC ____
G82) O que você faz se a criança recusa algumas refeições?		
(1) oferece a mesma comida mais tarde	(2) espera o horário da próxima refeição	6RECUSA1 ____ 6RECSUB ____

(3) substitui por leite materno (5) substitui por outro alimento/especificar _____	(4) substitui por mamadeira (88) NSA	
G83) Como você oferece os alimentos para o bebê?		
1. Liquidificados	(0) Não (1) Sim	6ALPREP1 ____
2. Passados na peneira	(0) Não (1) Sim	6ALPREP2 ____
3. Raspados	(0) Não (1) Sim	6ALPREP3 ____
4. Amassados com o garfo	(0) Não (1) Sim	6ALPREP4 ____
5. Picados em pequenos pedaços	(0) Não (1) Sim	6ALPREP5 ____
6. Consistência da família	(0) Não (1) Sim	6ALPREP6 ____
G84) A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?		
(1) igual a da sua família	(3) maior que a da sua família	6SAL ____
(2) menor que a da sua família	(4) Nada	(88) NSA
G85) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?		
(1) mãe	(4) funcionária da creche	6ALIBB ____
(2) pai / companheiro	(5) outra pessoa/ especificar _____	6ALIBBE ____
(3) avós	(7) Não sabe	(88) NSA
G86) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?		
(0) Não (1) Sim	(88) NSA	6COMES ____
G87) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?		
(0) Não (1) Sim	(88) NSA	6INTERAG ____
G88) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?		
(0) Não (1) Sim	(88) NSA	6ESTIM ____
G89) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?		
(0) Não (1) Sim	(88) NSA	6FORCM ____
G90) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?		
(0) Não (1) Sim	(88) NSA	6RECOMP ____
G91) A comida do bebê é preparada separadamente?		
(1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe	(88) NSA	6COMSE ____
G92) A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?		
(1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe	(88) NSA	6COMHR ____
G93) Você aproveita o resto de leite ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê?		
(0) Não (1) Sim		6APRES ____

<p>G94) Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência? Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente (88) NSA</p>	6ASOBR ____
<p>G95) A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe</p>	6LAVMP ____
<p>G96) A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição? (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe</p>	6LAVMR ____
<p>G97) Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele? Não (1) Sim (2) nunca ficou doente <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G105.</i></p>	6DOENT ____
<p>SE SIM:</p>	
<p>G98) Aumenta a frequência das mamadas? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	6FREQM ____
<p>G99) Aumenta a oferta de líquidos? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	6ALIQ ____
<p>G100) Força a criança a comer? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	6FCOMD
<p>G101) Oferece os alimentos preferidos da criança? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	6PREFE ____
<p>G102) Oferece os alimentos com maior frequência? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	6FREQC ____
<p>G103) Faz restrições alimentares? (0) Não (1) Sim (8) NSA</p>	6RESTR ____
<p>G104) Outra mudança, qual? _____ (88) NSA</p>	6DOENTMD _
<p>G105) Depois da última entrevista, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G107</i></p>	6ORAMUB ____
<p>SE SIM:</p>	
<p>G106) Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda? _____</p>	6AMUBT ____

SE NÃO:		
G107) Você considera (acha) que precisava de ajuda? (0) Não (1) Sim, qual ou para quê? _____		6AUBAJ _____ 6AUBAS _____
G108) Você já levou seu filho ao posto de saúde? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G114. (0) Não (1) Sim		6CPUERI _____
SE SIM:		
G109) Qual posto? _____ (88) NSA		6CPUERIP _____
G110) Idade, em dias, da primeira visita ao posto? _____ (88) NSA		6CPUERIID _____
G111) Quantas vezes já o levou ao posto? _____ (88) NSA		6CPUERIV _____
G112) Motivo (s) da(s) consulta(s)?		6CPUERIM1 _____ 6CPUERIM2 _____ 6CPUERIM3 _____
Consulta 1: _____ (88) NSA		
Consulta 2: _____ (88) NSA		
Consulta 3: _____ (88) NSA		
G113) Quantos registros de consultas no posto há no Cartão da criança: _____ (88) NSA		6CPUERIC _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA		
G114) Peso da mãe + peso do bebê (1º) _____ Kg (2º) _____ Kg Média: _____ K g		6PMB _____
G115) Peso da mãe (1ª) _____ Kg (2ª) _____ Kg Média: _____ Kg		6PM _____ kg
G116) Peso do bebê (1º) _____ g (2º) _____ g Média: _____ g		6PCR _____ g
G117) Circunferência da cintura da mãe (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm		6CCM _____ cm
G118) Circunferência braquial da mãe (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm		6CBM _____ cm
G119) Dobra cutânea tricipital da mãe (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm		6DCTM _____ mm
G120) Dobra cutânea subescapular da mãe (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm		6DSBM _____ mm

G139) Carne (gado, frango, porco, peixe)									
G140) Miúdos (ex.fígado, moela)									
G141) Ovo									
G142) Embutidos (ex. presunto, salsicha, mortadela, salsichão, salame)									
G143) Bolacha recheada ou wafer									
G144) Bolacha doce (maria ou maisena)									
G145) Danoninho									
G146) Chocolate ou bombom									
G147) Bala ou pirulito									
G148) Salgadinho									
G149) Gelatina / Pudins/ sacolé artificial									
G150) Sorvete / Picolé/ sacolé de leite									
G151) Frituras (ex.batata frita, bolinho frito, aipim frito, frango á milanesa)									

CALENDÁRIO DE VACINAS

VACINAS	Idade	Codificações
G152) Meningocócica C (1ª dose = 3ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6MENC1 ____ 6IDMENC1 ____
G153) VOP – Vacina oral contra pólio (2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VOP2 ____ 6IDVOP2 ____
G154) DTP + Hib - Vacina pentavalente (ou tetra) (2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6TETR2 ____ 6IDTETR2 ____
G155) Pneumocócica 10 (2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6PNEU2 ____ 6IDPNEU2 ____
G156) VORH – Vacina oral rotavírus humano (2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VORH2 ____ 6IDVORH2 ____
G157) Meningocócica C (2ªdose = 5ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6MENC2 ____ 6IDMENC2 ____
G158) DP + Hib - Vacina pentavalente (ou tetra) (3ªdose = 6ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6TETR3 ____ 6IDTETR3 ____
G159) VOP - Vacina oral contra pólio (3ªdose = 6ºM):	Data: __/__/__	6VOP3 ____

