

**EFEITOS A LONGO PRAZO DA VIOLÊNCIA
CONTRA MULHER NA GESTAÇÃO SOBRE A
CRIANÇA: CONTRIBUIÇÃO DA COORTE BRISA**

SÃO LUÍS, MA

ABRIL – 2016

KIVANIA CARLA PESSOA

**EFEITOS A LONGO PRAZO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA GESTAÇÃO
SOBRE A CRIANÇA: CONTRIBUIÇÃO DA COORTE BRISA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^ª. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões

SÃO LUÍS, MA

ABRIL - 2016

PESSOA, Kivania Carla

Efeitos a longo prazo da violência contra a mulher na gestação sobre a criança: Contribuição da coorte BRISA / Kivania Carla Pessoa. – 2016.

233p.

Orientador (a): Prof.^a Dra. Vanda Maria Ferreira Simões

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / cbcs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

1. Violência contra a mulher. 2. Gestação. 3 Desenvolvimento Infantil. 4. Amamentação. I. Ferreira Simões, Vanda Maria. II. Título.

**Efeitos a longo prazo da violência contra a mulher na gestação sobre a criança:
Contribuição da coorte BRISA.**

Kivania Carla Pessoa

Tese aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora
constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões (Orientadora)
Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (USP)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Viviane Cunha Cardoso
Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (USP)
Examinador Externo
Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Prof^ª. Dra. Marizélia Rodrigues Costa Ribeiro
Doutora em Políticas Públicas (UFMA)
Examinador Externo ao Programa
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Maria Teresa Seabra de Britto e Alves
Doutora em Medicina Preventiva (USP)
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (USP)
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Cecília Cláudia Costa Ribeiro
Doutora em Odontologia (UNICAMP)
Suplente
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que me orienta, ilumina e guia, me fortalecendo nas horas em que acho não ter forças para seguir em frente.

À minha família que sempre me apoiou. Muito obrigado Dona Esmeralda pela simplicidade, integridade e força com que sempre nos orientou, tenho na senhora um exemplo a seguir. Meu pai, Geraldo Pessoa, in memória, homem simples, humilde, mas com um coração e sabedoria enormes, a te agradeço pela minha vida e minhas conquistas.

Ao meu esposo Benedito Ferreira, que sempre me encorajou. Te admiro pelo homem bondoso e prestador, pelo pai que não mede esforços por seus filhos, pelo companheiro que me surpreende a cada dia.

À meus filhos, Victor Hugo, Juliana e Isabella, minha fonte de vida, vocês são o tesouro que o Senhor me enviou. Obrigado pela compreensão e incentivo nas horas de ausência e estresse. Amo vocês.

À minha querida professora Vanda Maria Ferreira Simões. Meus sinceros agradecimentos por ter acreditado em mim e me dado a oportunidade de aprender com a sua simplicidade, sabedoria científica e divina, por sua temência a Deus, me falando palavras que me guiaram e fortaleceram em momentos em que estava prestes a desistir de convicções profissionais pelos quais lutara por tanto tempo.

À professora Rosângela Fernandes Lucena Batista, sua alegria contamina a todos que estão ao seu redor, acolhendo sempre com sua simplicidade e sabedoria.

À professora Marizélia Ribeiro que contribuiu e colaborou com a análise e interpretação dos dados. Obrigado pela disponibilidade e apoio.

Ao pessoal do BRISA: Livia Rodrigues e Luciana Cavalcante, sempre disponíveis para ajudar.

À nossa turma 2012, especialmente a Isabela Calado e Sueli Ismael, companheiras nesta jornada, sempre prontas a ajudar e apoiar em todos os momentos, pessoais e acadêmicos.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) pelo acolhimento e pela qualidade de ensino prestada.

Aos professores do PGSC pelo conhecimento transmitido ao longo de todo o curso.

À Secretaria do PGSC, pela gentileza de nos receber tão bem e por compartilhar de cada momento de ansiedade, angústia e alegria.

Às mães que participaram da pesquisa, por suas valiosas informações. Sem elas, não teria sido possível a concretização deste estudo.

Muito obrigada!

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

- Figura 1 - Modelo teórico dos efeitos da violência contra mulher na gestação, de transtornos mentais e do suporte social no tempo de amamentação exclusiva da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013..... 121

Artigo 2

- Figura 1 - Modelo teórico hierarquizado de fatores associados com problemas no desenvolvimento neuromotor da criança. São Luís – MA, 2010-2013..... 122

LISTA DE TABELAS

Tabelas do artigo 1

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.....	113
Tabela 2 - Características maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-013.....	114
Tabela 3 - Indicadores de ajuste para o modelo inicial. São Luís - MA, 2010-2013.....	115
Tabela 4 - Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor das variáveis latentes e dos efeitos diretos e indiretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.....	116

Tabelas do artigo 2

Tabela 1 - Regressão de Poisson para a associação entre exposições e domínio cognitivo no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.....	117
Tabela 2 - Regressão de Poisson para a associação entre exposições e comunicação receptiva no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.....	118
Tabela 3 - Regressão de Poisson para a associação entre exposições e comunicação expressiva no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.....	119
Tabela 4 - Regressão de Poisson para a associação entre exposições e motricidade fina no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.....	119
Tabela 5- Regressão de Poisson para a associação entre exposições e motricidade grossa no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AM	- Aleitamento Materno
AMC	- Aleitamento Materno Complementado
AME	- Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	- Aleitamento Materno Misto ou Parcial
AMP	- Aleitamento Materno Predominante
BAI	- Beck Anxiety Inventory
BAYLEY III	- Bayley Scales of Infant Development Third Edition
BRISA	- Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies
CEPEC	- Centro de Pesquisas Clínicas
CES-D	- Center for Epidemiological Scale – Depression
CFI	- Comparative Fit Index
CLT	- Consolidação das Leis Trabalhistas
CP	- Coeficiente Padronizado
DF	- Distrito Federal
DHS	- Demographic and Health Surveys
DP	- Desvio padrão
HUPD	- Hospital Universitário Presidente Dutra
IC	- Intervalo de Confiança
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IVANS	- International Violence Against Women
MOS	- Medical Outcomes Study
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
RR	- Risco Relativo
RMSEA	- Root Mean Square Error of Aproximation
RCIU	- Retardo do Crescimento Intrauterino
SAF	- Síndrome Alcólica Fetal
SES	- Situação Socioeconômica
STATA	- Data Analysis and Statical Software
SUPP	- Suporte Social
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLI	- Tucker Lewis Index
UFMA	- Universidade Federal do Maranhão
VPI	- Violência por Parceiro Íntimo
WHO	- World Health Organization
WLSMV	- Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted
WRMR	- Weighted Root Mean Square Residual

PESSOA, Kivania Carla, **Efeitos a longo prazo da violência contra a mulher na gestação sobre a criança: Contribuição da coorte BRISA**, 2016, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 233p.

RESUMO

A violência praticada contra gestantes pode ter efeitos no binômio materno-infantil, durante a gestação, no parto, no período puerperal e ao longo da vida. Este estudo teve como objetivo analisar os efeitos da violência praticada contra gestantes no tempo de amamentação exclusiva e no risco para alterações no desenvolvimento da criança, em estudo de coorte prospectivo, utilizando amostra de conveniência da coorte BRISA pré-natal do município de São Luís (Maranhão-Brasil). No primeiro artigo, foi utilizado modelagem de equações estruturais, para analisar os efeitos da violência praticada contra gestantes no tempo de amamentação exclusiva, em amostra de 1.133 mulheres. O modelo proposto foi estimado pelo método dos mínimos quadrados, apresentando bom ajuste segundo os indicadores RMSA ($p=0,031$), CFI (0,981) TLI (0,979). Violência contra gestantes não teve efeito no tempo de amamentação exclusiva. Gestantes com melhor suporte social ($p=0,007$), situação conjugal mais estável ($p=0,028$) e maior idade ($p=0,031$), parecem amamentar exclusivamente seus filhos por mais tempo. No segundo artigo utilizou-se regressão de Poisson, com modelagem hierarquizada, para avaliar efeitos da violência contra gestante no risco para alterações no desenvolvimento da criança, utilizando como instrumento o Bayley III Screening Test. A amostra reuniu 981 crianças de 12 a 36 meses. Escolaridade materna inferior a quatro anos aumentou a chance para problemas na comunicação receptiva (Odds Ratio $OR=7,3$; $p<0,001$) e domínio cognitivo ($OR=4,0$; $p=0,005$). Escolaridade materna de nove a onze anos resultou maior chance para problemas de comunicação expressiva ($OR = 1,3$; $p=0,035$) com relação às escolaridades com doze ou mais anos. Nascimento pré-termo aumentou associação de risco para alterações na comunicação expressiva ($OR = 1,3$; $p=0,010$), motricidade fina ($OR=1,60$; $p=0,003$), e grossa ($OR = 1,9$; $p=0,007$). Renda familiar inferior a 1 salário mínimo representou risco para problemas na motricidade grossa ($OR=2,3$; $p=0,033$); Violência contra gestantes não apresentou efeito no tempo de amamentação exclusiva, nem nas dimensões do Bayley avaliadas, porém é necessário o rastreamento de situações de conflito familiar desde o início do pré-natal no sentido de proteger a mulher, seus filhos e sua família.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Gestação. Amamentação. Desenvolvimento infantil.

PESSOA, Kivania Carla, **Efeitos a longo prazo da violência contra a mulher na gestação sobre a criança: Contribuição da coorte BRISA**, 2016, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 233p.

ABSTRACT

Violence against women in pregnancy has short and long term effects. Some complications are visible immediately; others may affect the course of pregnancy, the breastfeeding period and / or development of the child. This study aimed to analyze the effects of violence against women during pregnancy on exclusive breastfeeding duration and the risk for changes in child development in a prospective cohort study conducted in the city of Sao Luis, MA. In the first article, structural modeling equation was used to appreciate the effects of violence against women, on the exclusive breast-feeding duration in a sample of 1,133 women. The tested model was estimated by the method of least squares, with good fit (RMSA <0:08; CFI / TLI> 0.95). Violence against women during pregnancy and mental disorders showed no effects on exclusive breast-feeding duration. Pregnant women with higher perceived social support (p=0.007) and greater stability of marital status (p=0.028), showed higher exclusive breast-feeding time. In the second article, we used Poisson regression, to evaluate the effect of violence against women during pregnancy on the risk for changes in child development, using as a tool the Bayley III Screening Test, and the sample of 981 mother / child dyads. Maternal education represented risk to receptive communication (OR=7.3, CI=2.3 to 22.3), cognitive domain (OR=4.0; CI=1.5 to 10.5), and expressive communication (OR=1.3, CI=1.0 to 1.7); family income lower than one minimum wage represented risk for gross motor (OR=2.3, CI=1.0 to 5.2); preterm birth increased the risk for problems in expressive communication (OR=1.3, CI=1.0-1.6), fine motor skills (OR=1.60, CI=1.16 to 2.20), and gross motor skills (OR=1.9, CI=1.19 to 3.0). Violence had no effect on exclusive breastfeeding duration, or on the Bayley dimensions evaluated, but the tracking of family conflict situations since the beginning of prenatal care to protect the woman is necessary, your children and your family.

Keywords: Violence against women. Pregnancy. Breast-feeding. Child development.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	Geral.....	15
2.2	Específicos.....	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	Violência Contra a Mulher na Gestação.....	16
3.2	Uso de Álcool na Gestação.....	21
3.3	Transtornos Mentais (depressão e ansiedade) Durante a Gestação.....	22
3.4	Aleitamento Materno.....	27
3.5	Apoio Social	34
3.6	Desenvolvimento Infantil	38
4	MATERIAIS E MÉTODOS	44
4.1	Delineamento do Estudo	44
4.2	Local do Estudo.....	45
4.3	Amostra e Coleta de Dados do Estudo.....	45
4.4	Instrumentos e variáveis.....	47
4.5	Análise Estatística	55
4.6	Aspectos Éticos	57
5	RESULTADOS	58
5.1	Artigo 1	58
5.2	Artigo 2	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
	REFERÊNCIAS	98
	APÊNDICE A - TABELAS REFERENTES AO ARTIGO 1	113
	APÊNDICE B - TABELAS REFERENTES AO ARTIGO 2	117
	APÊNDICE C - FIGURA REFERENTE AO ARTIGO 1	121
	APÊNDICE D - FIGURA REFERENTE AO ARTIGO 2	122
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	

ESCLARECIDO.....	123
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO	126
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE VIOLÊNCIA DA OMS	128
ANEXO D - ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS)	130
ANEXO E – ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)	131
ANEXO F - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK	132
ANEXO G - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA DO PRÉ- NATAL.....	133
ANEXO H - QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO – MÃE	157
ANEXO I - QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO – RN	192
ANEXO J - QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA	196
ANEXO K - BAYLEY SCALES OF INFANTAND TODDLER DEVELOPMENT THIRD EDITION (Bayley-III Screening teste)	213
ANEXO L - NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.....	225

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e social. Infelizmente, a experiência de violência não é interrompida quando a mulher fica grávida, representando um período particularmente vulnerável para as mulheres em relação à susceptibilidade aos potenciais efeitos da violência sobre sua saúde física e mental (SILVERMAN et al., 2006). A gravidez é considerada, por alguns autores, como um período de risco aumentado, no qual pode haver mudança no padrão da violência quanto à frequência e gravidade (BESSA et al., 2014). Logo, por atingir a mulher em um momento de grande fragilidade física e emocional, requer uma atenção especial dos serviços de saúde (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

A violência contra a mulher se expressa, principalmente, por meio da violência física, sexual e psicológica, afetando sua integridade biopsicossocial. As mulheres possuem maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas que com estranhos e, na maior parte, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou o parceiro (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

O estudo multi-países da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a saúde das mulheres e a violência doméstica contra mulheres, inquérito de base populacional realizado em vários países utilizando os mesmos métodos e definições, encontrou que a prevalência de violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gravidez variou entre 1% na cidade do Japão e 28% no Peru, no entanto a prevalência na maioria dos locais variou entre 4% e 12%. No Brasil, as taxas de prevalência detectadas por estes pesquisadores foram de 8% para a cidade de São Paulo e 11,1% para a Zona da Mata de Pernambuco (WHO, 2005).

A violência durante o período gestacional pode trazer consequências físicas graves para a saúde da mulher, do feto e, posteriormente, do neonato, como início tardio do pré-natal, hemorragias, dores pélvicas, parto prematuro, interrupção da gravidez, intercorrências no período intra-parto, aumento do risco de morte perinatal, trauma fetal, baixo peso ao nascimento, podendo ainda influenciar negativamente as práticas de amamentação (RODRIGUES et al., 2014; MISCH; YOUNT, 2014).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), mulheres que sofrem de violência durante a gravidez podem ter diminuição da auto-estima e, portanto, uma

redução da habilidade para cuidar de recém-nascidos e adotar medidas de promoção da saúde como sustentar o aleitamento materno exclusivo (AME). O impacto da violência na autoestima e autoconfiança da mulher grávida pode também dificultar a sua capacidade de perceber-se como fonte exclusiva de alimentos da criança (MORAES et al., 2011). A atitude de agressão por parte do parceiro, independente de ocorrer antes, durante e/ou depois da gestação, pode se constituir em um fator de risco para não amamentação. (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

As mulheres que vivem no contexto de VPI podem enfrentar o desafio adicional de um parceiro que não suporta amamentação ou que mina ativamente sua tomada de decisão em torno da alimentação infantil (CERULLI et al., 2010). Muitos fatores influenciam a decisão da mulher para iniciar e continuar a amamentação, incluindo situação socioeconômica, idade materna e grau de escolaridade juntamente com o seu conhecimento e compreensão da importância do aleitamento materno para seu filho (JAMES et al., 2014). As repercussões da violência contra a mulher gestante no início e duração do AME têm sido cada vez mais debatidas na literatura (MISCH; YOUNT, 2014).

Não está claro se, e em que medida, a experiência de violência sofrida na gestação influencia a tomada de decisão e as experiências das mulheres com o aleitamento materno. Os resultados das pesquisas são contraditórios: enquanto alguns estudos encontram associação entre violência e a decisão de não amamentar, ou para aquelas que iniciam, sobre o desmame precoce (CERULLI et al., 2010; KENDALL-TACKETT, 2007; SILVERMAN et al., 2006), outros relatam que mulheres que tiveram experiência de violência foram tão propensas a amamentar quanto as demais mulheres sem relato de tal violência (JAMES et al., 2014). Há um longo caminho a percorrer, antes de se alcançar uma compreensão mais completa da complexa relação entre o papel das várias formas de violência contra a mulher na iniciação e duração do aleitamento materno (JAMES et al., 2014).

A ocorrência da violência durante a gestação pode ocasionar alterações embrionárias e fetais, e consequente nascimento de crianças com sequelas físicas, mentais e atrasos globais no desenvolvimento (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007). Existem razões biológicas e psicológicas para hipotetizar que a violência doméstica durante a gravidez poderia estar associada a consequências adversas a longo prazo para a criança (FLACH et al., 2011). O ambiente familiar e suas relações constituem a base para promover o desenvolvimento afetivo-

social e cognitivo. Assim, a família pode atuar como estimuladora e protetora desse processo ao fornecer experiências variadas e de qualidade e ao proporcionar a interação com adultos. No entanto, também pode constituir fator de risco, ao privar o lactente de um ambiente familiar estruturado e com estímulos adequados (ANDRADE; SANTOS, 2005).

Uma criança que nasce em um lar violento está exposta a fatores de risco ao seu desenvolvimento. De modo geral, mesmo não sendo vítima direta da violência, a criança pode apresentar problemas em decorrência da exposição à mesma (MAIA; WILLIAMS, 2005). A família é a principal fonte de estímulos ao desenvolvimento infantil, devendo compreender a importância dos cuidados biológicos e afetivos que são requeridos pela criança a fim de garantir o desenvolvimento de suas potencialidades de modo integral (THIENGO et al., 2011).

É necessário, portanto, identificar os efeitos da violência contra a mulher durante a gestação na duração do aleitamento materno exclusivo e no desenvolvimento da criança, uma vez que a gestação representa uma das condições que leva a mulher a utilizar os serviços de saúde com maior frequência e sua presença mais constante nesses serviços pode atuar como facilitador na construção de vínculo com a equipe de saúde favorecendo a identificação de casos de violência, de modo que medidas preventivas possam ser tomadas, objetivando a otimização da amamentação, bem como de condições adequadas ao desenvolvimento infantil.

Assim este estudo propõe-se responder os seguintes questionamentos:

- a) A violência contra a mulher na gestação pode interferir no tempo de aleitamento materno exclusivo?
- b) A violência contra a mulher na gestação pode prejudicar o desenvolvimento motor, de linguagem e cognitivo da criança?

Deste modo, esta tese gerou dois artigos:

Artigo 1: Efeitos da violência contra a mulher na gestação, de transtornos mentais e do suporte social sobre o tempo de aleitamento materno exclusivo.

Artigo 2: Violência contra a mulher na gestação e rastreamento de risco para alterações no desenvolvimento neuromotor.

2 OBJETIVOS

Geral

Avaliar os efeitos da violência contra gestante no tempo de aleitamento materno exclusivo e no desenvolvimento neuromotor da criança.

Específicos

- 1) Caracterizar a amostra quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos e comportamentais;
- 2) Avaliar a ocorrência de violência contra a gestante na amostra estudada;
- 3) Mensurar o percentual de aleitamento materno exclusivo na amostra estudada;
- 4) Verificar o percentual de crianças com risco para problemas no desenvolvimento neuromotor entre 12 e 32 meses;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Violência Contra a Mulher na Gestação

A Lei Maria da Penha define a violência doméstica e familiar contra a mulher como qualquer ação ou omissão baseada no gênero, que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006).

A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que a violência contra as mulheres persiste em todos os países do mundo como uma violação contundente dos direitos humanos e como um impedimento na conquista da igualdade de gênero (ONU, 2006).

A violência contra as mulheres só começou a ocupar um lugar mais proeminente nos debates e levar a ações concretas na segunda metade do século 20, mais precisamente no final dos anos 1960 e início dos anos 70. O processo começou na Europa e América do Norte, mas mesmo nos Estados Unidos, onde esta tendência foi mais acentuada, levou quase 20 anos para se chegar a medidas legislativas eficazes. Só no início de 1990 foram aplicadas leis abrangentes e recursos eficazes para lidar com a violência de gênero (REICHENHEIM et al., 2006).

A violência contra a mulher passou a fazer parte da luta dos movimentos feministas no Brasil de forma mais intensa a partir das décadas de 1970 e 1980, ocasião em que o governo propôs as primeiras políticas públicas na área (GADONI-COSTA; DELL'AGLIO, 2009). Foram criados serviços específicos, voltados para o enfrentamento do problema, como as delegacias de atendimento à mulher, casas-abrigo e centros de referência com atendimento psicossocial, que têm focado, principalmente, a violência física e sexual cometida por parceiros ou ex-parceiros no âmbito doméstico (MOREIRA et al., 2008).

Agredir, matar, estuprar uma mulher ou uma menina são fatos que têm acontecido ao longo da história em praticamente todos os países ditos civilizados e dotados dos mais diferentes regimes econômicos e políticos. A magnitude da agressão, porém, varia. É mais frequente em países de uma prevacente cultura masculina, e menor em culturas que buscam soluções igualitárias para as diferenças de gênero (BLAY, 2003).

A violência nas relações entre parceiros expressa dinâmicas de afeto e poder e denunciam a presença de relações de subordinação e dominação. Essa dinâmica relacional pode ser propiciada na medida em que a divisão interna de papéis admite uma distribuição desigual de privilégios, direitos e deveres dentro do ambiente doméstico, setor em que se definem assimetrias de poder calcadas em desigualdades de gênero (DEEKE et al., 2009).

Estudos comprovam que grande parte das mulheres que sofrem ou sofreram algum tipo de abuso não buscam ajuda por medo ou vergonha de partilhar o ocorrido. A violência contra o sexo feminino é mais recorrente na África, Américas, Austrália e Nova Zelândia. A pobreza e falta de impunidade nessas regiões acabam encorajando esse tipo de agressão, além de outros obstáculos, que por vezes não classificam rituais físicos como violência contra a mulher e, sim, como manifestações religiosas e culturais (UNFPA, 2006).

Além disso, algumas regiões, como o Oriente Médio, não aceitam a violência sexual contra a mulher como um crime cometido a ela, sendo considerado consequência dos atos da mesma, como o sexo ilícito, podendo muitas vezes a mulher que procura as autoridades ser considerada prostituta e condenada a morte (UNFPA, 2006).

A violência configura um fenômeno de múltiplas determinações. Refere-se à hierarquia de poder, conflitos de autoridade e desejo de domínio e aniquilamento do outro. Dessa forma, as mulheres assumem papéis sociais enquanto ‘cúmplices’ da violência de que são vítimas, muito embora não se vincule a uma escolha consciente, e contribuem para a reprodução de sua dependência da dominação masculina (MOREIRA et al., 2008). Em sua maioria, os atos são realizados dentro da própria família por pessoas íntimas, particularmente no âmbito doméstico. As mulheres possuem maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas que com estranhos e, na maior parte, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou o parceiro (LEITE et al., 2014).

Pesquisas internacionais conduzidas ao longo da última década têm proporcionado cada vez mais provas da extensão da violência contra as mulheres, em particular a perpetrada pelo parceiro íntimo masculino. Os resultados mostram que a violência contra as mulheres é um problema muito mais grave e comum do que se suspeitava anteriormente. Uma revisão de mais de 50 estudos de base populacional realizados em 35 países antes de 1999 indicavam que entre

10% e 52% das mulheres do mundo inteiro relatam que foram abusadas fisicamente por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas, destas 10% a 30% sofreram violência sexual por parceiro íntimo. Entre 10% e 27% das mulheres e meninas relataram ter sido vítimas de abuso sexual, seja como crianças ou como adultos (WHO, 2005).

A prevalência de violência contra as mulheres varia muito entre os estudos. Uma série de questões metodológicas contribuem para essa ampla gama de estimativas, incluindo características da amostra (por exemplo estudos de bases populacionais, clínica privada vs. clínica pública), o modo de investigação (por exemplo questionário auto-administrado vs. entrevistas pessoais), o calendário de inquérito (por exemplo um único ponto no início da gravidez vs. vários pontos ao longo gravidez), a definição (por exemplo física, sexual, e / ou emocional) e medição da violência utilizada (por exemplo violência geral vs. formas específicas) (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Estudo conduzido pela OMS em dez países identificou expressivas prevalências de violência física (de 12,9% no Japão a 61% no Peru), violência sexual (de 6,2% no Japão a 58,6% na Etiópia) e comportamento controlador (de 21% no Japão a 90% na República da Tanzânia) perpetradas por parceiros íntimos contra mulheres (Garcia-Moreno C, 2006). Na América Latina e no Caribe, aproximadamente uma entre três mulheres foi vítima de violência sexual, física ou psicológica durante sua vida (PAHO, 2007).

No Brasil, um estudo de base populacional conduzido em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal reportou prevalência de agressão psicológica, abuso físico moderado e grave no casal de 78,3%, 21,5% e 12,9%, respectivamente. No geral, as prevalências foram mais altas nas cidades do Norte/Nordeste do que nas do Sudeste/Sul/Centro-Oeste. A prevalência de abuso físico moderado variou de 12,8% em João Pessoa para 34,7%, em Belém. Abuso físico grave variou de 8,2% em Florianópolis a 22,1% em Belém (REICHENHEIM et al., 2006).

Embora presente na maioria das sociedades, a violência é, com frequência, irreconhecível; por vezes, socialmente aceita como natural, ou seja, como uma situação esperada ou costumeira no âmbito feminino. Nesse contexto, o que se verifica é que a não identificação da situação de violência vivenciada pelas mulheres contribui para perpetuar seu ciclo, podendo interferir na luta contra a violência. Vale considerar que a violência contra a mulher pode estar

presente nos diferentes âmbitos de sua vida, com repercussões em sua saúde e, dependendo da fase em que se encontra, na saúde de seus descendentes (LETTIERE; NAKANO; BITTAR, 2012).

A violência pode ocorrer durante a gravidez e no período perinatal, sendo cada vez mais reconhecida como um importante fator de risco para resultados adversos para a saúde, tanto da mãe quanto do recém-nascido. A gravidez pode ser um momento de especial vulnerabilidade à VPI devido a mudanças nas demandas e necessidades físicas, emocionais, sociais e econômicas. Este período vulnerável, no entanto, não está limitado ao tempo entre a concepção e o nascimento, pesquisas demonstram que os fatores de risco para VPI associado com gravidez abrange o período de um ano antes da concepção até um ano após o parto (DEVRIES et al., 2010).

O estudo multi-países da OMS sobre a saúde das mulheres e a violência doméstica contra mulheres, inquérito de base populacional realizado em vários países utilizando os mesmos métodos e definições, encontrou que a prevalência de violência durante a gravidez variou entre 1% na cidade do Japão e 28% na Província Peru, no entanto a prevalência na maioria dos locais variou entre 4% e 12%. No Brasil, as taxas de prevalência detectadas por estes pesquisadores foram de 8% para a cidade de São Paulo e 11,1% para a Zona da Mata de Pernambuco (WHO, 2005)

Devries et al., (2010), analisando a prevalência da violência contra a mulher em dezenove países através da análise secundária de dados do Demographic and Health Surveys (DHS, 20 inquéritos em 15 países) e do International Violence against Women Surveys (IVAWS, 4 inquéritos em 4 países), observou que a prevalência de violência durante a gravidez variou de cerca de 2% na Austrália, Dinamarca, Camboja e Filipinas para 13,5% entre as mulheres grávidas na Uganda.

Lukasse et al., (2014) avaliando a prevalência de abuso emocional, físico e sexual entre mulheres grávidas em seis países europeus (Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estónia, Noruega e Suécia), observaram que das 7.174 mulheres avaliadas, 523 (7,3%) relataram apenas abuso emocional, 460 (6,4%) somente abuso sexual e 492 (6,9%) abuso físico (excluindo abuso físico leve). Cento e oitenta e oito (2,6%) mulheres relataram tanto abuso emocional quanto sexual, 355

(4,9%) abuso emocional e físico, 187 (2,6%) abuso físico e sexual, e 294 (4,1%) todos os três tipos de abuso.

Pesquisadores discordam sobre se a prevalência de VPI diminui durante a gravidez, permanece aproximadamente o mesmo, ou se a mulher tem risco aumentado para VPI no tempo entre concepção e o parto. Estudos de base populacional relatam que mulheres grávidas não são mais propensas do que mulheres não grávidas de experimentar VPI, podendo até mesmo haver diminuição do risco (BAILEY, 2010). Embora essa prevalência seja consistentemente menor do que no período pré-gravidez, os padrões de violência vivenciada por mulheres grávidas continuam a ser uma importante via de investigação. Quatro diferentes padrões de violência na gravidez foram identificados: (a) violência começa (sem abuso antes da gravidez, mas com violência durante gravidez), (b) a violência continua (violência antes e durante gravidez), (c) a violência cessa (violência antes da gravidez, mas sem violência durante a gravidez), e (d) nenhuma violência antes ou durante gravidez. Lembrando que um dos mais fortes preditores de violência durante a gravidez é história de violência pré-gravidez. Incidentes violentos nos três meses antes da concepção aumentam significativamente o risco de violência durante a gravidez (TAILLIEU; BROWNRIDGE, 2010).

Os fatores de risco para a violência contra as mulheres durante gravidez se repetem entre países em desenvolvimento, com particularidades relacionadas com a religião e cultura, mas em geral são os mesmos (BESSA et al., 2014). Violência na gravidez tem sido associada com idade, estado civil materno, baixa condição socioeconômica, escolaridade, situação de emprego, baixo nível de apoio social, paridade, gravidez não planejada, assistência pré-natal e hábitos de vida não saudáveis, tais como tabagismo, abuso de substâncias e padrões de alimentação insalubre (NUNES, 2011; COKER; SANDERSON; DONG, 2004; BAILEY, 2010). De acordo com estimativas do Banco Mundial, a mulher tem uma maior probabilidade de ser espancada, agredida e assassinada por seu parceiro atual ou anterior do que por um estranho. O perfil dos agressores, quando parceiros íntimos, em sua maioria é o mesmo em todo o mundo. Eles têm baixa escolaridade, baixa renda ou estão desempregados e apresentam vulnerabilidade ao abuso de drogas lícitas e ilícitas (BESSA et al., 2014).

O impacto da violência contra as mulheres durante a gravidez envolve dano físico e psicológico para a mulher e para a criança. O dano se estende às queixas ginecológicas e sexuais,

e várias consequências obstétricas como gravidez indesejada, retardo em iniciar o pré-natal, aborto e natimortalidade, baixo peso ao nascimento, trabalho de parto prematuro e perda fetal. Também podem estar presentes dor pélvica crônica, cefaleia, doença espástica de colo, depressão, tentativa de suicídio e estresse pós-traumático, ansiedade e uso de drogas (BESSA et al., 2014; SANCHEZ et al., 2013). Mulheres expostas à violência durante a gravidez apresentam risco aumentado para gestações complicadas por hemorragia vaginal, descolamento prematuro da placenta, doença hipertensiva específica da gravidez, infecções renais e do trato urinário, além de enfraquecimento dos sistemas de apoio à família (SANCHEZ et al., 2013; BESSA et al., 2014; ABASIUBONG et al., 2010)

3.2 Uso de álcool na gestação

O uso abusivo de álcool é considerado um problema de saúde pública, o qual tem repercutido de forma assustadora na sociedade, e o mais lastimável é que durante os últimos anos houve um aumento progressivo do número de gestantes em uso de álcool. Isso se torna um fato preocupante, pois a exposição das mulheres no estado gravídico-puerperal a essas substâncias pode ocasionar um grave comprometimento da saúde da mãe-feto e, posteriormente, da mãe-neonato (LOPES; ARRUDA, 2010; YAMAGUCHI et al., 2008).

Crianças nascidas de mulheres que usam substâncias perigosas durante a gravidez estão em maior risco de uma variedade de efeitos adversos no nascimento. O álcool é um teratogênio conhecido ligado à síndrome alcoólica fetal (SAF) e ao baixo peso ao nascimento. Cocaína e consumo de opiáceos tem sido repetidamente associados com baixo peso ao nascimento, restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro (QUESADA et al., 2012).

O álcool ingerido pela mãe atravessa a barreira placentária via o sangue materno e se mistura ao líquido amniótico atingindo os tecidos do feto. Cerca de uma hora após a ingestão os níveis de etanol no sangue fetal e no líquido amniótico são paralelos aos do sangue materno, e com isso altera a liberação de nutrientes ao feto, favorece a concentração de substâncias nocivas, prejudica a oxigenação do feto entre outros mecanismos, (ZANOTI-JERONYMO et al., 2014) tornando o ambiente impróprio para o feto e favorecendo a incidência da SAF. Esta caracteriza-se por danos ao sistema nervoso central, que causam anomalias neurológicas, craniofaciais, deficiência no crescimento pré e pós-natal, disfunções comportamentais e dificuldades

emocionais (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009; SILVA et al., 2011). Pode se constatar que toda criança acometida pela síndrome nas proporções mais graves ou somente com sinais e efeitos mais leves, está sujeita a apresentar prejuízos ou limitações de desenvolvimento e também problemas de comportamento que acarretarão em repercussões sociais. É necessário, que estas crianças sejam diagnosticadas e acompanhadas, o mais precocemente possível para garantir uma melhor qualidade de vida a elas, as famílias e aos grupos sociais envolvidos (ZANOTI-JERONYMO et al., 2014).

Devido à grande exposição das gestantes ao uso do álcool, e do poder de teratogenicidade ao feto, faz-se necessário a capacitação da equipe de saúde para a detecção e orientação diante do uso dessas substâncias, bem como o desenvolvimento de instrumentos efetivos de rastreamento para investigação e identificação daquelas que fazem uso do mesmo, de forma a subsidiar procedimentos como tentativa de diminuir riscos e possibilitar um bom desenvolvimento pré e pós-natal, através da implementação de cuidados para a assistência materno-infantil (COSTA et al., 2014). Quando diagnosticado o uso de álcool, a paciente deve prontamente receber tratamento intensivo, com apoio psicológico e abordagens que a motivem para a mudança. Ações educativas desde o início da gravidez e visitas domiciliares aumentam a adesão ao tratamento e as chances de redução ou abandono do álcool durante o período da gestação (SILVA et al., 2011).

É preciso, portanto, oferecer atenção integral à saúde da mulher durante a gestação, que contemple as suas necessidades psicossociais, examinando a situação em que ela está inserida, os comportamentos destrutivos, suas histórias de vida e se engajando na atenção às mulheres grávidas em situação de pobreza, relacionamentos violentos e comportamentos autodestrutivos como o uso de álcool e drogas (PORTELA et al., 2013).

3.3 Transtornos mentais (Depressão e ansiedade) durante a gestação

Historicamente a saúde mental da mulher grávida foi negligenciada, possivelmente devido a crença popular de que a gravidez é um período de bem-estar para as mulheres, e devido a maior ênfase dada aos transtornos psicóticos ocorridos no pós-parto imediato (ALMEIDA et al., 2012). Dados epidemiológicos apontam prevalência de transtornos mentais em até 20% das mulheres, sendo mais comuns os transtornos de humor e de ansiedade. Destarte, cerca de 10 a

15% das mulheres sofrem um episódio depressivo durante a gravidez ou no primeiro ano pós-parto. O período perinatal é o momento de maior risco para a manifestação de transtornos mentais em mulheres - sendo que aquelas com história prévia de transtorno mental apresentam maior risco de manifestações neste período (KASSADA et al., 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), nos próximos dez anos, os transtornos depressivos poderão representar a segunda maior causa de doenças no mundo, estando atualmente na quarta posição entre os principais aspectos associados a agravos à saúde. Algumas mulheres podem experimentar seu primeiro episódio depressivo durante a gravidez, enquanto que outras com um histórico de depressão estão em maior risco por sua recorrência, continuação, ou exacerbação (ALI et al., 2012).

A gravidez é considerada um período de grandes alterações nas mulheres, não só do ponto de vista físico, mas também mental e social, alterando sua psique e seus papéis no agregado familiar. O período gravídico-puerperal tem a maior prevalência de transtorno mental comum, especialmente no primeiro e terceiro trimestres de gravidez e nos primeiros trinta dias após o parto (ALMEIDA et al., 2013). A depressão perinatal engloba sintomatologia depressiva maior e menor que se manifesta durante a gravidez e dentro dos primeiros 12 meses após o parto. Afeta 7% - 20% das mulheres durante a gravidez, com taxas tão elevadas como 35% - 40% para mulheres de baixa renda. A existência de história de depressão é o melhor preditor de depressão durante a gravidez, e quase 50% dos episódios depressivos durante o pós-parto são sugeridos terem começado durante a gravidez (CONNELLY et al., 2013). No puerpério, os sintomas depressivos tendem a apresentar-se de maneira intensa, pois, nesse contexto, a genitora passa por diversas transformações físicas, psíquicas e sociais (DANTAS et al., 2012).

Muitas mulheres sofrem de medo e ansiedade durante gravidez devido à preocupações sobre a saúde do feto, mudanças nas relações conjugais e problemas em aceitar o novo papel de mãe (NEKOEI; ZAREI, 2015). As causas de ansiedade podem variar desde temores sobre procedimentos, por exemplo, a amniocentese e ultra-sons, aos medos mais amplos em todo o processo de nascimento, hospitalização, saúde e bem-estar da criança. As mulheres também podem sofrer de ansiedade internalizada relacionado a mudanças na forma do corpo e aparência (ADEDINSEWO et al., 2014).

A ansiedade provocada pelo estado gestacional da mulher pode torná-la vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais, podendo se manifestar por pensamentos repetitivos acerca da mesma e do bebê, por alterações do humor, irritabilidade, vulnerabilidade emocional, estresse, insônia e sintomas depressivos (FALCONI et al., 2005). Os transtornos de ansiedade sub-diagnosticados e não tratados em gestantes podem levar a graves consequências materno-fetais, tais como depressão pós-parto, baixo peso ao nascer, prematuridade, redução do índice apgar, entre outros. O adequado conhecimento dos motivos que levam a mulher a estar ansiosa, como por exemplo a saúde do bebê, medo do parto, entre outros, pode ser útil para diferenciar os sintomas de ansiedade que seriam considerados esperados para o período, daqueles que necessitariam de um acompanhamento clínico (ARAÚJO et al., 2008).

A presença de distúrbios, como depressão e ansiedade durante a gravidez aumenta o risco de depressão pós-parto. O que pode causar reduzida ingestão de alimentos pela mãe, descumprimento ao pré-natal, risco de abuso de substâncias, e complicações obstétricas. O risco de depressão durante a gravidez pode ser 4,2 vezes mais elevado nas mulheres que foram expostas à violência (MANZOLLI et al., 2010). Entre as consequências adversas relacionadas com VPI e saúde das mulheres, as mais significativas são as condições de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (DOUGE; LEHMAN; MCCALL-HOSENFIELD, 2014).

Isto é particularmente preocupante porque a depressão durante a gravidez pode prejudicar o vínculo entre a mãe e seu feto e/ou bebê, podendo levar a problemas no desenvolvimento cognitivo, social, psicológico e comportamental da criança. Muitas das consequências de VPI para as mulheres e seus filhos durante e após a gravidez podem ser devastadores e potencialmente fatais (MCMAHON et al., 2011).

Embora se saiba que, durante o ciclo gravídico-puerperal as mulheres se tornam mais sensíveis, tanto física como emocionalmente, podendo estar em uma condição mais vulnerável, há evidências de que este é o momento certo para investigar a violência, com base no fato de que, para muitas mulheres, o ciclo gravídico-puerperal é a única oportunidade de estabelecer contato e ligação com a unidade de saúde (FONSECA-MACHADO et al., 2014). Flach et al., (2011) investigando o impacto a longo prazo da violência doméstica no pré-natal sobre a morbidade psiquiátrica materna e comportamento infantil, observou que violência doméstica no pré-natal foi

associada com altos níveis de sintomas depressivos pré-natais, em 18 semanas de gestação, e na oitava semana após o parto.

Mulheres vítimas de violência por parte de seus parceiros estão em risco de desenvolver problemas psicológicos, incluindo depressão, depressão pós-parto, estresse pós-traumático e consumo de álcool e drogas. São ainda mais deprimidas em relação ao trabalho e em suas relações interpessoais, do que as mulheres grávidas que não sofreram abuso (ALMEIDA et al., 2013). Fonseca-Machado et al., (2014) em uma revisão com o objetivo de identificar a relação entre VPI durante a gravidez e transtornos mentais em mulheres no ciclo gravídico-puerperal, observou que mulheres vítimas de violência física, psicológica e/ou sexual perpetrada por seus parceiros íntimos durante a gravidez são mais propensas a mostrar transtornos/sintomas depressivos durante o período pré-natal, quando em comparação com aqueles que não sofreram este tipo de violência.

Os quadros depressivos interferem em diversos aspectos do funcionamento e estado afetivo materno e, conseqüentemente, afetam a qualidade da relação entre a mãe e seu bebê. Mães depressivas também apresentam maiores dificuldades em engajarem-se em cuidados de saúde, tanto pessoal como do bebê, maior prevalência de uso de tabaco, não aderência aos cuidados de saúde do bebê e negligência, amamentam seus bebês com menor frequência, interrompem a amamentação mais cedo e percebem-se menos confiantes quanto à sua capacidade de amamentar (VITOLLO et al., 2007).

A associação entre amamentação e depressão pós-parto ainda é ambígua (FIGUEIREDO et al., 2013). Bogen et al., (2010) avaliando a relação entre transtorno depressivo maior e severidade dos sintomas depressivos durante a gravidez com a amamentação, observou que a intenção de amamentar exclusivamente relatado durante a gravidez foi o melhor preditor da situação do aleitamento materno em 2 e 12 semanas após o parto. Nem o transtorno depressivo maior nem a presença de sintomas depressivos foram associados com as práticas de alimentação infantil.

Figueiredo et al., (2012) em uma revisão sobre a relação entre amamentação e depressão pós-parto, cita que estudos de diferentes contextos socioculturais mostram, quase inequivocamente, que mães deprimidas tendem a amamentar menos ou por menor tempo que as

não deprimidas. Quando deprimidas durante a gravidez, as mulheres têm menos probabilidade de iniciar ou manter a amamentação em comparação às que não apresentam sintomas depressivos. Os estudos sugerem uma associação entre amamentação e depressão pós-parto, não estando clara ainda a direção dessa associação.

Ystrom (2012) investigando se a interrupção do aleitamento materno está relacionada a um aumento nos sintomas de ansiedade e depressão desde a gravidez até seis meses após o parto, e se o aumento desses sintomas após a interrupção da amamentação é desproporcionalmente mais alto para aquelas mulheres que já sofrem de altos níveis de ansiedade e depressão durante a gravidez, encontrou que sintomas de ansiedade e depressão pré-natal estão associados à interrupção da amamentação na mesma extensão que a interrupção da amamentação está associada a um aumento dos sintomas de ansiedade e depressão aos seis meses após o parto. Concluíram também que mulheres com altos níveis de ansiedade e depressão no pré-natal são mais propensas a um aumento da ansiedade e depressão pós-natal depois da interrupção da amamentação.

Vitolo et al., (2007) verificando a incidência de sintomas depressivos em um grupo de mães de crianças entre 12 e 16 meses no município de São Leopoldo (RS, Brasil) e suas associações com o aleitamento materno e o desenvolvimento global da criança, observou que a frequência de aleitamento materno exclusivo (AME) no período menor que 4 meses, foi semelhante entre os grupos de mães com sintomas depressivos e o grupo de mães sem sintomas depressivos. Porém a frequência de AME foi significativamente maior no período de 6 meses no grupo de mães sem presença de sintomas depressivos, quando comparado com o grupo com sintomas de depressão. Concluindo que é necessário maior atenção à saúde mental das mulheres, considerando a alta prevalência de sintomas depressivos no grupo estudado (37,5%) e a forte associação com o menor tempo de aleitamento materno, situação que implica em maior risco à saúde da criança, especialmente nos estratos socioeconômicos menos privilegiados.

A identificação de sintomas depressivos maternos na gestação e no primeiro ano de vida do bebê é de fundamental importância para a promoção de ações preventivas dirigidas à saúde materno-infantil (VITOLLO et al., 2007). As mães deprimidas podem ter dificuldade na amamentação e insatisfação durante a iniciação e manutenção da mesma. Além da amamentação, várias outras atividades relacionadas ao cuidar são comprometidas pela depressão pós-parto,

incluindo práticas alimentares, rotinas de sono, comparecimento às consultas de puericultura, e vacinação. Estes comportamentos desajustados são, provavelmente, de magnitude universal e mantidos em diferentes culturas e estratos socioeconômicos (ZUBARAN; FORESTI, 2013).

A primeira fase após a alta hospitalar pode ser um período particularmente sensível no que diz respeito ao desenvolvimento das aflições mentais. Este período é um tempo delicado, muitas vezes sem ajuda profissional, quando a mãe volta para casa com o recém-nascido e é confrontada com a responsabilidade de cuidado infantil, amamentação e recuperação do nascimento em seu ambiente social (STAEHELIN et al., 2013).

A ansiedade e a depressão são comuns durante a gravidez. Existindo, portanto, uma necessidade de incorporar programas de triagem para ansiedade e depressão nos serviços de pré-natal, fornecendo apoio prático às mulheres durante a gravidez, particularmente aquelas com história prévia de depressão e que têm pobres laços familiares (ALI et al., 2012). Dessa forma, a fim de prevenir complicações e construir um prognóstico satisfatório, cabe destacar a importância da identificação dos sintomas iniciais que desencadeiam o quadro patológico no puerpério. Logo, quanto antes se detectar os fatores de risco, melhor assistência poderá ser oferecida à puérpera. Para isso, no entanto, é necessária a preparação dos profissionais para abordar essas mulheres e identificar precocemente os riscos, de forma que estas possam ser encaminhadas para aconselhamento ou tratamento, evitando assim, o aparecimento ou aumento do transtorno mental (GOMES et al., 2010).

3.4 Aleitamento materno

Em nível mundial, não mais que 35% das crianças são amamentadas exclusivamente durante os primeiros quatro meses de vida, tendo a amamentação uma duração mediana de 18 meses, com importantes diferenças entre os países e as regiões do mundo. A alimentação complementar, muitas vezes, se inicia muito cedo ou muito tarde e os alimentos, com frequência, são nutricionalmente inadequados e inseguros. As crianças desnutridas que sobrevivem tornam-se, com mais frequência, doentes e sofrem por toda a vida as consequências de um desenvolvimento prejudicado (WHO 2003).

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena, e apesar dos esforços de diversos organismos

nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado (BRASIL^b, 2009).

De acordo com a II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2009, verificou-se que, no total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA; a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno (AM) de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF. Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008 (BRASIL^c, 2009).

Concluiu-se que houve melhora significativa da situação do aleitamento materno no período analisado, persistindo diferenças entre as regiões e capitais analisadas. Porém, ainda distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e Ministério da Saúde (MS), de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais (BRASIL^c, 2009).

O aleitamento materno foi categorizado de acordo com o tipo de adesão, segundo definição da OMS (BRASIL, 2002) em:

- Aleitamento materno exclusivo (AME) - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante (AMP) - quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

- Aleitamento materno (AM) - caracterizado pelo fato da criança receber o leite materno, diretamente do seio ou extraído, independente de estar recebendo qualquer outro alimento.

- Aleitamento materno complementado (AMC) - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

- Aleitamento materno misto ou parcial (AMM) – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

O aleitamento materno é fundamental para a saúde das crianças nos seis primeiros meses de vida, por ser um alimento completo, fornecendo inclusive água, com fatores de proteção contra infecções comuns da infância, isento de contaminação e perfeitamente adaptado ao metabolismo da criança. Além do mais, o ato de amamentar é importante para as relações afetivas entre mãe e filho (BRASIL, 2002).

O leite materno fornece uma fração lipídica que é a maior fonte de energia, além de nutrientes essenciais, tais como vitaminas lipossolúveis e ácidos graxos poliinsaturados. Além disso, favorece o desenvolvimento infantil, fortalece os aspectos emocionais, sociais e de prevenção de doenças na vida adulta (BRASIL, 2004).

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas. (WHO, 2000; PANHO, 2003)

A amamentação protege as crianças contra infecções dos tratos gastrintestinal e respiratório, sendo maior a proteção quando a criança é amamentada de forma exclusiva e por

tempo prolongado (KRAMER et al., 2001). Estão documentadas diminuições no risco de infecções gastrointestinais (64%), do ouvido médio (23%) e de infecções respiratórias graves requerendo hospitalização (72%). Outros benefícios comprovados pelas evidências incluem maiores proteções contra o eczema atópico (42%) nos lactentes com história familiar, de asma (27%) nos lactentes sem história familiar, da leucemia linfocítica aguda (19%) e da síndrome da morte súbita infantil (36%) (AGUIAR; SILVA, 2011).

A OMS, em associação com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tem empreendido um esforço mundial e estabelecido estratégias no sentido de ampliar o tempo de AM. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma destas estratégias e pode ser considerada como uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância da atuação dos estabelecimentos de saúde (hospitais e maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Assim, implantar e seguir os Dez Passos preconizados pela IHAC pode representar um diferencial no aumento do índice de AM na instituição (ROCCI; FERNANDES, 2014).

As equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade. A abordagem durante o pré-natal é de fundamental importância para as orientações sobre como o leite é produzido, a importância da amamentação precoce e sob livre demanda (BRASIL, 2004).

Amamentação bem-sucedida depende de múltiplos fatores relacionados com a mãe, com o bebê e com o ambiente de apoio. Entre os fatores associados à interrupção precoce do AME tem-se apontado a escolaridade materna e paterna, o tipo de parto, a paridade, a idade materna, a ocupação materna, a situação socioeconômica, o peso ao nascer, a realização do pré-natal, o uso de chupeta, a violência familiar e a sintomatologia depressiva como importantes determinantes da manutenção de AME (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013; FELDENS et al., 2012; MACHADO et al., 2014). O estresse também pode interferir com a consecução da meta de amamentação da mãe, sendo este impacto diferenciado pelo tipo de estresse. Estresse associado com a separação /divórcio, problemas conjugais, problemas financeiros e mudança de endereço na gravidez aumentam a probabilidade de que mães parem de amamentar aos 4 meses (Li et al., 2008).

O trabalho materno fora do lar pode ser um importante obstáculo à amamentação, em especial a exclusiva. A manutenção da amamentação nesse caso depende do tipo de ocupação da mãe, do número de horas no trabalho, das leis e de relações trabalhistas, do suporte ao aleitamento materno na família, na comunidade e no ambiente de trabalho e, em especial, das orientações dos profissionais de saúde para a manutenção do aleitamento materno em situações que exigem a separação física entre mãe e bebê (BRASIL^b, 2009). A orientação sobre o armazenamento do leite é importante, pois assegura à mãe, além do conhecimento necessário para manter adequadamente o leite, a possibilidade de não interromper a amamentação quando do seu retorno ao trabalho (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Scott et al. (2006) avaliando a duração do aleitamento materno em uma população de mulheres australianas visando identificar os fatores que estão associados com a duração do aleitamento materno exclusivo até 6 meses e de qualquer amamentação aos 12 meses, observou que a intenção para retornar ao emprego no prazo de 6 meses após o parto não foi associada com o início da amamentação. Contudo, mulheres que retornaram ao trabalho antes de seu bebê completar 12 meses de idade foram menos propensas a amamentação exclusiva aos 6 meses ou de estar dando qualquer leite materno ao seu bebê aos 12 meses.

Damião (2008), analisando a associação entre a prática do AME e características maternas como escolaridade e trabalho materno observou que entre os filhos de mulheres que não trabalhavam, a frequência de AME era o dobro daqueles cujas mães, no momento da entrevista, tinham alguma atividade ocupacional que as faziam ficar afastadas de casa. No entanto a autora ressalta que, muito embora a frequência de AME tenha sido o dobro entre as mulheres que não trabalhavam fora do domicílio, apenas uma entre quatro mulheres que não trabalhavam fora de casa amamentava exclusivamente. Apesar de ser um fator facilitador, não estar afastada de casa devido ao trabalho não é condição suficiente para a garantia do AME.

Dispositivos legais foram criados na tentativa de minimizar os riscos para a diminuição do aleitamento materno no período de retorno ao trabalho. A Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, no seu artigo 7º, parágrafo XVIII, versa: “Licença maternidade, sem prejuízo do emprego e do salário, com duração de 120 dias”. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) protege a nutriz, com descansos especiais durante a jornada de trabalho e descrição de locais adequados para os cuidados com os lactentes (BRASILEIRO, 2012).

O período da licença-maternidade influi diretamente no aleitamento materno exclusivo mais prolongado na vida destas mulheres. Há que ressaltar-se que, muito embora em 2009, a licença-maternidade tenha passado de 120 para 180 dias (Lei nº 11.770), a prerrogativa de adoção da mesma fica a critério de cada empresa (RODRIGUES et al., 2014). O retorno ao trabalho influencia na insuficiência de leite da lactante, conduzindo ao desmame precoce. Esta condição decorre da conjunção de dois fatores: a interrupção da rotina das mamadas, que leva à redução da produção láctea, associado à introdução de leites artificiais, aos quais as mães recorrem em virtude da produção láctea insuficiente (TARRANT et al., 2010).

Muitos fatores influenciam a decisão de uma mulher para iniciar e continuar a amamentar, entre esses fatores encontra-se a violência sofrida na gestação. As repercussões da violência no início e duração do AME têm sido cada vez mais debatida na literatura. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), mulheres que sofrem de violência durante a gravidez podem ter diminuição da auto-estima e, portanto, uma redução da habilidade para cuidar de recém-nascidos e adotar medidas de promoção da saúde como sustentar o AME. O impacto da violência na auto-estima e auto-confiança da mulher grávida pode também dificultar a sua capacidade de perceber-se como fonte exclusiva de alimentos da criança (MORAES et al., 2011).

Lourenço e Deslandes (2008), avaliando a experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal, relatam que, segundo as entrevistadas, a violência sofrida antes e durante o período do aleitamento pode interferir na disposição das mulheres em se dedicarem a essa tarefa, assim como na própria produção do leite. Concluindo ser possível que muitas mulheres na situação de violência conjugal abandonem a amamentação em função das pressões exercidas pelo companheiro. As mulheres que participaram do estudo se mostraram muito abaladas emocionalmente durante o período de aleitamento e seus sentimentos em relação a essa experiência foram bastante contraditórios. Não obstante, o tempo de amamentação foi curto, por volta de quatro meses, apesar de afirmarem o desejo de amamentar reiteradamente.

James et al., (2014) avaliando a existência de relação entre VPI e experiência das mulheres com relação ao aleitamento materno, concluíram que, para as mulheres avaliadas, a experiência de VPI em si não pareceu influenciar os resultados da amamentação, no entanto,

outros fatores como idade materna, escolaridade, parto cesáreo planejado ou não, parto prematuro e as preocupações maternas acerca da adequação da oferta de leite apresentaram associação com menores níveis de amamentação.

Misch e Yount (2014), avaliando a associação de violência e práticas de amamentação em mulheres Africanas, observou que embora os resultados variassem um pouco em torno do tipo de violência nos oito contextos africanos, alguns padrões gerais foram perceptíveis. Em primeiro lugar, a violência sofrida pela mãe tendeu a estar associada com práticas de amamentação sub-ótimas. Em todos os países, exceto Malawi e Nigéria, pelo menos uma forma de violência materna foi associada com amamentação abaixo do ideal. Em segundo lugar, todas as formas de violência materna foram negativamente associadas com o início da amamentação ou com aleitamento materno exclusivo em pelo menos um dos contextos africanos. Em terceiro lugar, a violência sexual foi a mais frequentemente associada de forma negativa com aleitamento materno abaixo do ideal. Em quarto lugar, a constatação de que VPI ao longo da vida está negativamente associada com práticas recentes de amamentação, sugere que essa violência pode ter efeitos a longo prazo sobre interações das mães com seus filhos.

Lau e Chan (2007), avaliando a influência de violência por parceiro íntimo na gravidez e sintomas precoces de depressão pós-parto na amamentação entre as mulheres chinesas em Hong Kong, observaram que mulheres vítimas de agressão psicológica e coerção física durante a gravidez foram mais propensas a usar aleitamento misto ou artificial. Evidências empíricas sugerem que o apoio dos parceiros para a amamentação é um fator significativo no sucesso das mulheres com a amamentação. No entanto, o apoio dos parceiros é menos provável de ocorrer em um relacionamento abusivo. A necessidade do parceiro abusivo de controlar todos os aspectos da vida da mulher pode significar que ele não vai aprovar a amamentação. Além disso, o estresse é uma barreira para a produção de leite materno, e o estresse causado por uma situação de abuso pode interferir temporariamente com o fluxo de leite materno, diminuindo e/ou parando a sua produção, fazendo com que mulheres em situações de abuso sejam menos prováveis para amamentar com sucesso.

Os efeitos da violência doméstica física e psicológica pode prejudicar a capacidade da mulher para amamentar, ou pode causar uma resposta compensatória, estimulando a amamentação. Os resultados das pesquisas disponíveis são contraditórios, alguns estudos não

mostraram associações de violência doméstica física ou sexual anterior com o início ou duração da amamentação, enquanto outros têm mostrado que violência doméstica pré-natal é um preditor negativo para início do aleitamento materno (YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011). A identificação e quantificação dos fatores de risco para o abandono do aleitamento materno em diferentes populações é essencial para a concepção de estratégias que o promovam eficazmente (FELDENS et al., 2012).

3.5 Apoio social

O suporte social pode ser entendido como o apoio emocional ou prático fornecido pela família e/ou amigos, na forma de afeto, companhia, assistência e informação, incluindo tudo o que gera no indivíduo a sensação de ser amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro (ANTUNES; FONTAINE, 2005). É fundamental ao longo do desenvolvimento humano, tendo destaque durante períodos de transição e de mudanças, quando naturalmente são exigidas adaptações e o indivíduo passa por situações de estresse (RAPOPORT; PICCININI, 2006). Diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) (HERBOURNE; STEWART, 1991).

É possível definir cinco aspectos referentes ao conceito de apoio social: 1. apoio emocional que envolve carinho, amor e empatia; 2. apoio instrumental (referido por muitos como suporte tangível); 3. a informação, orientação ou *feedback* que pode proporcionar uma solução para um problema; 4. apoio de avaliação que envolve informações relevantes para auto-avaliação e, 5. o companheirismo social que envolve passar o tempo com os outros em atividades de lazer e recreativas (HERBOURNE; STEWART, 1991). Assim, fica evidente que o apoio social tem a função de amenizar o impacto dos acontecimentos que afetam de forma negativa a saúde de quem os sofre, uma vez que é importante essas pessoas sentirem-se confiantes e seguras para que possam atingir certo nível de bem-estar psicológico (MOREIRA; SARRIERA, 2008).

O nascimento de um filho é uma destas situações em que a mulher tem que se adaptar à nova vida, por se tratar de um evento que modifica a vida do casal, especialmente a da mãe. A resposta da mulher a estas mudanças é influenciada por fatores individuais e ambientais,

destacando-se, como um dos fatores mais importantes que influencia o seu bem-estar, o apoio que ela recebe daqueles que a rodeiam, especialmente do pai do bebê (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

Durante o nascimento e no período pós-natal, há uma série de novas tarefas impostas à mãe, e, nesse momento, o apoio social desempenha papel preponderante diante das necessidades financeiras e de descanso da mãe, dos cuidados dispensados ao bebê e da divisão de tarefas domésticas (SINGLEY; HYNES, 2005). Considerando que o contexto familiar se modifica em decorrência do nascimento de filhos e exige que a família encontre formas de lidar com as situações que surgem nesse período, a rede de apoio social é fundamental para sua adaptação às novas circunstâncias, em particular, a contribuição do pai e dos avós. O apoio social durante a gestação exerce influências benéficas no comportamento e emoções da mulher grávida, assim como é benéfico para a nova mãe, principalmente nos primeiros meses após o nascimento do bebê, evento que geralmente causa insegurança na mulher devido às várias mudanças que ocorrem em sua vida. Além disso, com o nascimento do bebê a mulher deixa de ser o centro de sua própria vida, tendo que colocar o bebê nessa posição (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

O suporte social tem sido estudado como um fator importante na manifestação depressiva, sendo que mães separadas ou sem companheiros e provenientes de famílias não nucleares apresentam maior frequência de sintomas depressivos (VITOLLO et al., 2007). Thiengo et al. (2011), em uma revisão sistemática analisando os estudos sobre a associação entre apoio social e a depressão gestacional, cita que o papel do apoio social nas diversas fases da vida é fundamental para o amortecimento de fatores estressantes que ocorrem no cotidiano, principalmente em momentos em que são observadas modificações psicossociais e fisiológicas como é o caso da gravidez.

Em função das demandas do período puerperal, tanto a mulher quanto os demais membros que vivenciam o nascimento da criança, sofrem um grande desgaste físico e psíquico, sendo extremamente benéfica e importante a formação de uma rede de apoio familiar (MARTINS et al., 2008). A gestante com ausência de apoio social e que sofre violência durante a gestação pode ter problemas com a sua saúde e a do bebê, entre eles depressão, abuso de substâncias psicoativas, tabagismo, sangramento no primeiro e no segundo trimestres de gravidez, prematuridade e baixo peso ao nascer (SILVERMAN et al., 2006). Os eventos de vida produtores

de estresse, como conflitos conjugais, perda do emprego e ser vítima de assalto podem ser intensificados pela ausência de apoio social e desencadear sintomas depressivos na gestação (THIENGO et al., 2011).

Sintomas de depressão e apreensão diante da responsabilidade de cuidar de um bebê são bastante comuns, em graus variados, na grande maioria da puérperas, devido às novas demandas de adaptação características desse período. Como a maternidade não é tarefa fácil, o apoio social torna-se fundamental para o desempenho da tarefa materna (RAPOPORT; PICCININI, 2011). A percepção de suporte social, enquanto medida subjetiva dessa sensação, pode estar afetada pela presença de sintomas depressivos durante a gravidez. Destaca-se a necessidade de apoio social para que as mães possam lidar adequadamente com a complexidade das situações que envolvem o cuidado com o bebê. A participação dos familiares, amigos e de profissionais parece contribuir não só na resolução imediata de eventuais necessidades, mas propiciando à mãe a tranquilidade que precisa para cuidar de seu primeiro filho em todas as dimensões de cuidado físico e psicológico (RAPOPORT; PICCININI, 2011).

O período perinatal também está relacionado a alta vulnerabilidade com aumento das demandas fisiológicas e emocionais da gravidez e da maternidade. Este período é um momento em que o apoio do parceiro e uma relação de confiança pode ser particularmente importante para a saúde psicológica. Em circunstâncias de falta de apoio, as mães podem vivenciar a gravidez e o parto como um período particularmente ameaçador a sua integridade física e emocional (ALVAREZ-SEGURA et al., 2014).

Embora se reconheça todas as vantagens do ato de amamentar ainda verifica-se uma alta taxa de desmame precoce, isso revela que na prática a amamentação não é um ato instintivo ou automático, mas é uma ação que está fundamentada na subjetividade e na vivência das nutrizas (BARREIRA; MACHADO, 2008). A amamentação depende das condições de vida, do trabalho, do momento vivido pela mulher, das experiências anteriores, da trajetória cultural e da compreensão da sociedade e principalmente do apoio da família, da rede social e dos profissionais de saúde (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013). O pré-natal é um momento importante para que sejam fornecidas orientações sobre aleitamento materno, que deve ser amplamente discutido e incentivado (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

Dificuldades com a amamentação no período pós-parto é um fator de risco significativo para a cessação antecipada do aleitamento materno. As mulheres que apresentam problemas nas primeiras quatro semanas são significativamente mais susceptíveis de interromper o aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses e ter uma menor duração da amamentação em geral (SCOTT et al., 2006). Os primeiros dias são de extrema importância para a eficácia da amamentação, pois se constitui de um período de aprendizado para a mãe e o recém-nascido. É nesse momento que os profissionais de saúde, principalmente os agentes comunitários e enfermeiros, precisam apoiar e incentivar a mãe a estabelecer a amamentação, identificando precocemente alterações nas mamas, como fissuras, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, entre outros e estabelecendo condutas necessárias em cada caso. Sendo assim, as visitas domiciliares dos profissionais de saúde são indispensáveis às puérperas (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009).

A Organização Mundial de Saúde estudando as estratégias comunitárias para promoção do aleitamento materno em países em desenvolvimento, enfatiza que as principais dimensões do apoio social para o sucesso do aleitamento materno são a emocional, de informação e a material, as quais permitem às mães mais aceitação, coragem, tempo oportuno e conhecimento sobre a amamentação, habilidades práticas e outras estratégias para transpor obstáculos socioeconômicos, culturais ou biomédicos (OMS, 2003).

Uma rede social que envolve familiares próximos parece influenciar positivamente na superação de problemas iniciais com a amamentação, podendo ser fonte de suporte material, de informação ou emocional (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013). O apoio social no momento de adaptação à nova dinâmica familiar seja com o primeiro, segundo ou mais filhos, é fundamental para manutenção da saúde materna e para o auxílio nas tomadas de decisão em relação ao novo bebê (SIMIONI; GEIB, 2008).

Para que uma mãe amamente com sucesso, não basta que ela opte pelo aleitamento materno. Ela deve estar inserida em um ambiente que a ajude a levar adiante a sua opção. Uma jovem mãe necessita de uma pessoa experiente e dedicada para dar-lhe apoio e transmitir-lhe confiança. Precisa de alguém para cuidar dela com carinho e atenção nessa nova tarefa. Esse apoio pode ser obtido principalmente dentro de casa, por meio de sua família ou da família de seu companheiro (KING, 2001). O apoio e o incentivo das pessoas que cercam a puérpera, sobretudo

o marido/companheiro e as avós materna e paterna da criança, são de fundamental importância para o estabelecimento da amamentação (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2009). O apoio familiar, social e dos profissionais de saúde é essencial na vida da nutriz durante o processo de amamentação, bem como na manutenção da saúde mental e enfrentamento das situações estressantes como as fases de transição após o nascimento do bebê (PRIMO et al., 2015).

3.6 Desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil é definido como um processo de mudanças neurológicas, cognitivas, comportamentais e estruturais que ocorrem de forma ordenada, além das mudanças nas funções do corpo que verificam desde a concepção do feto até a morte do indivíduo, envolvendo o crescimento físico e a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva (SANTOS; QUINTÃO; ALMEIDA, 2010).

A interdependência desses domínios é essencial para que o desenvolvimento ocorra, ou seja, cada um dos domínios influencia e é influenciado pelo outro em todo o processo (OLIVEIRA; NASCIMENTO; MARCOLINO, 2012).

Acompanhar o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extra-uterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando portanto mais sujeito aos agravos. Devido a sua grande plasticidade, é também nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente (OPAS, 2005). O processo de desenvolvimento e crescimento de um ser inicia-se ainda intra-útero, no qual mãe e feto estabelecem uma harmônica e rítmica melodia de vida, estando estas, interligadas entre si. Esse ser vive por 40 semanas em um ambiente quente, escuro, confortável, protetor, com sons fortes e fracos já conhecidos e que não exige grandes esforços para a manutenção da vida (RAVELLI; MOTTA, 2005).

O primeiro ano de vida da criança caracteriza-se pelo crescimento acelerado e pelo surgimento de habilidades motoras e cognitivas, que ocorrem em etapas e determinam o marco do desenvolvimento em que a criança se encontra (ANDRADE; SOUZA; SZARFARC, 2007). Sabe-se ainda que o desenvolvimento infantil envolve aprendizagem, dependência de cuidados, emoções, experiências e significados estabelecidos nas relações com o outro (NOGUEIRA; MOURA, 2007).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida (OPAS, 2005). Esse acompanhamento deve ser realizado na atenção primária à saúde, e deve contar com o apoio da família, comunidade e profissionais da saúde (FALBO et al., 2012).

Do ponto de vista didático, observa-se que o desenvolvimento vai transcorrendo por etapas ou fases, que correspondem a determinados períodos do crescimento e da vida, em geral. Cada um desses períodos tem suas próprias características e ritmos ainda que não se deva perder de vista que cada criança tem seu próprio padrão de desenvolvimento (BRASIL^b, 2002).

A postura e os movimentos amplos do recém-nascido são muito importantes e devem ser sempre observados: o recém-nascido normal mantém as pernas e braços fletidos tanto na posição supina como prona. As pupilas reagem à luz. Apresenta uma reação global a barulhos muito fortes. Dorme grande parte do tempo. Têm percepções visuais, alguma discriminação olfativa, percebe alguns sabores (tendo predileção pelo doce) e desde as primeiras horas de vida é capaz de indicar a percepção de alguns sons. A voz humana causa nele efeitos diferentes de outros sons, e já em torno da segunda semana de vida, a voz da mãe ou mesmo de outra mulher, modulada por tonalidades afetivas, é capaz de desencadear sorrisos mais facilmente que qualquer outro som (BRASIL^b, 2002).

No lactente, ou no período denominado de primeira infância, ocorrem as maiores e mais rápidas modificações no desenvolvimento da criança, principalmente no tocante ao domínio neuropsicomotor. Os membros superiores tornam-se gradativamente cada vez mais ágeis para alcançar, segurar e manipular objetos. Primeiro, agarra o objeto com a mão; depois, usa os dedos e finalmente o movimento de pinça fina (polegar e indicador). A partir daí, começa a brincar e utilizar os objetos para mordê-los e jogá-los fora e assim vai construindo a sua vida psíquica e relações com o mundo (BRASIL^b, 2002).

A progressão do desenvolvimento vai desde o período em que o bebê está totalmente dependente até o final de seu primeiro ano de vida, quando, o lactente, dá os seus primeiros

passos, adquirindo mobilidade e habilidades de manipulação que lhe permitem explorar a maior parte do meio ambiente. Essa capacidade neuromotora está a serviço do eu no seu desejo de conhecer e dominar o ambiente que o rodeia. O mesmo acontece com a aquisição da linguagem, que se inicia pelas trocas sonoras, ritmadas e prazerosas com sua mãe e vai evoluindo até a criança poder falar de si mesma e se afirmar dizendo não, fazendo suas escolhas, conhecendo e agindo no seu pequeno universo. Assim, aprendem a caminhar, alcançam objetos desejados, se separam de suas mães, abrem portas e começam a descobrir o mundo (BRASIL^b, 2002).

A segunda infância ou período pré-escolar é caracterizado pelo aprimoramento das habilidades até então adquiridas, em especial a capacidade de comunicação, locomoção (andar e correr com segurança, subir escadas, etc.), manuseio de objetos e jogos simbólicos. É a idade do explorar e do brincar. A criança começa a vivenciar sentimentos bastante ambivalentes em relação aos mais próximos: o pai e a mãe. Ao menor sinal de proibição, faz birra, chora, fica cheia de vontades. Tempos difíceis para os pais e para as crianças, porém fundamentais para o seu desenvolvimento, uma vez que a criança está dando grandes passos em direção à independência, experimentando-se como ser único, com desejo próprio e descobrindo que, para participar da vida social, é preciso aprender a respeitar os limites impostos pela cultura e diferenças dos sexos e gerações (BRASIL^b, 2002).

Por volta dos 3 anos, a criança incorpora muitos aspectos ou traços da cultura humana. Reconhece o outro e a alteridade. Sabe esperar sua vez. Gosta de participar de brincadeiras com outras crianças, de jogar, negociar, mas também de brincar sozinha. Começa a perceber a diferença entre a palavra falada, o movimento corporal e a postura correspondente (BRASIL^b, 2002).

Esse brincar é fundamental para o crescimento e desenvolvimento adequados da criança. O lúdico, destacado pela música, teatro, jogos e brincadeiras, auxilia no reconhecimento, enfrentamento e adaptação da criança ao mundo que a cerca. Brincando a criança conhece, explora e compreende o mundo, aperfeiçoa seu poder de comunicação e interação com outras crianças. Brincar estimula o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral, e auxilia no aperfeiçoamento das habilidades psicomotoras (PAULA et al., 2002; RAVELLI; MOTTA, 2005).

Brincar auxilia no engajamento social, levando crianças desde a mais tenra idade a interagir com o mundo em sua volta, criar, explorar, superar seus medos, desenvolver competências que levam ao aumento da confiança e da flexibilidade necessários para enfrentar futuras mudanças, trabalhar em grupos, compartilhar, negociar, resolver conflitos e desenvolver habilidades de autodefesa (GINSBURG, 2007).

Apesar dos inúmeros benefícios derivados do brincar para as crianças e para os pais, o tempo livre para brincar tem sido cada vez mais substituído por atividades acadêmicas e por agendas lotadas de atividades aos quais os pais foram recomendados para auxiliar no desenvolvimento de seus filhos, tais como participar de escolas de línguas, de esporte ou de computação. O tempo e o dinheiro empregado em tais atividades, mais o tempo gasto no transporte das crianças de uma atividade para outra, diminuem ainda mais as chances da criança de brincar livremente, embora tragam aos pais a sensação de que estão providenciando as melhores oportunidades a seus filhos (GINSBURG, 2007).

No ambiente familiar, paradoxalmente, a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com riscos para o seu desenvolvimento. Fatores de risco relatados se referem frequentemente ao baixo nível socioeconômico e à fragilidade nos vínculos familiares, podendo resultar em prejuízos para solução de problemas, linguagem, memória e habilidades sociais (ANDRADE et al., 2005). Tais prejuízos podem ser uma condição transitória, não sendo possível definir qual será o desfecho do desenvolvimento da criança, o que pressupõe o acompanhamento com avaliações periódicas (DORNELAS; DUARTE; MAGALHÃES, 2015).

Os fatores de risco para problemas de desenvolvimento podem ser classificados em genéticos (por exemplo: síndrome de Down), biológicos (por exemplo: prematuridade, hipóxia neonatal, meningites) e/ou ambientais (fatores familiares, de ambiente físico, fatores sociais) (OPAS, 2005). Dentre esses fatores, ressaltam-se as condições nutricionais, ambientais, a estimulação que pode ser favorecida pela relação familiar com a rotina da criança e, além desses, o padrão cultural, o nível educacional e socioeconômico da família. Os fatores que são considerados de influência negativa no desenvolvimento são encontrados com maior intensidade na população de menor renda devido aos efeitos acarretados pelo baixo nível social e econômico, inadequada ingestão de alimentos e baixo nível de estimulação ambiental (HANDAL et al., 2007).

A saúde mental materna, no período pré e pós-gestacional, pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento, na medida em que afeta a qualidade e a disponibilidade do cuidado e a interação mãe/criança e conseqüentemente, o desenvolvimento infantil (FRIZZO; PICCININI, 2005). A depressão materna afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, tendo em vista a influência deste quadro no contexto familiar. Contudo, a extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende de vários fatores como idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo (FRIZZO; PICCININI, 2005).

Sintomas como depressão e ansiedade puerperal têm sido apontados como fatores de risco para o desenvolvimento infantil, inclusive podem estar associados com a não formação de um apego seguro na criança (FRAGA et al., 2008). O impacto da depressão materna na saúde, tanto da mãe como da criança, vem sendo investigado sistematicamente. Correlações positivas entre depressão materna e dificuldades apresentadas pelas crianças, como transtornos de humor, transtornos de ansiedade, problemas comportamentais e prejuízos cognitivos e sociais, têm sido consistentemente identificadas (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008).

A depressão materna está associada a fatores não favorecedores do desenvolvimento infantil, como dificuldades cognitivas, comportamentais e emocionais. Mães deprimidas tipicamente demonstram afeto abatido ou apático e estimulam menos seus bebês, pois apresentam comportamento predominantemente deprimido ou ansioso, menos comportamentos imitativos das expressões faciais do bebê, brincam menos com seus filhos e filhas e expressam mais atitudes punitivas e controladoras no cuidado com suas crianças (MURRAY et al., 2007).

Os efeitos da depressão materna não se limitam ao atraso no desenvolvimento dos primeiros tempos de vida, mas pode ocasionar alterações na interação mãe-filho na primeira infância e causar prejuízos no desenvolvimento da linguagem, cognitivo e comportamental, em longo prazo (ADEWUYA et al., 2008). A depressão materna tem um impacto negativo para a saúde mental dos filhos na idade escolar, favorecendo a presença de problemas comportamentais, psicopatologia, rebaixamento cognitivo, prejuízos nos autoconceitos, no desempenho social e na regulação emocional, configurando-se assim como um fator de risco ao desenvolvimento infantil (MENDES; LOUREIRO; CRIPPA, 2008).

A violência sofrida pelas mulheres é um dos principais fatores que contribuem para a existência de perturbações na saúde mental das mulheres, com mulheres que sofreram violência por parte do parceiro sendo quase duas vezes mais propensas a sofrer de depressão em comparação com mulheres que não sofreram qualquer tipo de violência (WHO, 2013). Considerando a situação vivenciada pela mulher vítima de violência, é importante analisar os impactos que essa situação pode acarretar para os seus filhos (D’AFFONSECA; WILLIAMS, 2013). Uma criança que nasce em um lar violento está exposta a fatores de risco ao seu desenvolvimento. De modo geral, mesmo não sendo vítima direta da violência, a criança pode apresentar problemas em decorrência da exposição à violência conjugal (MAIA; WILLIAMS, 2005).

Tough et al., (2008), estimando a prevalência de risco para problemas de desenvolvimento entre crianças em idade pré-escolar, observou que as crianças que apresentaram maior risco para problemas no desenvolvimento foram caracterizados por terem mães com história de abuso durante o pré-natal, depressão, angústia e falta de vontade para acessar as redes sociais de apoio, bem como menos recursos financeiros. Concluindo que no período pós-parto, as crianças em risco podem ser identificadas por mães com depressão pós-parto e tensão conjugal. Consequentemente, o risco do desenvolvimento para algumas crianças pode ser identificado muito cedo por características maternas pré-natais como a história de abuso ou depressão, falta de contentamento e bem-estar, e baixa renda familiar anual.

O bem-estar materno tem sido associado com risco para o desenvolvimento da criança ao longo dos anos pré-escolares e ao ingressar na escola. Tough et al.^b. (2010), avaliando uma coorte de mulheres acompanhadas desde a gravidez precoce, buscando identificar os fatores maternos associados com crianças que foram rastreadas como em risco para problemas de desenvolvimento ao entrar na escola, observou que as crianças que foram classificadas como de risco, eram significativamente mais propensas a ter mães que durante a gravidez, havia relatado história de abuso e pobre apoio social. Este estudo sugere que a relação direta entre o bem-estar das mães e o desenvolvimento de seus filhos começa nos primeiros anos e persiste até a entrada na escola, de modo que as crianças não podem “recuperar” as ameaças ao desenvolvimento que ocorrem antes dos 3 primeiros anos simplesmente através da maturidade, independência ou

através do aumento de interações fora de casa, destacando a importância crítica do bem-estar materno e da parentalidade moral no desenvolvimento da criança.

O desenvolvimento infantil sadio está intimamente ligado à formação de um bom vínculo entre a mãe e o bebê, desde a gestação e principalmente no primeiro ano de vida. Acredita-se que a formação desse vínculo é a semente mais importante para o desenvolvimento do indivíduo, e sabendo da precocidade do seu estabelecimento, o atendimento à gestante torna-se essencial (KAPPEL, 2007). O rastreio eficaz do desenvolvimento da criança em combinação com uma avaliação abrangente de todos os aspectos da saúde materna aumentaria a detecção de crianças em maior risco de problemas de desenvolvimento que se beneficiariam de uma intervenção precoce e apoio à saúde de suas famílias (TOUGH et al., 2008).

Intervenções precoces, como acompanhamento às gestantes, em que possam ser identificados aspectos vulneráveis, tais como: altos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, baixo nível educacional e se não residem com o pai do bebê, tornam-se muito importantes. Dessa forma, essas gestantes podem ser prioritariamente acompanhadas pelos serviços de saúde, que podem funcionar como apoio àquelas mais vulneráveis, contribuindo no campo da prevenção precoce e na estruturação de laços emocionais positivos que terão repercussão ao longo da vida (SCHMIDT; ARGIMON, 2009).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, que teve seus dados coletados do Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) no município de São Luís e intitulado “*Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA*”, desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFMA), em parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), objetivando investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, numa abordagem integrada (SILVA et al., 2014).

4.2 Local do Estudo

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, situada na região Nordeste do país, cuja população em 2010 era de 1.014.837 habitantes e possuía renda per capita de R\$ 805,36 (equivalente a US\$ 351,69). Localiza-se em uma das regiões mais pobres do país, onde apenas 50% das residências são ligadas à rede de esgotos e 75% recebem água encanada. Seu último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) publicado foi de 0,768, levando-a a posição de 249º entre os municípios do Brasil (BRASIL, 2014).

4.3 Amostra e Coleta de Dados do Estudo

Inicialmente a amostra foi constituída de 1447 gestantes que estavam com 22 a 25 semanas gestacionais e tinham realizado ultrassonografia obstétrica antes da 20ª semana, que proporciona uma estimativa mais fidedigna da idade gestacional. Não foram incluídas mulheres com gravidez múltipla. As gestantes foram contatadas nas maiores maternidades públicas do município de São Luís (Hospital Materno Infantil, Maternidade Benedito Leite e Maternidade Marly Sarney) e em serviços públicos e privados de pré-natal.

Devido a impossibilidade de se obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas de uma população, pela inexistência de registros confiáveis de mulheres grávidas ou de mulheres que fazem pré-natal, foi utilizada amostra de conveniência.

Para que se chegasse a este total, inicialmente, foi feito cálculo amostral pelos pesquisadores responsáveis, considerando que as prevalências relatadas das variáveis explanatórias da pesquisa variavam de 10 a 50%. Desta forma, considerando-se uma taxa de nascimento pré-termo de 12%, foram recrutadas 3000 mulheres (1500 em cada cidade) o que levaria a um total de 360 casos. Assim, o caso controle aninhado seria baseado em 360 casos e 720 controles (dois controles por caso), com probabilidade de erro tipo I de 5%, poder de 80% capaz de detectar um odds ratio de 1,7 associadas com prevalências das variáveis explanatórias tão baixas como 12%, mesmo na presença de confundimento moderado (OR de 1,8 para confundimento).

O estudo foi realizado entre fevereiro de 2010 a março de 2013. As entrevistas foram programadas para acontecer por ocasião da 22ª a 25ª semanas gestacionais no Centro de

Pesquisas Clínicas do Hospital Universitário-Universidade Federal do Maranhão (CEPEC HU-UFMA), no período de fevereiro de 2010 a junho de 2011.

A segunda coleta de dados foi conduzida no período de maio de 2010 a novembro de 2011, por ocasião do nascimento, e a terceira etapa do seguimento de setembro de 2011 a março de 2013, quando as crianças já estavam na faixa etária de 12 a 36 meses.

Para agendamento da avaliação do terceiro seguimento da coorte foi realizado primeiro contato telefônico, utilizando os dados do cadastro contido no questionário de avaliação do pré-natal. Para as mulheres que permaneceram sem se apresentar no local da avaliação, um grupo de entrevistadoras deslocou-se à residência destas, onde foi aplicado o questionário do segundo ano e o inquérito nutricional, e atualizado os dados de contato do questionário, sendo então realizado novo agendamento para aplicação da avaliação do instrumento Bayley, avaliação odontológica e coleta de sangue.

Considerando que 1.381 mulheres foram entrevistadas por ocasião do nascimento, houve 11 natimortos, 12 óbitos infantis, 207 mulheres se recusaram ou não foram localizadas para a entrevista da terceira etapa e das 1.151 mulheres entrevistadas, 18 não preencheram a pergunta sobre aleitamento materno exclusivo, a amostra do primeiro artigo foi composta por 1.133 mulheres. Para avaliação neurológica realizada na terceira etapa do seguimento, compareceram 981 pares mãe/criança, sendo esta a amostra do segundo artigo (Figura 1).

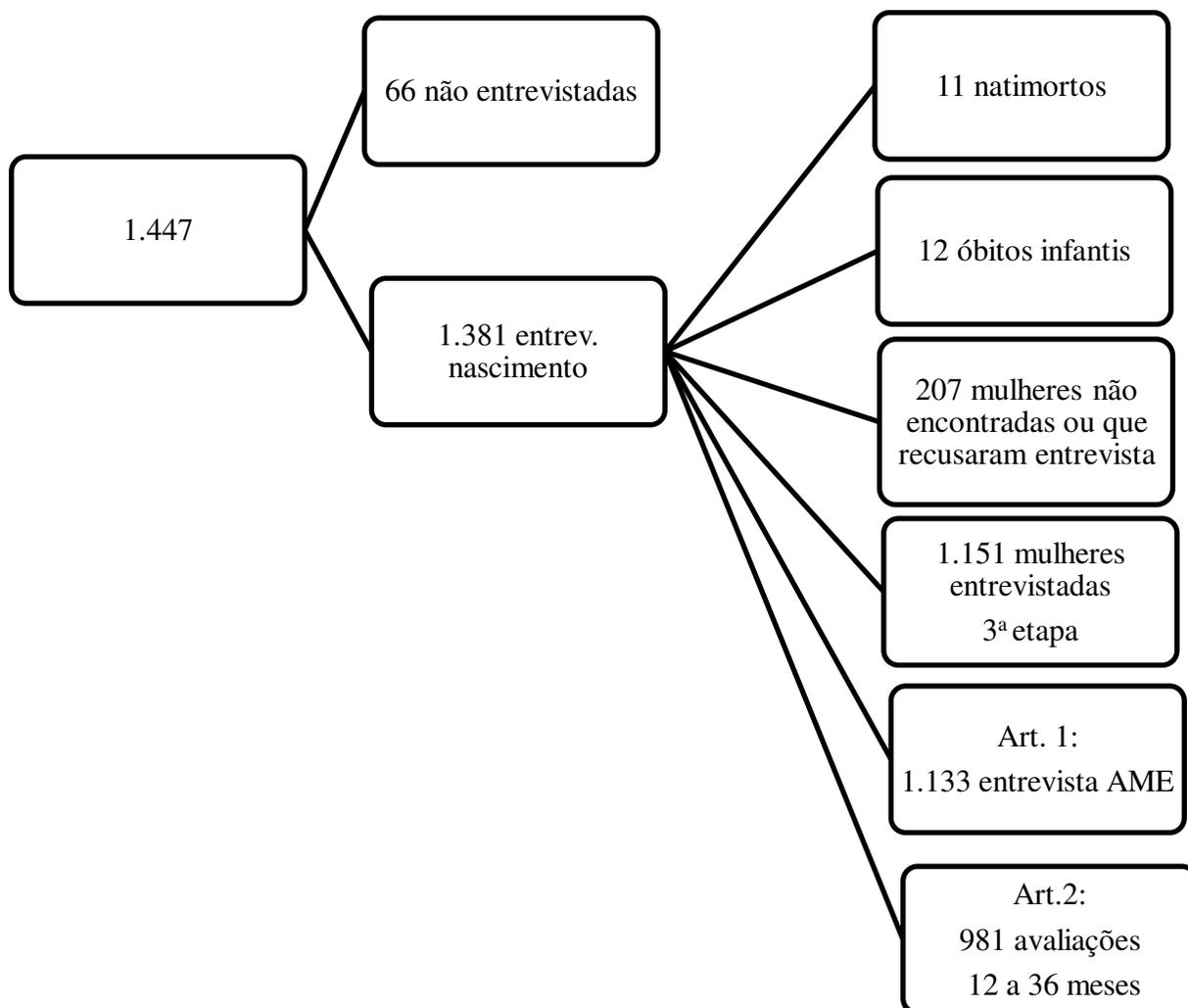


Figura 1: Fluxograma da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

4.4 Instrumentos e variáveis

Foram utilizados dois questionários para coleta de dados no pré-natal: a) o *Questionário do Pré-Natal Auto aplicado*, para ser lido e respondido pelas gestantes; b) o

Questionário de Entrevista Pré-Natal, aplicado por entrevistadoras. As questões de violência, apoio social, depressão e ansiedade fizeram parte do questionário auto aplicado. Dados socioeconômicos (escolaridade materna, atividade remunerada, renda familiar), demográficos (idade, situação conjugal) e aspectos comportamentais (abuso de álcool) foram coletados por entrevistadoras.

A idade da gestante foi categorizada como: até 19 anos, entre 20 e 24 anos, 25 anos ou mais; escolaridade da gestante foi categorizada em ≤ 4 anos de estudo, de 5 a 8 anos de estudo, entre 9 e 11 anos de estudo, ≥ 12 anos de estudo; a situação conjugal foi categorizada como casada, união consensual, solteira, separada/viúva; atividade remunerada em sim/não; ocupação da gestante e do chefe da família em sem ocupação (no caso da gestante), manual não qualificado, manual semiespecializado, manual especializado, funções de escritório, profissional de nível superior e administradores/gerentes/diretores/proprietários; renda familiar mensal em salários mínimos (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00): menor que 1 salário mínimo, de 1 a menos que 3, 3 a menos que 5 e 5 ou mais salários mínimos; classe econômica, de acordo com a categorização da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil (ABEP), em (A1, A2, B1 e B2 na categoria A / B; C1 e C2 na categoria C; e D e E na categoria D / E. A categoria A / B, inclui indivíduos com o mais alto nível educacional e possuindo mais bens de consumo, a classe C sendo intermediária, e as classes D e E que tem o menor nível educacional e sendo a classe social mais pobre (ABEP, 2012).

O abuso de bebidas alcólicas foi obtido através de perguntas contidas no bloco D do questionário do pré-natal, onde foi questionado sobre a frequência em que houve consumo durante a gravidez de cinco ou mais unidades de bebida alcoólica em uma única ocasião. Sendo categorizado em: 0 (nunca bebeu), 1 (nunca abusou) e 2 (abuso de bebida alcoólica).

No questionário do pré-natal auto aplicado utilizou-se os seguintes instrumentos:

1. Escala de ansiedade de Beck:

Utilizou-se a Escala de ansiedade de Beck (BAI), uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. Esta escala é geralmente usada para realizar avaliação clínica da ansiedade, mas também é uma ferramenta adequada para a triagem de indivíduos com transtornos de ansiedade da população em geral (MAGÁN; SANZ; GARCÍA-VERA, 2008). O inventário é constituído de 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas

de ansiedade, e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, referindo a extensão em que foi afetado por cada sintoma na semana anterior à entrevista, numa escala Likert de quatro pontos (de “absolutamente não” a “gravemente: dificilmente pude suportar”) (MAGÁN; SANZ; GARCÍA-VERA, 2008; RODRIGUES; PELISOLI, 2008). Os itens incluem: 1) dormência ou formigamento; 2) sensação de calor; 3) tremores nas pernas; 4) incapaz de relaxar; 5) medo que aconteça o pior; 6) atordoado ou tonto; 7) palpitação ou aceleração do coração; 8) sem equilíbrio; 9) aterrorizado; 10) nervoso; 11) sensação de sufocação; 12) tremores nas mãos; 13) trêmulo; 14) medo de perder o controle; 15) dificuldade de respirar; 16) medo de morrer; 17) assustado; 18) indigestão ou desconforto no abdômen; 19) sensação de desmaio; 20) rosto afogueado; 21) suor (não devido ao calor) (RODRIGUES; PELISOLI, 2008).

A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, variando de 0 a 63 pontos. Um escore total de até 10 pontos indica ausência de sintomas ansiosos; um escore variando entre 11 e 19 pontos indica ansiedade leve; entre 20 e 30 pontos, ansiedade moderada; entre 31 e 63 pontos, ansiedade grave, sendo considerado o escore de 21 pontos como indicativo da existência de ansiedade clinicamente significativa (BECK et al., 1988; CUNHA, 2001).

2. Questionário de violência da OMS:

Utilizou-se o questionário de violência da OMS, que inclui questões referentes à violência psicológica, física e sexual e à frequência com que esses eventos ocorreram, visando especificamente o rastreamento de casos de violência contra a mulher durante a gestação. Esse questionário foi validado no Brasil, utilizando dados da cidade de São Paulo (1.172 mulheres) e de 15 municípios da Zona da Mata de Pernambuco (1473 mulheres) (SCHRAIBER; LUCAS D'OLIVEIRA; COUTO, 2009) e validado em uma população de gestantes utilizando dados de uma coorte de nascimento brasileira em Ribeirão Preto (1378 gestantes) e São Luís (1447 gestantes) (RIBEIRO et al., 2014). Considerou-se que houve violência contra a gestante quando a entrevistada respondeu afirmativamente a uma ou mais perguntas de diagnóstico de violência (perguntas T1 a T13). Foi incluído no estudo qualquer perpetrador de violência, e não apenas violência por parceiro íntimo, uma vez que se desejava avaliar todas as formas de violência contra a mulher.

Violência psicológica foi definida quando a gestante assinalou “uma vez”, “poucas vezes” ou “muitas vezes” para uma das seguintes perguntas: a) “Insultou-a ou fez com que você

se sentisse mal a respeito de si mesma?”, b) “Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?”, c) “Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)?”, d) “Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta?”.

Violência física foi considerada quando a entrevistada marcou “uma vez”, “poucas vezes” ou “muitas vezes” para uma das cinco questões: a) “Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?”, b) “Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão?”, c) “Machucou-a com um soco ou com algum objeto?”, d) “Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?”, e) “Tentou estrangular ou queimou você de propósito?”, f) “Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?”.

Violência sexual foi considerada quando a entrevistada marcou “uma vez”, “poucas vezes” ou “muitas vezes” para as perguntas que se seguem: a) “Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?”, b) “Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer?”, c) “Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante?”.

A violência contra a mulher foi categorizada como sim/não, e também como violência sexual, psicológica e física.

3. Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D):

Utilizou-se a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). O CES-D foi desenvolvido para medir sintomas depressivos na população em geral a partir de uma escala que mede a frequência de sintomas depressivos na semana anterior à aplicação do questionário. Escores elevados refletem a intensidade do desconforto que acompanha a depressão, mas não são diagnósticos de depressão (FLECKA et al., 2002).

A CES-D não se constitui num instrumento diagnóstico no sentido estrito, mas funciona como um indicador da possível presença de depressão, que deve ser avaliada por critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais, para que se possa fazer uma afirmação mais segura sobre sua presença ou ausência (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007).

O instrumento é constituído por 20 itens. Cada resposta admite quatro gradações crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, freqüentemente e sempre) e pontuações correspondentes (0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com gradação inversa. O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as

respostas. Os itens da CES-D incluem questões relativas ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas ligados às interações sociais (itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20) (FERNANDES; ROZENTHAL, 2008). O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas, o ponto de corte de 16 pontos é geralmente usado para discriminar indivíduos com possibilidade de depressão (FLECKA, 2002). Usar a escala CES-D entre mulheres grávidas envolve problemas de avaliação. Alguns sintomas comuns da gravidez, tais como fadiga e distúrbios do sono ou alterações do apetite, também são sintomas comuns da depressão. Como resultado, o CES-D de dezenas de mulheres grávidas poderia ser elevado, por outras razões (ORR; JAMES; BLACKMORE, 2002). Assim, os sintomas depressivos foram categorizados como: sem possibilidade de depressão ($CES-D < 16$), sintomas depressivos moderados ($CES-D \geq 16$ ou ≤ 21) e sintomas depressivos graves $CES-D \geq 22$ (FLECKA, 2002; LI; LIU; ODOULI, 2009; SILVA et al., 2014).

4. Escala de apoio social do Medical Outcomes Study (MOS):

Utilizou-se a escala de apoio social do Medical Outcomes Study (MOS). Esta escala foi traduzida e adaptada para o português, depois validada e utilizada no Estudo Pró-Saúde, uma coorte de funcionários de uma Universidade pública brasileira (CHOR et al., 2001; FAERSTEIN et al., 2005).

Na sua forma original, esse instrumento foi concebido para abranger cinco dimensões de apoio social: material (quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; emocional (quatro perguntas) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; informação (quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem. Para todas as perguntas, cinco opções de resposta foram apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”) (GRIEP et al., 2005).

Para a análise do apoio social percebido, foram calculados os escores por meio da soma dos pontos das respostas dadas às perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo número máximo de pontos possível de ser obtido na mesma dimensão. A fim de padronizar os resultados, tendo em vista que as dimensões eram constituídas por diferentes números de

perguntas, a razão (total de pontos obtidos dividido pela pontuação máxima da dimensão) foi multiplicada por 100. A interpretação do resultado dos escores leva em conta que quanto maior o total alcançado, maior o nível de apoio social (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Na análise os escores foram dicotomizados em alto e baixo. Desta forma, utilizou-se como ponto de corte único o “escore > 80” como indicativo de mais altos níveis de apoio para cada dimensão.

Por ocasião do nascimento foram utilizados dois questionários: a) o *Questionário do Segundo Seguimento- Mãe*, de onde foram coletados a idade gestacional e se a mãe recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal; b) o *Questionário do Segundo Seguimento- Recém-nascido*, de onde foi coletado o peso ao nascimento. Nascimento pré-termo e baixo peso ao nascimento foram categorizados como sim/não.

Na avaliação do terceiro seguimento foram aplicados: a) o *Questionário de Entrevista do Terceiro Seguimento*, de onde foi coletado dados referentes ao tempo de aleitamento materno exclusivo; b) o instrumento *Bayley Scales of Infant and Toddler Development Third Edition*.

A duração da amamentação exclusiva foi avaliada através da quantificação do tempo em meses e dias de amamentação exclusiva, por meio da pergunta: “Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (onde foi lido para a mãe: aleitamento materno exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, outros leites, outras bebidas ou alimentos)”. Sendo o resultado totalizado em meses.

A avaliação neurocomportamental foi realizada quando as crianças tinham entre 12 e 36 meses de idade por meio da aplicação do instrumento *Bayley Scales of Infant and Toddler Development Third Edition* (Bayley-III screening teste). O Bayley-III Screening é um instrumento administrado individualmente, designado para avaliar brevemente as funções cognitivas, de linguagem e motora de crianças entre 01 e 42 meses de idade. Tem como proposta primária determinar rapidamente se a criança está progredindo de acordo com a expectativa normal, e determinar se uma avaliação mais detalhada é necessária ser realizada posteriormente.

O subteste cognitivo inclui 33 itens que avaliam a atenção, inovação preferencial e habituação, resolução de problemas, jogos, relação com objetos, formação de conceitos, e outros aspectos do desenvolvimento cognitivo.

O subteste de comunicação receptiva inclui 24 itens que avaliam a acuidade auditiva, tais como responder a vozes, discriminar e localizar sons; desenvolvimento do vocabulário, tais

como ser capaz de identificar objetos e imagens que são referenciados; e vocabulário relacionado ao desenvolvimento morfológico, tais como pronomes. Itens que medem a referência social das crianças e compreensão verbal também estão incluídos.

O subteste de comunicação expressiva inclui 24 itens que avaliam a comunicação pré-verbal, como balbucio, gesticulações; desenvolvimento do vocabulário, como nomear objetos e pinturas; e desenvolvimento morfo-sintático, como usar declarações de duas palavras, plural, e tempo verbal.

O subteste motor fino inclui 27 itens que avaliam preensão, integração perceptivo-motora, planejamento e velocidade motora. Os itens mensuram as habilidades das crianças relacionadas a acompanhamento visual, alcance, manipulação e garra de objetos. A habilidade funcional das mãos da criança também é mensurada.

O subteste motor grosso primariamente mensura os movimentos de membros e tronco. Os 28 itens deste subteste avaliam o posicionamento estático (exemplo, sentado, em pé); movimentação dinâmica, incluindo locomoção e coordenação; balanço; e planejamento motor.

Todos os subtestes administrados na criança utilizam normas e regras de reversão e descontinuação para garantir que os itens mais apropriados sejam administrados para a criança. As regras de reversão são idênticas para todos os cinco subtestes: a criança deve receber um escore de 1 no primeiro item em seu ponto de partida específico da idade para seguir adiante. Se a criança alcançou um escore de 0 no primeiro item, volta-se ao ponto de início para a idade anterior e administra-se esses itens direcionando de forma progressiva.

As regras de reversão aplicam-se a um novo ponto. Continua-se a aplicar esta regra até a criança passar o primeiro item do ponto de partida de qualquer idade. Deve-se então, administrar itens em uma direção progressiva até que o critério de descontinuação seja atendido. As regras de descontinuação estabelecem que se deve parar a administração quando a criança receber escore zero para quatro itens consecutivos. Não se deve readministrar nenhum item. Porém, se durante a administração do subteste se observar um comportamento que não foi possível de obter anteriormente, pode-se registrar a pontuação apropriada para o item.

A idade cronológica foi calculada para determinar o ponto de partida de cada subteste. Foi realizado registro da data do teste e da data de nascimento da criança em espaços apropriados contidos no questionário do Bayley-III Screening test. Subtraiu-se a data do teste da

data do nascimento. Para esse cálculo adotou-se que todos os meses possuem 30 dias (BAYLEY, 2006).

Em caso de teste em criança nascida pré-termo, calculou-se a idade corrigida da seguinte forma: calculou-se o número de meses e dias de nascimento pré-termo; subtraiu-se a data de nascimento da criança da data prevista para o nascimento; descontou-se o resultado do número de meses e dias de nascimento prematuro, obtendo-se então a idade corrigida em meses e dias.

Os escores brutos para cada subteste são calculados através da soma do número total de itens no qual a criança recebeu crédito com o número de itens não administrados anteriores ao basal. A pontuação de corte é obtida pela soma do escore bruto dos subtestes.

A pontuação de corte do Screening Test – Bayley III identifica se a criança apresenta ou não risco para atraso no desenvolvimento. As categorias de risco apresentadas são de risco, emergente e competente.

A categoria competente enquadra crianças consideradas de baixo risco para apresentarem atraso no desenvolvimento, e na maioria dos casos não precisa avaliação posterior. A categoria emergente enquadra crianças que apresentam algum risco para o atraso no desenvolvimento. Nestes casos, a necessidade de uma avaliação mais aprofundada deve ser feita à luz de todas as informações sobre a criança. A categoria de risco enquadra crianças que necessitam de uma avaliação mais aprofundada, utilizando instrumento de avaliação apropriado.

No presente estudo avaliaram-se o domínio cognitivo, motor e linguístico, sendo as categorias dicotomizadas em competente e risco, esta última englobando as categorias emergente e risco.

O controle de qualidade da execução dos testes foi feito por meio treinamento prévio dos profissionais, respeitando a metodologia estabelecida no manual original da escala. Os testes foram aplicados por terapeutas ocupacionais em um tempo médio de 25 a 30 minutos cada.

Foram consideradas variáveis dependentes: tempo de aleitamento materno exclusivo e dimensões do questionário Bayley III de desenvolvimento infantil (cognitivo, comunicação receptiva, comunicação expressiva, motor fino, motor grosso). E variáveis independentes: escolaridade materna, atividade remunerada, renda familiar, classe econômica, faixa etária da gestante, escolaridade da gestante, situação conjugal, ocupação da gestante, ocupação do chefe de família, quantidade de filhos morando no mesmo domicílio, abuso de bebida alcoólica na

gestação, sintomas depressivos e/ou ansiedade no pré-natal, violência contra a mulher na gestação, apoio social no pré-natal, nascimento pré-termo e baixo peso ao nascimento, orientação sobre amamentação no pré-natal.

4.5 Análise estatística

Artigo 1

As frequências e percentuais da análise descritiva foram calculadas usando a versão 12.0 do programa Stata.

A modelagem de equações estruturais (SEM), um método estatístico que realiza a análise fatorial confirmatória e, simultaneamente, estima uma série de equações de regressão múltipla para avaliar os efeitos diretos e indiretos das variáveis sobre o resultado, foi usada (MUTHÉN; MUTHÉN, 2010; KLINE, 2011). Uma vez que a maioria das variáveis foi declarada como categórica, utilizou-se o estimador de mínimos quadrados ponderados - WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), empregado para variáveis observadas categóricas e robusto para não normalidade. A parametrização THETA controlou as diferenças de variâncias residuais (MUTHÉN; MUTHÉN, 2010). Este passo foi realizado usando o software Mplus, versão 7,31 (Los Angeles, Califórnia, EUA).

Na análise das estimativas padronizadas para a construção das variáveis latentes, carga fatorial $> 0,5$ com $p < 0,05$ foi considerado como indicativo que a correlação entre a variável indicadora e o construto apresentava magnitude moderadamente elevada (KLINE, 2011).

Na avaliação da qualidade do ajuste do modelo, foram considerados: a) um p-valor (p) maior do que 0,05 para o teste do Qui-quadrado (X^2). O índice absoluto $X^2/g.l.$ também foi adotado, esse realiza o teste de adequação por meio da razão entre o X^2 do modelo e seus graus de liberdade. Considerou-se ajuste aceitável para valores inferiores a cinco; b) um p-valor inferior a 0,05 e um limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0,08 para o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Índice Comparativo Fit e o Tucker Lewis Index (CFI / TLI); e d) valores menores que 1, para Weighted Root Mean Square residual (WRMR) (MARÔCO, 2010; WANG; WANG, 2012). A utilização do teste X^2 requer alguns cuidados, pois é um teste altamente sensível ao tamanho da amostra, apresentando maior probabilidade de rejeitar a hipótese de que o modelo se ajusta bem aos dados ao se utilizar

amostras grandes, mesmo quando o ajustamento é bom. O WRMR ainda é considerado experimental, sendo necessário mais testes de suas propriedades (BYRNE, 2012). Assim tais parâmetros não foram utilizados para o ajuste do modelo.

Para obter sugestões de alterações das hipóteses iniciais, o comando modindices foi utilizado. Quando as modificações propostas foram consideradas plausíveis do ponto de vista teórico, um novo modelo foi elaborado e analisado, caso o valor do índice de modificação fosse superior a 10.000 (WANG; WANG, 2012).

No modelo final foram avaliados efeitos diretos e indiretos da variável latente e das observadas. Julgou-se haver efeito quando $p \leq 0,05$. O modelo hipotético testado está representado na Figura 1.

Artigo 2

As variáveis qualitativas são apresentadas como frequências e porcentagens.

A Regressão de Poisson com variância robusta foi adotada para investigar como os domínios cognitivo, motor e linguístico poderiam ser influenciados pelas variáveis explicativas.

As variáveis estudadas foram alocadas em três blocos: distal, medial e proximal. No ajuste do modelo, as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta foram inseridas na análise ajustada, do bloco distal para o proximal, na ordem crescente da magnitude de associação com o desfecho. Na análise múltipla, as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na etapa de entrada permaneceram no modelo até o final, mesmo que tenham perdido sua significância em etapas posteriores. No modelo final foram consideradas associadas as variáveis com valor de $p \leq 0,05$.

A medida de associação odds ratio (OR) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%) foi utilizada para estimar a associação entre exposições e desfechos. Para a análise de associação os desfechos foram dicotomizados em risco/emergente e competente (categoria de referência).

O processamento e análise dos dados foram realizados na 12ª versão do STATA (Data Analysis and Statistical software).

4.6 Aspectos Éticos:

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário-UFMA sob parecer consubstanciado Nº 223/2009, protocolo: 4771/2008-30.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo 1

Efeitos da violência contra a gestante, de Transtornos Mentais e Suporte Social sobre o Tempo de Amamentação Exclusiva.

(Submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública. Fator de impacto 0.98. Qualis A2)

Efeitos da violência contra mulher na gestação, de transtornos mentais e suporte social sobre o tempo de amamentação exclusiva.

Effects of violence against women in pregnancy, mental disorders and social support on the exclusive breast-feeding time.

Kivania Carla Pessoa¹. Email: kivania@elo.com.br

Vanda Maria Ferreira Simões¹. Email: vandamfsimoes@gmail.com

¹Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão- UFMA. São Luís, MA, Brasil.

Endereço para correspondência

Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Saúde Pública. Rua Barão de Itapary, 155 – Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. Brasil.

Telefone:(98)32729675. Email: kivania@elo.com.br

Órgãos Financiadores:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão-FAPEMA (Processos: 0035/2008, 00356/11 e 01362-11)

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo: 2008-53593-0)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq (Processos: 471923/2011-7 e 561058/2010-5)

Não houve conflitos de interesses.

Colaboradores:

Kivania Carla Pessoa revisou a literatura, realizou a análise estatística e interpretação dos dados, redigiu o manuscrito e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Vanda Maria Ferreira Simões concebeu o estudo, colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

RESUMO

Efeitos da violência contra gestantes, de transtornos mentais e do suporte social no tempo de amamentação exclusiva foram analisados em um estudo de coorte prospectiva. A coleta de dados foi iniciada em 2010 e finalizada em 2013 no município de São Luís, Brasil. A amostra final reuniu 1.133 díades mães/crianças. No modelo inicial, situação socioeconômica determinou fatores sociodemográficos, transtornos mentais, suporte social, violência, abuso de álcool e orientação sobre amamentação na gestação, tipo de parto e peso ao nascimento, os quais determinaram o desfecho tempo de amamentação exclusiva. Os modelos foram ajustados por modelagem de equações estruturais. Gestantes com melhor suporte social ($p=0.007$), situação conjugal mais estável ($p=0,028$) e com maior idade ($p=0,036$), amamentaram exclusivamente por mais tempo. Violência contra gestante, ansiedade e depressão na gestação não apresentaram efeito no tempo de aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Análise fatorial. Aleitamento materno. Estudos de Coortes. Transtornos Mentais. Violência contra a mulher.

ABSTRACT

Effects of violence against pregnant women, mental disorders and social support in exclusive breastfeeding duration were analyzed in a prospective cohort study. Data collection began in 2010 and ended in 2013 in São Luís, Brazil. The final sample collected 1,133 dyads mothers / children. In the initial model, socioeconomic status determined sociodemographic factors, mental disorders, social support, violence, alcohol abuse and guidance on breastfeeding during pregnancy, type of delivery and birth weight, which determined the outcome exclusive breastfeeding duration. The models were adjusted for modeling structural equations. Pregnant women with better social support ($p = 0.007$) more stable marital status ($p = 0.028$) and older ($p = 0.036$), exclusively breastfed for longer. Violence against pregnant, anxiety and depression during pregnancy had no effect on exclusive breastfeeding time

Keywords: Factor analysis, statistical. Breast Feeding. Cohort Studies. Mental Disorders. Violence Against Women.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e complementado até dois anos ou mais¹. Em nível mundial, não mais que 35% das crianças são amamentadas exclusivamente durante os primeiros quatro meses de vida, tendo a amamentação uma duração mediana de 18 meses, com importantes diferenças entre os países e as regiões do mundo². Apesar das evidências científicas mostrarem a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar o lactente e dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais no incentivo a amamentação, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva ainda são baixas¹.

De acordo com a II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), realizado pelo MS em 2009, verificou-se prevalência média nacional de 41,0% para aleitamento materno exclusivo (AME) em lactentes com até 6 meses de idade, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA, sendo 46,7% em São Luís/MA. Constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses no conjunto das capitais brasileiras e DF, porém ainda são necessários esforços para que o Brasil atinja índices de aleitamento materno compatíveis com as recomendações da Organização Mundial da Saúde^{3,4}.

Amamentação bem-sucedida depende de múltiplos fatores relacionados com a mãe, com o bebê e com o ambiente de apoio. Entre os fatores associados à interrupção precoce do AME tem-se apontado a escolaridade materna e paterna, tipo de parto, paridade, idade e ocupação materna, situação socioeconômica, peso ao nascer, realização do pré-natal, uso de chupeta, violência familiar e sintomatologia depressiva como importantes determinantes da manutenção de AME^{5,6,7}.

O período perinatal é o momento de maior risco para a manifestação de transtornos mentais em mulheres, sendo que aquelas com história prévia de transtorno mental apresentam maior risco de manifestações neste período⁸. A ansiedade provocada pelo estado gestacional da mulher pode torná-la vulnerável ao desenvolvimento de perturbações emocionais, podendo se manifestar por pensamentos repetitivos acerca da mesma e do bebê, por alterações do humor, irritabilidade, vulnerabilidade emocional, estresse, insônia e sintomas depressivos⁹.

Os quadros depressivos, interferem em diversos aspectos do funcionamento e estado afetivo materno e, conseqüentemente, afetam a qualidade da relação entre a mãe e seu bebê. Mães depressivas também apresentam maiores dificuldades para se engajar nos cuidados de saúde, tanto pessoal como do bebê, maior prevalência de uso de tabaco, amamentam com menor frequência, interrompem a amamentação mais cedo e percebem-se menos confiantes quanto à sua capacidade de amamentar¹⁰.

A violência contra a mulher está associada com baixo apoio social e maior incidência de depressão¹¹. Violência doméstica física e psicológica pode prejudicar a capacidade da mulher para amamentar, ou pode causar uma resposta compensatória, estimulando a amamentação. Os resultados das pesquisas disponíveis são contraditórios, alguns estudos não mostraram associações de violência doméstica física ou sexual anterior com o início ou duração da amamentação, enquanto outros têm mostrado que violência doméstica pré-natal é um preditor negativo para início do aleitamento materno¹².

Embora se reconheça todas as vantagens do ato de amamentar ainda verifica-se uma alta taxa de desmame precoce, isso revela que na prática a amamentação não é um ato instintivo ou automático, mas é uma ação que está fundamentada na subjetividade e na vivência das nutrizas, sendo influenciada pelo apoio social que as mesmas recebem¹³.

A identificação e quantificação dos fatores de risco para a interrupção da amamentação é essencial para a concepção de estratégias que efetivamente promovam o aleitamento materno⁶. A análise desses fatores tem sido explorada através de diversos modelos explicativos em que, comumente, são aplicados análise de regressão^{6,7,14,15}. Pouco se tem aplicado a Modelagem de Equações Estruturais (SEM), que permite ao pesquisador analisar uma série de relações de dependência simultaneamente, possibilitando testar uma teoria de ordem causal entre o conjunto de variáveis¹⁶.

Esse artigo tem como objetivo avaliar os efeitos direto e indireto da violência contra a mulher na gestação, de transtornos mentais e do suporte social no tempo de aleitamento materno exclusivo, utilizando a modelagem de equações estruturais.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, que teve seus dados coletados do Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) no município de São Luís e intitulado “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA”, desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFMA), em parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto (FMRP)¹⁷.

Foram utilizados dados de entrevistas realizadas com mulheres no pré-natal, em São Luís-MA, por ocasião do nascimento, e dados da entrevista realizada quando a criança tinha entre 15 e 32 meses de vida.

Na avaliação do pré-natal foram considerados critério de inclusão ter realizado ultrassonografia obstétrica antes de 20^a semana de gestação e não ter ultrapassado 25 semanas gestacionais. Gravidez múltipla foi considerada critério de não inclusão.

Participantes e amostra do estudo

Por não ter sido possível obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas de uma população, pela inexistência de registros de mulheres grávidas ou de mulheres que fazem pré-natal, foi utilizada amostra de conveniência. Detalhes do método já foram publicados¹⁷.

As mulheres foram recrutadas em maternidades e unidades de saúde que realizavam ultrassonografia obstétrica. As entrevistas foram programadas para acontecer quando tivessem entre 22 a 25 semanas gestacionais.

Na primeira fase da coorte foram entrevistadas 1.447 mulheres. Destas, 1.381 foram entrevistadas na segunda fase da coorte, por ocasião do nascimento de seus filhos, onde foi obtido informações no prontuário com relação às condições do nascimento e aplicado o questionário do segundo seguimento- Mãe. Considerando que houve 11 natimortos, 12 óbitos infantis, 1.151 mulheres realizaram a avaliação do segundo ano, e destas 1.133 responderam a pergunta “até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo”, representando assim a amostra utilizada no presente estudo.

O agendamento da avaliação do terceiro seguimento da coorte foi realizado por contato telefônico, utilizando os dados do cadastro contido no questionário de avaliação do pré-

natal. Para as mulheres que permaneceram sem se apresentar no local da avaliação, um grupo de entrevistadoras deslocou-se à residência destas, onde foi aplicado o questionário do terceiro segmento e o inquérito nutricional.

Modelo teórico e variáveis

No modelo teórico inicialmente proposto (Figura 1), a situação socioeconômica ocupou a posição mais distal, determinando as características demográficas, suporte social, violência contra a mulher na gestação, abuso de álcool, transtornos mentais da gestante, características do parto e do recém-nascido, que determinaram o tempo de aleitamento materno exclusivo.

As seguintes variáveis latentes (construtos) foram usadas: situação socioeconômica, suporte social e violência contra a mulher. As características demográficas, abuso de álcool, transtornos mentais da gestante, características do parto e do recém-nascido foram investigados como variáveis observadas.

O construto situação socioeconômica foi baseado em quatro indicadores: a) educação, medida como anos de estudo da gestante (edu), classificado como até aos 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos e 12 anos ou mais; b) ocupação do chefe de família (occu), classificado como o manual não qualificada, manual não especializada, manual especializada, funções de escritório, profissional de nível superior e administrador / gerente / diretor / proprietário; c) renda familiar mensal em salários mínimos (inc), classificados como menos de 1 salário mínimo nacional (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00), 1 a menos de 3, 3 a menos do que 5, e 5 ou mais; e d) e classe econômica (class) como A-B, C, D-E, C, segundo os Critérios de Classificação Econômica Brasil, a partir do instrumento elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)¹⁸, sendo as categorias A e B com mais poder de consumo.

O construto suporte social (supp) foi elaborado com base nas quatro dimensões, proposta pelo Medical Outcomes Study (MOS): Material (quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material; Afetiva (três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto; Interação social positiva (quatro perguntas) – contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se; Emocional / informacional (sete perguntas) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida, e contar com pessoas que

aconselhem, informem e orientem. Para todas as perguntas, cinco opções de resposta foram apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”)^{19,20}.

O construto violência contra a gestante (vio) foi elaborado a partir do questionário que mede violência da Organização Mundial da Saúde (VCM OMS), que contém 13 perguntas. As quatro primeiras foram relacionadas com violência psicológica (emocional) e perguntou sobre insultos, humilhações e ameaças. As seis questões seguintes investigaram violência física, com perguntas sobre tapas, ameaças ou ferimentos com objetos, empurrões, socos, chutes, surras, estrangulamento, queimaduras propositais, ameaça ou ferimento com arma de fogo, faca ou outro tipo de arma. As três perguntas finais estavam relacionadas com violência sexual perguntando sobre relações sexuais forçadas. As opções de resposta para cada questão foram “não”; “uma vez”; “poucas vezes” e “muitas vezes”. Considerou-se ocorrência de violência quando a gestante respondeu afirmativamente a pelo menos uma das 13 perguntas. Foi incluído no estudo qualquer perpetrador de violência, e não apenas violência por parceiro íntimo, uma vez que se desejava avaliar todas as formas de violência contra a mulher.

Os instrumentos utilizados para investigar o suporte social¹⁹ e a violência^{21,22} foram previamente validados no Brasil.

Foram consideradas características demográficas: a) idade da mulher grávida (wage) classificado como até 19 anos, 20 a 24 anos ou 25 anos ou mais; b) situação conjugal da gestante (mari) categorizada como casada, união consensual, solteira e separada / viúva; e c) ocupação da gestante (poccu), classificado como sem ocupação, manual não qualificada, manual não especializada, manual especializada, funções de escritório, profissional de nível superior e administrador / gerente / diretor / proprietário.

O abuso de bebida alcoólica foi avaliado através do questionamento sobre a frequência em que houve consumo durante a gravidez de cinco ou mais unidades de bebida alcoólica em uma única ocasião. Sendo categorizado em: nunca bebeu, nunca abusou e abuso de bebida alcoólica.

Transtornos mentais da gestante foram medidos utilizando-se Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e a Escala de ansiedade de Beck (BAI). A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é um instrumento constituído por

20 itens. Cada resposta admite quatro gradações crescentes de intensidade (nunca ou raramente, às vezes, freqüentemente e sempre) e pontuações correspondentes (0, 1, 2 e 3). Os itens 4, 8, 12 e 16 (positivos) são pontuados com gradação inversa. Os itens da CES-D incluem questões relativas ao humor (itens 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 16, 17 e 18), sintomas psicossomáticos (itens 1, 5 e 11), sintomas ligados às interações sociais (itens 14, 15 e 19) e sintomas relacionados à iniciativa motora (itens 2, 7, 13 e 20)²³. O escore final varia de 0 a 60 pontos e corresponde à soma da pontuação de todas as respostas, o ponto de corte de 16 pontos é geralmente usado para discriminar indivíduos com possibilidade de depressão²⁴. Usar a escala CES-D entre mulheres grávidas envolve problemas de avaliação. Alguns sintomas comuns da gravidez, tais como fadiga e distúrbios do sono ou alterações do apetite, também são sintomas comuns da depressão. Como resultado, o CES-D de dezenas de mulheres grávidas poderia ser elevado, por outras razões²⁵. Assim, os sintomas depressivos foram categorizados como: sem possibilidade de depressão (CES-D < 16), sintomas depressivos moderados (CES-D ≥ 16 ou ≤ 21) e sintomas depressivos grave CES-D ≥ 22^{17,24,26}.

A Escala de ansiedade de Beck (BAI) é constituída por 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade, e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, referindo a extensão em que foi afetado por cada sintoma na semana anterior à entrevista, numa escala Likert de quatro pontos (de “absolutamente não” a “gravemente: dificilmente pude suportar”^{27,28}). Os itens incluem: 1) dormência ou formigamento; 2) sensação de calor; 3) tremores nas pernas; 4) incapaz de relaxar; 5) medo que aconteça o pior; 6) atordoado ou tonto; 7) palpitação ou aceleração do coração; 8) sem equilíbrio; 9) aterrorizado; 10) nervoso; 11) sensação de sufocação; 12) tremores nas mãos; 13) trêmulo; 14) medo de perder o controle; 15) dificuldade de respirar; 16) medo de morrer; 17) assustado; 18) indigestão ou desconforto no abdômen; 19) sensação de desmaio; 20) rosto afogueado; 21) suor (não devido ao calor)²⁸. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, variando de 0 a 63 pontos, sendo categorizados como: escore total de até 10 pontos indicando ausência de sintomas ansiosos; entre 11 e 19 pontos, ansiedade leve; entre 20 e 30 pontos, ansiedade moderada; entre 31 e 63 pontos, ansiedade grave^{29,30,31}.

As características do parto e do recém-nascido foram estudadas por meio de três variáveis observadas. 1. Orientação sobre amamentação (oama) definida pela pergunta: Recebeu

orientações sobre amamentação no pré-natal? 2. Tipo de parto (parto), classificada como parto vaginal ou cesáreo. 3. Peso da criança ao nascimento (peso), classificada como baixo peso ao nascimento e peso adequado ao nascimento³².

A duração da amamentação exclusiva foi avaliada através da quantificação do tempo em meses de amamentação exclusiva, por meio da pergunta: "Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (aleitamento materno exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, outros leites, outras bebidas ou alimentos)".

Análise descritiva e modelagem de equações estruturais

As frequências e percentuais da análise descritiva foram calculadas usando a versão 12.0 do programa Stata.

A modelagem de equações estruturais (SEM), um método estatístico que realiza a análise fatorial confirmatória e, simultaneamente, estima uma série de equações de regressão múltipla para avaliar os efeitos diretos e indiretos das variáveis sobre o resultado, foi usada^{33,34}. Uma vez que a maioria das variáveis foi declarada como categórica, utilizou-se o estimador de mínimos quadrados ponderados - WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), empregado para variáveis observadas categóricas e robusto para não normalidade. A parametrização THETA controlou as diferenças de variâncias residuais³³. Este passo foi realizado usando o software Mplus, versão 7,3 (Los Angeles, Califórnia, EUA).

Na análise das estimativas padronizadas para a construção das variáveis latentes, carga fatorial > 0,5 com $p < 0,05$ foi considerado como indicativo que a correlação entre a variável indicadora e o construto apresentava magnitude moderadamente elevada³⁴.

Na avaliação da qualidade do ajuste do modelo, foram considerados: a) um p-valor (p) maior do que 0,05 para o teste do Qui-quadrado (X^2). O índice absoluto $X^2/g.l.$ também foi adotado, esse realiza o teste de adequação por meio da razão entre o X^2 do modelo e seus graus de liberdade. Considerou-se ajuste aceitável para valores inferiores a cinco; b) um p-valor inferior a 0,05 e um limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0,08 para o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Índice Comparativo Fit e o Tucker Lewis Index (CFI / TLI); e d) valores menores que 1, para Weighted Root Mean Square

residual (WRMR)^{35,36}. A utilização do teste X^2 requer alguns cuidados, pois é um teste altamente sensível ao tamanho da amostra, apresentando maior probabilidade de rejeitar a hipótese de que o modelo se ajusta bem aos dados ao se utilizar amostras grandes, mesmo quando o ajustamento é bom. O WRMR ainda é considerado experimental, sendo necessário mais testes de suas propriedades³⁷. Assim tais parâmetros não foram utilizados para o ajuste do modelo.

Para obter sugestões de alterações das hipóteses iniciais, o comando modindices foi utilizado. Quando as modificações propostas foram consideradas plausíveis do ponto de vista teórico, um novo modelo foi elaborado e analisado, caso o valor do índice de modificação fosse superior a 10.000³⁶.

No modelo final foram avaliados efeitos diretos e indiretos da variável latente e das observadas. Julgou-se haver efeito quando $p \leq 0.05$. O modelo hipotético testado está representado na Figura 1.

Aspectos éticos

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todos participantes. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário-UFMA sob parecer substanciado Nº 223/2009, protocolo: 4771/2008-30.

RESULTADOS

Na amostra estudada, 55,4% mulheres tinham mais de 25 anos, 76,1% tinham entre 9 e 11 anos de estudo, 57,8% tinham união estável e 21,7% eram casadas, 51,6% das mulheres não tinham ocupação e 65,4% pertenciam a classe econômica C (Tabela 1)

A frequência de violência física, sexual e/ou psicológica contra a mulher foi 48,9%. Parceiros íntimos foram perpetradores de violência em 40,3% dos casos, membros da família morando no mesmo domicílio em 18,5% dos casos, membros da família que não residem no mesmo domicílio e não-familiares foram citados em 41,0% dos casos.

Abuso de bebida alcoólica durante a gestação foi observado em 9,7% das mulheres, 65,6% receberam orientações sobre amamentação no pré-natal, 27,2% apresentavam sintomas depressivos graves, 14,5% apresentavam sintomas de ansiedade grave, 50,2% tiveram parto cesáreo, e 45,0% amamentaram exclusivamente por seis meses ou mais (Tabela 2)

O modelo proposto (Figura 1) mostrou bom ajuste e não houve sugestões plausíveis de modificação (Tabela 3).

Os indicadores das variáveis latentes situação socioeconômica (ses), suporte social (supp) e violência contra mulher na gestação (vio) apresentaram carga fatorial superior a 0,5 com p-valor inferior a 0,001 para todos os seus componentes (Tabela 4).

Violência contra a mulher na gestação, presença de sintomas de depressão e ansiedade no pré-natal, abuso de bebida alcoólica, orientações sobre amamentação, tipo de parto e peso ao nascimento, não mostraram qualquer tipo de efeito na duração do aleitamento materno exclusivo ($p > 0,05$), conforme mostrado na tabela 4.

Suporte social apresentou pequeno efeito total e direto na duração do AME (carga fatorial (CF)= 0,098; $p=0,007$) e (CF=0,076; $p=0,052$), respectivamente. A situação conjugal apresentou efeito total (CF=-0,080; $p=0,028$), com efeito indireto fraco e limítrofe (CF=-0,026; $p=0,051$) (Tabela 4). A idade materna apresentou efeito direto na duração do AME (CF=0,075; $p=0,036$), sem efeito total ou indireto.

DISCUSSÃO

Os efeitos da violência contra a mulher na amamentação permanecem incertos. Os resultados das pesquisas são contraditórios, alguns estudos não mostraram associações de violência doméstica física ou sexual anterior com o início ou duração da amamentação, enquanto outros têm mostrado que violência doméstica pré-natal é um preditor negativo para início do aleitamento materno¹². Na amostra estudada não foi encontrado nenhum efeito da violência contra a mulher na gestação sobre o tempo de amamentação exclusiva. James et al¹¹, avaliando a existência de relação entre violência por parceiro íntimo (VPI) e experiência das mulheres com relação ao aleitamento materno, concluíram que, para as mulheres avaliadas, a experiência de VPI em si não pareceu influenciar os resultados da amamentação.

Por outro lado, Lourenço e Deslandes³⁸, avaliando a experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal, citam que segundo as entrevistadas, a violência conjugal antes e durante o período de amamentação pode interferir na disposição das mulheres em se dedicar a essa tarefa, assim como na própria produção do leite. Concluindo ser possível que muitas mulheres na situação de violência conjugal abandonem a amamentação em função das pressões exercidas pelo companheiro.

Os resultados encontrados no presente estudo podem ser devido ao tempo decorrido entre a aplicação do questionário de violência, e a prática da amamentação, uma vez que o mesmo foi aplicado apenas em um momento durante a gestação, entre a vigésima segunda e vigésima quinta semana, não se podendo afirmar se as mulheres continuaram a ser vítima de tal violência até o final da gestação ou durante o período da amamentação. No entanto é necessário incluir a violência como pauta das políticas e programas de saúde ligados ao aleitamento materno direcionando o foco para a mulher/nutriz, bem como capacitar os profissionais para o tema da violência contra a mulher.

Mães deprimidas podem ter dificuldade na amamentação e insatisfação durante a iniciação e manutenção da mesma³⁹. Vitolo et al¹⁰ verificando a incidência de sintomas depressivos em um grupo de mães de crianças entre 12 e 16 meses no município de São Leopoldo (RS, Brasil) e suas associações com o aleitamento materno e o desenvolvimento global da criança, observou que a frequência de AME no período menor que 4 meses, foi semelhante entre os grupos de mães com sintomas depressivos e o grupo de mães sem sintomas depressivos. Porém a frequência de AME foi significativamente maior no período de 6 meses no grupo de mães sem presença de sintomas depressivos, quando comparado com o grupo com sintomas de depressão. No presente estudo, os transtornos mentais estudados não apresentaram efeito sobre o tempo de AME. Contudo é necessário incorporar programas de triagem para ansiedade e depressão nos serviços de pré-natal, de modo a oferecer um adequado sistema de apoio às mulheres durante a gravidez, particularmente aquelas com história prévia de depressão e ansiedade.

O apoio social pode promover a prática do aleitamento materno, através do incentivo e apoio para a amamentação, a transmissão de conhecimentos e valores culturais, orientação sobre os benefícios do aleitamento materno, auxílio nos cuidados com a criança e escuta ativa

para as suas necessidades. Da mesma forma, ele pode prejudicar o mesmo, por falta de interesse, falta de incentivo para a amamentação e por meio de pressão sobre a mãe que está amamentando a respeito de como alimentar seu filho⁴⁰.

Apesar do efeito direto limítrofe do suporte social na duração do AME, observamos efeito total significativo. Mesmo o efeito sendo pequeno, destacamos a importância do suporte social para o início e continuação da amamentação, fornecendo suporte para que as mães possam lidar adequadamente com a complexidade das situações que envolvem o cuidado com o bebê. A participação dos familiares, amigos e de profissionais parece contribuir não só na resolução imediata de eventuais necessidades, mas propiciando à mãe a tranquilidade que precisa para cuidar de seu filho⁴¹.

Os primeiros dias são de extrema importância para a eficácia da amamentação, pois se constitui de um período de aprendizado para a mãe e o recém-nascido. É nesse momento que os profissionais de saúde, precisam apoiar e incentivar a mãe a estabelecer a amamentação, identificando precocemente alterações nas mamas, como fissuras, mamilos planos ou invertidos, ingurgitamento mamário, entre outros e estabelecendo condutas necessárias em cada caso⁴².

Em mulheres multíparas grávidas, é importante avaliar o padrão de amamentação anterior para determinar a natureza e o tipo de apoio necessário à amamentação. É especialmente importante identificar mães com uma curta duração de amamentação anterior, de modo a oferecer suporte pré-natal e pós-natal precoce. As mães multíparas com mais experiência de amamentação devem ser fortemente encorajadas para atender ou exceder a duração do aleitamento materno anterior⁴³.

A situação conjugal apresentou efeito total na duração do AME, com efeito indireto fraco e limítrofe, não sendo possível identificar qual a via do efeito indireto, porém, sugerindo que a maior estabilidade conjugal aumenta a duração da amamentação exclusiva. Carrascoza et al⁴⁴, ao pesquisar os fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno, sugerem que quanto maior a estabilidade conjugal, maior a chance da mãe estender a amamentação natural, diminuindo os riscos da ocorrência de desmame precoce. Por outro lado, Falceto et al⁴⁵ ao avaliar a existência de associação entre o relacionamento dos casais e a

amamentação, não observou relação entre a qualidade da interação do casal e a continuação da amamentação aos 4 meses.

Não obstante, o fato das mães terem uma união estável e o apoio de outras pessoas, especialmente do marido ou companheiro, parece exercer uma influência positiva na duração do aleitamento materno⁴⁶. As mães são mais propensas a iniciar e continuar a amamentação quando acreditam que seus parceiros têm atitudes positivas em relação ao aleitamento materno⁴⁷.

Os profissionais de saúde devem ser encorajados a reconhecer os pais como membros da equipe de amamentação e envolvê-los na aprendizagem sobre o aleitamento materno e sobre as várias formas de apoio à amamentação⁴⁷. É necessário que os profissionais da saúde encorajem e apoiem o casal, em especial a mãe, para que iniciem e mantenham a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses da criança e que introduza, no período correto, a alimentação complementar adequada.

Foi observado ainda que quanto maior a idade materna, maior a duração do AME. Margotti & Epifanio⁴⁸ avaliando os fatores relacionados com o tempo de aleitamento materno exclusivo e sua relação com os escores da Escala de Autoeficácia na Amamentação, relatam que nas mulheres com idade superior a 20 anos, a duração da amamentação exclusiva foi maior, possivelmente por terem mais conhecimento e mais experiências sobre aleitamento materno. No entanto, Bezerra et al⁴⁹, avaliando os fatores associados ao desmame precoce, observou que a idade materna não foi fator de risco para o desmame precoce, não havendo diferença significativa entre mães com menos de 20 anos e as demais. O aleitamento materno pode ser determinado por inúmeros fatores que abrangem desde aspectos individuais, até determinantes contextuais. Na prática a amamentação não é um ato instintivo ou automático, mas uma ação que está fundamentada na subjetividade e na vivência das nutrizes⁵⁰.

O ponto forte deste estudo é o seu delineamento longitudinal, onde foi possível acompanhar a amostra desde o pré-natal até os 15-32 meses de vida da criança, e a utilização da modelagem de equações estruturais que permite a estimação de uma série de equações de regressão múltipla interdependentes de modo simultâneo, em que a variável resposta em uma equação pode aparecer como preditora em outra, sendo possível as variáveis se influenciarem reciprocamente, diretamente ou através de outras variáveis. A impossibilidade de obter uma

amostra aleatória representativa de mulheres grávidas configura uma limitação, bem como a aplicação do questionário de violência em um único momento no período pré-natal.

Apesar do reconhecimento da importância do aleitamento materno, sabe-se que a prevalência do desmame precoce é um problema mundial. Assim, os achados dessa pesquisa reforçam a necessidade de atuação dos profissionais de saúde para o incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo, devendo estar preparados para reconhecer os casos de violência contra a mulher, de depressão e ansiedade, desde o acompanhamento pré-natal, prestando uma assistência integral e humanizada, respeitando o saber e a história de vida de cada mulher, e sabendo lidar com as pessoas de sua rede social, presentes no seu cotidiano, que podem colaborar ou prejudicar a prática da amamentação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde (MS). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
2. World Health Organization - WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *Jornal de pediatria*. 2010; 86(4): 317-324.
4. Brasil^b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.
5. Morgado CMC, Werneck GL, Hasselmann MH. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(2):367-376.
6. Feldens CA, Vitolo MR, Rauber F, Cruz LN, Hilgert JB. Risk Factors for Discontinuing Breastfeeding in Southern Brazil: A Survival Analysis. *Matern Child Health J*. 2012; 16(6):1257–1265.
7. Machado MCM, Assis KF, Oliveira FCC, Ribeiro AQ, Araújo RMA, Cury AF et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(6): 985-994.
8. Kassada DS, Waidman MAP, Miasso AI, Marcon SS. Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015; 28(6): 495-502.
9. Falcone VM, Mäder CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4): 612-618.
10. Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Rev Psiquiatr RS*. 2007; 29(1): 28-34.
11. James JP, Taft A, Amir LH, Agius P. Does intimate partner violence impact on women's initiation and duration of breastfeeding? *Breastfeeding Review*. 2014; 22(2):11-19.

12. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. *Social Science & Medicine*. 2011; 72 (9): 1534-1554.
13. Barreira SMC, Machado MFAS. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Scientiarum. Health Science*. 2008; 26(1): 11-20.
14. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(5):953-965.
15. Ayton J, van der Mei I, Wills K, Hansen E, Nelson M. Cumulative risks and cessation of exclusive breastfeeding: Australian cross-sectional survey. *Arch Dis Child*. 2015;100:863–868.
16. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEBL, Marcopito LF. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*. 2014, 30(6):1-15.
17. Silva AAM, Simões VMF, Barbieri MA, Cardoso VC, Alves CMC, Thomaz EBAF et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). *Reproductive health*. 2014; 11(1): 79.
18. ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2012. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em: 14 mar 2015.
19. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3):703-714.
20. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991; 32(6):705-14.
21. Schraiber LB, O Latorre MRD, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(4):658-66.
22. Ribeiro MRC, Alves MTSSB, Batista RFL, Ribeiro CCC, Schraiber LB, Barbieri MA et al. Confirmatory Factor Analysis of the WHO Violence Against Women Instrument in Pregnant Women: Results from the BRISA Prenatal Cohort. *PLoS ONE*. 2014; 9(12): e115382. doi:10.1371/journal.pone.0115382.
23. Fernandes RCL; Rozenhal M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. *Rev Psiquiatr RS*. 2008; 30(3):192-200.

24. Flecka MPA, Lima AFBS, Louzada SL, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Cameyb S, Grupo LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4):431-8.
25. Orr ST, James SA, Blackmore PC. Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Spontaneous Preterm Births among African-American Women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol*. 2002; 156(9): 797–802.
26. Li D, Liu L, Odouli R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. *Human Reproduction*. 2009; 24(1): 146–153.
27. Magán I; Sanz J; García-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*. 2008; 11(02):626-640.
28. Rodrigues DG; Pelisoli C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Rev Psiq Clín*. 2008; 35(5):171-177.
29. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56(6): 893-897.
30. Cunha JA. Manual da versão em português das escalas Beck. Tradução e adaptação brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.
31. Montiel JM, Capovilla AGS, Berberian AA, Capovilla FC. Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 2005; 6(2): 33-42.
32. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization; 1980.
33. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus: statistical analysis with latent variables. User's guide*. (1998-2010). 6. ed. Los Angeles: Muthén & Muthén, Apr. 2010.
34. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press, 2011.
35. Marôco J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. Report number, Pêro Pinheiro, 2010.
36. Wang J, Wang X. *Structural equation modeling: applications using Mplus*. Noida: Thomson Digital, 2012.
37. Byrne BM. *Structural equation modeling with Mplus: basic concepts, applications and programming*. New York: Routledge, 2012.

38. Lourenço, M.A.; Deslandes, S.F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):615-621.
39. Zubarán C, Foresti K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2013; 4(1): 9-15.
40. Mazza VA, Nunes RCT, Tararathuch RZP, Alexandre AMC, Patel JV. Influence of social support networks for adolescent breastfeeding Mothers in the process of breastfeeding. *Cogitare Enferm*. 2014; 19(2): 232-8.
41. Rapoport A; Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *PsicoUSF*. 2011; 16(2):215-225.
42. Nunes JM; Oliveira EN; Vieira NFC. Concepções de puérperas adolescentes sobre o processo de amamentar. *Rev. Rene*. 2009; 10(2):86-94.
43. Li Bai D, Fong DYT, Tarrant M. Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers. *Birth*. 2015; 42(1): 70-77.
44. Carrascoza KC, Costa Júnior ÁL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia*. 2005; 22(4):433-440.
45. Falceto OG, Giugliani ERJ, Fernandes CLC. Couples' Relationships and Breastfeeding: Is There an Association? *Journal of Human Lactation*. 2004; 20(1): 46-55.
46. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Revista de Nutrição*. 2006; 19(5): 623-630.
47. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation*. 2011; 27(2): 115-121.
48. Margotti E, Epifanio M. Aleitamento materno exclusivo e a Escala de Autoeficácia na Amamentação. *Rev Rene*. 2014; 15(5): 771-779.
49. Bezerra VLVA , Nisiyama AL, Jorge AL, Cardoso RM , Silva EF, Tristão RM. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30(2):173-179.
50. Andrade ISN. Aleitamento materno e seus benefícios: primeiro passo para a promoção saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2014; 27(2):149-150.

5.2 Artigo 2

Violência contra a mulher na gestação e rastreamento de risco para alterações no desenvolvimento neuromotor.

(a ser submetido ao Caderno de Saúde Pública)

Violência contra a mulher na gestação e rastreamento de risco para alterações no desenvolvimento neuromotor.

Violence against women during pregnancy and tracking risk for changes in neuromotor development.

Kivania Carla Pessoa¹. Email: kivania@elo.com.br

Vanda Maria Ferreira Simões¹. Email: vandamfsimoes@gmail.com

¹Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública

Universidade Federal do Maranhão- UFMA. São Luís, MA, Brasil.

Endereço para correspondência

Universidade Federal do Maranhão. Departamento de Saúde Pública. Rua Barão de Itapary, 155 – Centro. CEP: 65020-070. São Luís – MA. Brasil.

Telefone:(98)32729675. E-mail: kivania@elo.com.br

Órgãos Financiadores:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão-FAPEMA (Processos: 0035/2008, 00356/11 e 01362-11)

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo: 2008-53593-0)

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq (Processos: 471923/2011-7 e 561058/2010-5)

Não houve conflitos de interesses.

Colaboradores:

Kivania Carla Pessoa revisou a literatura, realizou a análise estatística e interpretação dos dados, redigiu o manuscrito e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

Vanda Maria Ferreira Simões concebeu o estudo, colaborou na análise e interpretação dos dados, contribuiu com a redação e participou da aprovação da versão final a ser publicada.

RESUMO

Este estudo avaliou a associação entre violência contra a gestante e o rastreamento de risco para potencial atraso no desenvolvimento neuromotor da criança. Estudo de coorte realizado com 981 mulheres, avaliadas no pré-natal, acompanhadas durante o nascimento e seus filhos avaliados entre 12 e 36 meses de vida, utilizando como instrumento o Bayley Scales of Infant and Toddler Development Third Edition. Foi realizada análise bruta e ajustada para potenciais variáveis de confusão, usando regressão de Poisson. Não houve associação da violência e as dimensões de desenvolvimento; escolaridade materna entre quatro ou menos anos de estudos representou risco para comunicação receptiva (OR=7,32; IC=2,39-22,36; $p<0,001$) e para domínio cognitivo (OR=4,0; IC=1,53-10,50; $p=0,005$), e entre 9 a 11 anos de estudos representou risco para comunicação expressiva (OR=1,32; IC=1,02-1,72; $p=0,035$); renda familiar menor que 1 salário mínimo representou risco para motricidade grossa (OR=2,38; IC=1,07-5,29; $p=0,033$); nascimento pré-termo apresentou associação de risco para problemas na comunicação expressiva (OR=1,34; IC=1,07-1,68; $p=0,010$), motricidade fina (OR=1,60; IC=1,16-2,20; $p=0,003$), e motricidade grossa (OR=1,91; IC=1,19-3,08; $p=0,007$). Conclui-se que as condições de risco para problemas no desenvolvimento infantil tem maior possibilidade de ocorrer em crianças de famílias de baixo nível socioeconômico e em condições adversas de nascimento.

Palavras-chave: Violência. Gestação. Exposição à violência. Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

This study evaluated the association between violence against pregnant women and tracking of risk for potential delay in the child's neuromotor development. Cohort study of 981 women, evaluated prenatally accompanied during birth and their children evaluated between 12 and 36 months, using as a tool the Bayley Scales of Infant and Toddler Development Third Edition. It was held crude and adjusted analysis for potential confounders, using Poisson regression. There was no association of violence and development dimensions; maternal education among four or fewer years of study represented risk to receptive communication (OR = 7.32, CI = 2.39 to 22.36, $p < 0.001$) and cognitive impairment (OR = 4.0, CI = 1.53 to 10.50; $p = 0.005$), and between 9 to 11 years of study represented risk for expressive communication (OR = 1.32, CI = 1.02 to 1.72; $p = 0.035$); family income lower than one basic salary represented risk for heavy motor function (OR = 2.38, CI = 1.07 to 5.29; $p = 0.033$); preterm birth risk presented association to problems in expressive communication (OR = 1.34, CI = 1.07 to 1.68; $p = 0.010$), fine motor skills (OR = 1.60, CI = 1.16 to 2.20; $p = 0.003$) and gross motor skills (OR = 1.91, CI = 1.19 to 3.08; $p = 0.007$). We conclude that the conditions of risk for problems in child development is more likely to occur in children of low income families and in adverse conditions of birth.

Keywords: Violence. Pregnancy. Exposure to violence. Child development.

INTRODUÇÃO

Violência contra a mulher é um fenômeno universal que persiste em todos os países do mundo, e os perpetradores de tal violência muitas vezes são bem conhecidos por suas vítimas¹. Os atos de violência sofridos pelas mulheres, na maioria das vezes, são praticados dentro da própria família por pessoas íntimas, particularmente, no âmbito doméstico. Estudos confirmam que as mulheres possuem maior risco de violência em relações com familiares e pessoas próximas que com estranhos, e, na maioria das vezes, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou o parceiro².

A violência contra a mulher pode estar presente nos diferentes âmbitos de sua vida, com repercussões em sua saúde e, dependendo da fase em que se encontra, na saúde de seus descendentes³. As consequências da violência no ciclo gravídico têm associação com numerosos danos à saúde da mãe e da criança, incluindo mais problemas de saúde durante a gravidez, maior probabilidade de trabalho de parto pré-termo, início mais tardio do pré-natal, baixo peso ao nascer, maior utilização dos recursos de assistência à saúde e uso de medicamentos no pré-natal⁴.

Considerando a situação vivenciada pela mulher vítima de violência, é importante analisar os impactos que essa situação pode acarretar para os seus filhos⁵. As influências negativas produzidas nas crianças, em consequência de relações conjugais insatisfatórias, são variadas, incluindo desde problemas de saúde, depressão, baixa competência social e baixa performance acadêmica, até vários outros distúrbios de conduta correlacionados⁶.

A gravidez e o primeiro ano de vida são estágios críticos no desenvolvimento da criança, proporcionando os fundamentos essenciais de toda a aprendizagem, comportamento e saúde futuros. As experiências adversas pré e pós-natais, podem ter um efeito profundo sobre o curso da saúde e do desenvolvimento ao longo da vida⁷. Embora ainda não tenha sido claramente demonstrada uma relação direta causal entre a exposição à violência durante a gravidez e resultados perinatais adversos, sabe-se que as mulheres grávidas que sofrem abuso são mais propensas a terem condições que colocam a sua gestação e o seu bebê em situação de risco grave do que as mulheres que não sofrem abuso⁷.

A maioria dos estudos sobre o abuso durante a gravidez tem sido focada em suas consequências adversas sobre os resultados do parto, incluindo trabalho de parto prematuro e

baixo peso ao nascimento⁸. No entanto, há poucas informações quanto ao impacto em longo prazo, principalmente em relação ao desenvolvimento da criança.

Sendo assim, esse estudo teve como objetivo verificar associação entre violência durante a gestação e o rastreamento de risco para problemas no desenvolvimento neuromotor da criança.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, que teve seus dados coletados do Brazilian Ribeirão Preto and São Luís Birth Cohort Studies (BRISA) no município de São Luís e intitulado “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA”, desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UFMA), em parceria com a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP)⁹.

Foram utilizados dados de entrevistas realizadas com mulheres no pré-natal, em São Luís-MA, por ocasião do nascimento, e dados da entrevista realizada quando a criança tinha entre 12 a 36 meses de vida.

Na avaliação do pré-natal foram considerados critério de inclusão ter realizado ultrassonografia obstétrica antes de 20^a semana de gestação e não ter ultrapassado 25 semanas gestacionais. Gravidez múltipla foi considerada critério de não inclusão.

Participantes e amostra do estudo

Por não ter sido possível obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas de uma população, pela inexistência de registros de mulheres grávidas ou de mulheres que fazem pré-natal, foi utilizada amostra de conveniência. Detalhes do método já foram publicados⁹.

As mulheres foram recrutadas em maternidades e unidades de saúde que realizavam ultrassonografia obstétrica. As entrevistas foram programadas para acontecer quando tivessem entre 22 a 25 semanas gestacionais.

Na primeira fase da coorte foram entrevistadas 1.447 mulheres. Destas, 1.381 foram entrevistadas na segunda fase da coorte, por ocasião do nascimento de seus filhos, onde foi obtido informações no prontuário com relação às condições do nascimento e aplicado o questionário do segundo seguimento- Mãe. Considerando que houve 11 natimortos, 12 óbitos infantis e que apenas 1.151 mulheres responderam ao questionário do terceiro seguimento, e destas 981 compareceram com seus filhos para avaliação neurológica, representando assim a amostra utilizada no presente estudo.

O agendamento da avaliação do terceiro seguimento da coorte foi realizado por contato telefônico, utilizando os dados do cadastro contido no questionário de avaliação do pré-natal. Para as mulheres que permaneceram sem se apresentar no local da avaliação, um grupo de entrevistadoras deslocou-se à residência destas, onde foi aplicado o questionário do terceiro seguimento e o inquérito nutricional, sendo então realizado novo agendamento para aplicação do instrumento Bayley.

Instrumentos e variáveis

Foram utilizados dois questionários para coleta de dados no pré-natal: a) o *Questionário do Pré-Natal Auto aplicado*, para ser lido e respondido pelas gestantes; b) o *Questionário de Entrevista Pré-Natal*, aplicado por entrevistadoras. A violência contra gestante fez parte do questionário auto aplicado. Dados socioeconômicos (escolaridade materna, atividade remunerada, renda familiar), demográficos (idade, situação conjugal) foram coletados por entrevistadoras.

A idade da gestante foi categorizada como: até 19 anos, entre 20 e 24 anos, 25 anos ou mais; escolaridade da gestante foi categorizada em ≤ 4 anos de estudo, de 5 a 8 anos de estudo, entre 9 e 11 anos de estudo, ≥ 12 anos de estudo; a situação conjugal foi categorizada como casada, união consensual, solteira, separada/viúva; atividade remunerada em sim/não; renda familiar mensal em salários mínimos (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00): menor que 1 salário mínimo, de 1 a menos que 3, 3 a menos que 5 e 5 ou mais salários mínimos; classe econômica, de acordo com a categorização elaborada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil (ABEP), em (A1, A2, B1 e B2 na categoria A / B; C1 e C2 na categoria C; e D e E na categoria D / E. A categoria A / B, inclui indivíduos com o mais alto nível educacional e possuindo mais bens de consumo, a classe C sendo

intermediária, e as classes D e E que tem o menor nível educacional e sendo a classe social mais pobre¹⁰.

Utilizou-se o questionário de violência da OMS, que inclui questões referentes à violência psicológica, física e sexual e à frequência com que esses eventos ocorreram, visando especificamente o rastreamento de casos de violência contra a mulher durante a gestação. Esse instrumento contém 13 perguntas. As quatro primeiras foram relacionadas com violência psicológica (emocional) e perguntou sobre insultos, humilhações e ameaças. As seis questões seguintes investigaram violência física, com perguntas sobre tapas, ameaças ou ferimentos com objetos, empurrões, socos, chutes, surras, estrangulamento, queimaduras propositais, ameaça ou ferimento com arma de fogo, faca ou outro tipo de arma. As três perguntas finais estavam relacionadas com violência sexual perguntando sobre relações sexuais forçadas. As opções de resposta para cada questão foram “não”; “uma vez”; “poucas vezes” e “muitas vezes”. Considerou-se ocorrência de violência quando a gestante respondeu afirmativamente a pelo menos uma das 13 perguntas. Foi incluído no estudo qualquer perpetrador de violência, e não apenas violência por parceiro íntimo, uma vez que se desejava avaliar todas as formas de violência contra a mulher. O questionário de violência da OMS foi previamente validado no Brasil^{11,12}.

Por ocasião do nascimento foi utilizado o *Questionário do Segundo Seguimento-Mãe*, de onde foi coletado a idade gestacional. Nascimento pré-termo foi categorizado como sim (menos que 37 semanas gestacionais ao nascimento) e não (37 ou mais semanas gestacionais ao nascimento)¹³.

No terceiro seguimento foi aplicado o instrumento *Bayley Scales of Infant and Toddler Development Third Edition (Bayley-III screening test)* para avaliação neurocomportamental.

O *Bayley-III screening test*¹⁴ é um instrumento administrado individualmente, designado para avaliar brevemente as funções cognitivas, de linguagem e motora de crianças entre 01 e 42 meses de idade. Tem como proposta primária determinar rapidamente se a criança está progredindo de acordo com a expectativa normal, e determinar se uma avaliação mais detalhada é necessária ser realizada posteriormente. Avaliam cinco domínios do desenvolvimento: cognitivo, motor, linguístico, socioemocional e comportamento adaptativo. A pontuação de corte

do *Bayley-III screening test* identifica se a criança apresenta ou não risco para atraso no desenvolvimento. A versão utilizada neste estudo fornece três indicadores de risco: (a) Competente; (b) Emergente; e (c) Em risco – a partir de notas de corte para cada uma das escalas, não havendo um escore total para o instrumento. A categoria competente enquadra crianças consideradas de baixo risco para apresentarem atraso no desenvolvimento, e na maioria dos casos não precisa avaliação posterior. A categoria emergente enquadra crianças que apresentam algum risco para o atraso no desenvolvimento. Nestes casos, a necessidade de uma avaliação mais aprofundada deve ser feita à luz de todas as informações sobre a criança, já a categoria de risco enquadra crianças que necessitam de uma avaliação mais aprofundada, utilizando instrumento de avaliação apropriado¹⁴. Sendo assim optou-se por na dicotomização considerar as crianças que obtiveram resultados emergente/risco na sua avaliação como categoria risco, uma vez que as mesmas apresentam algum risco para atraso no desenvolvimento. No presente estudo avaliou-se os domínios cognitivo, motor e linguístico.

Em casos de nascimento pré-termo a idade corrigida foi obtida calculando-se o número de meses e dias de nascimento prematuro¹⁴.

Considerou-se variáveis dependentes as dimensões do questionário Bayley III de desenvolvimento infantil (cognitivo, comunicação receptiva, comunicação expressiva, motor fino, motor grosso). As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos hierárquicos. Esses blocos foram organizados nos níveis distal, intermediário e proximal em relação ao desfecho e adaptados a partir da proposta de modelo hierarquizado, como exposto a seguir (figura 1):

Bloco 1 - Características socioeconômicas: Escolaridade materna, atividade remunerada, renda familiar e classe econômica;

Bloco 2 – Características maternas: Faixa etária, situação conjugal, quantidade de filhos morando no mesmo domicílio, presença de sintomas depressivos, violência contra a mulher na gestação e percepção de suporte social;

Bloco 3 – Condições gerais do recém-nascido: nascimento pré-termo.

Análise estatística

As variáveis são apresentadas como frequências e porcentagens. A Regressão de Poisson com variância robusta foi adotada para investigar como os domínios cognitivo, motor e linguístico poderiam ser influenciados pelas variáveis explicativas.

As variáveis estudadas foram alocadas em três blocos: distal, medial e proximal. No ajuste do modelo, as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta foram inseridas na análise ajustada, do bloco distal para o proximal, na ordem crescente da magnitude de associação com o desfecho. Na análise múltipla, as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na etapa de entrada permaneceram no modelo até o final, mesmo que tenham perdido sua significância em etapas posteriores. No modelo final foram consideradas associadas as variáveis com valor de $p \leq 0,05$.

A medida de associação Odds Ratio (OR) e seu respectivo intervalo de confiança a 95% (IC95%) foi utilizada para estimar a associação entre exposições e desfechos. Para a análise de associação os desfechos foram dicotomizados em risco/emergente e competente (categoria de referência).

O processamento e análise dos dados foram realizados na 12ª versão do STATA (Data Analysis and Statistical software).

Aspectos Éticos

O estudo atendeu aos critérios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para o entrevistado e sua família em qualquer etapa da pesquisa. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário-UFMA sob parecer consubstanciado N° 223/2009, protocolo: 4771/2008-30.

RESULTADOS

Entre as 981 mulheres entrevistadas, 48,3% relataram ter sido vítima de violência física, sexual e/ou psicológica durante a gestação atual. Parceiros íntimos foram perpetradores de violência em 44,1% dos casos, membros da família morando no mesmo domicílio em 19,3% dos

casos, membros da família que não residem no mesmo domicílio e não-familiares foram citados em 36,6% dos casos. Esta variável não apresentou associação com os desfechos.

As áreas mais afetadas das dimensões do desenvolvimento infantil com a aplicação do Bayley-III screening teste foram comunicação expressiva (43,8%), motricidade fina (25,4%) e domínio cognitivo (16,4%). Uma porcentagem menor de crianças apresentou atraso no domínio motricidade grossa (12,6%) e comunicação receptiva (10,8%).

Mãe ter entre 9 e 11 anos de estudo (88,8%) representou fator de risco para problemas na comunicação expressiva (OR=1,32; IC=1,02-1,72; p=0,035), e ter quatro ou menos anos de estudo (0,9%) representou fator de risco para comunicação receptiva (OR=7,32; IC= 2,39-22,36; p< 0,001), e para o domínio cognitivo (OR=4,0; IC=1,53-10,50; p=0,005), quando comparado a 12 ou mais anos de estudo, como observado nas tabelas 3, 2 e 1 respectivamente.

Na amostra estudada 51,9% das mães relataram que não tinham atividade remunerada própria, 56,6% apresentavam renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos e 4,5% menos de um salário mínimo. Ter renda familiar menor que um salário mínimo representou fator de risco para motricidade grossa (OR= 2,38; IC= 1,07-5,29; p= 0,033). Observou-se também, que 70,0% das famílias foram classificadas na classe econômica C e 14,9 % na classe econômica A/B.

A amostra foi formada por 55,9% de mães com idade maior ou igual a 25 anos, seguida pela faixa etária entre 20-24 anos (32,3%). A respeito do estado civil, 58,2% das mulheres declararam viver em união estável, e 21,6% serem casadas. A faixa etária materna e o estado civil não apresentaram associação estatisticamente significativa com o desenvolvimento infantil.

Detectou-se sintomas depressivos grave em 28,1 % das mães, esta variável não apresentou associação de risco com nenhum dos domínios do desenvolvimento avaliados.

Observou-se que 55,2% das mulheres apresentaram alta percepção do apoio material, 65,8% do apoio afetivo, 56,7% do apoio emocional, 57,8% do apoio de informação e 57,7% do apoio interação social. Não foi observado associação entre os diversos tipos de apoio social e os desfechos estudados.

A maior parcela das mães (58,4%) não relatou ter filhos, biológicos ou não, morando no mesmo domicílio, enquanto que 30,4% relataram habitar com um filho. A quantidade de filhos morando no mesmo domicílio não apresentou associação com os desfechos estudados.

Na amostra estudada, 6,4% das mães tiveram parto pré-termo, sendo observado associação de nascimento pré-termo com o domínio linguístico - comunicação expressiva, descrito na tabela 3 (OR=1,32; IC=1,02-1,72; p=0,035); e motor do desenvolvimento infantil - motor fino (OR= 1,60; IC=1,16-2,20; p=0,003), observado na tabela 4, e motor grosso (OR=1,91; IC=1,19-3,08; p=0,007), observado na tabela 5.

DISCUSSÃO

No presente estudo não houve associação da violência contra a mulher durante o período gestacional e as dimensões de desenvolvimento avaliadas pelo *Bayley III*. Há poucas referências na literatura no que diz respeito à repercussão da violência durante o período gestacional sobre o desenvolvimento neurológico da criança em longo prazo, a maioria dos estudos avaliam as consequências adversas da violência sobre os resultados do parto.

Tough et al¹⁵, em um estudo de coorte de mulheres acompanhadas desde o pré-natal, avaliou a associação do bem-estar materno e o risco para problemas no desenvolvimento de seus filhos aos três anos de idade. Observou que as crianças cujas mães apresentavam história de abuso durante o pré-natal, tinham maior risco para problemas no desenvolvimento. Resultados similares foram encontrados por Flach et al¹⁶, ao investigar o impacto a longo prazo da violência doméstica durante o pré-natal na morbidade psiquiátrica materna e no comportamento infantil, em uma coorte de nascimento, onde 13.617 crianças, em conjunto com suas mães, foram acompanhadas até 42 meses de idade. Os autores observaram que a violência doméstica durante o pré-natal apresentou um impacto significativo sobre problemas no comportamento da criança aos 42 meses de idade, porém este impacto perdeu a significância com a inclusão de violência pós-parto ou de depressão na análise, concluindo então que a violência doméstica no pré-natal é um indicador de aumento do risco para violência pós-natal, morbidade psiquiátrica e de efeitos adversos pós-natais no desenvolvimento da criança. No presente estudo não foi possível avaliar a presença de violência contra a mulher após o parto.

Apesar de não se ter encontrado associação entre violência contra a mulher durante a gestação e as dimensões de desenvolvimento avaliadas, é importante ressaltar que a qualidade do relacionamento conjugal e familiar tem relação com o comportamento das mães com seus filhos, influenciando na qualidade das atividades que as mesmas desempenham com a criança. Um relacionamento conjugal saudável ajuda a manter um clima de harmonia e satisfação no qual a criança irá conviver, promovendo um adequado desenvolvimento infantil.

A avaliação neurocomportamental das crianças envolvidas no presente estudo apresentou maior risco para problemas no desenvolvimento da linguagem (43,8%), seguido pela motricidade fina (25,5%) e pelo domínio cognitivo (16,4%). Resultados similares foram encontrados por Ribeiro et al¹⁷ ao avaliar os fatores de risco de crianças no primeiro ano de vida, atendidas em Unidades de saúde da família, onde 43,1% das crianças avaliadas estavam em risco para o desenvolvimento global, sendo que as áreas mais afetadas foram a linguagem (24,6%) e o desenvolvimento motor fino (20,0%).

Durante os três primeiros anos de vida ocorrem os grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social da criança, bem como, a aquisição e o controle da linguagem, os quais são essenciais para o desenvolvimento global. Este desenvolvimento está intrinsecamente relacionado às condições nutricionais, ambientais, à estimulação que pode ser favorecida pela relação familiar, ao padrão cultural e ao nível educacional e socioeconômico da família^{17,18}.

Para estimular o desenvolvimento infantil, o ambiente deve oferecer um espaço físico adequado com objetos estimuladores. Cabe destacar que as pessoas que convivem com as crianças precisam ser estimuladoras, proporcionando experiências sensoriais, cognitivas, motoras e sociais à criança¹⁹. O atraso no desenvolvimento motor pode limitar as experiências da criança para interagir com pessoas, objetos e eventos, para manipulação dos objetos, repetição de ações, domínio do próprio corpo e esquema corporal. Assim, esta criança pode ir perdendo oportunidades concretas de viabilizar seu repertório, ocasionando lacunas nas áreas perceptivas, cognitiva, linguística e social, com reflexos nas demais dimensões do desenvolvimento infantil²⁰.

O baixo nível escolar da mãe é um fator de risco para o desenvolvimento da criança²¹. Defilipo et al²² avaliando as oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor em lactentes com idade de 3 a 18 meses, encontrou que mães com menor grau de escolaridade (até o nono ano escolar) possuíam 71% menos chance de oferecer melhores oportunidades de

estimulação motora no lar, quando comparadas às mães com maior grau de escolaridade (ensino médio/superior). No presente estudo as crianças cujas mães relataram ter quatro ou menos anos de estudo apresentaram 4,0 e 7,3 vezes mais chances para problemas no desenvolvimento cognitivo e de comunicação receptiva, respectivamente. Já as crianças de quem as mães tinham 9 a 11 anos de estudo apresentaram 1,3 vezes mais chance para problemas no desenvolvimento da comunicação expressiva, quando comparadas com as que tinham 12 ou mais anos de estudo. Esses resultados se explicam, provavelmente, pelo fato das mães com maior grau de instrução ter maior acesso a informações e melhor conhecimento sobre o processo de desenvolvimento dos seus filhos. O aumento dos anos de estudo por parte das mães lhes permite adquirir maior conhecimento e ter uma melhor percepção sobre aspectos materiais relacionados à linguagem²¹.

A escolaridade materna tem impacto sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças por meio de fatores como organização do ambiente, expectativas e práticas parentais, experiências com materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária²³. Andrade et al²⁴, avaliando a associação entre a qualidade do estímulo doméstico e o desempenho cognitivo infantil, observou que a escolaridade materna, acima de cinco anos, se associou positivamente à melhor organização do ambiente físico e temporal, maior oportunidade de variação na estimulação diária, com disponibilidade de materiais e jogos apropriados para a criança e maior envolvimento emocional e verbal da mãe com a criança.

A baixa renda familiar configura-se como um dos mais preocupantes fatores de risco para o desenvolvimento da criança, uma vez que o nível de renda favorece a aquisição de bens e serviços, como alimentação, moradia, saneamento, entre outros¹⁸. Na amostra estudada, observou-se que as crianças cujas famílias apresentavam renda familiar menor que um salário mínimo, apresentaram 2,3 vezes mais chance de apresentarem problemas no desenvolvimento motor grosso. Os fatores que são considerados de influência negativa no desenvolvimento são encontrados com maior intensidade na população de menor renda devido aos efeitos acarretados pelo baixo nível social e econômico, inadequada ingestão de alimentos e baixo nível de estimulação ambiental²⁵.

A profunda desigualdade econômica existente na sociedade brasileira²⁶, pode atuar como um fator agravante para o baixo desempenho motor infantil, uma vez que o ambiente domiciliar e as oportunidades proporcionadas pelo manuseio de brinquedos comprados pelos pais são

extremamente importantes durante a infância²⁷. Nessa perspectiva, famílias economicamente desfavorecidas possuem dificuldades em oferecer recursos materiais que dão suporte ou estimulam o desenvolvimento infantil²⁸. Fazer parte de famílias com um bom poder aquisitivo facilita o acesso a brinquedos e outros recursos, uma vez que os pais teriam melhores condições financeiras de proporcionar diferentes oportunidades motoras aos seus filhos. Sendo assim, a condição de pobreza parece tornar a criança mais vulnerável, podendo ocasionar resultados desfavoráveis no seu desempenho motor.

Crianças com nascimento pré-termo apresentam alto risco para atraso no desenvolvimento, problemas visuais e de audição, além de problemas comportamentais e deficiência de aprendizagem ao longo da vida^{29,30}. Na amostra estudada o nascimento pré-termo se apresentou como fator de risco para o desenvolvimento nos domínios de comunicação expressiva, motricidade fina e grossa. A fragilidade dos recém-nascidos prematuros contribui para a possibilidade eminente de riscos, agravos e/ou sequelas de diversos tipos, com diferentes consequências e interveniências no processo do desenvolvimento infantil²⁰.

Anormalidades neurológicas transitórias, envolvendo postura, habilidades motoras finas e grosseiras, coordenação e equilíbrio, reflexos e, principalmente, distonias (hiper ou hipotonia), são detectadas em 40-80% dos casos de prematuridade. As aquisições motoras no primeiro ano de vida são relevantes no prognóstico do desenvolvimento global da criança, pois o período é considerado como um dos mais críticos no desenvolvimento infantil³¹. O nascimento pré-termo pode afetar o ritmo e a qualidade dessas aquisições motoras e cognitivas³².

Greene et al³³ avaliando o desenvolvimento neurológico em uma coorte de crianças pré-termo aos 8-12 meses de idade corrigida, utilizando a escala do *Bayley III*, observou que o desenvolvimento da motricidade grossa e da linguagem expressiva eram significativamente mais atrasados que o desenvolvimento cognitivo no primeiro ano de vida. O presente estudo corrobora parcialmente com esses dados, pois, mesmo com a utilização da idade corrigida, foi encontrado associação de risco entre as crianças pré-termo com os domínios da motricidade e comunicação expressiva.

Nascimento pré-termo representa risco ao desenvolvimento, portanto, reconhecer possíveis alterações no desenvolvimento se torna imprescindível, principalmente nos primeiros

dois anos de vida, que representam um dos períodos mais intensos para o ganho de habilidades motoras e de capacidades cognitivas e sociais.

O ponto forte deste estudo é o seu delineamento longitudinal, onde foi possível acompanhar a amostra desde o pré-natal até o segundo ano de vida. Como limitações citamos a impossibilidade de obter uma amostra aleatória representativa de mulheres grávidas, e a aplicação do questionário de violência em um único momento no período pré-natal, havendo a possibilidade de algumas mulheres terem sofrido violência após a vigésima quinta semana de gestação e após o parto, não sendo assim detectado.

Conclusão

A hipótese inicial não foi confirmada, uma vez que não houve associação, na amostra estudada, entre violência doméstica e risco para alterações no desenvolvimento neuromotor.

Condições de riscos para problemas no desenvolvimento infantil parecem estar associados principalmente ao nível socioeconômico da família e as condições de nascimento da criança. Nascimento pré-termo, baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais, são alguns fatores de risco que se relacionam com a qualidade do ambiente e o desenvolvimento infantil, devendo haver incentivo ao desenvolvimento de políticas, programas e ações voltadas à população infantil.

REFERÊNCIAS

1. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, World Health Organization, 2005.
2. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5): 695-701.
3. Lettiere A, Nakano AMS, Bittar DB. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(4):524-9.
4. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The Effects of Domestic Violence During Pregnancy on Maternal and Infant Health. 2002; 17(2): 169-185.
5. D'Affonseca SM, Williams LCA. Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura. *Psicologia: ciência e profissão*. 2011; 31(2): 236-251.
6. Braz MP, Dessen MA, Silva NLP. Relações Conjugais e Parentais: Uma Comparação entre Famílias de Classes Sociais Baixa e Média. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2005; 18(2): 151-161.
7. Lazenbatt A. Children Experiencing Domestic Violence: A Research Review By Nicky Stanley Dartington: Research in Practice, 2011 ISBN 9781904984382, 152 pp., Children & Society. 2012; 26(6): 485-486.
8. Lauth MM, Esser G, Schmidt MH. Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsive. *Dev Med Child Neurol*. 2001; 43(5):292-300.
9. Silva AAMS, Simões VMF, Barbieri MA, Cardoso VC, Alves CMC, Thomaz EBAF et al. A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). *Reproductive health*. 2014; 11(1): 79.
10. ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2012. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em: 14 mar 2015.
11. Schraiber LB, O Latorre MRD, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):658-66.

12. Ribeiro MRC, Alves MTSSB, Batista RFL, Ribeiro CCC, Schraiber LB, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AAM. Confirmatory Factor Analysis of the WHO Violence Against Women Instrument in Pregnant Women: Results from the BRISA Prenatal Cohort. *PLoS ONE*. 2014; 9(12): e115382. doi:10.1371/journal.pone.0115382.
13. World Health Organization. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. Geneva: World Health Organization; 1980.
14. Bayley, N. *Bayley scales of infant and Toddler development* (3rd ed.). New York: Psychological Corporation. 2006.
15. Tough SC, Siever JE, Leew S, Johnston DW, Benzies K, Clark D. Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008; 8 (1):16.
16. Flach C, Leese M, Heron J, Evans J, Feder G, Sharp D, Howard LM. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. *BJOG*. 2011; 118(11):1383-1391.
17. Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(1): 215-226.
18. Oliveira LD, Flores MR, Souza APR. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. *Rev. CEFAC*. 2012; 14(2):333-342.
19. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1): 148-54.
20. Ribeiro CC, Lamônica DAC. Habilidades comunicativas de crianças prematuras e prematuras extremas. *Rev CEFAC*. 2014;16(3):830-39.
21. Silva JLG, Soares ES, Caetano EA, Loyola YCS, Garcia JAD, Mesquita G. O Impacto da escolaridade materna e a renda per capita no desenvolvimento de crianças de zero a três anos. *Revista Ciências em Saúde*. 2011; 1(2): 62-67.

22. Defilipo EC, Frônio JS, Teixeira MTB, Leite ICG, Bastos RR, Vieira MT, Ribeiro LC. Oportunidades do ambiente domiciliar para o desenvolvimento motor. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(4):633-41.
23. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annual review of psychology*. 2002; 53(1): 371-399.
24. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM†, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(4): 606-11.
25. Amorim RCA, Laurentino GEC, Barros KMFT, Ferreira ALPR, Moura Filho AG, Raposo MCF. Programa de saúde da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(6): 506-513.
26. Giordani LG, Almeida CS, Pacheco AM. Avaliação das oportunidades de desenvolvimento motor na habitação familiar de crianças entre 18 e 42 meses. *Motricidade*. 2013; 9(3): 96-104.
27. Tong S, Baghurst P, Vimpani G, McMichael A. Socioeconomic position, maternal IQ, home environment, and cognitive development. *The Journal of Pediatrics*. 2007; 15(3): 284-288.
28. Venetsanou F, Kambas A. Environmental Factors Affecting Preschoolers' Motor Development. *Early Childhood Educ J*. 2010; 37(4): 319–327.
29. Sharma PK, Sankar MJ, Sapra S, Saxena R, Karthikeyan CV, Deorari A, Agarwal R, Paul V. Growth and Neurosensory Outcomes of Preterm Very Low Birth Weight Infants at 18 Months of Corrected Age. *Indian J Pediatr*. 2011;78(12):1485–90.
30. Souza ES, Magalhães LC. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. *Rev Paul Pediatr*. 2012; 30(4):462-70.
31. Nunes CR, Abdala LG, Beghetto MG. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(4):21-27.
32. Leites GT, Vendrusculo FM, Schumanski DN, Almeida CS, Valentini NC. Desenvolvimento motor de bebês: gênero, prematuridade e contexto socioeconômico. *Temas sobre Desenvolvimento*. 2011; 18: 95-102.

33. Greene MM, Patra K, Nelson MN, Silvestri JM. Evaluating preterm infants with the Bayley-III: Patterns and correlates of development. *Res Dev Disabil.* 2012; 33(6): 1948–56.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Nesse estudo não foi encontrado efeito/associação da violência contra a gestante com o tempo de amamentação exclusiva, ou com o rastreamento do risco para alterações no desenvolvimento infantil;
2. Amostra estudada composta, na maior parte, por mulheres de 25 anos ou mais, com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, sem ocupação, pertencentes a classe econômica C, com 9 a 11 anos de escolaridade;
3. A violência contra a mulher na gestação ocorreu em cerca de 48.0% das mulheres avaliadas
4. 45.0% amamentaram por seis meses ou mais
5. As áreas mais afetadas das dimensões do desenvolvimento infantil com a aplicação do Bayley-III screening teste foram comunicação expressiva (43,8%), desenvolvimento motor fino (25,4%) e domínio cognitivo (16.4%).
6. Quanto melhor a percepção do suporte social, maior o tempo de aleitamento materno exclusivo, reforçando a importância da participação dos familiares, em especial do parceiro, mãe e sogra, no incentivo e apoio a amamentação. Não esquecendo do apoio por parte dos profissionais de saúde, ao disponibilizar informações, bem como detectar precocemente alterações nas mamas que possam prejudicar a amamentação;
7. Quanto mais estável a situação conjugal, maior o tempo de aleitamento materno exclusivo, alertando para necessidade de maior atenção para as mães que não apresentam marido/companheiro durante a gestação;
8. Nascimento pré-termo, baixa escolaridade materna e renda inferior a um salário mínimo apresentaram associação com os domínios de motricidade e de linguagem, reforçando a importância do acompanhamento e detecção precoce das alterações no desenvolvimento, de modo a possibilitar intervenção adequada, reduzindo o risco de sequelas.

REFERÊNCIAS

- ABASIUBONG, F. *et al.* Demographic risk factors in domestic violence among pregnant women in Uyo, a community in the Niger Delta Region, Nigeria. **Health Care for Women International**, v.31, n.10, p.891-901, 2010.
- ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2012. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em: 14 mar 2015.
- ADEDINSEWO, D.A. *et al.* Maternal Anxiety and Breastfeeding: Findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) Study. **Journal of Human Lactation**, v.30, n.1, p.102-109, 2014.
- ADEWUYA, A.O. *et al.* Impact of postnatal depression on infants' growth in Nigeria. **Journal of affective disorders**, v.108, n.1, p.191-193, 2008.
- AGUIAR, H.; SILVA, A.I. Aleitamento materno: a importância de intervir. **Acta Med Port**, v.24, n.S4, p.889-896, 2011.
- ALI, N.S. *et al.* Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. **The Scientific World Journal**, v. 2012, p.1-9, 2012.
- ALMEIDA, C.P. *et al.* Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.20, n.5, p.419-425, 2013.
- ALMEIDA, M.S. *et al.* Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.385-393, 2012.
- ALVAREZ-SEGURA, M. *et al.* Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. **Arch Womens Ment Health**, v.17, n.5, p.343-357, 2014.
- ANDRADE, K.C.; SOUZA, S.B.; SZARFARC, S.C. Desenvolvimento neuromotor e dentição de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do Brasil, no primeiro ano de vida. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.17, n.2, p.37-44, 2007.
- ANDRADE, S.A.; SANTOS, D.N. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, p.606-611, 2005.
- ANTUNES, C.; FONTAINE, A.M. Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social support appraisals. **Paidéia**, v.15, n.32, p.355-366, 2005.

ARAÚJO, D.M.R. *et al.* Prevalência e fatores associados a sintomas de ansiedade em uma coorte de gestantes atendidas em um centro de saúde do município do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.8, n.3, p.333-340, 2008.

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

BARREIRA, S.M.C.; MACHADO, M.F.A.S. Amamentação: compreendendo a influência do familiar. **Acta Scientiarum. Health Science**, v.26, n.1, p.11-20, 2008.

BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L.N.; CUPERTINO, A.P.F.B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.4, p.598-605, 2007.

BAYLEY, N. Bayley scales of infant and Toddler development (3rd ed.). New York: Psychological Corporation. 2006.

BECK, A.T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal Consulting and Clinical Psychology**, v.56, n.6, p.893-897, 1988.

BESSA, M.M.M. *et al.* Violence against women during pregnancy: sistematized revision. **Reprodução & Climatério**, v.29, n.2, p.71-79, 2014.

BEYDOUN, H.A. *et al.* Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. **Annals of epidemiology**, v.20, n.8, p.575-583, 2010.

BLAY, E.A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estud. av. (online)**, v.17, n.49, p.87-98, 2003. ISSN 1806-9592.

BRAZ, M.P.; DESSEN, M.A.; SILVA, N.L.P. Relações Conjugais e Parentais: Uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v.18, n.2, p.151-161, 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhaolsao-luislinfograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

BRASIL. Lei no. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Ago 08; Seção 1:1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004.

BRASIL^b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica – n.º 23. Brasília, 2009.

BRASIL^c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de política de saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para menores de dois anos. Brasília, 2002.

BRASIL^b. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASILEIRO, A.A.; AMBROSANO, G.M.B.; MARBA, S.T.M. *et al.* A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.4, p.642-648, 2012.

BRAZ, M.P.; DESSEN, M.A.; SILVA, N.L.P. Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.2, p.151-161, 2005.

BOGEN, D.L. *et al.* Are maternal depression or symptom severity associated with breastfeeding intention or outcomes? **J Clin Psychiatry**, v.71, n.8, p.1069-1078, 2010.

BYRNE, B.M. Structural equation modeling with Mplus: basic concepts, applications and programming. New York: **Routledge**, 2012.

CERULLI, C. *et al.* Exploring the Impact of Intimate Partner Violence on Breastfeeding Initiation: Does It Matter? **Breastfeed Med**, v.5, n.5, p.225-226, 2010.

CHOR, D. *et al.* Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p.887-896, 2001.

COKER, A.L.; SANDERSON, M.; DONG, B. Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v.18, n.4, p.260-269, 2004.

CONNELLY, C.D. *et al.* Is Screening for depression in the perinatal period enough? The co-occurrence of depression, substance abuse, and intimate partner violence in culturally diverse pregnant women. **Journal of Women's Health**, v.22, n.10, p.844-852.

COSTA, A.P.S.; OLIVEIRA, D.A.; FERREIRA, M.Â.F. Violência doméstica e abuso de álcool e drogas na adolescência. **Revista Ciência Plural**, v.1, n.2, p.48-56, 2015.

COSTA D.O. *et al.* Consumo de álcool e tabaco por gestantes assistidas na estratégia de saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.5, n.3, p.934-948, 2014.

COSTA, M.C.; SILVA, E.B.; SIQUEIRA, E.T. Gestantes em situação de violência sobre o olhar da saúde: revisão integrativa. **J Nurs UFPE on line**, Recife, v.9, p.965-73, 2015, Suplemento 2.
CUNHA, J.A. Manual da versão em português das escalas Beck. Tradução e adaptação brasileira. São Paulo: **Casa do Psicólogo**. 2001.

CRUZ, D.M.C.; SILVA, J.T.; ALVES, H.C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras Pesquisas. **Rev. Bras. Educ. Espec**, v.13, n.1, p.131-146, 2007.

D'AFFONSECA, S.M.; WILLIAMS, L.C.A. Habilidades maternas de mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão da literatura. **Psicologia: ciência e profissão**, v.31, n.2, p.236-251, 2011.

DAMIÃO, J.J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol**, v.11, n.3, p.442-452, 2008.

DANTAS, M.M.C. *et al.* Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, v.18, n.1, p.90-106, 2012.

DECLARATION ON THE ELIMINATION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN. New York, NY, United Nations, 1993 (United Nations General Assembly resolution, document A/RES/48/104).

DEEKE, L.P. *et al.* A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc**, São Paulo, v.18, n.2, p.248-258, 2009.

DESMARAIS, S.L. *et al.* Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.14, n.1, p.132-143, 2014.

DEVRIES, K.M. *et al.* Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. **Reproductive Health Matters**, v.18, n.36, p.158-170, 2010.

DOUGE, N.; LEHMAN, E.B.; MCCALL-HOSENFIELD, J.S. Social support and employment status modify the effect of intimate partner violence on depression symptom severity in women: results from the 2006 behavioral risk factor surveillance system survey. **Women's Health Issues**, v.24, n.4, p.e425-e434, 2014.

DORNELAS, L.F.; DUARTE, N.M.C.; MAGALHÃES, L.C. Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. **Rev Paul Pediatr**, v.33, n.1, p.88-103, 2015.

DURAND, J.G. *et al.* Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.2, p.355-364, 2011.

FAERSTEIN, E. *et al.* Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, n.4, p.454-466, 2005.

FALBO, B.C.P. *et al.* Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.1, p.148-154, 2012.

FALCONE, V.M. *et al.* Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, p.612-618, 2005.

FELDENS, C.A. *et al.* Risk Factors for discontinuing breastfeeding in Southern Brazil: a survival analysis. **Matern Child Health J**, v.16, n.6, p.1257-1265, 2012.

FERNANDES, R.C.L.; ROZENTHAL, M. Avaliação da sintomatologia depressiva de mulheres no climatério com a escala de rastreamento populacional para depressão CES-D. **Rev Psiquiatr RS**, v.30, n.3, p.192-200, 2008.

FIGUEIREDO, B. *et al.* Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. **Jornal de Pediatria**, v.89, n.4, p.332-338, 2013.

FLACH, C. *et al.* Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v.118, n.11, p.1383-1391, 2011.

FLECKA, M.P.A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.4, p.431-438, 2002.

FONSECA-MACHADO, M.O. *et al.* Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. **Invest Educ Enferm**, v.32, n.2, p.291-305, 2014.

FRAGA, D.A. *et al.* Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.1, p.33-41, 2008.

FREIRE, K.; PADILHA, P.C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n.7, p.335-341, 2009.

FRIZZO, G.B.; PICCININI, C.A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, v.10, n.1, p.47-55, 2005.

GADONI-COSTA, L.M.; DELL'AGLIO, D.D. Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.2, n.2, p.151 –159, 2009.

GAGLIARD, L.; PETROZZI, A.; RUSCONI, F. Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breast feeding. **Arch Dis Child**, v.97, n.4, p.355-357, 2012.

GARBOSSA, A. *et al.* Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v.24, n.3, p.359-366, 2009.

GARCIA-MORENO, C. *et al.* Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v.368, n.9543, p.1260-1269, 2006.

GINSBURG, K.R. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. **Pediatrics**, v.119, n.1, p.182-191, 2007.

GRIEP, R.H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.703-714, 2005.

GOMES, L.A. *et al.* Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. **Rev Rene**, v.11, p.117-123, 2010. Especial.

GUILHERME, P.R. et al. Conflitos conjugais e familiares e presença de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) na prole: revisão sistemática. **J. Bras. Psiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 201-207, 2007.

HANDAL, A.J. *et al.* Sociodemographic and nutritional correlates of neurobehavioral development: a study of young children in a rural region of Ecuador. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.21, n.5, p.292-300, 2007.

HERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The mos social support survey. **Sot. Sci. Med**, v.32, n.6, p.705-714, 1991.

JAMES, J.P. *et al.* Does intimate partner violence impact on women's initiation and duration of breastfeeding? **Breastfeeding Review**, v.22, n.2, p.11-19, 2014.

KASSADA, D.S. *et al.* Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n.6, p.495-502, 2015.

KAPPEL, D.B. Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: uma análise regional. **Revista Brasileira de Educação**, v.12, n.35, p.232-240, 2007.

KENDALL-TACKETT, K.A. Violence against women and the perinatal period the impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. **Trauma, Violence & Abuse**, v.8, n.3, p.344-353, 2007.

KING, F.S. Como ajudar as mães a amamentar. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

KLINE, R.B. Principles and practice of structural equation modeling. New York: **The Guilford Press**, 2011.

KONRADT, C.E. *et al.* Depressão pós-parto e percepção de suporte social durante a gestação. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v.33, n.2, p.76-79, 2011.

KRAMER, M.S. *et al.* Promotion of breastfeeding intervention trial (Probit): a randomized trial in the Republic of Belarus. **JAMA**, v.285, n.4, p.413-420, 2001.

LAMICHHANE, P. *et al.* Women's status and violence against young married women in rural Nepal. **BMC Women's Health**, v.11, n.1, p.19, 2011.

LAU, Y.; CHAN, K.S. Influence of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Early Postpartum Depressive Symptoms on Breastfeeding Among Chinese Women in Hong Kong. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v.52, n.2, p.e15-e20, 2007.

LEITE, M.T.S. *et al.* Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, p.85-92, 2014.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; BITTAR, D.B. Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil. **Acta Paul Enferm**, v.25, n.4, p.524-529, 2012.

LI, D.; LIU, L.; ODOULI, R. Presence of depressive symptoms during early pregnancy and the risk of preterm delivery: a prospective cohort study. **Human Reproduction**, v.24, n.1, p.146-153, 2009.

LI J. *et al.* Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. **Acta Paediatrica**, v.97, n.2, p.221-225, 2008.

LIMA, D.C.L.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D.A. Homens, Gênero e Violência Contra a Mulher. **Saúde Soc**, São Paulo, v.17, n.2, p.69-81, 2008.

LOPES, T.D.; ARRUDA, P.P. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.3, n.1, p.79-83, 2010.

LOURENÇO, M.A.; DESLANDES, S.F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.4, p.615-621, 2008.

LUDERMIR, A.B. *et al.* Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. **The Lancet**, v.376, n.9744, p.903-910, 2010.

LUKASSE, M. *et al.* Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v.93, n.7, p.669-677, 2014.

MACHADO, M.C.M. *et al.* Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.6, p.985-994, 2014.

MAGÁN, I.; SANZ, J.; GARCÍA-VERA, M.P. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. **The Spanish Journal of Psychology**, v.11, n.02, p.626-640, 2008.

MAIA, J.M.D.; WILLIAMS, L.C.A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v.13, n.2, p.91-103, 2005.

MANZOLLI, P. *et al.* Violence and depressive symptoms during pregnancy: a primary care study in Brazil. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v.45, n.10, p.983-988, 2010.

MARÔCO, J. Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações. Report number, **Pêro Pinheiro**, 2010.

MARTINS, C.A. *et al.* Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. **Rev. Eletr. Enf**, v.10, n.4, p.1015-1025, 2008.

MCMAHON, S. *et al.* The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum. **Children and Youth Services Review**, v.33, n.11, p.2103-2111, 2011.

MENDES, A.V.; LOUREIRO, S.R.; CRIPPA, J.A.S. Depressão materna e a saúde mental de escolares. **Rev Psiq Clín**, v.35, n.5, p.178-186, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

MISCH, E.S.; YOUNT, K.M. Intimate partner violence and breastfeeding in Africa. **Maternal and Child Health Journal**, v.18, n.3, p.688-697, 2014.

MORAES, C.L. *et al.* Severe physical violence between intimate partners during pregnancy: a risk factor for early cessation of exclusive breast-feeding. **Public Health Nutrition**, v.14, n.12, p.2148-2155, 2011.

MOREIRA, M.C.; SARRIERA, J.C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.4, p.781-789, 2008.

MOREIRA, S.N.T. *et al.* Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.6, p.1053-9, 2008.

MORGADO, C.M.C.; WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.2, p.367-376, 2013.

MURRAY, L. *et al.* The effects of maternal social phobia on mother–infant interactions and infant social responsiveness. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.48, n.1, p.45-52, 2007.

- MUTHÉN, L.K.; MUTHÉN, B.O. Mplus: statistical analysis with latent variables. User's guide. (1998-2010). 6. ed. Los Angeles: **Muthén & Muthén**, Apr. 2010.
- NEKOE, T.; ZAREI, M. Evaluation the anxiety status of pregnant women in the third trimester of pregnancy and fear of childbirth and related factors. **British Journal of Medicine & Medical Research**, v.9, n.12, p.1-8, 2015.
- NOGUEIRA, S.E.; MOURA, M.L.S. Intersubjetividade: perspectivas teóricas e implicações para o desenvolvimento infantil inicial. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.17, n.2, p.128-138, 2007.
- NUNES, J.M.; OLIVEIRA, E.N.; VIEIRA, N.F.C. Concepções de puérperas adolescentes sobre o processo de amamentar. **Rev. Rene**, v.10, n.2, p.86-94, 2009.
- NUNES, M.A.A. *et al.* Violence during pregnancy and newborn outcomes: a cohort study in a disadvantaged population in Brazil. **European Journal of Public Health**, v.21, n.1, p.92-97, 2011.
- OLIVEIRA, D.K.S.; NASCIMENTO, D.D.G.; MARCOLINO, F.F. Percepção de cuidadores familiares e profissionais da estratégia saúde da família em relação ao cuidado e desenvolvimento neuropsicomotor da criança. **Journal of Human Growth and Development**, v.22, n.2, p.142-150, 2012.
- ORR, S.T.; JAMES, S.A.; BLACKMORE P.C. Maternal Prenatal Depressive Symptoms and Spontaneous Preterm Births among African-American Women in Baltimore, Maryland. **Am J Epidemiol**, v.156, n.9, p.797-802, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Community-based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries. Genebra: OMS; 2003.
- ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. In-depth study on all forms of violence against women. New York, 2006.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI. Washington: OPAS, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPAS. Manual do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI. Washington: OPAS; 2005.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION-PAHO. La Violencia Domestica Durante el Embarazo. Washington, DC: PAHO, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION-PAHO. Health in the Americas 2007. Volume I – regional. Washington DC: Pan American Health Organization; 2007.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Health Promotion and Protection Food and Nutrition Program. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Washington: Pan American Health, 2003.

PAULA, C.C. *et al.* Cuidado de enfermagem na aventura do desenvolvimento infantil: reflexões sobre o lúdico no mundo da criança. **Cogitare enfermagem**, v.7, n.2, p.30-34, 2002.

PORTELA, G.L.C. *et al.* Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.9, n.2, p.58-63, 2013.

PRIMO, C.C. *et al.* Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enferm**, v.20, n.2, p.426-433, 2015.

QUESADA, O. *et al.* Prenatal hazardous substance use and adverse birth outcomes. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v.25, n.8, p.1222-1227, 2012.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C.A. Apoio social e experiência da maternidade. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.16, n.1, p.85-96, 2006.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C.A. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **PsicoUSF**, v.16, n.2, p.215-225, 2011.b

RAVELLI, A.P.X.; MOTTA, M.G.C. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.5, p.611-613, 2005.

REICHENHEIM, M.E. *et al.* The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capitals cities and the Federal District. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.2, p.425-437, 2006.

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

RIBEIRO, M.R.C. *et al.* Confirmatory Factor Analysis of the WHO Violence Against Women Instrument in Pregnant Women: Results from the BRISA Prenatal Cohort. **PLoS ONE**, v.9, n.12, p.e115382, 2014. doi:10.1371/journal.pone.0115382.

ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v.67, n.1, p.22-27, 2014.

RODRIGUES, B.C. *et al.* Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.5, p.832-841, 2014.

RODRIGUES, D.G.; PELISOLI, C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. **Rev Psiq Clín**, v.35, n.5, p.171-177, 2008.

RODRIGUES, D.P. *et al.* Violência do parceiro íntimo contra a gestante: estudo sobre as repercussões nos resultados obstétricos e neonatais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 206-212, 2014.

RODRIGUES, D.T. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.60, n.1, p.77-80, 2007.

SANCHEZ, S.E. *et al.* Risk of spontaneous preterm birth in relation to maternal exposure to intimate partner violence during pregnancy in Peru. **Matern Child Health J**, v.17, n.3, p.485-492, 2013.

SANTOS, I.S. *et al.* Validação da Escala de Depressão Pós-natal de Edinburgo (EPDS) em uma amostra de mães da Coorte de Nascimento de Pelotas, 2004. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2577-2588, 2007.

SANTOS, M.E.A.; QUINTÃO, N.T.; ALMEIDA, R.X. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.3, p.591-598, 2010.

STAEHELINA K. *et al.* Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care – results from a nested case-control study. **Swiss Med Wkly**, v.143, w.13862, 2013.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, v.25, p.S205-S2016, 2009. Suplemento 2.

SCHMIDT, E.B.; ARGIMON, I.I.L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v.19, n.43, p.211-220, 2009.

SCOTT, J.A. *et al.* Predictors of Breastfeeding Duration: Evidence From a Cohort Study. **Pediatrics**, v.117, n.4, p.e646-e655, 2006.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (BR). Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS-São Paulo, Programa Estadual de DST/AIDS. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.4, p.812-815, 2011.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**, v.32, n.6, p.705-714, 1991.

SINGLEY, S.G.; HYNES, K. Transitions to parenthood work-family policies, gender, and the couple context. **Gender & Society**, v.19, n.3, p.376-397, 2005.

SILVA, A. A. M. *et al.* A protocol to identify non-classical risk factors for preterm births: the Brazilian Ribeirão Preto and São Luís prenatal cohort (BRISA). **Reproductive health**, v.11, n.1, p.79, 2014.

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

SILVA, I. *et al.* Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.5, p.864-869, 2011.

SILVA, M.B.; KRUNO, R.B. Consequências do uso do crack para a gestante e seu recém nascido: uma revisão integrativa de literatura. **Cippus**, v.3, n.1, p.110-120, 2014.

SILVERMAN, J.G. *et al.* Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.195, n.1, p.140-148, 2006.

SIMIONI, A.S.; GEIB, L.T.C. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. **Rev Bras Enferm**, v.61, n.5, p.645-651, 2008.

STEWART, R.C. *et al.* Validation of the multi-dimensional scale of perceived social support (MSPSS) and the relationship between social support, intimate partner violence and antenatal depression in Malawi. **BMC Psychiatry**, v.14, n.1, p.180-190, 2014.

TAILLIEU, T.L.; BROWNRIDGE, D.A. Violence against pregnant women: prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. **Aggression and Violent Behavior**, v.15, n.1, p.14-35, 2010.

TARRANT, M. *et al.* Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.10, n.1, p.27, 2010.

THIENGO, D.L. *et al.* Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Colet**, v.19, n.2, p.129-138, 2011.

TOMA, T.S.; REA, M.F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v.21, p.S235-S246, 2008. Suplemento 2.

TOUGH, S.C. *et al.* Maternal mental health predicts risk of developmental problems at 3 years of age: follow up of a community based trial. **BMC pregnancy and childbirth**, v.8, n.1, p.16-26, 2008.

TOUGH, S.C. *et al.* Maternal well-being and its association to risk of developmental problems in children at school entry. **BMC Pediatrics**, v.10, n.1, p.19-30, 2010.b

UNFPA-FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. A Situação da População Mundial 2006. Passagem para a esperança: mulheres e migrações internacionais. Nova Iorque: UNFPA, 2006.

VIELLAS, E.F. *et al.* Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **J Pediatr (Rio J)**. v.89, n.1, p. 83-90, 2013.

VITOLO, M.R. *et al.* Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev Psiquiatr RS**, v.29, n.1, p.28-34, 2007.

WANG, J.; WANG, X. Structural equation modeling: applications using Mplus. Noida: Thomson Digital, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Claudia García-Moreno, Henrica A.F.M. Jansen, Mary Ellsberg, Lori Heise, Charlotte Watts. Geneva. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005.b

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância. World Health Organization. Setembro 2005.c

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, v.355, n.9202, p.451-455. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. BECK, S.; WOJDYLA, D.; SAY, L. *et al.* The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ**, v.88, p.31-38, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* Violence against women: A global health problem of epidemic proportions. Geneva: WHO. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: World Health Organization; 1980.

YAMAGUCHI, E.T. *et al.* Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiq. Clín.** v.35, p.44-47, 2008. Suplemento 1.

YOUNT, K.M.; DIGIROLAMO, A.M.; RAMAKRISHNAN, U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. **Social Science & Medicine**, v.72, n.9, p.1534-1554, 2011.

YSTROM, E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.12, n.1, p.36, 2012.

ZANOTI-JERONYMO, D.V. *et al.* Repercussões do consumo de álcool na gestação – estudo dos efeitos no feto. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v.6, n.3, p.40-46, 2014.

ZUBARAN, C.; FORESTI, K. The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v.4, n.1, p.9-15, 2013.

APÊNDICE A - TABELAS REFERENTES AO ARTIGO 1

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
Até 19 anos	145	12,8
20 a 24 anos	360	31,7
25 anos ou mais	628	55,4
Situação conjugal		
Casada	246	21,7
União consensual	655	57,8
Solteira/viúva	214	18,8
Desquitada	18	1,5
Escolaridade (anos)*		
0 a 4 anos	12	1,0
5 a 8 anos	126	11,1
9 a 11 anos	863	76,1
12 ou mais anos	131	11,5
Renda (salários mínimos)*		
Menor que 1	49	4,3
1 a menos que 3	612	54,0
3 a menos que 5	282	24,8
5 ou mais	159	14,0
Ocupação da gestante		
Sem ocupação	585	51,6
Manual não qualificada	230	20,3
Manual não especializada	106	9,3
Manual especializada	22	1,9
Funções de escritório	148	13,0
Profissional de nível superior	28	2,4
Administradores/Gerentes/Diretores/Proprietários	14	1,2
CCEB^{a*}		
D/E	170	15
C	742	65,4
A/B	170	15
Total	1.133	100,0

^a CCEB: Classificação Classe Econômica Brasil; * Os totais para cada variável foram diferentes devido a valores ignorados.

Tabela 2: Características maternas da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

Variáveis	n	%
Violência contra a mulher		
Não	579	51,1
Sim	554	48,9
Abuso de álcool		
Nunca bebeu	828	73,0
Nunca abusou	195	17,2
Abuso de álcool	110	9,7
Sintomas depressivos (durante a gestação)*		
Sintomas leves	591	52,1
Sintomas moderados	227	20,0
Sintomas graves	309	27,2
Ansiedade (durante a gestação)*		
Ansiedade mínima	356	31,4
Ansiedade leve	350	30,8
Ansiedade moderada	259	22,8
Ansiedade grave	165	14,5
Orientação sobre amamentação (pré-natal)*		
Sim	744	65,6
Não	386	34,0
Tipo de parto*		
Vaginal	561	49,5
Cesáreo	569	50,2
Tempo de amamentação exclusiva (meses)		
0 mês	86	7,5
1 mês	68	6,0
2 meses	80	7,0
3 meses	127	11,2
4 meses	154	13,5
5 meses	108	9,5
6 meses	510	45,0
Total	1.133	100,0

* Os totais para cada variável foram diferentes devido a valores ignorados.

Tabela 3: Indicadores de ajuste para o modelo inicial. São Luís -MA, 2010-2013

Indicadores	Modelo
Qui-quadrado (χ^2)	1911,092
Degrees of freedom	926
p-valor	0,00
$\chi^2/g.l.$	2,06
Raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA)	0,031
Intervalo de Confiança 90%	0,029 0,033
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0,981
Índice de Tucker-Lewis (TLI)	0,979
WRMR	1,430

$\chi^2/g.l.$: Índice absolute; WRMR: Weighted Root Mean Square Residual

Tabela 4: Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor das variáveis latentes e dos efeitos diretos e indiretos para variáveis indicadoras. São Luís – MA, 2010-2013.

Caminhos e Estimativas	Coeficiente Padronizado	Erro padrão	p-valor
Variáveis latentes			
ses ^a BY ^b occu ^c	0,528	0,041	<0,001
ses BY edu ^d	0,523	0,046	<0,001
ses BY class ^e	0,792	0,042	<0,001
ses BY inc ^f	0,699	0,039	<0,001
vio ^g BY psyv ^h	0,911	0,052	<0,001
vio BY phyv ⁱ	0,801	0,051	<0,001
vio BY sexv ^j	0,638	0,070	<0,001
supp ^k BY tang ^l	0,839	0,013	<0,001
supp BY emoinf ^m	0,947	0,006	<0,001
supp BY effe ⁿ	0,956	0,007	<0,001
supp BY int ^o	0,978	0,006	<0,001
Efeitos diretos			
tempame ^p ON ^q vio	-0,037	0,062	0,551
tempame ON supp	0,076	0,039	0,052
tempame ON ses	-0,022	0,053	0,672
tempame ON wage ^r	0,075	0,036	0,036
tempame ON poccu ^s	-0,083	0,047	0,078
tempame ON oama ^t	-0,047	0,042	0,261
tempame ON beck ^u	0,005	0,050	0,925
tempame ON depre ^v	-0,009	0,060	0,875
tempame ON peso ^w	0,057	0,031	0,064
tempame ON parto ^x	-0,001	0,042	0,983
tempame ON mari ^y	-0,055	0,040	0,176
tempame ON alc ^z	-0,026	0,045	0,571
Efeitos indiretos			
ses to tempame			
Total	-0,019	0,040	0,638
Total indireto	0,004	0,029	0,902
vio to tempame			
Total	-0,045	0,046	0,332
Total indireto	-0,008	0,030	0,790
supp to tempame			
Total	0,098	0,036	0,007
Total indireto	0,021	0,015	0,160
wage to tempame			
Total	0,052	0,032	0,111
Total indireto	-0,024	0,017	0,164
poccu to tempame			
Total	-0,080	0,047	0,087
Total indireto	0,003	0,007	0,680
beck to tempame			
Total	0,001	0,046	0,982
Total indireto	-0,004	0,025	0,883
depre to tempame			
Total	-0,013	0,059	0,830
Total indireto	0,003	0,006	0,571
mari to tempame			
Total	-0,080	0,037	0,028
Total indireto	-0,026	0,013	0,051
alc to tempame			
Total	-0,022	0,045	0,631
Total indireto	0,004	0,004	0,335

^aSES: situação socioeconômica; ^bBY: comando do Mplus para obter variável latente; ^coccu: ocupação do chefe da família; ^dedu: escolaridade gestante; ^eclass: classe econômica; ^finc: renda familiar; ^gVIO: violência contra a mulher durante gestação; ^hpsyv: violência física; ⁱphyv: violência psicológica; ^jsexv: violência sexual; ^kSUPP: suporte social; ^ltang: apoio material; ^memoinf: apoio emocional/informação; ⁿeffe: apoio afetivo; ^oint: apoio de interação social positiva; ^ptempame: tempo de amamentação exclusiva; ^qON: comando do Mplus para estimar coeficientes de caminho; ^rwage: idade da gestante; ^spoccu: ocupação da gestante; ^toama: orientação sobre amamentação no pré-natal; ^ubeck: ansiedade no pré-natal; ^vdepre: sintomas depressivos no pré-natal; ^wpeso: peso ao nascimento; ^xparto: tipo de parto.

APÊNDICE B - TABELAS REFERENTES AO ARTIGO 2

Tabela 1. Regressão de Poisson para a associação entre exposições e domínio cognitivo no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.

Variáveis	^a OR	Intervalo de confiança (95%)	p*
Instrução educacional da mãe			
≤ 4 anos	4,01	1,53 – 10,50	0,005
Entre 5 e 8 anos	1,44	0,68 – 3,02	0,333
Entre 9 – 11 anos	1,60	0,89 – 2,89	0,110
≥ 12 anos	1		
Trabalho remunerado			
Não	0,83	0,62 – 1,11	0,217
Sim	1		
Classe econômica			
D/E	1,50	0,81 – 2,77	0,196
C	1,24	0,72 -2,14	0,419
A/B	1		
Renda familiar			
< 1 ^b SM	1,47	0,57 – 3,80	0,419
Entre 1 e 3 SM	1,72	0,88– 3,36	0,106
Entre > 3 e < 5 SM	1,78	0,91– 3,48	0,091
≥ 5 SM	1		
Situação conjugal			
Casada	1		
União consensual	1,01	0,72 – 1,42	0,942
Solteira	0,69	0,42 – 1,15	0,161
Separada/Viúva	0,99	0,34 – 2,90	0,994
Quantidade de filhos			
Nenhum	1		
Um	0,99	0,72 – 1,36	0,981
Dois	0,53	0,27 – 1,03	0,062
Três ou mais	1,42	0,74 – 2,71	0,282

^aOR – Odds Ratio; *Modelo de regressão de Poisson com variância robusta ajustado para todas as variáveis com p<0,20 na análise bruta. ^bSM: salário mínimo 2010 (R\$510,00)

Tabela 2. Regressão de Poisson para a associação entre exposições e comunicação receptiva no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.

Variáveis	^a OR	Intervalo de confiança (95%)	p*
Instrução educacional da mãe			
≤ 4 anos	7,32	2,39 – 22,36	<0,001
Entre 5 e 8 anos	1,35	0,49 – 3,68	0,551
Entre 9 – 11 anos	1,90	0,85 – 4,28	0,117
≥ 12 anos	1		
Classe Social			
D/E	1,15	0,50 – 2,64	0,738
C	1,29	0,62 – 2,67	0,484
A/B	1		
Renda familiar			
< 1 ^b SM	1,78	0,52 – 6,51	0,356
Entre 1 e 3 SM	2,04	0,82– 5,08	0,124
Entre > 3 e < 5 SM	2,13	0,84– 5,38	0,107
≥ 5 SM	1		
Quantidade de filhos			
Nenhum	1		
Um	0,99	0,66 – 1,48	0,981
Dois	0,50	0,21 – 1,17	0,112
Três ou mais	1,31	0,50 – 3,38	0,575
Rede de apoio social			
Apoio emocional	0,99	0,97 – 1,01	0,730
Apoio interação social	0,99	0,97 – 1,01	0,610

^aOR – Odds Ratio; *Modelo de regressão de Poisson com variância robusta ajustado para todas as variáveis com p<0,20 na análise bruta. ^bSM: salário mínimo 2010 (R\$510,00)

Tabela 3. Regressão de Poisson para a associação entre exposições e comunicação expressiva no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.

Variáveis	^a OR	Intervalo de confiança (95%)	p*
Instrução educacional da mãe			
≤ 4 anos	1,30	0,39 – 2,72	0,479
Entre 5 e 8 anos	1,19	0,49 – 1,67	0,315
Entre 9 – 11 anos	1,32	1,02 – 1,72	0,035
≥ 12 anos	1		
Faixa etária da mãe			
≤ 19 anos	0,78	0,59 – 1,02	0,077
Entre 20 -24 anos	1		
≥ 25 anos	1,00	0,85 – 1,16	0,990
Sofreu violência			
Não	1		
Sim	1,11	0,96 – 1,30	0,147
Pré-termo			
Não	1		
Sim	1,34	1,07– 1,68	0,010

^aOR – Odds Ratio; *Modelo de regressão de Poisson com variância robusta ajustado para todas as variáveis com p<0,20 na análise bruta.

Tabela 4. Regressão de Poisson para a associação entre exposições e motricidade fina no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.

Variáveis	^a OR	Intervalo de confiança (95%)	p*
Situação conjugal			
Casada	1		
União consensual	1,12	0,85 – 1,46	0,395
Solteira	0,92	0,64 – 1,31	0,655
Separada/Viúva	0,43	0,11 – 1,68	0,228
Sintomas depressivos			
Não	1		
Sim	1,22	0,97 – 1,53	0,078
Rede de apoio social			
Apoio emocional	0,99	0,99 – 1,00	0,278
Pré-termo			
Não	1		
Sim	1,60	1,16– 2,20	0,003

^aOR – Odds Ratio; *Modelo de regressão de Poisson com variância robusta ajustado para todas as variáveis com p<0,20 na análise bruta.

Tabela 5. Regressão de Poisson para a associação entre exposições e motricidade grossa no modelo teórico. São Luís - MA, 2010-2013.

Variáveis	^a OR	Intervalo de confiança (95%)	p*
Instrução educacional da mãe			
≤ 4 anos	1,36	0,32 – 5,68	0,671
Entre 5 e 8 anos	0,57	0,26 – 1,25	0,163
Entre 9 – 11 anos	0,90	0,55 – 1,47	0,679
≥ 12 anos	1		
Renda familiar			
< 1 ^b SM	2,38	1,07 – 5,29	0,033
Entre 1 e 3 SM	1,43	0,82– 2,49	0,196
Entre > 3 e < 5 SM	1,21	0,66– 2,21	0,532
≥ 5 SM	1		
Faixa etária da mãe			
≤ 19 anos	1,10	0,60 – 2,01	0,756
Entre 20 -24 anos	1		
≥ 25 anos	1,32	0,89 – 1,96	0,159
Situação conjugal			
Casada	1		
União consensual	1,49	0,95 – 2,34	0,079
Solteira	0,96	0,52 – 1,77	0,904
Separada/Viúva	1,58	0,52 – 4,79	0,415
Rede de apoio social			
Apoio afetivo	1,00	0,98 - 1,01	0,862
Apoio social	1,00	0,99 – 1,02	0,294
Pré-termo			
Não	1		
Sim	1,91	1,19 – 3,08	0,007

^aOR – Odds Ratio; *Modelo de regressão de Poisson com variância robusta ajustado para todas as variáveis com p<0,20 na análise bruta. ^bSM: salário mínimo 2010 (R\$510,00)

APÊNDICE C - FIGURA REFERENTE AO ARTIGO 1

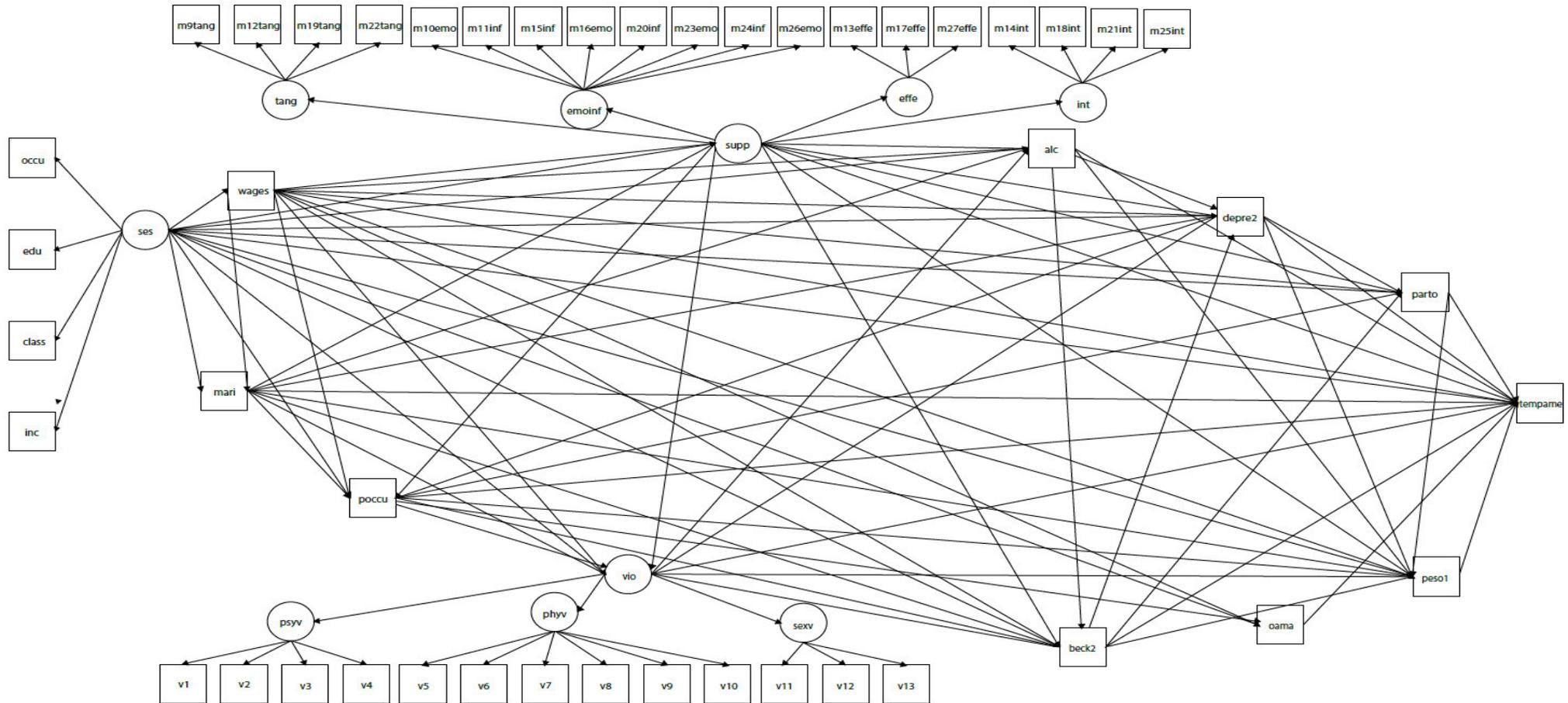


Figura 1: Modelo teórico dos efeitos da violência contra mulher na gestação, de transtornos mentais e do suporte social no tempo de amamentação exclusiva da coorte pré-natal BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

SES: situação socioeconômica; occu: ocupação do chefe da família; edu: escolaridade gestante; class: classe econômica; inc: renda familiar; VIO: violência contra a mulher durante gestação; psyv: violência física; phyv: violência psicológica; sexv: violência sexual; SUPP: suporte social; tang: apoio material; emoinf: apoio emocional/informação; effe: apoio afetivo; int: apoio de interação social positiva; tempoame: tempo de amamentação exclusiva; wage: idade da gestante; poccu: ocupação da gestante; oama: orientação sobre amamentação no pré-natal; beck2: ansiedade no pré-natal; depre2: sintomas depressivos no pré-natal; peso1: peso ao nascimento; x parto: tipo de parto.

APÊNDICE D - FIGURA REFERENTE AO ARTIGO 2

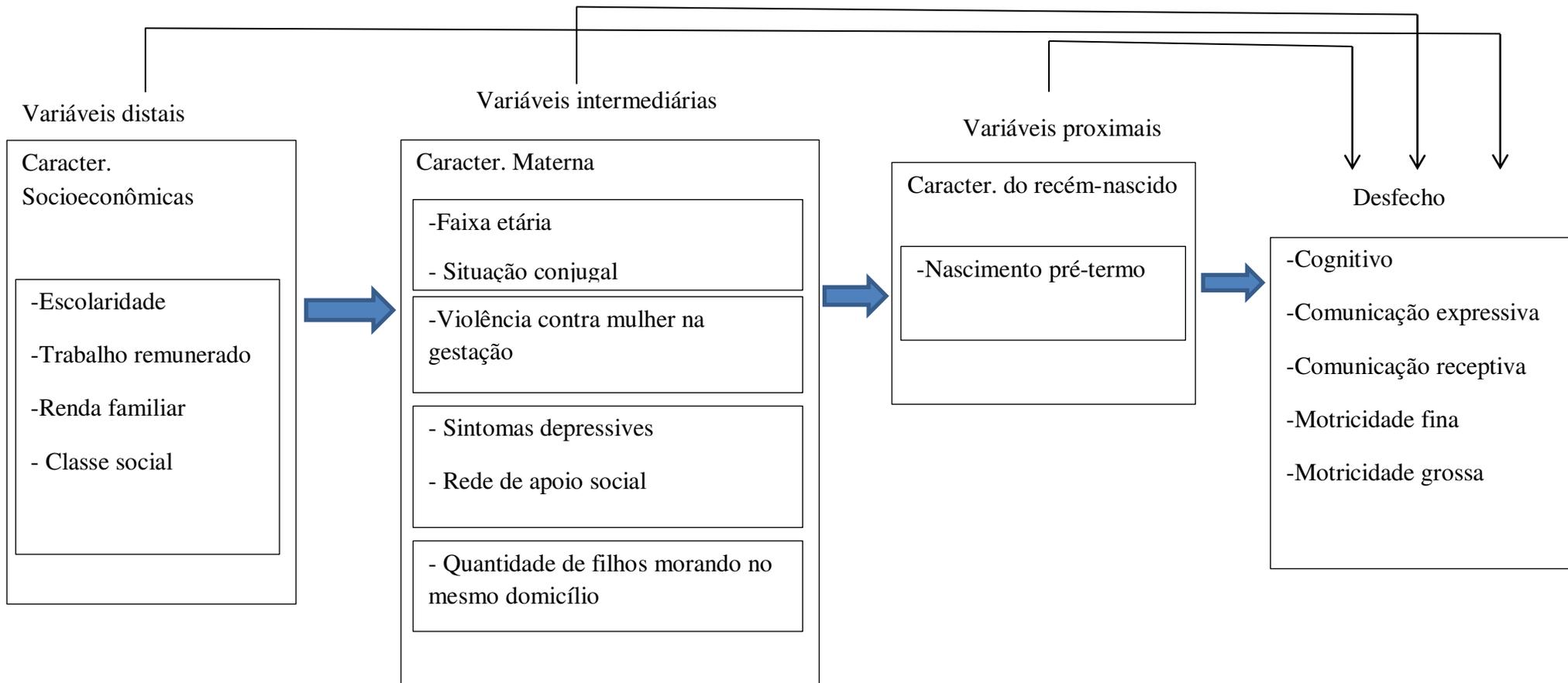


Figura 2: Modelo teórico hierarquizado de fatores associados com problemas no desenvolvimento neuromotor da criança.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

TELEFONES PARA CONTATO: (98) 3301-9681

PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA: FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematurados). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de

bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.

- Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi

contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

E A CONFIDENCIALIDADE?

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

PÁGINA DE ASSINATURAS

Nome do voluntário:

Assinatura do voluntário:

Data: ____/____/____

Nome do Pesquisador:

Assinatura do pesquisador:

Data: ____/____/____

Nome da Testemunha:

Assinatura da Testemunha:

Data: ____/____/____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº223/2009

Pesquisador (a) Responsável: Antônio Augusto Moura da Silva

Equipe executora: Antônio Augusto Moura da Silva, Marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecília Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Gloria Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto

Tipo de Pesquisa: Projeto Temático

Registro do CEP: 350/08 Processo 4771/2008-30

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: III

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 20.03.08 o processo Nº. 4771/2008-30, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável Antônio Augusto Moura da Silva, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luís, 08 de abril de 2009.

João Inácio L. de Souza
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

Ethica homini habitat est

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE VIOLÊNCIA DA OMS

BLOCO T - Questionário de violência da OMS

Quando pessoas casam, vivem juntas ou namoram, e mesmo no trabalho, elas geralmente compartilham bons e maus momentos. Gostaríamos de fazer, à senhora, algumas perguntas sobre seus relacionamentos. Se tiver dúvidas, peça ajuda ao entrevistador. Asseguramos, novamente, que suas respostas serão mantidas em segredo.

Durante essa gravidez, alguém, alguma vez

1T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS1	<input type="checkbox"/>
2T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS2	<input type="checkbox"/>
3T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS3	<input type="checkbox"/>
4T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS4	<input type="checkbox"/>
5T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS5	<input type="checkbox"/>
6T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS6	<input type="checkbox"/>
7T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS7	<input type="checkbox"/>
8T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS8	<input type="checkbox"/>
9T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS9	<input type="checkbox"/>
10T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS10	<input type="checkbox"/>
11T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS11	<input type="checkbox"/>
12T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS12	<input type="checkbox"/>
13T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS13	<input type="checkbox"/>
14T. Quem fez isso com você? (Pode ser marcada mais de uma resposta) 1. <input type="checkbox"/> Atual Marido / companheiro / namorado 2. <input type="checkbox"/> Ex-marido / companheiro / namorado 3. <input type="checkbox"/> Pai 4. <input type="checkbox"/> Padrasto 5. <input type="checkbox"/> Mãe 6. <input type="checkbox"/> Madrasta 7. <input type="checkbox"/> Irmão, irmã ou outro familiar que mora na mesma residência que você 8. <input type="checkbox"/> Familiar que não reside com você 9. <input type="checkbox"/> Vizinho ou outra pessoa conhecida 10. <input type="checkbox"/> Outros: _____ 88. <input type="checkbox"/> Não houve violência	OMS14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SE HOUVE VIOLÊNCIA, QUEREMOS SABER SE ISSO AFETOU A SUA SAÚDE

15T. Por causa de violência durante essa gravidez, você teve algum problema de saúde? Qual problema? 1. <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal 2. <input type="checkbox"/> Ameaça de aborto 3. <input type="checkbox"/> Ameaça de parto prematuro 4. <input type="checkbox"/> Outros _____ 8. <input type="checkbox"/> Não houve violência	OMS15	<input type="checkbox"/>
16T. Você já ficou machucada a ponto de precisar de cuidados de saúde? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não	OMS16	<input type="checkbox"/>

Agora queremos saber sobre os seus relacionamentos nos 12 últimos meses anteriores à gravidez atual.

Nos 12 meses anteriores a essa gravidez, alguém, alguma vez

17T. Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS17	<input type="checkbox"/>
18T. Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS18	<input type="checkbox"/>
19T. Fez coisas para assustá-la ou amedrontá-la de propósito (p.ex.: a forma como a olha, como grita, quebra coisas)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS19	<input type="checkbox"/>
20T. Ameaçou machucá-la ou a alguém de quem você gosta? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS20	<input type="checkbox"/>
21T. Deu-lhe uma tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS21	<input type="checkbox"/>
22T. Empurrou-a ou deu-lhe um tranco / chacoalhão? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS22	<input type="checkbox"/>
23T. Machucou-a com um soco ou com algum objeto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS23	<input type="checkbox"/>
24T. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS24	<input type="checkbox"/>
25T. Tentou estrangular ou queimou você de propósito? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS25	<input type="checkbox"/>
26T. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS26	<input type="checkbox"/>
27T. Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS27	<input type="checkbox"/>
28T. Você teve relação sexual porque estava com medo do que essa pessoa pudesse fazer? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS28	<input type="checkbox"/>
29T. Forçou-a a uma prática sexual que você considera humilhante? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Uma vez 2. <input type="checkbox"/> Poucas vezes 3. <input type="checkbox"/> Muitas vezes	OMS29	<input type="checkbox"/>

ANEXO D - ESCALA DE APOIO SOCIAL DO MEDICAL OUTCOMES STUDY (MOS)

A seguir, apresentaremos perguntas sobre situações em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, apoio ou ajuda.

Se você precisar, com que frequência conta com alguém:

9S. Que a ajude, se ficar de cama? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS9	<input type="checkbox"/>
10S. Para lhe ouvir, quando você precisa falar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS10	<input type="checkbox"/>
11S. Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS11	<input type="checkbox"/>
12S. Para levá-la ao médico? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS12	<input type="checkbox"/>
13S. Que demonstre amor e afeto por você? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS13	<input type="checkbox"/>
14S. Para se divertir junto? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS14	<input type="checkbox"/>
15S. Para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS15	<input type="checkbox"/>
16S. Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS16	<input type="checkbox"/>
17S. Que lhe dê um abraço? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS17	<input type="checkbox"/>
18S. Com quem relaxar? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS18	<input type="checkbox"/>
19S. Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS19	<input type="checkbox"/>
20S. De quem você realmente quer conselhos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS20	<input type="checkbox"/>
21S. Com quem distrair a cabeça? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS21	<input type="checkbox"/>
22S. Para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS22	<input type="checkbox"/>
23S. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS23	<input type="checkbox"/>
24S. Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS24	<input type="checkbox"/>
25S. Com quem fazer coisas agradáveis? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS25	<input type="checkbox"/>
26S. Que compreenda seus problemas? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS26	<input type="checkbox"/>
27S. Que você ame e que faça você se sentir querida? 0. <input type="checkbox"/> Nunca 1. <input type="checkbox"/> Raramente 2. <input type="checkbox"/> Às vezes 3. <input type="checkbox"/> Quase sempre 4. <input type="checkbox"/> Sempre	MOS27	<input type="checkbox"/>

ANEXO E - ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

BLOCO P- ESCALA DE RASTREAMENTO POPULACIONAL PARA DEPRESSÃO DO CENTRO DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS (CES-D)

Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Solicitamos que você assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada.

DURANTE A ÚLTIMA SEMANA:

	Raramente (menos que 1 dia)	Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)	Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)	Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)	
1P. Senti-me incomodada com coisas que habitualmente não me incomodam	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD1 <input type="checkbox"/>
2P. Não tive vontade de comer; tive pouco apetite	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD2 <input type="checkbox"/>
3P. Senti não conseguir mudar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD3 <input type="checkbox"/>
4P. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD4 <input type="checkbox"/>
5P. Senti dificuldade de me concentrar no que estava fazendo	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD5 <input type="checkbox"/>
6P. Senti-me deprimida	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD6 <input type="checkbox"/>
7P. Senti que tive que fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD7 <input type="checkbox"/>
8P. Senti-me otimista com relação ao futuro	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD8 <input type="checkbox"/>
9P. Considerei que minha vida tinha sido um fracasso	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD9 <input type="checkbox"/>
10P. Senti-me amedrontada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD10 <input type="checkbox"/>
11P. Meu sono não foi repousante	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD11 <input type="checkbox"/>
12P. Estive feliz	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD12 <input type="checkbox"/>
13P. Falei menos que o habitual	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD13 <input type="checkbox"/>
14P. Senti-me sozinha	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD14 <input type="checkbox"/>
15P. As pessoas não foram amistosas comigo	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD15 <input type="checkbox"/>
16P. Aproveitei minha vida	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD16 <input type="checkbox"/>
17P. Tive crises de choro	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD17 <input type="checkbox"/>
18P. Senti-me triste	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD18 <input type="checkbox"/>
19P. Senti que as pessoas não gostavam de mim	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD19 <input type="checkbox"/>
20P. Não consegui levar adiante minhas coisas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	CESD20 <input type="checkbox"/>

ANEXO F - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

BLOCO O - ESCALA DE ANSIEDADE DE BECK

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, preencha cada item da lista de maneira cuidadosa. Indique agora os sintomas que você apresentou na **ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE**. Os sintomas podem estar ausentes, suaves (não lhe incomodam muito), moderados (são desagradáveis, mas você consegue suportar) ou severos (quase você não consegue suportar). Marque com um X os espaços correspondentes a cada sintoma.

	Ausente	Suave	Moderado	Severo		
10. Dormência ou formigamento	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK1	<input type="checkbox"/>
20. Sensações de calor	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK2	<input type="checkbox"/>
30. Tremor nas pernas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK3	<input type="checkbox"/>
40. Incapaz de relaxar	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK4	<input type="checkbox"/>
50. Medo de acontecimentos ruins	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK5	<input type="checkbox"/>
60. Confusa ou delirante	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK6	<input type="checkbox"/>
70. Coração batendo rápido e forte	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK7	<input type="checkbox"/>
80. Insegura	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK8	<input type="checkbox"/>
90. Apavorada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK9	<input type="checkbox"/>
100. Nervosa	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK10	<input type="checkbox"/>
110. Sensação de sufocamento	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK11	<input type="checkbox"/>
120. Tremor nas mãos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK12	<input type="checkbox"/>
130. Trêmula	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK13	<input type="checkbox"/>
140. Medo de perder o controle	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK14	<input type="checkbox"/>
150. Dificuldade de respirar	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK15	<input type="checkbox"/>
160. Medo de morrer	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK16	<input type="checkbox"/>
170. Assustada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK17	<input type="checkbox"/>
180. Indigestão ou desconforto abdominal	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK18	<input type="checkbox"/>
190. Desmaios	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK19	<input type="checkbox"/>
200. Rubor facial	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK20	<input type="checkbox"/>
210. Sudorese (não devido ao calor)	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	BECK21	<input type="checkbox"/>

ANEXO G - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA DO PRÉ-NATAL


**QUESTIONÁRIO DO PRÉ-NATAL
ENTREVISTA**
BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
1A. Número de identificação: -----

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

OC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

 NUMERO
2A. Cidade:

 1. Ribeirão Preto

 2. São Luís

 CIDAEP
3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): ___/___/____

 DATAENTP

Entrevistador (a) : _____

4A. Nome completo da gestante (não abreviar):

NOMEG

5A. Data de nascimento da gestante (DD/MM/AAAA):

___/___/____

 DNGEST
6A. Idade da gestante __

 99. Não sabe

 IDAPEG
7A. Data da ultrassonografia do recrutamento

(DD/MM/AAAA): ___/___/____

 DATUSR

 99999999. Não sabe

**8A. Idade gestacional pela ultrassonografia do
recrutamento: __ semanas**

 99. Não sabe

 IDGESTUSR
9A. Idade gestacional atual (pela USG):

__ semanas

 99. Não sabe

 IDGESTAT

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa: _____

Parentesco/Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C.A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERG

2C.A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 7C**
 9. Não sabe

ESCOLG

3C.Qual o último curso que a sra. frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 5C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 5C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOG

4C.Qual a série que a sra. frequenta ou até que série a sra. estudou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEG

5C.A sra estava estudando quando ficou grávida?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 7C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESTUDGRAV

6C. A sra. parou de estudar porque ficou grávida?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

PAROUEST

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. Casada
 2. União consensual (Mora junto)
 3. Solteira
 4. Separada/desquitada/divorciada
 5. Viúva
 9. Não sabe

SITCONG

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). __

99. Não sabe

PESSOASP

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

MORACOMPP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 12C**
 9. Não sabe

MORAFILHOP

11C. Caso sim, com quantos filhos? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFILHOSP

12C. De onde vem a água da casa usada para beber?

1. Rede pública/água encanada
 2. Poço artesiano
 3. Poço/cacimba
 5. Outro _____
 4. Rio/riacho/lagoa
 9. Não sabe

AGUABEBER

13C. Quantos cômodos têm na sua casa? _____ cômodos

99. Não sabe

COMODOS

14C. Quantos cômodos servem como dormitório?
 _____ cômodos

9. Não sabe

DORMITOR

15C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 19C**
 9. Não sabe

ATIVREMP

16C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. Não se aplica

99. Não sabe

OCUPG

17C. Qual a sua relação de trabalho?

1. Trabalha por conta própria

2. Assalariado ou empregado

3. Dono de empresa-empregador

4. Faz bico

8. Não se aplica

9. Não sabe

RELACAOP

18C. A sra. parou de trabalhar porque ficou grávida?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

PAROUTRAB

19C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente?
(considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. A entrevistada **Passa para a questão 28C**

2. Companheiro

3. Mãe

4. Pai

5. Avó

6. Avô

7. Madrasta

8. Padrasto

9. Tia

10. Tio

11. Irmã

12. Irmão

13. Outro _____

99. Não sabe

CHEFEP

20C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. Masculino

2. Feminino

8. Não se aplica

9. Não sabe

SEXOCHEFEP

21C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

IDCHEFEP

22C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LERCHEFEP

23C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 26C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESCCHEFEP

24C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 26C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 26C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOCHFEP

25C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIECHFEP

26C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPCHFEP

27C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELCHFEP

28C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ _____

2ª pessoa R\$ _____

3ª pessoa R\$ _____

4ª pessoa R\$ _____

5ª pessoa R\$ _____

A família tem outra renda? _____

Renda total R\$ _____

99999. Não sabe

RENDAFP

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

29C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

TELEVISAOP

30C. Rádio	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

RADIOP

31C. Banheiro	0	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---

BANHEIROP

32C. Automóvel	0	4	7	9	9
----------------	---	---	---	---	---

AUTOMOVELP

33C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
---------------------------	---	---	---	---	---

EMPREGADAP

34C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---

MAQLAVARP

35C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
--------------------------	---	---	---	---	---

DVDP

36C. Geladeira	0	4	4	4	4
----------------	---	---	---	---	---

GELADEIRAP

37C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

FREEZERP

38C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda

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

INSTRUCAOP

BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA**Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.**

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. Sim2. Não **Passa para a questão 5D**9. Não sabe

CERVEJAG

2D. Quantos dias por semana? __

8. Não se aplica9. Não sabe

DIACERVG

3D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __

88. Não se aplica99. Não sabe

QTCERVG

4D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)2. Lata (350ml)3. Garrafa pequena (300ml) – long neck4. Garrafa (600-720ml)5. Outro8. Não se aplica9. Não sabe

TIPOCERVG

5D. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1. Sim2. Não **Passa para a questão 9D**9. Não sabe

VINHOG

6D. Quantos dias por semana? __

8. Não se aplica9. Não sabe

DIAVINHOG

7D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __

88. Não se aplica99. Não sabe

QTVINHOG

8D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
2. Cálice ou taça (400 ml)
3. Garrafa pequena (300ml)
4. Garrafa (600-720ml)
5. Outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPOVINHOG

9D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uísque, vodka, gim, rum, cachaça, caipirinha, batida?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 13D**
9. Não sabe

DESTG

10D. Quantos dias por semana? _ _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIADESTG

11D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

QTDESTG

12D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
2. Cálice, taça (400 ml)
3. Martelo, copo de pinga (100ml)
4. Lata (350ml) retirar
5. Garrafa pequena (300ml)
6. Garrafa (600-720ml)
7. Outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPODESTG

13D. Durante a gravidez com que frequência a sra. consumiu cinco ou mais unidades de bebida alcoólica em uma única ocasião?

1. Todos os dias
2. Quase todos os dias
3. 1 a 4 vezes na semana
4. 1 a 3 vezes por mês
5. Raramente
6. Nunca
8. Não se aplica
9. Não sabe

FREQBEB

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

14D. A sra. fumou ou fuma durante esta gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para questão 16D**
 9. Não sabe

FUMOGRAVP

15D. Quantos cigarros a sra. fuma ou fumou por dia durante a gravidez? ____

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFUMOP

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebidas com cafeína

16D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado café (café preto, café instantâneo tipo nescafé ou capuccino)?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 20D**
 9. Não sabe

CAFE

17D. Quantos dias por semana a sra. toma café? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCAFE

18D. Quantas vezes por dia a sra. toma café? _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCAFE

19D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar café?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCAFE

20D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado chá (chá mate, chá preto, chá verde, chá amarelo, chá branco ou outro)?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 24D**
 9. Não sabe

CHA

21D. Quantos dias por semana a sra. toma chá? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCHA

22D. Quantas vezes por dia a sra. toma chá? _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCHA

23D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar chá?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCHA

24D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado refrigerantes (coca-cola ou Pepsi-cola)?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 28D**
 9. Não sabe

REFRI

25D. Quantos dias por semana a sra. toma refrigerante? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASREFRI

26D. Quantas vezes por dia a sra. toma refrigerante? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESREFRI

27D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar refrigerante?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOREFRI

28D. Desde que ficou grávida a sra. tem tomado bebidas com chocolate?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 32D**
 9. Não sabe

CHOCOLATE

29D. Quantos dias por semana a sra. toma bebidas com chocolate? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCHOCO

30D. Quantas vezes por dia a sra. toma bebidas com chocolate? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCHOCO

31D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costuma tomar bebidas com chocolate?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCHOCO

32D. Desde que ficou grávida a sra. tem comido alimentos com chocolate?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 1E**
 9. Não sabe

ALCHOCO

33D. Quantos dias por semana a sra. come chocolate? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASALCHO

34D. Quantas vezes por dia a sra. come chocolate? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESALCHO

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a gestante, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? __

88. Não se aplica – não tem companheiro atual
 99. Não sabe

IDCOMPP

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LERCOMPP

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 6E**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESCCOMPP

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
2. Ensino fundamental ou 1o grau
3. Ensino médio ou 2o grau
4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**
5. Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**
8. Não se aplica
9. Não sabe

CURSOCOMPP

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. Primeira
2. Segunda
3. Terceira
4. Quarta
5. Quinta
6. Sexta
7. Sétima
8. Oitava
88. Não se aplica
99. Não sabe

SERIECOMPP

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 1F**
8. Não se aplica
9. Não sabe

TRABCOMPP

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

OCUPCOMPP

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELCOMPP

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Com quantos parceiros do sexo masculino a sra. já teve relação sexual? ___

99. Não sabe

NPARCEIROS

2F. Algum parceiro sexual masculino já disse à sra. que teve doença sexualmente transmissível (doença venérea)?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 4F**

9. Não sabe

DST

3F. Caso o parceiro já tenha lhe dito, qual o nome da (s) doença(s)?

.....

88. Não se aplica

99. Não sabe

NOMEDST

4F. Algum dos parceiros sexuais masculinos já lhe disse ser HIV positivo ou ter AIDS?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HIV

5F. A sra. já foi chamada por algum serviço de saúde por ter tido relação sexual com alguma pessoa com doença sexualmente transmissível?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 7F**

9. Não sabe

SSDST

6F. Caso tenha sido chamada, qual o nome da (s) doença(s)?

.....

88. Não se aplica

99. Não sabe

NOMESSDST

7F. No ano anterior a essa gravidez, a sra. estava usando algum método contraceptivo?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 1G**

9. Não sabe

METODO

8F. Caso sim, qual o método contraceptivo que a sra. estava usando? (pode marcar mais de uma opção)?

1. Camisinha somente

2. Camisinha/ espermicida

3. Diafragma somente

4. Diafragma/ Espermicida

5. Espermicida somente

6. Esponja

7. DIU
 8. Pilulas orais
 9. Tabela/ritmo (calendário, temperatura)
 10. Coito interrompido
 11. Ducha vaginal
 12. Injetáveis
 13. Outros
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

QUALMETODO

BLOCO G – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL, DO PRÉ-NATAL E HIPERTENSÃO

Pergunte se a gestante dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1G. A sra tem cartão da gestante?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica – não fez pré-natal
 9. Não sabe

CARTAOP

2G. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AAAA)?

__/__/____

99999999. Não sabe

DUMP

3G. Caso não saiba o dia, informar o mês e o ano (MM/AAAA)?

888888. Não se aplica999999. Não sabe

MESANOUMP

4G. Qual o seu peso antes de engravidar? ____ , _ kg

9999. Não sabe

PESOANTESP

5G. Qual a sua altura antes de engravidar? ____ , _ cm

9999. Não sabe

ALTURAANTP

6G. A sra está fazendo pré-natal?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 11G**
 9. Não sabe

PNP

7G. Qual a data da primeira consulta pré-natal

(DD/MM/AAAA)? __/__/____

88888888. Não se aplica99999999. Não sabe

DT1CPNP

8G. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __

88. Não se aplica99. Não sabe

MES1CPNP

9G. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de gestação? __		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTCPN1TP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10G. Onde a sra. está realizando o pré-natal nesta gestação?		
1. <input type="checkbox"/> SUS (posto de saúde, hospital universitário)		
2. <input type="checkbox"/> Plano de Saúde		
3. <input type="checkbox"/> Particular		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	LOCALPN	<input type="checkbox"/>
11G. A sra. tem hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTF	<input type="checkbox"/>
12G. A sra. tem hipertensão (pressão alta) na gestação atual?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTG	<input type="checkbox"/>
13G. A mãe da sra. tem hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTM	<input type="checkbox"/>
14G. A mãe da sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTMG	<input type="checkbox"/>
15G. O pai da sra. tem hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTP	<input type="checkbox"/>
16G. O(s) irmão(s) ou irmã(s) da sra. têm hipertensão crônica (pressão alta)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 18G		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTH	<input type="checkbox"/>
17G. Caso sim, quantos irmãos ou irmãs têm hipertensão crônica (pressão alta)? _____ irmãos ou irmãs		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HIPERTHQ	<input type="checkbox"/>

18G. A(s) sua(s) irmãs tiveram hipertensão (pressão alta) na gestação?

1. Sim

2. Não **Passe para o bloco H**

9. Não sabe

HIPERTIG

19G. Caso sim, quantas irmãs tiveram hipertensão (pressão alta) na gestação? _____ irmãs

8. Não se aplica

9. Não sabe

HIPERTIGQ

BLOCO H – EXPOSIÇÃO A METAIS

1H. Alguém que vive na sua casa trabalha em fábrica de tintas, adubos, vidros, cerâmica, plástico, conserto de baterias ou galvanoplastia (revestimento de metais)?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

FABTINTA

2H. Tem alguma fábrica ou indústria perto da casa da sra.?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 4H**

9. Não sabe

FABRICA

3H. Caso sim, qual é a distância da fábrica para a casa da sra.?
(estimativa por quarteirões) _ _

00. No mesmo quarteirão

88. Não se aplica

99. Não sabe

DISTFABRICA

4H. A sra. reformou ou pintou a sua casa recentemente ?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

PINTOUCASA

5H. A sra. tem alguma atividade de lazer/hobby como pintura, cerâmica, pesca ou tiro com arma de fogo?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

LAZER

6H. A sra. come peixe, marisco ou camarão?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 8H**

9. Não sabe

PEIXE

7H.Caso sim, qual é a frequência?

1. Uma vez na semana
2. Mais de uma vez na semana
3. Uma vez ao mês
4. 2 a 3 vezes ao mês
5. Diariamente
8. Não se aplica
9. Não sabe

FREQPEIXE

8H.A sra. consumiu peixe, camarão ou marisco nos últimos 2 dias?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

PEIXE2D

9H.A sra. toma remédios, chás, energéticos, vitaminas?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 25H**
9. Não sabe

REM

Caso tome, qual o nome do remédio e qual o mês de início e de término? Se continua usando, anotar que está em uso?

10H.Remédio

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

REM1

11H. Mês da gestação de início_

00. Usa desde antes da gravidez
88. Não se aplica
99. Não sabe

IREM1

12H. Mês da gestação de término_

10. Ainda usa
88. Não se aplica
99. Não sabe

TREM1

13H.Remédio

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

REM2

14H. Mês da gestação de Início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	TREM2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16H. Remédio		
<hr/>		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	REM3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17H. Mês da gestação de Início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	TREM3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19H. Remédio		
<hr/>		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	REM4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20H. Mês da gestação de Início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	TREM4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22H. Remédio		
<hr/>		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	REM5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23H. Mês da gestação de Início _		
00. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	IREM5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

24H. Mês da gestação de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25H. A sra. masca chicletes?	TREMS	
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 27H		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/>
26H. Caso sim, com que frequência?	CHICLETE	
1. <input type="checkbox"/> Diariamente		
2. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FREQCHIC	<input type="checkbox"/>
27H. A sra. tem dentes com restaurações (obturações) de metal (amálgama)?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 29H		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	RESTAURA	<input type="checkbox"/>
28H. Caso sim, há quanto tempo? __ anos		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	TRESTAURA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29H. A sra. usa tintura, tonalizante ou descolorante de cabelo?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para a questão 31H		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TINTURA	<input type="checkbox"/>
30H. Caso sim, com que frequência?		
1. <input type="checkbox"/> Diariamente		
2. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FREQTINT	<input type="checkbox"/>
31H. A sra. tem horta em casa?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passa para o BLOCO I		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HORTA	<input type="checkbox"/>
32H. Caso sim, a sra. come as verduras da sua horta?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	COMEVERD	<input type="checkbox"/>

33H. Qual a água que a sra. usa para irrigar a sua horta?

1. Água da torneira
2. Água do poço
3. Outra: _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

AGUAHORTA

BLOCO I – SAÚDE BUCAL

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua saúde bucal (condições de seus dentes e gengivas) e sobre a utilização de serviços de odontologia.

11. Tente se lembrar como era a sua saúde bucal antes da gravidez. Antes desta gravidez, como a sra. considerava a sua saúde bucal?

1. Excelente
2. Muito boa
3. Boa
4. Razoável
5. Ruim
9. Não sabe

SBUCAL

21. Desde que começou esta gravidez, a sra. percebeu alguma mudança na condição de suas gengivas (ficaram inflamadas (inchadas) ou passaram a sangrar durante a escovação ou mesmo sem tocar nelas)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

GENGIVA

31. Desde que começou esta gravidez a sra. percebeu alguma mudança na condição de seus dentes (apareceram novas cáries nos dentes ou as cáries antigas ficaram piores)?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DENTE

41. Antes dessa gestação, algum dentista alguma vez disse que a sra. precisaria fazer tratamento para a gengiva?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DENTISTA



BLOCO J – QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ-versão curta)

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na **ÚLTIMA SEMANA**. As perguntas incluem as atividades que você fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder às questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS OU PESADAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder às perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

- 1.J. Em quantos dias da última semana você **CAMINHOU** por **pelo menos 10 minutos contínuos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ1
- 2.J. Nos dias em que você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou caminhando **por dia**?
Horas __ Minutos __ IPAQ2
- 3.J. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **MODERADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA**)?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ3
- 4.J. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?
Horas __ Minutos __ IPAQ4
- 5.J. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades **VIGOROSAS OU PESADAS** por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cuidar do jardim, carregar pesos pesados ou qualquer atividade que fez aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração)?
0. Nenhum _____ dias por **SEMANA** IPAQ5
- 6.J. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas ou pesadas por **pelo menos 10 minutos contínuos**, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?
Horas __ Minutos __ IPAQ6

BLOCO K – ESCORE DE BLOCK (GORDURAS)

Pense agora a respeito dos seus hábitos alimentares no último ano. Aproximadamente, com que frequência você consome cada um dos alimentos abaixo. (Se não consumir, marcar a primeira opção).

Alimentos	1 vez ou menos ao mês	2 a 3 vezes ao mês	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana		
1K. Hambúrguer, cheeseburger ou bauru	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG1	<input type="checkbox"/>
2K. Bife ou carne assada	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG2	<input type="checkbox"/>
3K. Frango frito	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG3	<input type="checkbox"/>
4K. Salsicha, cachorro quente, salame	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG4	<input type="checkbox"/>
5K. Presunto, mortadela e embutidos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG5	<input type="checkbox"/>
6K. Maionese comum	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG6	<input type="checkbox"/>
7K. Margarina ou Manteiga	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG7	<input type="checkbox"/>
8K. Ovos	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG8	<input type="checkbox"/>
9K. Bacon ou linguiça	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG9	<input type="checkbox"/>
10K. Queijos e requeijão	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG10	<input type="checkbox"/>
11K. Leite integral	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG11	<input type="checkbox"/>
12K. Batata frita	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG12	<input type="checkbox"/>
13K. Salgadinhos de pacote, pipoca	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG13	<input type="checkbox"/>
14K. Sorvetes	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG14	<input type="checkbox"/>
15K. Bolachas, doces de padaria, bolos, pastéis, massas folhadas	0. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	BLOCKG15	<input type="checkbox"/>

BLOCO L – EXAME CLÍNICO

1L. Peso (medido): ____ , ____ Kg

PESO

2L. Percentual de gordura corporal: ____ %

PGORDURA

3L. Altura (medida): ____ , ____ cm

ALTURA

4L. Pressão arterial sistólica 1ª. medida: ____ mmHg

PAS1

5L. Pressão arterial sistólica 2ª. medida: ____ mmHg

PAS2

6L. Pressão arterial diastólica 1ª. medida: ____ mmHg

PAD1

7L. Pressão arterial diastólica 2ª. medida: ____ mmHg

PAD2

8L. Pulso: ____ batimentos por minuto

PULSO

MATERIAL BIOLÓGICO E EXAMES DA GESTANTE

9L. Foi feita coleta de sangue?

1. Sim2. Não

SANGUE

10L. Foi feita coleta de urina?

1. Sim2. Não

URINA

11L. Foi feita coleta de secreção vaginal?

1. Sim2. Não

SECVAG

12L. Foi feito exame odontológico?

1. Sim2. Não

ODONTO

13L. Foi feita ultrassonografia?

1. Sim2. Não

USGP

ANEXO H - QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE



QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE

BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**1A. Número de identificação:** _____

1ª casela: 1 Ribeirão Preto
2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal
2 Nascimento
3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal
A. Avaliação no nascimento RN 1
B. Avaliação no nascimento RN 2
C. Avaliação no nascimento RN 3
D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe
QC. Questionário do RN
SC. Saliva da criança
CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número sequencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1. Ribeirão Preto

2. São Luís

CIDADE

3A. Coorte

1. Iniciada no Pré-natal

2. Iniciada no Nascimento

COORTE

4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA): __/__/____

DATAENT

Entrevistador (a) : _____

5A. Hospital de Nascimento:

SAO LUIS	RIBEIRAO PRETO
1. <input type="checkbox"/> HU Materno- Infantil	12. <input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas
2. <input type="checkbox"/> Benedito Leite	13. <input type="checkbox"/> Hospital Ribeirânia
3. <input type="checkbox"/> Marly Sarney	14. <input type="checkbox"/> Hospital São Lucas
4. <input type="checkbox"/> Santa Casa	15. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Lydia
5. <input type="checkbox"/> Maria do Amparo	16. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Casa
6. <input type="checkbox"/> N Sra. da Penha	17. <input type="checkbox"/> Mater
7. <input type="checkbox"/> Clínica São Marcos	18. <input type="checkbox"/> H. Sinhá Junqueira
8. <input type="checkbox"/> Clínica Luiza Coelho	19. <input type="checkbox"/> Hospital São Paulo
9. <input type="checkbox"/> Hospital S Domingos	
10. <input type="checkbox"/> Hospital Aliança	
11. <input type="checkbox"/> Clínica São José	

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

.....

NOMEMAE

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

___/___/____

DNMAE

8A. Idade da mãe do RN __

99. Não sabe

IDAEMA

9A. Qual a idade do pai do bebê? __

99. Não sabe

IDADEPAI

BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo?

.....

Telefone residencial: ____-____-____ Outro telefone: ____-____-____ celular: ____-____-____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa:

Parentesco/Amizade:

Endereço:

.....

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

Nome da pessoa:

Parentesco/Amizade:

Endereço:

.....

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço:

.....

Telefone comercial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa:

Endereço:

.....

Telefone residencial: ____-____-____ Telefone comercial: ____-____-____ celular: ____-____-____

.....

BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

LERMAE

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 6C**
 9. Não sabe

ESCOLMAE

3C. A sra. ainda estuda ?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

MAEESTUDA

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 6C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOMAE

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIEMAE

6C. Qual a cor da sua pele?

1. branca
 2. preta/negra
 3. parda/mulata/cabocla/morena
 4. amarelo/oriental
 5. indígena
 9. não sabe

CORMAE

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1. Casada
 2. União consensual (Mora junto)
 3. Solteira
 4. Separada/desquitada/divorciada
 5. Viúva
 9. Não sabe

SITCONMAE

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). __

99. Não sabe

PESSOAS

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

MORACOMP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 12C**
 9. Não sabe

MORAFILHO

11C. Caso sim, com quantos filhos? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFILHOS

12C. A sra. mora atualmente com outros familiares?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 14C**
 9. Não sabe

MORAFAM

13C. Caso sim, com quantos familiares? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFAM

14C. A sra. mora atualmente com outras pessoas que não são familiares?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 16C**
 9. Não sabe

MORANFAM

15C. Caso sim, com quantos não familiares? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTNFAM

16C. A sra. tem alguma religião ou culto?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

TEMRELIG

17C. Caso tenha alguma religião, qual é a sua religião?

1. Católica
2. Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de Deus, Bethesda, Universal, Adventista, Testemunha de Jeová, Luterana.
3. Espirita/Kardecista
4. Umbanda/Candomblé
5. Judaica
6. Orientais. Ex: Budista
7. Outra, Qual? _____
88. Não se aplica
99. Não sabe

RELIGIAO

18C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 26C**
9. Não sabe

ATIVREM

CASO NÃO TENHA ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO SAIBA, PASSE PARA A QUESTÃO 26C

19C. Qual a sua ocupação (o que faz atualmente no trabalho)?

88. Não se aplica
99. Não sabe

OCUPMAE

20C. Qual a sua relação de trabalho?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELACAO

21C. Quantos dias por semana a sra. trabalhava com remuneração durante a gestação? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIATRAB

22C. Nos dias de trabalho remunerado durante a gestação, quantas horas por dia a sra. trabalhava? _ _

88. Não se aplica
99. Não sabe

HORATRAB

23C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TRABPE

24C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que levantar coisas pesadas?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LEVPESO

25C. Há quantas semanas atrás a sra. parou de trabalhar? ___

00. menos de 1 semana
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

PAROUTRAB

26C. Na sua casa, quem faz o trabalho de casa para sua família?

1. A sra. faz todo trabalho
 2. A sra. faz parte do trabalho
 3. Outra pessoa
 9. Não sabe

TRABCASA

27C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? (considerar chefe da família aquele de maior renda)

1. A entrevistada **Passa para a questão 36C**
 2. Companheiro
 3. Mãe
 4. Pai
 5. Avó
 6. Avô
 7. Madrasta
 8. Padrasto
 9. Tia
 10. Tio
 11. Irmã
 12. Irmão
 13. Outro _____
 99. Não sabe

CHEFE

28C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1. Masculino
 2. Feminino
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

SEXOCHEFE

29C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

IDCHEFE

30C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

LERCHEFE

31C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 34C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

ESSCHEFE

32C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequentou?

1. Alfabetização de jovens e adultos
 2. Ensino fundamental ou 1o grau
 3. Ensino médio ou 2o grau
 4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 34C**
 5. Superior graduação completo **Passe para a questão 34C**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CURSOCHEFE

33C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1. Primeira
 2. Segunda
 3. Terceira
 4. Quarta
 5. Quinta
 6. Sexta
 7. Sétima
 8. Oitava
 88. Não se aplica
 99. Não sabe

SERIECHEFE

34C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. Não se aplica

99. Não sabe

OCUPCHEFE

35C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1. Trabalha por conta própria

2. Assalariado ou empregado

3. Dono de empresa-empregador

4. Faz bico

8. Não se aplica

9. Não sabe

RELCHefe

36C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ _____. _____. ____.

2ª pessoa R\$ _____. _____. ____.

3ª pessoa R\$ _____. _____. ____.

4ª pessoa R\$ _____. _____. ____.

5ª pessoa R\$ _____. _____. ____.

A família tem outra renda? _____. _____. ____.

Renda total R\$ _____. _____. ____.

99999. Não sabe

RENDAF

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais
37C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
38C. Rádio	0	1	2	3	4
39C. Banheiro	0	4	5	6	7
40C. Automóvel	0	4	7	9	9
41C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
42C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
43C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
44C. Geladeira	0	4	4	4	4
45C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

TELEVISAO

RADIO

BANHEIRO

AUTOMOVEL

EMPREGADA

MAQLAVAR

DVD

GELADEIRA

FREEZER

46C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda

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

INSTRUCAO

BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA**Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.**

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 14D**
 9. Não sabe

CERVEJA

2D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja nos três primeiros meses de gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 6D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CERVEJA1T

3D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIACERV1T

4D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCERV1T

5D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Lata (350ml)
 3. Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. Garrafa (600-720ml)
 5. Outro
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCERV1T

6D. Durante a gravidez a sra tomou cerveja dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 10D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CERVEJA2T

7D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIACERV2T

8D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCERV2T

9D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Lata (350ml)
 3. Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. Garrafa (600-720ml)
 5. Outro
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCERV2T

10D. Durante a gravidez a sra. tomou cerveja dos 7 meses ao final da gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 14D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CERVEJA3T

11D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIACERV3T

12D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTCERV3T

13D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Lata (350ml)
 3. Garrafa pequena (300ml) – long neck
 4. Garrafa (600-720ml)
 5. Outro
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOCERV3T

14D. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 27D**
 9. Não sabe

VINHO

15D. Durante a gravidez a sra tomou vinho nos três primeiros meses de gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 19D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

VINHO1T

16D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIAVINHO1T

17D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTVINHO1T

18D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)
 2. Cálice ou taça (400 ml)
 3. Garrafa pequena (300ml)
 4. Garrafa (600-720ml)
 5. Outro
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOVINHO1T

19D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 23D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

VINHO2T

20D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIAVINHO2T

21D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTVINHO2T

22D. Qual o tipo de vasilha?		
1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml)		
2. <input type="checkbox"/> Cálice ou taça (400 ml)		
3. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml)		
4. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml)		
5. <input type="checkbox"/> Outro		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TIPOVINHO2T	<input type="checkbox"/>
23D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 7 meses ao final da gravidez?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 27D		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica	VINHO3T	<input type="checkbox"/>
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		
24D. Quantos dias por semana? _		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	DIAVINHO3T	<input type="checkbox"/>
25D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) _ _		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTVINHO3T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26D. Qual o tipo de vasilha?		
1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml)		
2. <input type="checkbox"/> Cálice ou taça (400 ml)		
3. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml)		
4. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml)		
5. <input type="checkbox"/> Outro		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TIPOVINHO3T	<input type="checkbox"/>
27D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 40D		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	DEST	<input type="checkbox"/>
28D. Durante a gravidez a sra. Tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum nos primeiros meses de gravidez?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 32D		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	DEST1T	<input type="checkbox"/>
29D. Quantos dias por semana? _		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	DIADEST1T	<input type="checkbox"/>

30D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTDEST1T

31D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)

2. Cálice, taça (400 ml)

3. Martelo, copo de pinga (100ml)

4. Lata (350ml) retirar

5. Garrafa pequena (300ml)

6. Garrafa (600-720ml)

7. Outro

8. Não se aplica

9. Não sabe

TIPODEST1T

32D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1. Sim

2. Não **Passa para a questão 36D**

8. Não se aplica

9. Não sabe

DEST2T

33D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

DIATEST2T

34D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __ __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTDEST2T

35D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)

2. Cálice, taça (400 ml)

3. Martelo, copo de pinga (100ml)

4. Lata (350ml)

5. Garrafa pequena (300ml)

6. Garrafa (600-720ml)

7. Outro

8. Não se aplica

9. Não sabe

TIPODEST2T

36D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 7 meses ao final da gravidez?

1. Sim

2. Não **Passa para a questão 40D**

8. Não se aplica

9. Não sabe

DEST3T

37D. Quantos dias por semana? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

38D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __

88. Não se aplica

99. Não sabe

39D. Qual o tipo de vasilha?

1. Copo comum (200ml)

2. Cálice, taça (400 ml)

3. Martelo, copo de pinga (100ml)

4. Lata (350ml)

5. Garrafa pequena (300ml)

6. Garrafa (600-720ml)

7. Outro

8. Não se aplica

9. Não sabe

DIATEST3T

QTDEST3T

TIPODEST3T

Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.

40D. A sra. tem ou teve o hábito de fumar cigarros?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 51D**

9. Não sabe

41D. Com que idade a sra. começou a fumar cigarros? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

42D. Se a sra. parou de fumar, com que idade parou? __

88. Não se aplica ou ainda fuma

99. Não sabe

43D. Se a sra. parou, quantos cigarros por dia em média a sra. costumava fumar? __

88. Não se aplica ou ainda fuma

99. Não sabe

44D. No período de 6 meses antes desta gravidez a sra. fumava?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

45D. A sra. fumou durante esta gravidez?

1. Sim

2. Não **Passe para questão 51D**

8. Não se aplica

9. Não sabe

HABITOFUMO

IDADEFUMO

IDADEPAROU

NCIGPAROU

FUMOANTES

FUMOGRAV

46D. A sra. fumou do 1º ao 3º mês de gestação?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FUMO1T

47D. A sra. fumou do 4º ao 6º mês de gestação?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FUMO2T

48D. A sra. fumou do 7º mês de gestação até o final?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FUMO3T

49D. Durante a gravidez a sra. fumava todos os dias?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FUMODIA

50D. Quantos cigarros a sra. fumava por dia? ____

88. Não se aplica
 99. Não sabe

QTFUMO

51D. A sra. convive em casa com outras pessoas que fumam?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 54D**
 9. Não sabe

FUMOCASA

52D. Quantas pessoas que residem com a sra. fumam? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

QTFUMCASA

53D. Estas pessoas fumam perto da sra. em sua casa?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FUMOPERTO

54D. E no trabalho, as pessoas fumam perto da sra.?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FUMOTRAB

55D. Caso a sra. tenha ficado próxima a pessoas que fumam, quantas horas por dia fica perto de fumantes?

1. Menos de 1 hora por dia

HORASFUMO

2. Mais de 1 hora por dia
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de café.

56D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana durante a gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 1E**
 9. Não sabe

CAFE1T

57D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana nos 3 primeiros meses da gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 61D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CAFE1T

58D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCAFE1T

59D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? ___

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCAFE1T

60D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. xícara de chá
 2. xícara de cafezinho
 3. meia taça
 4. copo comum – 200 ml
 5. outro _____
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

QTCAFE1T

61D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 4 aos 6 meses da gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 65D**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

CAFE2T

62D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. Não se aplica
 9. Não sabe

DIASCAFE2T

63D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? ___

88. Não se aplica
 99. Não sabe

VEZESCAFE2T

64D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum - 200 ml
5. outro _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

QTCAFE2T

65D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 7 meses ao final da gravidez?

1. Sim
2. Não **Passa para a questão 1E**

8. Não se aplica
9. Não sabe

CAFE3T

66D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

DIASCAFE3T

67D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? ___

88. Não se aplica
99. Não sabe

VEZESCAFE3T

68D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1. xícara de chá
2. xícara de cafezinho
3. meia taça
4. copo comum - 200 ml
5. outro
8. Não se aplica
9. Não sabe

QTCAFE3T

BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? _ _

88. Não se aplica – não tem companheiro atual
99. Não sabe

IDCOMP

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

LERCOMP

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 6E**

8. Não se aplica

9. Não sabe

ESSCOMP

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1. Alfabetização de jovens e adultos
2. Ensino fundamental ou 1o grau
3. Ensino médio ou 2o grau
4. Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**
5. Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**

8. Não se aplica

9. Não sabe

CURSOCOMP

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1. Primeira
2. Segunda
3. Terceira
4. Quarta
5. Quinta
6. Sexta
7. Sétima
8. Oitava
88. Não se aplica
99. Não sabe

SERIECOMP

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 1F**

8. Não se aplica

9. Não sabe

TRABCOMP

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88. Não se aplica

99. Não sabe

OCUPCOMP

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1. Trabalha por conta própria
2. Assalariado ou empregado
3. Dono de empresa-empregador
4. Faz bico
8. Não se aplica
9. Não sabe

RELCOMP

BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

1F. Em que mês de gestação a sra. soube que estava grávida?

_

9. Não sabe

MESGRAV

2F. Que idade a sra. tinha quando menstruou pela primeira vez? _ _ _

99. Não sabe

IDMENARCA

3F. Qual era sua idade quando a sra. teve sua primeira relação sexual? _ _ _

99. Não sabe

IDRELSEX

4F. Que idade a sra. tinha quando engravidou pela primeira vez? _ _ _

99. Não sabe

IDGRAV

5F. Quantas vezes a sra. engravidou? (incluindo a gravidez atual) Contar todas as gestações até as que não chegaram no final, inclusive abortos. _ _ _

99. Não sabe

GESTA

6F. A gravidez atual foi planejada?

1. Sim2. Não9. Não sabe

PLANGEST

7F. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo o atual)? _ _ _

99. Não sabe

NASCVIVO

8F. Qual a idade da sra. no início da gestação anterior? _ _ _

88. Não se aplica99. Não sabe

IDULTGEST

9F. Quantos partos a sra. teve (incluindo o atual)? _ _ _

99. Não sabe

PARTOS

10F. Quantos partos foram cesáreas (incluindo o atual, caso tenha sido cesárea)? _ _ _

9. Não sabe

PARTOCESA

11F. O parto anterior da sra. foi:

1. Vaginal/Vaginal com fórceps2. Cesárea8. Não se aplica9. Não sabe

TIPARTOANT

12F. Quantos partos anteriores da sra. foram antes do tempo (prematuros) incluindo o atual? _ _ _

9. não sabe

PARTOANTPT

13F. A sra. teve algum aborto?

1. Sim2. Não **Passe para questão 15F**9. Não sabe

ABORTO

14F. Caso sim, quantos abortos foram? _ _ _

8. Não se aplica9. Não sabe

QTABORTO

15F. A sra teve algum filho que nasceu morto (incluir atual)?

1. Sim

2. Não **Passe para a questão 17F**

9. Não sabe

NASCMORTO

16F. Caso sim, quantos foram (incluir atual)? _

8. Não se aplica

9. Não sabe

QTMORTO

17F. Quantos filhos vivos a sra. tem atualmente? __

99. Não sabe

NFILHOS

BLOCO G - MORBIDADES

Agora vamos conversar com a sra. sobre os problemas que teve durante a gravidez.

1G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HIPERT

2G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação atual?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HIPERTGEST

3G. A sra. teve antes da gestação nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

DIABETES

4G. A sra. teve nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

DIABGEST

5G. A sra. teve herpes durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

HERPESGEST

6G. A sra. teve sarampo durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1. Sim

2. Não

9. Não sabe

SARAMPGEST

7G. A sra. teve catapora durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	CATAPGEST	<input type="checkbox"/>
8G. A sra. teve rubéola durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	RUBGEST	<input type="checkbox"/>
9G. A sra. teve algum episódio de febre alta (temperatura acima de 38º) que durou mais de 24 horas durante esta gestação diagnosticada por médico, enfermeiro ou dentista?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 11G		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FEBREGEST	<input type="checkbox"/>
10G. Caso sim, quantas vezes? ___		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		<input type="checkbox"/>
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTFEBRE	<input type="checkbox"/>
11G. A sra. teve anemia antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	ANEMIA	<input type="checkbox"/>
12G. A sra. teve anemia diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	ANEMIAGEST	<input type="checkbox"/>
13G. A sra. teve toxoplasmose antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TOXO	<input type="checkbox"/>
14G. A sra. teve toxoplasmose diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TOXOGEST	<input type="checkbox"/>
15G. A sra. teve sífilis antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	SIFILIS	<input type="checkbox"/>

16G. A sra. teve sífilis durante a gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

SIFILISGEST

17G. A sra. teve alguma infecção urinária/ durante a gestação atual diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

INFECURI

18G. A sra. teve algum corrimento vaginal durante a gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

CORRIMENTO

19G. A sra. sofreu alguma queda ou acidente durante a gestação?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

QUEDA

20G. A sra. teve algum sangramento vaginal nos últimos 3 meses da gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

SANGVAGINA

21G. A sra. foi internada alguma vez durante a gestação atual seja por qualquer motivo?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 23G**
 9. Não sabe

HOSP

22G. Qual foi o motivo da internação?

88. Não se aplica
 98. Não sabe

CAUSAHOSP

23G. A sra. teve ameaça de aborto na gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

AMABORTO

24G. A sra. teve ameaça de parto prematuro (antes do tempo) na gestação atual?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

AMPT

25G. A sra. teve outra doença durante a gestação atual?

1. Sim
 2. Não **Passe para a questão 27G**

9. Não sabe

OUTRAD

26G. Qual doença? _____

88. Não se aplica

99. Não sabe

DOENCAGEST

27G. A sra. usou algum remédio durante a gravidez?

1. Sim
 2. Não **Passe para o bloco H**
 9. Não sabe

REMGEST

Caso tenha utilizado, qual o nome do remédio e qual o mês da gestação a sra. estava quando começou e quando parou (mês da gestação)? Se continua usando, anotar que está em uso?

28G. Remédio

88. Não se aplica

99. Não sabe

NOMEREM1

29G. Mês de início _

0. Usa desde antes da gravidez

88. Não se aplica

99. Não sabe

MESIREM1

30G. Mês de término _

10. Ainda usa

88. Não se aplica

99. Não sabe

MESTREM1

31G. Remédio

88. Não se aplica

99. Não sabe

NOMEREM2

32G. Mês de Início _

0. Usa desde antes da gravidez

88. Não se aplica

99. Não sabe

MESIREM2

33G. Mês de término _

10. Ainda usa

88. Não se aplica

9.9 Não sabe

MESTREM2

34G. Remédio

88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	NOMEREM3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35G. Mês de início _		
0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	MESIREM3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36G. Mês de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	MESTREM3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37G. Remédio		

88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	NOMEREM4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38G. Mês de início _		
0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	MESIREM4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39G. Mês de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	MESTREM4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40G. Remédio		

88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	NOMEREM5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41G. Mês de início _		
0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	MESIREM5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42G. Mês de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	MESTREM5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL E DO PRÉ-NATAL

Pergunte se a puérpera dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1H. A sra tem cartão da gestante?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica – não fez pré-natal
 9. Não sabe

CARTAO

2H. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AA)?

__/__/____

99999999. Não sabe

DUM

3H. Caso não saiba a data, informar o mês/ano: __/____

888888. Não se aplica

999999. Não sabe

MESANUOM

4H. Qual o seu peso antes de engravidar? _____, __ kg

9999. Não sabe

PESOANTES

5H. Qual a sua altura antes de engravidar? _____, __ cm

9999. Não sabe

ALTURAANT

6H. A sra fez pré-natal?

1. Sim
 2. Não **Passar para questão 39H**
 9. Não sabe

PN

7H. Qual a data da primeira consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__/__/____

88888888. Não se aplica

99999999. Não sabe

DT1CPN

8H. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

MES1CPN

9H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de a gestação? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPN1T

10H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 2º trimestre de a gestação? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPN2T

11H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 3º trimestre de a gestação? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPN3T

12H. O médico ou enfermeiro encaminhou a senhora para fazer tratamento com o dentista durante esta gravidez?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

TRATDEN

13H. Quantas consultas médicas a sra. fez no pré-natal? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPNMED

14H. Quantas consultas com enfermeira(o) a sra. fez no pré-natal? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTCPNENF

15H. Quantos exames de radiografia (incluindo radiografias dos dentes) foram feitos durante a gestação atual? __

88. Não se aplica

99. Não sabe

QTEXRADI

16H. Em que local a sra. fez o pré-natal?

1. SUS

3. Plano de saúde/ seguro saúde

4. Particular

8. Não se aplica

9. Não sabe

LOCALNP

17H. Qual a data da última consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

__/__/____

88888888. Não se aplica

99999999. Não sabe

DTUCPN

18H. Caso não saiba a data, informar o mês de gravidez aproximado: __

8. Não se aplica

9. Não sabe

MESUCPN

19H. Quantos exames de ultrassonografia foram feitos durante a gestação atual? __

8. Não se aplica

9. Não sabe

NUSPN

Durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeira alguma vez:

20H. Solicitou exame de sangue?

1. Sim

2. Não

8. Não se aplica

9. Não sabe

EXSANGUE

21H. Solicitou exame de urina?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXURINA

22H. Perguntou a data da última menstruação?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

PDUM

23H. Verificou o seu peso?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXPESO

24H. Mediu a sua barriga?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXBARRIGA

25H. Receitou Cálcio?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

RECCALCIO

26H. Mediu a sua pressão?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXPA

27H. Fez exame ginecológico?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXGINEC

28H. Receitou remédio para anemia?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

RECANEMIA

29H. Receitou vitamina?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

RECVIT

30H. Orientou sobre amamentação?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

OAMAMENT

31H. O médico perguntou se a sra. estava usando algum medicamento?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

OMEDIC

32H. Orientou sobre o risco do uso de remédios sem orientação médica durante a gravidez?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

OREM

33H. Orientou sobre como evitar toxoplasmose durante a gravidez? (lavar muito bem frutas e verduras, não comer carne mal passada, evitar contato com gatos, não manipular terra, lavar muito bem as mãos antes das refeições).

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

OTOXO

34H. Examinou o seu seio?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXSEIO

35H. Fez exame de prevenção de câncer de colo de útero?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXCOLOUT

36H. Fez exame de sangue para sífilis no pré-natal?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EXSIFILIS

37H. Fez exame de sangue para saber o tipo de sangue?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe			
38H. Ofereceu exame de sangue para HIV no pré-natal?	EXTIPOSANG		<input type="checkbox"/>
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	EXHIV		<input type="checkbox"/>
39H. Você tomou vacina contra o tétano?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 41H			
3. <input type="checkbox"/> Já estava vacinada antes da gravidez. Passe para a questão 41H			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	VACTET		<input type="checkbox"/>
40H. Quantas doses de antitetânica a sra. recebeu? _			
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTDOSETET		<input type="checkbox"/>
41H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de auxiliar de enfermagem?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	AUXENFPN		<input type="checkbox"/>
42H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu visita do agente de saúde?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	AGSAUDEPN		<input type="checkbox"/>
43H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de parteira leiga?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	PARTPN		<input type="checkbox"/>
44H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento do programa de Saúde da Família (PSF)?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	PSFPN		<input type="checkbox"/>
45H. Qual o seu peso ao final da gravidez? ____ , ____ kg			
9999. <input type="checkbox"/> Não sabe	PESOFINAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46H. A sra. fez algum tratamento para engravidar?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não Passe para a questão 1I			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TRATGRAV		<input type="checkbox"/>

47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

OVULA

48H. Fez inseminação artificial?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

INSEMINA

49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

FERTILIZA

50H. Fez injeção de espermatozoides?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

INJECAO

BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO

1I. Qual foi o tipo de parto?

1. Normal
 2. Cesárea **Passe para a questão 4I**
 3. Fórceps **Passe para a questão 4I**
 4. Vácuo extração **Passe para a questão 4I**
 9. Não sabe

TIPARTO

2I. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)?

1. Sim
 2. Não
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

EPISIO

3I. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? __

88. Não se aplica
 99. Não sabe

HORASPARTO

4I. Foi feita anestesia nas costas?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

ANESTESIA

51. Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?

1. sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu / ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe)
2. desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande)
3. distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada)
4. hemorragia materna (teve sangramento)
5. parada de progressão (parou trabalho de parto/ pararam as dores)
6. eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta)
7. pós-maturidade (passou do tempo)
8. morte fetal (o bebê morreu)
9. diabetes materna (açúcar no sangue)
10. cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes)
11. laqueadura (para ligar trompas)
12. mãe pediu (cesárea porque a mãe queria)
13. médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea)
14. cesárea programada (médico marcou durante gravidez)
15. cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal)
16. outro _____

88. não se aplica

99. não sabe

MOTCESA

61. Quantas horas decorreram entre a internação e a cesárea?

88. Não se aplica

99. Não sabe

HORASCESA

71. A sra. ligou as trompas?

1. Sim

2. Não **Passa para a questão 91**

9. Não sabe

LAQUEADURA

81. Qual o motivo pelo qual a sra. ligou as trompas?

1. Já fez muita cesárea

2. Por problemas de saúde. Qual? _____

3. Questões financeiras

4. Já tinha o número de filhos que desejava

5. Outros _____

88. Não se aplica

99. Não sabe

MOTLAQ

9l. O que a sra. sentiu que a fez vir para o hospital?

1. Sangramento vaginal
2. Perdeu líquido (água) vaginal
3. Sentiu contração ou dor ou cólica/ barriga endurecida
4. Febre/ infecção/infecção urinária
5. O bebê parou de mexer/ diminuíram movimentos
6. A vinda foi agendada para esta data
7. O médico encaminhou
8. Outro _____
9. Não sabe

MOTHOSP

10l. Caso tenha feito cesárea, quando a sra. internou já sabia que iria fazer cesárea?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

SABIACESA

11l. A sra. passou por outros serviços (maternidades) antes de vir para esse hospital?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 13l**
9. Não sabe

PEREGRINO

12l. Caso sim, por quantos serviços passou? _

8. Não se aplica
9. Não sabe

QTPEREG

13l. Quando a sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

DORPARTO

14l. O médico precisou romper a bolsa?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

ROMPBOLSA

15l. Foi preciso colocar soro ou outro remédio para começar o trabalho de parto ou para ajudar o bebê a nascer?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 18l**
9. Não sabe

SORONASC

16l. Qual a medicação utilizada?

1. Vaginal
 2. Soro (endovenosa)
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

TIPOMED

17l. Por que foi necessário ajudar o bebê a nascer?

1. Passou do tempo de nascer
 2. Pressão alta
 3. Rompeu a bolsa
 4. Incompatibilidade sanguínea (sangue não combina)
 5. O bebê estava morto
 6. O médico indicou
 7. O trabalho de parto parou
 8. Outra razão. Qual? _____

88. Não se aplica
 99. Não sabe

MOTAJUDA

18l. Quem atendeu ao parto?

1. Médico
 2. Enfermeira
 3. Auxiliar de enfermagem
 4. Parteira leiga
 5. Outro
 9. Não sabe

QUEMPARTO

19l. O parto foi realizado pelo mesmo médico que fez o pré-natal?

1. Sim
 2. Não
 9. Não sabe

MEDICO

20l. Qual a categoria de atendimento ao parto?

1. SUS
 2. Plano de saúde/ seguro saúde
 3. Particular
 9. Não sabe

CATP

21I. Na hora do nascimento, quem atendeu o RN na sala de parto?

1. Médico obstetra
2. Médico pediatra/neonatologista
3. Anestesista
2. Enfermeira
3. Auxiliar de enfermagem
4. Parteira leiga
5. Outro _____
99. Não sabe

ATENDRN

22I. O pediatra falou com a sra na sala de parto antes ou depois que o bebê nasceu?

1. Sim
2. Não
9. Não sabe

PEDIATRA

23I. Número de filhos nascidos no parto: _

9. Não sabe

FETOS

BLOCO J – EXPOSIÇÃO AO CITOMEGALOVÍRUS (CMV)

1J. Na sua casa morou ou está morando alguma criança?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 8J**
9. Não sabe

MORACRI

2J. Caso sim, ela tem até três anos de idade?

1. Sim
2. Não **Passe para a questão 8J**
8. Não se aplica
9. Não sabe

CRIMATE3

3J. Caso tenha até 3 anos de idade, ela morou com a sra. durante a gestação?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

MOROUGEST

4J. Caso a criança não tenha morado com a sra. durante sua gestação, a criança morou com a sra. nos 12 meses anteriores?

1. Sim
2. Não
8. Não se aplica
9. Não sabe

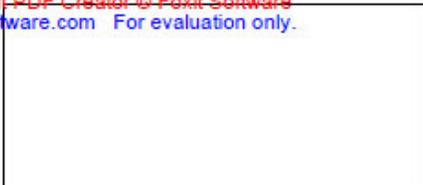
MOROU12M

ANEXO I - QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - RN

Generated by Foxit PDF Creator © Foxit Software
<http://www.foxitsoftware.com> For evaluation only.



QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - RN



BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1A. Número de identificação: _____

- 1ª casela: 1 Ribeirão Preto
- 2 São Luís

- 2ª casela: 1 Pré-natal
- 2 Nascimento
- 3 1º ano

- 3ª casela: M. Avaliação no pré-natal
 - A. Avaliação no nascimento RN 1
 - B. Avaliação no nascimento RN 2
 - C. Avaliação no nascimento RN 3
 - D. Avaliação no nascimento RN 4

- 4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe
 - QC. Questionário do RN
 - SC. Saliva da criança
 - CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

2A. Cidade:

- 1. Ribeirão Preto
- 2. São Luís

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):

__/__/____

4A. Entrevistador (a) : _____

5A. Data do nascimento do RN (DD/MM/AAAA):

__/__/____

6A. Caso tenha nascido mais de um filho, indique qual a seqüência de nascimento desse RN?

- 1. 1º
- 2. 2º
- 3. 3º
- 4. 4º
- 5. 5º
- 8. Não se aplica
- 9. Não sabe

7A. Qual o sexo do recém-nascido?

- 1. Masculino
- 2. Feminino
- 9. Não sabe

8A. Como nasceu o filho da sra.?

- 1. Vivo
- 2. Morto
- 9. Não sabe

NUMERO

CIDADE

DATAENT

DATANASC

ORDEMNASC

SEXO

NASC

9A. Qual foi a apresentação do bebê na hora do parto?

1. Cefálica
 2. Pélvica
 3. Transversa
 9. Não sabe

APRESENT

Caso o RN tenha nascido morto, passe para o Bloco B

10A. Qual nome a sra. pretender dar ao seu bebê?

NOME

11A. O RN apresentou algum problema de saúde?
 (perguntar para a mãe e anotar do prontuário)

1. Sim
 2. Não **Passa para a questão 17A**
 8. Não se aplica
 9. Não sabe

PROBLEMA

Caso tenha apresentado problema, nos diga qual foi.

12A. Problema

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

PROB1

13A. Problema

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

PROB2

14A. Problema

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

PROB3

15A. Problema

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

PROB4

16A. Problema

-
88. Não se aplica
 99. Não sabe

PROB5

17A. Após o nascimento, quando saiu da sala de parto, o RN foi para:

1. Berço ao lado da mãe
2. Berçário
3. Cama da mãe
4. UTI Neonatal
5. Outro _____
8. Não se aplica
9. Não sabe

LOCALRN

BLOCO B - DADOS DO PRONTUÁRIO

1B. Horário de nascimento do RN: __:__:__

HORANASC

2B. Apgar 1º minuto: __

99. Não avaliado

APGAR1

3B. Apgar 5º minuto: __

99. Não avaliado

APGAR5

4B. Em caso de nascido morto:

1. Antes do parto
2. No momento do parto
8. Não se aplica
9. Não sabe

TIPONASCM

5B. O RN apresentou algum defeito congênito (malformação)?

1. Sim
2. Não Passe para a questão 7B
9. Não sabe

DEFCONG

6B. Qual foi o tipo de defeito apresentado pelo RN?

1. Gastrosquise
2. Onfalocele
3. Defeitos do tubo neural - meningomielocoele
4. Defeitos do tubo neural - encefalocele
5. Trato genito-urinário - unilateral
5. Trato genito-urinário - bilateral
6. Cardíaco. Qual? _____
7. Outro _____
88. Não se aplica
99. Não sabe

TIPODEFCONG

ANTROPOMETRIA DO RN

7B. Peso do RN: _ . _ _ _ g

9999. Não avaliado

PESONASC

8B. Comprimento: _ _ . _ cm

999. Não avaliado

COMPNASC

9B. Perímetro cefálico: _ _ . _ cm

999. Não avaliado

PCNASC

10B. Peso da placenta: _ . _ _ _ g

9999. Não avaliado

PLACENTA

MATERIAL BIOLÓGICO DO RN

11B. Foi feita coleta de tecido do cordão umbilical?

1. Sim2. Não

CORDAO

12B. Foi feita coleta de saliva?

1. Sim2. Não

SALIVA

1B. Qual o seu endereço completo? _____

Telefone residencial: _____ Outro Telefone: _____

Celular: _____

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a Sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: _____

Parentesco Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Outro telefone: _____

Celular: _____

Nome da pessoa: _____

Parentesco Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Outro telefone: _____

Celular: _____

3B. A Sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: _____

Telefone comercial: _____ Telefone comercial: _____

4B. Se a Sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: _____

Parentesco Amizade: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Outro telefone: _____

Celular: _____

BLOCO C - IDENTIFICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

1C. Qual a cor de <CRIANÇA>?

01. Branca
 02. Preta/negra
 03. Parda/mulata/cabocla/morena
 04. Amarelo/oriental
 05. Índigena
 09. Não sabe

2C. <CRIANÇA> vai à escolinha ou creche?

01. Sim
 02. Não **Passe para a questão 4C**
 09. Não sabe **Passe para a questão 4C**

3C. Se sim, desde que idade <CRIANÇA> frequenta a escolinha ou creche? meses

88. Não se aplica
 99. Não sabe

4C. A criança ONTEM recebeu leite do peito?

01. Sim **Passe para a questão 6C**
 02. Não
 09. Não sabe

5C. Se NÃO, até que idade a criança mamou leite do peito? meses dias

88. Não se aplica (nunca mamou)
 99. Não sabe

6C. Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para a mãe: aleitamento materno exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, outros leites, outras bebidas ou alimentos)

meses dias

88. Não se aplica
 99. Não sabe

7C. Considerando apenas os últimos três meses, a senhora tem o hábito de oferecer o peito para <CRIANÇA> depois que ele(a) já adormeceu à noite

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

Quando a senhora inseriu estes alimentos ou bebidas na rotina alimentar de <CRIANÇA>?

8C. Leite (líquido ou pó) meses dias 88. Nunca 99. Não sabe

9C. Leite tipo fórmula? meses dias 88. Nunca 99. Não sabe

10C. Outros líquidos (chás, sucos) meses dias 88. Nunca 99. Não sabe

11C. Semi-sólido ou sólido? meses dias 88. Nunca 99. Não sabe

12C. A Sra. usa açúcar (ou mel, nescäu, toddy ou algo doce) para adoçar alguns desses alimentos?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

13C. Considerando apenas os últimos três meses, <CRIANÇA> costuma usar mamadeira durante a noite, após já ter adormecido?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

14C. Atualmente <CRIANÇA> usa chupeta?

01. Sim usa atualmente
 02. Não, parou de usar
 03. Nunca usou
 09. Não sabe

Passe para a questão 18C

15C. Qual era a idade da <CRIANÇA>, quando começou a usar chupeta? meses dias

88. Não se aplica
 99. Não sabe

16C. Qual o tipo de chupeta <CRIANÇA> usava?

01. Ortodôntica
 02. Convencional
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

17C. Quando parou de usar chupeta? meses dias

88. Não se aplica
 99. Não sabe

18C. <CRIANÇA> chupa dedo?

01. Sim chupa atualmente
 02. Não, parou de chupar
 03. Nunca chupou
 09. Não sabe

Passe para a questão 1D

19C. Qual a era a idade de <CRIANÇA>, quando começou a chupar dedos? meses dias

88. Não se aplica
 99. Não sabe

20C. Quando parou de chupar dedo? meses dias

88. Não se aplica
 99. Não sabe

BLOCO D -SAÚDE DA CRIANÇA

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <CRIANÇA>

1D. Em geral, a Sra. considera a saúde de <CRIANÇA>:

01. Excelente
 02. Muito Boa
 03. Boa
 04. Regular
 05. Ruim
 09. Não sabe

2D. <CRIANÇA> teve tosse desde <dia da semana> da semana passada?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

3D. <CRIANÇA> teve respiração difícil desde <dia da semana> da semana passada?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

Passe para a questão 8D

4D. Estava com canseira ou falta de ar?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

5D. Estava com o nariz entupido?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

6D. Estava com ronqueira ou catarro?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

7D. Teve febre?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

8D. <CRIANÇA> teve diarreia desde <dia da semana> de duas semanas atrás?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

Passa para a questão 17D

9D. A Sra. deu para <CRIANÇA> algo para tratar a diarreia?

01. Sim
 02. Não
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

Passa para a questão 17D

Passa para a questão 17D

Se SIM, o que a Sra. deu?

10D. Soro pacotinho

01. Sim 02. Não 08. Não se aplica 09. Não sabe

11D. Soro caseiro

01. Sim 02. Não 08. Não se aplica 09. Não sabe

12D. Soro farmácia

01. Sim 02. Não 08. Não se aplica 09. Não sabe

13D. Outra solução

01. Sim 02. Não 08. Não se aplica 09. Não sabe

14D. Água

01. Sim 02. Não 08. Não se aplica 09. Não sabe

15D. Chá

01. Sim 02. Não 08. Não se aplica 09. Não sabe

16D. Remédio

01. Sim 02. Não 08. Não se aplica 09. Não sabe

17D. Desde que <CRIANÇA> nasceu alguma vez teve diarreia com sangue?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

18D. <CRIANÇA> teve algum outro problema de saúde desde <dia da semana> de duas semanas atrás?

01. Sim
 02. Não
 09. Não sabe

Passa para a questão 22D

Caso tenha apresentado problema(s), nos diga qual(is) foi (foram)

19D. Problema 1

08. Não se aplica
 09. Não sabe

22F. Qual a sua relação de trabalho do chefe da família?

01. Trabalha por conta própria
 02. Assalariado ou empregado
 03. Dono da empresa-empregador
 04. Faz bico
 08. Não se aplica
 09. Não sabe

23F. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$

2ª pessoa R\$

3ª pessoa R\$

4ª pessoa R\$

5ª pessoa R\$

A família tem outra renda?

Renda total R\$

88. Não quis informar

99. Não sabe

Quantos itens abaixo a família possui? (assinale no quadrado)

24F. Televisão em cores

25F. Rádio

26F. Banheiro

27F. Automóvel

28F. Empregada

29F. Máquina de lavar

30F. Videocassete ou DVD

31F. Geladeira

32F. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

Quantidade de itens				
0	1	2	3	4 ou mais
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

33F. Grau de Instrução da pessoa com maior renda (circule a resposta)

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

Subteste Cognitivo

Regra de Aplicação: A criança deve obter o escore 1 no primeiro item do ponto de partida de alguma idade para seguir em frente. Se a criança obtiver o escore 0 no primeiro item, deve-se voltar ao ponto de partida da idade anterior e administra os itens desta idade.

Regra de Parada: Parar a administração quando a criança obtiver escore 0 em quatro itens consecutivos.

	Item	Materiais	Critério de escore e comentários	Escore
A	1. Olha atentamente para objeto 3 (colo)	Aro com barbante, bola, ou outro objeto pequeno	Tentativas: 1 Escore: Criança olha continuamente para objeto por, pelo menos, 3".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	2. Reconhece visualmente o cuidador (mãe) (supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança muda expressão, indicando reconhecimento quando o cuidador (mãe) interage com ela.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	3. Torna-se excitada em antecipação (supina)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança mostra excitação antecipatória, aumentando sua atividade motora.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	4. Olha atentamente para objeto por 5 (sentada com apoio)	Cubo ou outro objeto pequeno Cronômetro (5")	Tentativas: 1 Escore: Criança olha continuamente para objeto por, pelo menos, 5".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	5. Habitua-se à figura (balões) (sentada com apoio)	Livro de Estímulos (pág. 5) Cronômetro (30")	Tentativas: 1 Escore: Criança habitua-se dentro de 30", mostrando um decréscimo na atenção e interesse.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
6. Prefere nova figura (bola) (sentada com apoio)	Livro de Estímulos (pág. 7-9) Cronômetro (15" por página)	Tentativas: 1 Escore: Criança olha por mais tempo para a bola do que para os balões em ambas as apresentações.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
7. Presta atenção a ambientes novos (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança demonstra sensibilidade inicial ao ambiente novo (por exemplo, assusta-se, olha ao redor)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
B	8. Esforça-se persistentemente (sentada com apoio)	Cubo ou outro objeto pequeno	Tentativas: 1 Escore: Criança esforça-se persistentemente para obter objeto, mesmo que não consiga.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	9. Puxa o barbante adaptativamente para obter o aro (sentada com ou sem apoio)	Aro com barbante	Tentativas: 1 Escore: Criança pega o barbante, puxando-o propositalmente para obter o aro e, então, o segura.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	10. Retém dois cubos (sentada com ou sem apoio)	2 cubos	Tentativas: 1 Escore: Criança segura os dois cubos simultaneamente e os retém por, no mínimo, 3".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
C	11. Toca o sino propositalmente (sentada com ou sem apoio)	Sino	Tentativas: 1 Escore: Criança segura o sino pelo cabo e, propositalmente, o toca.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	12. Olha para as figuras do livro (sentada com ou sem apoio)	Livro de Estórias	Tentativas: 1 Escore: Criança olha uma ou mais figuras específicas, com interesse ou reconhecimento.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	13. Retém dois de três cubos (sentada com ou sem apoio)	3 cubos	Tentativas: 1 Escore: Criança segura os dois cubos primeiros cubos por, no mínimo, 3" após visualizar o terceiro cubo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

	14. Procura por objetos desaparecidos (sentada com ou sem apoio)	3 cubos Caneca com alça	Tentativas: 2 Escore: Criança olha dentro da caneca vazia para procurar os cubos.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	15. Tira os cubos da caneca (sentada com ou sem apoio)	3 cubos Caneca com alça Cronômetro (2')	Tentativas: 1 Escore: Criança retira os 3 cubos de dentro da caneca, individualmente ou despejando-os, dentro do limite de tempo de 2'.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
D	16. Caixa transparente: frente (sentada)	Caixa transparente Objeto pequeno Cronômetro (20")	Tentativas: 1 Escore: Criança recupera o objeto através da extremidade aberta da caixa dentro de 20".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	17. Aperta objeto (sentada)	Brinquedo de apertar	Tentativa: 1 Escore: Criança tenta apertar o brinquedo para produzir o som. O brinquedo não precisa chiar.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	18. Encontra objetos escondidos (invertido) (sentada)	Objeto pequeno 2 toalhinhas	Tentativas: 2 Escore: Criança encontra o objeto olhando primeiro sob a toalha correta quando ele estiver escondido tanto do lado direito, quanto do lado esquerdo (não necessariamente durante a mesma tentativa). Tentativa 1 <input type="checkbox"/> esquerdo <input type="checkbox"/> direito Tentativa 2 <input type="checkbox"/> esquerdo <input type="checkbox"/> direito	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
19 21	19. Tabuleiro de pinos: 2 orifícios (sentada)	Tabuleiro de pinos 6 pinos amarelos Cronômetro (70" por tentativa)	Tentativas: 3 Escore: Criança coloca pelo menos 1 pino duas ou mais vezes em um mesmo orifício ou em orifícios diferentes, ou coloca 2 ou mais pinos no Tabuleiro de Pinos dentro de 70". Tentativa 1 Tempo para completar (os 6 pinos): <input type="text"/> <input type="text"/> Tentativa 2 Tempo para completar (os 6 pinos): <input type="text"/> <input type="text"/> Tentativa 3 Tempo para completar (os 6 pinos): <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	20. Caixa transparente: lados (sentada)	Caixa transparente Objeto pequeno Cronômetro (20" por lado)	Tentativas: 1 Escore: Criança recupera o objeto através da extremidade aberta da caixa quando apresentada tanto do lado esquerdo, quanto do lado direito, durante os 20" permitidos por lado.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
19 21	21. Tabuleiro de pinos: 6 pinos	Tabuleiros de pinos 6 pinos amarelos Cronômetro (70")	Tentativas: 3 Escore: Criança coloca os 6 pinos no Tabuleiro de Pinos dentro de 70". Todos os 6 pinos devem estar no Tabuleiro ao mesmo tempo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
22 26	22. Tabuleiro azul: 4 peças (sentada)	Tabuleiro azul Conjunto de blocos azuis (4 redondos e 5 quadrados) Cronômetro (150")	Tentativas: 1 Escore: Criança coloca corretamente pelo menos 4 peças dentro de 150". Para estar corretamente colocada, a peça deve encaixar-se completamente no orifício. Tempo para completar <input type="text"/> <input type="text"/> Nº. de peças: <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	23. Completa tabuleiro de pinos: 25	Tabuleiro de pinos 6 pinos amarelos Cronômetro (25")	Tentativas: 1 Escore: Criança coloca os 6 pinos no Tabuleiro de Pinos dentro de 25". Todos os 6 pinos devem estar no Tabuleiro de Pinos ao mesmo tempo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	24. Emparelha figuras (sentada)	Livro de Estímulos (págs. 11-17)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, claramente olhando para) as figuras emparelhadas em, pelo menos, três páginas. <input type="checkbox"/> Avião <input type="checkbox"/> Triciclo <input type="checkbox"/> Arvore <input type="checkbox"/> Telefone	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	25. Jogo de representação (sentada)	Copos plásticos Colher, Boneca Toalhinhas Cubos Outros objetos de interesse	Tentativas: 1 Escore: Criança pega um objeto e finge que é outra coisa. Criança inicia brincadeira que não é uma imitação do exemplo dado pelo examinador.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

22 26	26. Tabuleiro azul: completo (75") (sentada)	Tabuleiro azul Conjunto de blocos azuis (4 redondas e 5 quadrados) Cronômetro (75")	Tentativas: 1 Escore: Criança coloca corretamente todas as nove peças dentro de 75". Para estar corretamente colocada, a peça deve encaixar-se completamente no orifício.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	27. Imita uma ação em dois passos (sentada)	Pato amarelo pequeno Colher	Tentativas: 3 Escore: Criança imita com sucesso os dois passos, fazendo o pato voar pelo ar.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	28. Emparelha 3 cores (sentada)	Livro de Estímulos (pág.19) Discos vermelho, amarelo, azul e verde	Tentativas: 1 Escore: Criança coloca os discos amarelo, azul e verde sobre o giz de cera colorido correspondente (ou próximo dele) no Livro de Estímulos ou aponta para os giz de cera correspondentes. <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Verde	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	29. Jogo imaginário (sentada)	Copos plásticos Colher Boneca Toalhinhas Bola maior Outros objetos de interesse	Tentativas: 1 Escore: Criança usa objetos imaginários em sua brincadeira.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	30. Conceito de agrupamento: cor (sentada)	Patos pequenos e grandes (azul e amarelo)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente os dois patos azuis.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	31. Conceito de agrupamento: tamanho (sentada)	Patos pequenos e grandes (vermelho e amarelo)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente os dois patos pequenos e os dois grandes.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	32. Compara massas (sentada)	2 patos grandes azuis	Tentativas: 2 Escore: Criança identifica corretamente o pato mais pesado quando colocado em ambos os lados - direito e esquerdo. Respostas corretas não precisam ocorrer na mesma tentativa.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	33. Emparelha tamanho (sentada)	Pato vermelho grande Pato azul grande Pato amarelo pequeno	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente o pato azul grande.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Escore Total (cog)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Comentários:

Subteste Comunicação Receptiva

Regra de Aplicação: A criança deve obter o escore 1 no primeiro item do ponto de partida de alguma idade para seguir em frente. Se a criança obtiver o escore 0 no primeiro item, deve-se voltar ao ponto de partida da idade anterior e administrar os itens desta idade.

Regra de Parada: Parar a administração quando a criança obtiver escore 0 em quatro itens consecutivos.

	Item	Materiais	Critério de escore e comentários	Escore
A	1. Acalma-se quando falam com ela (supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança acalma-se quando falam com ela.	<input type="checkbox"/> 1
	2. Reage a sons no ambiente (supina elevada)	Brinquedo de apertar	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança reage claramente ao som apresentando surpresa, virando a cabeça, mudando o nível de atividade, mudando expressão facial, ou vocalizando.	<input type="checkbox"/> 1
	3. Responde à voz humana (supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança claramente responde à voz humana surpreendendo-se, movendo os olhos, virando a cabeça, mudando o nível de atividade, mudando expressão facial, ou vocalizando.	<input type="checkbox"/> 1
B	4. Procura som virando a cabeça (supina elevada ou sentada)	Sino ou Chocalho	Tentativas: 2	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança propositalmente vira a cabeça na direção da fonte do som pelo menos uma vez.	<input type="checkbox"/> 1
	5. Discrimina sons (supina elevada ou sentada)	Papel e Chocalho	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança claramente responde ao som do chocalho surpreendendo-se, virando sua cabeça, aumentando o nível de atividade, mudando a expressão facial, ou vocalizando.	<input type="checkbox"/> 1
	6. Mantém jogo com objetos (supina elevada ou sentada)	Objetos de interesse Cronômetro (60")	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança interage com os objetos por pelo menos 60".	<input type="checkbox"/> 1
	7. Responde ao nome (supina elevada ou sentada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança vira a cabeça nas duas vezes em que seu nome é chamado, mas não responde ao nome desconhecido.	<input type="checkbox"/> 1
C	8. Interrompe atividade (supina elevada ou sentada)	Objeto de interesse	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança olha e para a brincadeira quando você a chama pelo nome.	<input type="checkbox"/> 1
	9. Reconhece 2 palavras familiares (supina elevada ou sentada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança responde diferentemente a, pelo menos, duas palavras familiares, mudando a expressão facial, vocalizando ou tentando imitar as palavras.	<input type="checkbox"/> 1
	10. Atende a jogo de rotina do outro (sentada)	Cronômetro (60")	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança mantém atenção e aprecia interação com você em um jogo por, pelo menos, 60". Criança não precisa participar ativamente no jogo.	<input type="checkbox"/> 1
	11. Responde a pedido para rotinas sociais (sentada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança responde de maneira apropriada a, pelo menos, uma solicitação.	<input type="checkbox"/> 1
D	12. Série identifica objetos: 1 correto (sentada)	Livro de Estória Copo plástico Colher Bola grande Boneca	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, olhando claramente, pegando, dando a você), pelo menos, um dos objetos. () Livro () Colher () Boneca () Copo () Bola	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

	13. Identifica objeto no ambiente (sentada)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, claramente olhando) o objeto que você nomeou.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	14. Compreende palavras inibitórias (sentada)	2 patos 6 cubos	Tentativas: 1 Escore: Criança dá uma pausa em resposta às palavras inibitórias durante o jogo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
12 15	15. Série identifica objetos: 3 corretos (sentada)	Livro de Estória Copo plástico Colher Bola grande Boneca	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, claramente olhando), pelo menos, três dos objetos. <input type="checkbox"/> Livro <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Boneca <input type="checkbox"/> Copo <input type="checkbox"/> Bola	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	16. Identifica 3 figuras (sentada)	Livro de Figuras (págs 1-5)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, claramente olhando), pelo menos, três das figuras dos itens do teste. <input type="checkbox"/> Biscoito <input type="checkbox"/> Sapato(s) <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Balão(ões) <input type="checkbox"/> Passarinho <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Gatinho <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Bola <input type="checkbox"/> Livro <input type="checkbox"/> Mamadeira <input type="checkbox"/> Maçã	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
17 20	17. Série identifica figura de ação: 1 correta (sentada)	Livro de Figuras (págs 6-9)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, claramente olhando), pelo menos, 1 figura. <input type="checkbox"/> Balançando <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Bebendo <input type="checkbox"/> Lavando <input type="checkbox"/> Andando bic. <input type="checkbox"/> Comendo <input type="checkbox"/> Lendo <input type="checkbox"/> Correndo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	18. Identifica 5 partes do corpo (sentada)	Boneca	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente, pelo menos, 5 partes do	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	19. Segue ordens de duas partes (sentada)	3 objetos de interesse	Tentativas: 1 Escore: Criança segue corretamente, pelo menos, uma das ordens de duas partes na íntegra.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
17 20	20. Série identifica figura de ação: 3 corretas (sentada)	Livro de Figuras (págs. 6-9)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, claramente olhando), pelo menos, 3 figuras. <input type="checkbox"/> Balançando <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Bebendo <input type="checkbox"/> Lavando <input type="checkbox"/> Andando bic. <input type="checkbox"/> Comendo <input type="checkbox"/> Lendo <input type="checkbox"/> Correndo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	21. Compreende a utilidade dos objetos (sentada)	Livro de Estímulos (pág 23)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando, claramente olhando), pelo menos, três das figuras. <input type="checkbox"/> Triciclo <input type="checkbox"/> Tesoura <input type="checkbox"/> Sapato <input type="checkbox"/> Panela <input type="checkbox"/> Giz de cera <input type="checkbox"/> Copo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	22. Compreende pronome (dele, para mim, meu, você, seu) (sentada)	Boneca 3 copos plásticos 3 colheres	Tentativas: 1 Escore: Criança responde corretamente às ordens, compreendendo pelo menos 3 diferentes pronomes. <input type="checkbox"/> Para ele <input type="checkbox"/> Para mim <input type="checkbox"/> Meu <input type="checkbox"/> Você <input type="checkbox"/> Seu	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	23. Compreende conceito de um (sentada)	Livro de Estímulos (pág. 25)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica a figura correta.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	24. Compreende pronome (eles, ela, ele) (sentada)	Livro de Estímulos (pág. 27-31)	Tentativas: 1 Escore: Criança identifica corretamente (apontando, tocando), pelo menos, duas das figuras. <input type="checkbox"/> Eles <input type="checkbox"/> Ela <input type="checkbox"/> Ele	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Escore Total (CR)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Subteste Comunicação Expressiva

Regra de Aplicação: A criança deve obter o escore 1 no primeiro item do ponto de partida de alguma idade para seguir em frente. Se a criança obtiver o escore 0 no primeiro item, deve-se voltar ao ponto de partida da idade anterior e administra os itens desta idade.

Regra de Parada: Parar a administração quando a criança obtiver escore 0 em quatro itens consecutivos.

	Item	Materiais	Critério de escore e comentários	Escore
A	1.Sorriso social (no colo ou supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança sorri em resposta à atenção do examinador.	<input type="checkbox"/> 1
B	2.Vocaliza humor (no colo ou supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança produz vocalizações que expressam pelo menos um humor.	<input type="checkbox"/> 1
	3.Sons nasais indiferenciados (no colo ou supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança produz vocalizações nasais (sons mmm, nnn).	<input type="checkbox"/> 1
	4.Vocalização ou sorriso social (no colo ou supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança vocaliza (pó exemplo, risos, assobios, gritos) ou risada em resposta à atenção do examinador.	<input type="checkbox"/> 1
	5.Dois sons vocálicos (no colo ou supina elevada)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança vocaliza pelo menos 2 sons vocálicos diferentes e distintos.	<input type="checkbox"/> 1
C	6.Busca atenção (sentada com apoio)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança tenta obter sua atenção ou de outros.	<input type="checkbox"/> 1
	7.Usa gestos (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança usa pelo menos um gesto para se fazer entender.	<input type="checkbox"/> 1
	8.Uma combinação consoante-vogal (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança imita pelo menos uma combinação repetitiva de consoante-vogal (por exemplo, baba ou dada).	<input type="checkbox"/> 1
	9.Participa em jogo familiar (sentada com apoio)	Objetos de interesse	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: participa ativamente em pelo menos um jogo familiar.	<input type="checkbox"/> 1
	10.Tagarela expressivamente (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança produz pelo menos uma vocalização que contém inflexões e é expressiva.	<input type="checkbox"/> 1
	11. Usa aproximações de uma palavra (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança produz pelo menos uma aproximação de palavra.	<input type="checkbox"/> 1
	12. Direciona a atenção do outro (sentada)	Objetos de interesse	Tentativas: 1	<input type="checkbox"/> 0
			Escore: Criança aponta ou mostra para você ou para o cuidador (mãe) pelo menos um objeto.	<input type="checkbox"/> 1

D	13. Imita palavra (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança imita pelo menos uma palavra, mesmo se a imitação consistir apenas de vogais.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	14. Inicia jogo de interação (sentada)	Objetos de interesse	Tentativas: 1 Escore: Criança inicia pelo menos uma interação para jogo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
15 19	15. Série nomeia figura: 1 figura (sentada)	Livro de Figuras (págs. 10-15)	Tentativas: 1 Escore: criança nomeia corretamente pelo menos uma figura <input type="checkbox"/> Biscoito <input type="checkbox"/> Mamadeira <input type="checkbox"/> Sapato (s) <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Passarinho <input type="checkbox"/> Balão (ões) <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Gatinho <input type="checkbox"/> Bola <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Maçã <input type="checkbox"/> Livro	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	16. Usa 8 palavras apropriadamente (não específica)	Objetos de interesse	Tentativas: 1 Escore: Criança usa pelo menos 8 palavras diferentes palavras apropriadamente.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	17. Imita sentença de duas palavras (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: imita uma sentença de duas ou de múltiplas palavras.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	18. Usa sentença de duas palavras (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança produz pelo menos uma sentença que inclua duas ou mais palavras, cada uma denotando um conceito diferente.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
15 19	19. Série nomeia figura: 5 figuras (sentada)	Livro de Figuras (págs. 10-15)	Tentativas: 1 Escore: Criança nomeia corretamente, pelo menos, cinco figuras. <input type="checkbox"/> Biscoito <input type="checkbox"/> Mamadeira <input type="checkbox"/> Sapato (s) <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Passarinho <input type="checkbox"/> Balão (ões) <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Gatinho <input type="checkbox"/> Bola <input type="checkbox"/> Colher <input type="checkbox"/> Maçã <input type="checkbox"/> Livro	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	20. Usa sentenças de múltiplas palavras (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança usa, pelo menos, duas sentenças de múltiplas palavras.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	21. Nomeia uma figura de ação (sentada)	Livro de Figuras (págs. 16-21)	Tentativas: 1 Escore: Criança nomeia corretamente a ação em pelo menos uma figura. <input type="checkbox"/> Comendo <input type="checkbox"/> Abraçando <input type="checkbox"/> Balançando <input type="checkbox"/> Jogando <input type="checkbox"/> Correndo <input type="checkbox"/> Limpando <input type="checkbox"/> Dormindo <input type="checkbox"/> Chutando bola <input type="checkbox"/> Lavando <input type="checkbox"/> Nadando <input type="checkbox"/> Balançando <input type="checkbox"/> Aspirando	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	22. Constrói sentença contingente (não específica)	Nenhum	Tentativas: 1 Escore: Criança produz pelo menos uma sentença contingente.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	23. Usa verbo + ndo (sentada)	Livro de Estímulos (pág. 35)	Tentativas: 1 Escore: Criança usa verbo com - ndo para descrever pelo menos uma das ações.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	24. Usa plural (sentada)	Livro de Estímulos (pág. 37)	Tentativas: 1 Escore: Criança usa corretamente a forma plural para nomear, pelo menos, 5 figuras. <input type="checkbox"/> Livros <input type="checkbox"/> Meias <input type="checkbox"/> Biscoitos <input type="checkbox"/> Sapatos <input type="checkbox"/> Cubos <input type="checkbox"/> Cavalos <input type="checkbox"/> Bebês	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Escore Total (CE)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Subteste Motor Fino

Regra de Aplicação: A criança deve obter o escore 1 no primeiro item do ponto de partida de alguma idade para seguir em frente. Se a criança obtiver o escore 0 no primeiro item, deve-se voltar ao ponto de partida da idade anterior e administra os itens desta idade.

Regra de Parada: Parar a administração quando a criança obtiver escore 0 em quatro itens consecutivos.

	Item	Materiais	Critério de escore e comentários	Escore
A	1. Olhos seguem pessoa se movendo (supina elevada)	Nenhum	Tentativa: 1 Escore: Criança segue com os olhos pessoa se movendo através da linha média, da esquerda para a direita.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	2. Olhos acompanham aro (horizontal) (supina)	Aro com barbante	Tentativa: 3 Escore: Criança acompanha o aro durante uma excursão completa.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	3. Tenta levar mão à boca (não especificada)	Nenhum	Tentativa: 1 Escore: Criança propositalmente tenta colocar sua mão na boca.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	4. Segura o aro (supina)	Aro com barbante	Tentativas: 1 Escore: Criança segura o aro por, no mínimo, 2".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	5. Olhos acompanham aro (circular) (supina)	Aro com barbante	Tentativas: 3 Escore: Criança segue com os olhos aro durante uma excursão completa (metades superior e inferior do círculo).	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
B	6. Agarra o aro suspenso (supina)	Aro com barbante	Tentativas: 2 Escore: Criança usa pelo menos uma mão para agarrar o aro por, no mínimo, 2".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	7 9	7. Série cubo: esforça-se para obter o cubo	Cubo	Tentativas: 2 Escore: Criança estende uma ou ambas as mãos para frente para obter o cubo. A criança não precisa agarrar o cubo.
8 11	8. Série bolinha de açúcar: agarra com mão inteira (sentada)	Bolinha de açúcar	Tentativas: 1 Escore: Criança usa a mão inteira para agarrar a bolinha.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
7 9	9. Série cubo: agarra com ponta dos dedos e polegar	Cubo	Tentativas: 2 Escore: Criança usa a ponta dos dedos e o polegar para agarrar o cubo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
C	10. Levanta caneca pela alça (sentada)	Caneca com alça	Tentativas: 1 Escore: Criança levanta a caneca pela alça usando uma mão.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	9 11	11. Série bolinha de açúcar: agarra com ponta dos dedos	Bolinha de açúcar	Tentativas: 1 Escore: Criança usa a ponta dos dedos e do polegar para agarrar a bolinha de açúcar.
12 18 19 26	12. Série preensão: palmar (sentada)	Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança pega o giz de cera usando uma preensão palmar enquanto rabisca o papel.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	13. Dedo indicador estendido (sentada)	Tabuleiro de pinos (sem os pinos)	Tentativas: 1 Escore: Criança estende o dedo indicador enquanto mantém os outros dedos curvados	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

D	14. Rabisca espontaneamente (sentada)	Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança espontânea e propositalmente rabisca no papel.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
15 20	15. Série empilhar cubos: 2 cubos (sentada)	12 cubos	Tentativas: 3 Escore: Criança empilha, no mínimo, 2 cubos em alguma tentativa. Número de cubos na torre mais alta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
16 22 23	16. Série imita traçado: aleatório (sentada)	2 giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança produz um traço em alguma direção.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	17. Coloca 10 bolinhas de açúcar no frasco em 60" (sentada)	12 bolinhas de açúcar Frasco sem tampa Cronômetro (60")	Tentativas: 1 Escore: Criança coloca 10 bolinha de açúcar no frasco em 60" ou menos, uma bolinha de cada vez.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
12 18 19 26	18. Série apreensão: transicional (sentada)	Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança pega o giz de cera usando os dedos em oposição parcial com o polegar e faz uma marca no papel.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
12 18 19 26	19. Série apreensão: intermediária (tripé) (sentada)	Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança pega o giz de cera usando um tripé estático (polegar e dois dedos) ou quatro dedos (polegar e três dedos) enquanto faz uma marca no papel.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
15 20	20. Série empilhar cubos: 6 cubos (sentada)	12 cubos	Tentativas: 3 Escore: Criança empilha, no mínimo, 6 cubos em alguma tentativa.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	21. Usa a mão para segurar o papel no lugar (sentada)	Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança segura o papel no lugar com uma das mãos, enquanto rabisca ou desenha com a outra.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
16 22 23	22. Série imita traçado: horizontal (sentada)	2 Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança produz um traço horizontal a aproximadamente 30º da linha horizontal que você fez.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
16 22 23	23. Série imita traçado: circular (circular)	2 Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança produz uma forma que se aproxima de uma curva.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	24. Enfia 3 contas (sentada)	Cadarço 3 contas	Tentativas: 1 Escore: Criança coloca, pelo menos, 3 contas no cadarço.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	25. Recorta papel (sentada)	2 cartões em branco (7,5 x 12,5 cm) Tesouras sem ponta	Tentativas 1 Escore: Criança faz dois cortes de pelo menos 2 cm de comprimento.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
12 18 19 26	26. Série apreensão: dinâmica (sentada)	Giz de cera Papel sulfite	Tentativas: 1 Escore: Criança pega o giz de cera usando uma apreensão madura, controlada, e dinâmica enquanto faz uma marca no papel.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	27. Constrói parede (sentada)	8 cubos	Tentativas: 1 Escore: Criança reproduz a parede.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Escore Total (CE)				<input type="text"/> <input type="text"/>

Subteste Motor Grosso

Regra de Aplicação: A criança deve obter o escore 1 no primeiro item do ponto de partida de alguma idade para seguir em frente. Se a criança obtiver o escore 0 no primeiro item, deve-se voltar ao ponto de partida da idade anterior e administra os itens desta idade.

Regra de Parada: Parar a administração quando a criança obtiver escore 0 em quatro itens consecutivos.

	Item	Materiais	Critério de escore e comentários	Escore
A <u>1</u> 2 5	1.Série controle de cabeça enquanto vertical: eleva a cabeça (apoiada no ombro)	Cronômetro	Escore: Criança intermitentemente levanta a cabeça do seu ombro sem suporte.	<input type="checkbox"/> 0
			Tempo em que mantém a cabeça erguida: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1
<u>1</u> 2 5	2.Série controle de cabeça enquanto vertical: 3" (apoiada no ombro)	Cronômetro	Escore: Criança intermitentemente levanta a cabeça do seu ombro sem suporte.	<input type="checkbox"/> 0
			Tempo em que mantém a cabeça erguida: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1
	3.Vira a cabeça para o lado (prona)	Objeto de interesse	Escore: Criança vira a cabeça de um lado para o outro, levantando a cabeça da superfície de apoio o suficiente para liberar o nariz. A criança deve ser capaz de virar a cabeça para os dois lados.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	4.Faz movimentos de engatinhar (prona)	Nenhum	Escore: Criança faz movimentos alternados de engatinhar com as pernas.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>1</u> 2 5	5.Série controle de cabeça enquanto vertical: 15" (apoiada no ombro)	Cronômetro (15")	Escore: Criança mantém cabeça ereta e constante por, pelo menos, 15" sem suporte.	<input type="checkbox"/> 0
				<input type="checkbox"/> 1
	6.Eleva tronco enquanto na posição prona: cotovelos e antebraços	Objeto de interesse	Escore: Criança eleva a cabeça e a parte superior do tronco (tórax), empurrando-se para cima com os cotovelos ou antebraços.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>7</u> 8	7.Série senta com suporte: brevemente (sentada)	Cronômetro	Escore: Criança tensiona os músculos em um esforço para manter-se na posição sentada.	<input type="checkbox"/> 0
			Tempo Sentada: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1
<u>B</u> 7 8	8.Série senta com suporte: 30" (sentada)	Cronômetro (30")	Escore: Criança senta com leve apoio por, pelo menos, 30".	<input type="checkbox"/> 0
				<input type="checkbox"/> 1
	9.Rola da posição de costas para o lado (supina)	Sino ou chocalho	Escore: Criança rola de costas para ambos os lados: direito e esquerdo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	10. Rola da posição de costas para a de bruços (supina)	Sino ou chocalho	Escore: Criança rola da posição de costas para a posição de bruços, rolando para qualquer lado.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	11.Senta sem apoio e segura objeto (sentada)	Objeto de interesse Cronômetro (60")	Escore: Criança senta sozinha por, pelo menos, 60" enquanto manipula um objeto.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	12. Rasteja sobre o estômago (prona)	Objeto de interesse	Escore: Criança usa os braços para mover-se para a frente sobre o estômago por aproximadamente 90 cm ou mais.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>C</u> 13 16	13. Série andar: com apoio (em pé)	Nenhum	Escore: Criança anda de maneira coordenada, alternando movimento de passos.	<input type="checkbox"/> 0
				<input type="checkbox"/> 1

	14. Senta-se com controle (em pé)	Nenhum	Escore: Criança propositalmente abaixa-se da posição em pé para a posição sentada, de maneira controlada.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	15. Fica em pé sozinha (em pé)	Nenhum	Escore: Criança fica em pé sozinha por, pelo menos, 3".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>D</u> <u>13</u> <u>16</u>	16. Série andar: sozinha com coordenação (em pé)	Nenhum	Escore: Criança dá pelo menos 5 passos de maneira independente, mostrando coordenação e equilíbrio.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	17. Agacha sem apoio (em pé)	Objeto de interesse	Escore: Criança move-se da posição em pé para a posição agachada e depois para em pé, mantendo o equilíbrio sem necessidade de apoio.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	18. Desce escada com ambos os pés em cada degrau, com apoio (em pé)	Escadas	Escore: Criança desce escada pelo menos três degraus, usando a parede ou o corrimão como apoio. Criança coloca ambos os pés em cada degrau antes de descer para o próximo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>19</u> <u>26</u>	19. Série equilibra-se sobre o pé esquerdo: com apoio (em pé)	Cronômetro	Escore: Criança equilibra-se sobre o pé esquerdo, enquanto você segura uma de suas mãos.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	20. Salta do degrau mais baixo (em pé)	Escadas	Escore: Criança pula para o chão.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	21. Chuta a bola (em pé)	Bola maior	Tentativas: 3 Escore: Criança mantém o equilíbrio enquanto chuta a bola para frente por, pelo menos, 30cm.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	22. Anda para a frente na linha (em pé)	Caminho reforçado	Escore: Criança anda com pelo menos um pé (direito ou esquerdo) sobre a linha por pelo menos 5 pés.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>22</u> <u>28</u>	23. Série sobe escadas: ambos os pés em cada degrau, sozinha (em pé)	Escadas	Escore: Criança sobe escada pelo menos três degraus sem apoio. Criança coloca ambos os pés em cada degrau antes de subir para o próximo.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	24. Salta para a frente 10cm (em pé)	Caminho reforçado	Tentativa: 3 Escore: Criança salta pelo menos 10cm em alguma tentativa.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	25. Equilibra-se sobre o pé direito por 2", sozinha (em pé)	Cronômetro	Escore: Criança equilibra-se sozinha sobre o pé direito por, pelo menos, 2".	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>19</u> <u>26</u>	26. Série equilibra-se sobre o pé esquerdo: 2", sozinha (em pé)	Cronômetro	Tentativas: 1 Escore: Criança equilibra-se sozinha por, pelo menos, 2"	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	27. Anda para trás próximo ao caminho (em pé)	Caminho reforçado	Escore: Criança anda para trás próximo à linha por, pelo menos, 5 passos.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
<u>23</u> <u>28</u>	28. Série sobe escadas: alternando os pés, sozinha (em pé)	Escadas	Escore: Criança sobe escadas sem usar a parede ou o corrimão como apoio, e alternando os pés em cada degrau.	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Escore Total (CE)				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANEXO L – NORMAS DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Instruções para Autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP. Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois modelos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações;

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 6000 palavras;

1.4 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

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

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

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

1.8 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre

instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); 2.0 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

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

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

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

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

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

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

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são: Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) – ClinicalTrials.gov - International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) - Netherlands Trial Register (NTR) - UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR) - WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

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

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

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

5. CONFLITO DE INTERESSES

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

6. COLABORADORES

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

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

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

8. REFERÊNCIAS

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

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

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

9. NOMENCLATURA

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

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

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

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

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

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

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

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

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

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

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

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

12. ENVIO DO ARTIGO

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

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

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo. 12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

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

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

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

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

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

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

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

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

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

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

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

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

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

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

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

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

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). 12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

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

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

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

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

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS. 13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.