

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ÂNGELA CRISTINA DORNELAS DA SILVA

ASSOCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E
DESNUTRIÇÃO INFANTIL: UM ESTUDO CASO-CONTROLE

MACEIÓ, ALAGOAS
2009

ÂNGELA CRISTINA DORNELAS DA SILVA

ASSOCIAÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E
DESNUTRIÇÃO INFANTIL: UM ESTUDO CASO-CONTROLE

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

MACEIÓ- ALAGOAS

2009

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

S586a Silva, Ângela Cristina Dornelas da.
Associação entre violência intrafamiliar e desnutrição infantil : um estudo caso-
controle / Ângela Cristina Dornelas da Silva, 2009.
69 f.

Orientador: Claudio Torres de Miranda.
Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal
de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2009.

Bibliografia: f. 45-51.
Anexos: f. 52-69.

1. Desnutrição – Criança. 2. Criança – Maus-tratos. 3. Violência doméstica.
4. Saúde mental. I. Título

CDU: 612.39:364.28



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Defesa da Dissertação de Mestrado da aluna Ângela Cristina Dornelas da Silva, intitulada: "Associação entre violência intrafamiliar e desnutrição infantil: um estudo caso -controle", orientada pelo Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 18 de junho de 2009.

Os membros da Banca Examinadora, consideraram a candidata APROVADA

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Telma Toledo Florêncio - (Titular)
Faculdade de Nutrição - FANUT/UFAL

Prof^a. Dr^a. Cristiane Silvestre de Paula - (Titular)
Universidade presbiteriana Mackenzie

Prof^a. Dr^a. Rozangela Maria de Almeida Wiszomirska - (Titular)
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL

Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda - (Orientador)
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL

DEDICO ESTE TRABALHO,

Ao meu filho Davi, fonte de inspiração para meu viver.

A minha mãe, Maria Celeste, exemplo de mulher guerreira e que sempre acreditou no meu potencial como ser humano e como profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus por minha vida e por levantar um exército em meu favor que possibilitou concluir esta jornada.

Ao meu orientador professor Dr. Cláudio Torres de Miranda por ter dedicado seu tempo ao meu crescimento profissional. Exemplo de competência, simplicidade, amizade e seriedade para a minha vida.

Aos professores do programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde por terem colaborado com a minha formação profissional através de seus ensinamentos.

A Luana Diógenes, gerente da Faculdade de Terapia Ocupacional da UNCISAL, por ter colaborado com a redução de minhas atividades docentes possibilitando que eu me dedicasse ao mestrado e a pesquisa.

Ao Pólo de Saúde da Família por ter financiado as viagens de outros profissionais parceiros nesta pesquisa.

A Faculdade de Medicina da UFAL por ter colaborado com o financiamento do treinamento para uso do protocolo da minha pesquisa.

A Cristiane S. de Paula, pesquisadora da UNIFESP, que permitiu o uso do protocolo de pesquisa traduzido por ela e por ter colaborado na elaboração do projeto de pesquisa.

A Rosimeire Nascimento, por ter disponibilizado seu tempo para dar o treinamento necessário para a realização da pesquisa de campo, com paciência e competência.

Aos meus alunos Cleyton Francisco Rêgo, Edyana de Almeida Urbano, Kézia Frias de Oliveira Pereira e Monique Carla da Silva, que me ajudaram na execução da pesquisa e na realização de meu sonho.

A Telma Toledo Florêncio, por ter apoiado este projeto e viabilizado sua execução no CREN – Maceió.

A todos os funcionários do CREN – Maceió que de diferentes formas ajudaram nesta pesquisa.

A todas as mães e suas crianças que participaram desta pesquisa.

Aos funcionários e dirigentes da Escola Denisson Menezes.

Aos amigos de turma Acácia, Ariana, Adalberto, Anderson, Benísio, Charles, Círia, Daniele, Gabriela, Juliana, Juliane, Luciano, Paula, Socorro e Yolanda, por termos compartilhado bons e maus momentos tornando esta caminhada menos árdua.

A Maria Quitéria Florentino por ter cuidado de meu Davi com carinho e dedicação durante “minhas ausências”.

A Nadja Cavalcante Barbosa, amiga de todas as horas que colaborou de várias formas para a efetivação desta pesquisa.

Aos meus irmãos amados, Jaqueline, Joelma, Josiane, Kíria e Júnior, que sempre torceram por mim.

A minha querida sogra, Ana Magna, que também fez o que pode para me ajudar nesta caminhada.

Ao meu querido Ricardo César, que sempre me fortaleceu com suas palavras e me ajudou de diversas formas.

“Ensina a criança no caminho em que deve andar, e ainda quando for velho não se desviará dele”

(Provérbios 22: 06)

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas

Lista de Tabelas

Resumo

Abstract

1- Introdução	14
2- Revisão de Literatura	16
2.1- Desnutrição Infantil.....	16
2.1.1- Conceituação, Causas e Conseqüências.....	16
2.1.2- Diagnóstico Nutricional.....	18
2.2- Violência.....	18
2.2.1- Violência Intrafamiliar.....	19
2.2.1.1- Violência contra a Criança.....	19
2.2.1.2- Violência contra a Mulher.....	22
2.3- Violência e Desnutrição.....	23
3- Objetivos	26
3.1- Objetivo Geral.....	26
3.2- Objetivos Específicos.....	26
4- Materiais e Métodos	27
4.1- Desenho do Estudo.....	27
4.2- Avaliação das Variáveis.....	27
4.2.1- Violência.....	27
4.2.2- Saúde Mental Materna.....	29
4.2.3- Variáveis Sócio-demográficas.....	29
4.2.4- Estado Nutricional.....	30
4.3- Local do Estudo.....	30
4.4- Amostra.....	31
4.5- Análise dos Dados.....	32
4.6- Aspectos Éticos.....	32
5- Resultados	33

6- Discussão.....	39
7- Conclusões.....	44
REFERÊNCIAS.....	45
ANEXOS.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS

AI- Altura para Idade

ABEP- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

CREN- Centro de Reabilitação e Educação Nutricional

DP- Desvio Padrão

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC- Intervalo de Confiança

NCHS- *National Center for Health Statistics*

OAB- Ordem dos Advogados do Brasil

OMS- Organização Mundial de Saúde

OR- Razão de Chances

P/A- Peso para Altura

P/I- Peso para Idade

PNDS- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher

SISVAN- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SRQ- *Self Reporting Questionnaire*

TMC- Transtorno Mental Comum

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund*)

WHO- *World Health Organization*

WorldSAFE- *World Studies of Abuse in the Family Environment*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sócio-demográficas de mães e crianças do grupo de desnutridos (casos) e do grupo de eutróficos (controles), Maceió, 2008.

Tabela 2- Taxas de violência psicológica contra a criança em casos e controles perpetrada pela mãe ou pelo marido ou companheiro nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

Tabela 3- Taxas de Punição física severa contra a criança perpetrada pela mãe ou pelo marido ou companheiro da mãe nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

Tabela 4- Punição física não grave contra a criança perpetrada pela mãe ou pelo marido ou companheiro da mãe nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

Tabela 5- Taxas de Violência severa contra a mulher perpetrada pelo marido ou companheiro nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

Tabela 6- Razão de chance (OR) da associação entre estado nutricional da criança e saúde mental materna e variáveis sócio-demográficas selecionadas, Maceió, 2008.

RESUMO

Estima-se que nos países em desenvolvimento, cerca de 30% da população de crianças menores de 5 anos de idade sofre de desnutrição. De acordo com a UNICEF as causas da desnutrição estão além do baixo consumo de alimentos e neste cenário a violência intrafamiliar tem sido citada como fator de risco para a desnutrição infantil. Com objetivo de verificar se existe associação entre violência intrafamiliar e a desnutrição moderada ou grave em crianças foi realizado um estudo caso-controle em uma comunidade da cidade de Maceió, Alagoas. Os casos foram 65 duplas de mãe - criança desnutrida (criança com desnutrição moderada ou grave, na faixa etária entre seis e sessenta meses de idade), atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) - Maceió, e os controles foram 64 duplas de mãe-criança eutrófica na mesma faixa etária dos casos e sem irmãos com desnutrição oriundos da mesma comunidade. Foi utilizado o questionário WorldSAFE Brasil versão 2007 para detectar violência contra mulher e contra criança e a avaliação antropométrica para detectar a desnutrição infantil. Os dados foram analisados através do teste do qui quadrado e do cálculo da razão de chances (OR) considerando o valor de $p \leq 0,05$ e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Os resultados demonstraram que tanto a violência física severa contra criança perpetrada pelos pais, como a violência física contra mulher perpetrada pelo marido ou companheiro dos últimos doze meses foram muito altas em ambos os grupos, sendo que alcançaram proporções mais altas entre o grupo dos casos, porém sem significância estatística. Para as crianças, a ameaça de abandono foi o tipo de violência com tendência a ser maior entre desnutridos. Para as mães, a ameaça com arma de fogo foi o tipo de violência com tendência a ser maior entre desnutridos. Dentre as variáveis sócio-demográficas estudadas a baixa escolaridade materna (OR=2,1, IC:1,0 – 4,2), baixa escolaridade paterna (OR=4,2, IC:1,8 – 9,8), maior número de filhos (OR=4,3, IC:1,9 - 10), maior número de residentes no domicílio (OR=2,8, IC: 1,3 – 5,9) e a baixa classe econômica (OR=3,4, IC:1,1 – 9,9) apresentaram associação com a desnutrição. O estudo concluiu que não houve associação entre violência intrafamiliar e desnutrição

crônica moderada ou grave e que outros tipos de estudo são necessários para compreensão mais aprofundada da relação entre desnutrição e violência.

Palavras-chave: 1. Desnutrição – Criança. 2. Criança – Maus-tratos. 3. Violência Doméstica. 4. Saúde Mental.

ABSTRACT

It is estimated that in developing countries, about 30% of the population of children under 5 years of age are malnourished. According to UNICEF the causes of malnutrition include other factors besides availability of food and family violence have been cited as a risk factor for child malnutrition. In order to check whether there is an association between violence and moderate or severe malnutrition in children it was conducted a case-control study in a community of the city of Maceió, Alagoas. Cases were 65 pairs of mother – malnourished child (children with moderate or severe malnutrition, aged between six and sixty months of age), attended at the Center for Nutritional Rehabilitation and Education (CREN) - Maceió, and controls were 64 pairs of mother- eutrophic child in the same age and without malnourished siblings. We used the questionnaire Brazilian version of the WorldSAFE to detect violence against women and against children and anthropometric evaluation to detect child malnutrition. Data were analyzed utilizing the chi square test and the odds ratio (OR). It was utilized the value of $p \leq 0.05$ and confidence interval of 95%. The results showed that both severe physical violence against children by parents, and as physical violence against women by the husband or partner in the last twelve months were very high in both groups. It was higher among cases, but without statistical significance. For children, the threat of abandonment was the type of violence higher among malnourished. For mothers, the threat with a firearm was the type of violence higher among malnourished. Among the socio-demographic variables low maternal schooling (OR = 2.1, CI: 1.0 - 4.2), low paternal schooling (OR = 4.2, CI: 1.8 - 9.8), number of children (OR = 4.3, CI: 1.9 - 10), greater number of residents in the home (OR = 2.8, CI: 1.3 - 5.9) and low economic class (OR = 3.4, CI: 1.1 - 9.9) were associated with malnutrition. The study concluded that there was no association between violence and moderate or severe chronic malnutrition and that other studies are needed for a better understanding of the relationship between child malnutrition and violence.

Keywords: 1. Child Malnutrition. 2. Child Abuse. 3. Domestic Violence. 4. Mental Health.

1- INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil é um agravo à saúde ligado, principalmente, a pobreza (MONTEIRO, 1995). Embora, nos últimos anos, tenham sido criados programas de combate a fome e a pobreza, a desnutrição infantil continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo, devido a sua magnitude e conseqüências desastrosas para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência das crianças (MONTE, 2000).

Onis *et al* (2004) estimaram que em países em desenvolvimento a prevalência de baixo peso entre crianças menores de 5 anos declinará de 30,2% em 1990 para 19,3% em 2015. No Brasil, o dado mais alarmante encontrado pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 2006 foi o registro de uma prevalência de 48,7% de crianças menores de 10 anos com nanismo na região norte (SISVAN, 2008).

Em Pernambuco, um estudo realizado por Laurentino *et al* (2006) encontrou uma prevalência de 12,1% de crianças menores de cinco anos de idade com déficit estatural. Em Maceió- Alagoas, um estudo realizado numa favela do “movimento dos sem teto” encontrou uma prevalência de 22,6% de crianças com risco nutricional na faixa etária entre 6 e 60 meses (FERREIRA *et al*, 2002).

Entretanto, os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da Mulher (PNDS) em 2006 mostraram que a desnutrição no Brasil teve uma redução significativa da prevalência em relação a 1996, passando de 13,5% para 6,8%. Em relação a desnutrição crônica, que se traduz pelo déficit de altura para a idade, a Região Norte apresentou a maior prevalência, cerca de 14,8%, entre as crianças até os cinco anos de idade. As Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram uma prevalência de 5,7%, a Região Sul 8,5% e a Região Centro-Oeste 5,6% (BRASIL, 2008).

Apesar da significativa redução da prevalência da desnutrição no Brasil, algumas localidades apresentam taxas mais elevadas do que outras. Em

Alagoas, na sétima região administrativa de Maceió, foi encontrada uma prevalência de 8,62% de crianças menores de cinco anos com desnutrição crônica moderada ou grave (RIOS, 2009).

O fato da desnutrição estar ligada a pobreza não significa dizer que ela apenas é fruto do baixo consumo de alimentos. A inadequação da dieta, a insegurança alimentar, a inadequação dos cuidados ofertados pela mãe e a ineficiência dos serviços de saúde são fatores de risco que concorrem para comprometer o estado nutricional de crianças (UNICEF, 1998).

Neste sentido, a situação psicossocial em que a criança e sua família se encontram passa a influenciar a nutrição infantil. Dentro deste enfoque a saúde mental materna é vista como fator relacionado a condição nutricional da criança. Alterações na saúde mental materna comprometem a interação mãe-criança podendo levar a falhas nos cuidados ofertados a criança e conseqüentemente à desnutrição infantil (MIRANDA *et al*, 2000; DAY *et al*, 2003; CARVALHAES; BENÍCIO, 2006).

Por outro lado, a violência doméstica também vem sendo apontada como fator de risco para a desnutrição. Hasselmann e Reichenhein (2006), numa pesquisa realizada em hospitais pediátricos no Rio de Janeiro, encontraram associação entre violência intrafamiliar e desnutrição aguda severa em crianças.

Portanto, surgiu o interesse em investigar a hipótese da existência de uma associação entre a desnutrição crônica e a violência contra a criança e contra a mãe no ambiente doméstico.

2- REVISÃO DE LITERATURA

2.1- DESNUTRIÇÃO INFANTIL

2.1.1- Conceituação, Causas e Consequências

A desnutrição é considerada um problema de saúde pública porque está intimamente relacionada à morbidade e à mortalidade na infância. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) a doença é frequentemente consequência tanto da má nutrição como do resultado de outras doenças. Nesta perspectiva, em 1995 a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que mais da metade das mortes de crianças em países em desenvolvimento estavam associadas com a desnutrição (UNICEF, 1998).

Por conceito, desnutrido é o indivíduo cujo organismo manifesta sinais clínicos provenientes da inadequação quantitativa (energia) ou qualitativa (nutrientes) da dieta ou decorrentes de doenças que determinem o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos (MONTEIRO, 1995). A ingestão de uma dieta que seja inadequada de maneira qualitativa e/ou quantitativa é a causa da desnutrição primária, enquanto que a desnutrição secundária ocorre quando o indivíduo tem acesso ao alimento, mas não o aproveita por causa de outras doenças como anorexia e deficiência de absorção (FERREIRA, 2000).

Na criança, o termo desnutrição é sinônimo de falha no crescimento. As crianças desnutridas são mais baixas e/ou mais emagrecidas do que crianças sem desnutrição na mesma faixa etária (UNICEF, 1998). O comprometimento do índice altura por idade, o chamado nanismo (*stunting*), indica que a desnutrição é crônica. O déficit de peso por altura, chamado emaciamento (*wasting*), indica que o comprometimento do estado nutricional é recente caracterizando a desnutrição aguda (WHO, 1986)

A baixa estatura é o resultado de longos períodos de redução no consumo alimentar e representa o efeito cumulativo do estresse nutricional sobre o crescimento esquelético (COUTINHO *et al*, 2008; UNICEF, 1998).

Monte (2000) refere que existe uma relação entre baixa estatura e retardo mental em crianças pequenas destacando que mesmo que a criança consiga recuperar seu grau de retardo de crescimento físico, os efeitos prejudiciais sobre o desenvolvimento mental podem ser mais duradouros.

Florêncio *et al* (2008) demonstraram a existência da relação entre baixa estatura e baixa produtividade em estudo realizado com trabalhadores cortadores de cana-de-açúcar, evidenciando a importância de uma boa nutrição na infância como fator determinante para a capacidade de trabalho de pessoas adultas.

Por outro lado, o emagrecimento secundário à desnutrição parece ser o resultado da alimentação inadequada em quantidade e qualidade e uma alta incidência de doenças diarreicas. Entretanto, com o controle da infecção e a disponibilização dos alimentos adequados, há uma rápida recuperação do peso (MONTE, 2000).

Portanto, para o UNICEF (1998) elementos sociais, políticos, econômicos, culturais e psicológicos estão envolvidos com a desnutrição. Neste sentido a OMS preconiza o uso do esquema “alimento-saúde-cuidados” como instrumento analítico da interação dos vários determinantes da desnutrição nos diferentes níveis da sociedade (WHO, 2000). Nesta concepção, a desnutrição passa a ser o resultado da dieta inadequada, falta de segurança alimentar, cuidados inadequados da mãe e serviços de saúde deficientes (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002).

Neste contexto, várias condições podem ser citadas como fatores de risco para a desnutrição infantil: a baixa escolaridade materna (MARTINS *et al*, 2007), número de pessoas morando no domicílio (GUIMARÃES *et al*, 1999), presença de companheiro, renda familiar (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002), transtorno emocional na mãe (MIRANDA *et al*, 1996; RAHMAN *et al*, 2004) e violência doméstica (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006), dentre outras.

2.1.2- Diagnóstico Nutricional

Para diagnosticar a desnutrição é necessária a avaliação do estado nutricional que consiste em um procedimento que mede as condições nutricionais do organismo determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção dos nutrientes. Assim, o estado nutricional é entendido como balanço resultante entre a ingestão e as perdas de nutrientes (CARRAZZA; DELGADO, 2003).

A avaliação antropométrica é um método bastante utilizado para obter informações acerca do estado nutricional de indivíduos ou grupos populacionais, em razão de sua sensibilidade, facilidade na aplicação e baixo custo. A antropometria nutricional utiliza mensurações do corpo humano, sendo as variáveis sexo, idade, peso e altura as mais utilizadas, uma vez que a combinação dessas variáveis fornecem os índices antropométricos. Os três índices mais importantes utilizados na avaliação são: peso para idade (P/I), peso para altura (P/A) e altura para idade (A/I) (FERREIRA, 2000).

Todavia, para a interpretação das medidas antropométricas se faz necessário o uso de padrões de referência de crescimento e pontos de corte definidos para assim identificar eutróficos e desnutridos em diferentes graus. Conforme a OMS, ao considerar os índices antropométricos, os pontos de corte para a classificação do estado nutricional são: menor que -3 DP caracteriza a desnutrição grave, entre -2 e -3 DP caracteriza a desnutrição moderada e entre -1 e -2 DP caracteriza a desnutrição leve (MONTE, 2000).

2.2- VIOLÊNCIA

Os eventos violentos se referem a conflitos de autoridade, a luta pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por uso de costumes ou por aparatos legais da sociedade (MINAYO, 2006)

Consoante a OMS, a violência é definida como “uso intencional da força física ou poder, ameaça ou real, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que isto resulte em ou tem uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação” (WHO, 2002). Assim sendo, a OMS propôs uma classificação para a violência considerando o tipo de violência e a natureza do ato violento.

Quanto ao tipo, a violência é classificada dentro de três categorias de acordo com as características de quem as comete. A Violência auto-infligida inclui o suicídio e atentados suicidas e o auto-abuso (auto-mutilação). A Violência interpessoal subdivide-se em duas categorias: a violência familiar e contra parceiro íntimo e violência comunitária. A Violência coletiva, ao contrário das demais, é cometida por grupos de indivíduos ou Estados e incluem os atos terroristas e as guerras dentre outras formas de violência.

Quanto a Natureza do ato a violência se classifica em violência física, violência sexual, violência psicológica e privação ou negligência.

2.2.1- Violência Intrafamiliar

A violência intrafamiliar é entendida por toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. O ato violento pode ser cometido dentro e fora de casa por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui pessoas que estão exercendo função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (DAY *et al*, 2003).

2.2.1.1- Violência Contra a Criança

Este tipo de violência, também denominado de abuso infantil, “deve ser entendido, na sua forma mais ampla, como toda a ação praticada ou omitida por indivíduos, instituição ou pelo Estado/sociedade e que resulte em alterações, as

quais venham a privar a criança de sua liberdade e de seus direitos, prejudicando seu desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social” (PEREIRA *et al*, 1999).

Para Assis e Minayo (2003) essa forma de violência pode ser definida como todo ato ou omissão cometido por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, moral, sexual e/ou psicológico à vítima.

A violência contra a criança se manifesta sob diferentes formas: maus-tratos físicos ou abusos físicos, abuso sexual, abuso psicológico e a negligência.

O abuso físico é definido como “o uso da força física de forma intencional, não acidental, ou atos de omissão intencionais, não acidentais, praticados com o objetivo de ferir ou destruir a criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes” (FERREIRA; MARQUES, 2001). O agressor é visto como uma pessoa que tem um potencial agressivo reprimido e que sob algumas circunstâncias como desajuste social, uso de álcool ou condição de pobreza, o manifesta (ASSIS; MINAYO, 2003).

O abuso psicológico ou emocional é caracterizado quando há dano ao psiquismo da criança. É evidenciado quando atos ou omissões por parte do adulto cuidador levam a perturbação do desenvolvimento afetivo, intelectual e social da criança. O mesmo, apresenta-se como forma de agressão verbal, reduzindo o funcionamento social da criança com utilização de expressões como: cala a boca seu burro! Você não serve pra nada (PEREIRA *et al*, 1999).

Este tipo de violência também se manifesta por rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, utilização da criança como objeto para atender a necessidades psicológicas de adultos, cobranças e punições exageradas (FERREIRA; MARQUES, 2001).

O abuso sexual é caracterizado quando há uma situação em que uma criança é usada para gratificação sexual de um agressor que esteja em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que ela, baseado em uma relação de poder. Inclui manipulação da genitália, mama ou ânus, exploração sexual,

exibicionismo, bem como o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem violência (FERREIRA; MARQUES, 2001).

Forte (2001) ressalta que a maior parte dos abusos sexuais em crianças é praticada por membros da família. As vítimas são, geralmente, meninas com idade entre quatro e doze anos.

A **negligência** pode ser entendida como falha na proteção da criança a qualquer espécie de dano. Inclui necessidades de alimentação, segurança física e emocional, dentre outros aspectos importantes dos cuidados necessários à criança (SANTORO JUNIOR, 2003).

Neste contexto, a literatura aponta vários motivos pelos quais as crianças são mal tratadas. Dubowitz e Bennett (2007) referem que existe uma interação entre vários fatores de risco e destacam a incapacidade na criança e a depressão em um dos pais como fatores que predispõem a criança para o mau trato.

Forte (2001) relaciona várias condições que podem promover a violência contra a criança: situações de estresse como problemas conjugais, problemas de ordem econômica, desemprego e alcoolismo, dificuldades dos adultos em assumir cuidados para com as crianças, não aceitação por parte dos pais da forma como as crianças desempenham suas tarefas. Ressalta ainda que o uso da força contra criança pode ser o reflexo da crença que ela sirva como instrumento de modelar comportamentos.

Em estudo qualitativo realizado com 29 pais para investigar o porquê da utilização do castigo físico como medida de disciplinamento das crianças, surgiu como justificativa a dificuldade de educar e dominar a criança para levá-la com segurança ao futuro, a raiva e o estresse nos pais (RIBEIRO *et al*, 2007).

Em relação às conseqüências da violência para a vida da criança, a OMS (WHO, 2002) relata que pode haver prejuízos de ordem física, como fraturas, lesão cerebral e incapacidade; de ordem sexual e reprodutiva, como doenças sexualmente transmissíveis e disfunção sexual; de ordem psicológica e

comportamental, como uso de drogas, depressão, ansiedade, desordens alimentares e do sono, e conseqüências na saúde em longo prazo como câncer, fibromialgia e doença isquêmica do coração, dentre outras.

2.2.1.2- Violência Contra a Mulher

De acordo com a Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1993, violência contra a mulher é “qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha possibilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres, incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público quanto na vida privada” (WHO, 1997).

A violência contra a mulher praticada por marido ou companheiro também é denominada violência por parceiro íntimo masculino. A violência por parceiro íntimo se refere a qualquer comportamento dentro de uma relação íntima que causa danos físico, psicológico ou sexual a um dos parceiros. Tal comportamento inclui: a violência física - tapa, soco, chute, espancamento, ameaçar ou usar arma de fogo; a violência psicológica - intimidação, constante depreciação e humilhação; coerção sexual; comportamentos de controle – isolamento forçado da mulher em relação a sua família e amigos, monitorização dos seus movimentos, e restrição de seu acesso à informação ou assistência (WHO, 2002; BORDIN; PAULA, 1999).

As mulheres podem ser vítimas de uma forma específica de violência ou pode haver sobreposição dos tipos citados anteriormente. Day *et al* (2003) ressaltam que os maus tratos ou espancamento da esposa são quase sempre acompanhados de violência psicológica e de 25 a 50% de sexo forçado também. Um estudo de prevalência conduzido por Schraiber *et al* (2007) demonstrou que 17,2% das mulheres da cidade de São Paulo e 20,2% das mulheres da Zona da Mata de Pernambuco já sofreram violência psicológica, física e sexual associadas.

Em relação aos fatores de risco, estudos revelam que o uso de drogas pelo companheiro, condição socioeconômica baixa, violência prévia na família, baixa

escolaridade e idade menor que 25 anos estão associados às diversas formas de violência contra as mulheres (MARINHEIRO *et al*, 2006; REICHENHEIM *et al*, 2006).

Sobre os efeitos da violência para a vida da mulher vítima de seu parceiro, a OMS (WHO, 2002) destaca que as conseqüências podem ser imediatas ou em longo prazo, e cita algumas das conseqüências já comprovadas através de estudos: suicídio, homicídio, incapacidades, fraturas, fibromialgia, desordens gastrintestinais, desordens ginecológicas, complicações na gravidez, abortamento espontâneo, depressão, ansiedade e consumo de álcool e drogas, dentre outras. A anemia e baixo peso em mulheres na Índia, também foram associadas à violência doméstica (ACKERSON; SUBRAMANIAN, 2008).

Além dos efeitos diretos para a vida da vítima, a violência contra a mulher pode afetar a saúde das crianças e outros membros da família que assistem as agressões (REICHENHEIN *et al*, 1999)

2.3- VIOLÊNCIA E DESNUTRIÇÃO

O reconhecimento da inadequação do cuidado infantil como uma das três vertentes determinantes da desnutrição levou a um novo enfoque nos estudos e manejo da desnutrição infantil. Os fatores que influenciam a capacidade materna de cuidar, com destaque no contexto familiar, passaram a ser alvo de investigação na busca de uma melhor compreensão de como enfrentar o problema da desnutrição (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002).

Segundo o UNICEF (1998), discriminação e violência contra as mulheres são importantes causas da desnutrição infantil. Isto porque as mulheres são as principais fornecedoras de alimentação durante os períodos cruciais do desenvolvimento da criança, logo, quando sofrem discriminação e violência, o acesso à educação e ao emprego é prejudicado e conseqüentemente a provisão de uma alimentação adequada para a criança fica comprometida.

Nesta perspectiva, Ackerson e Subramanian (2008) sugerem que a exposição à violência doméstica é um fator psicossocial que pode estar associado à anemia e baixo peso em mulheres e em suas crianças. O estresse psicológico gerado na mulher que sofre violência e na criança que testemunha as agressões ou que também sofre violência pode causar desinteresse pela alimentação levando a um estado de má nutrição.

Neste sentido, a saúde mental parece ser o elo entre a violência doméstica e a desnutrição infantil. Este efeito cascata que a violência doméstica pode provocar na família culminando com o comprometimento do estado nutricional é entendido a partir dos estudos que relacionam violência e saúde mental, e nos estudos que relacionam saúde mental e desnutrição infantil. Para esta compreensão serão citados alguns estudos.

Adeodato *et al* (2005) realizaram um estudo no Ceará, que demonstrou que 61% de mulheres vítimas de violência por seus parceiros apresentavam quadro sugestivo de depressão moderada ou grave. Em estudo de base populacional realizado na Zona da Mata de Pernambuco e na Cidade de São Paulo, Ludermir *et al* (2008) encontraram associação entre violência contra mulher e transtorno emocional comum (TMC). Um estudo conduzido na Índia demonstrou que a violência contra a mulher aumenta o risco para a saúde mental pobre (KUMAR *et al*, 2005)

Por outro lado, Carvalhaes e Benício (2002), a partir de um estudo caso-controle para identificar associação entre fatores determinantes da capacidade materna de cuidar e a desnutrição infantil, constataram que mulheres com sintomas depressivos apresentavam uma maior tendência a ter um filho com desnutrição. Em outro estudo caso-controle, Miranda *et al* (1996) detectaram associação entre transtorno emocional na mãe e desnutrição crônica em crianças de até dois anos de idade.

Um estudo de coorte realizado no Paquistão acompanhou mulheres do período gestacional até seus filhos completarem 12 meses e mostrou que a depressão pré e pós-natal aumentava o risco relativo para a baixa estatura em 4,4

vezes no sexto mês de vida e em 2,5 vezes no décimo segundo mês. A pesquisa concluiu que a depressão materna, nestes períodos, é preditora de retardo no crescimento e aumenta o risco de episódios de diarreia na população infantil (RAHMAN *et al*, 2004).

Reichenhein *et al* (1999) referem que existe uma associação entre violência doméstica contra a gestante e o nascimento de crianças com baixo peso, situação favorável ao desenvolvimento de quadros crônicos de desnutrição na infância.

Pesquisando diretamente a interação entre violência e desnutrição, Hansselmann e Reichenhein (2006) realizaram um estudo em seis hospitais de atendimento pediátrico do setor público no município do Rio de Janeiro e encontraram associação entre desnutrição aguda severa na infância e agressão física severa entre a mãe e seu companheiro. O fato de haver violência física severa entre cônjuges aumentava em 3,4 vezes o risco de o filho ter desnutrição aguda severa.

Entretanto, não foram encontrados na literatura estudos que demonstrassem associação entre a violência doméstica e a desnutrição crônica moderada ou grave na infância.

3- OBJETIVOS

3.1- Objetivo Geral

Verificar se existe associação entre violência intrafamiliar e a desnutrição moderada ou grave em crianças.

3.2- Objetivos Específicos

- Verificar as taxas de violência contra mulheres e contra crianças desnutridas assistidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) de Maceió- AL.
- Investigar as formas de violência intrafamiliar mais freqüentes em famílias de desnutridos e eutróficos.
- Avaliar a associação entre violência e características sócio-econômicas e demográficas em desnutridos e eutróficos.

4- MATERIAIS E MÉTODOS

4.1- Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo caso-controle realizado entre janeiro e junho de 2008, em um bairro de baixa renda na cidade de Maceió. Casos foram 65 duplas mãe - criança com desnutrição moderada ou grave, na faixa etária entre seis meses e cinco anos de idade. Controles foram 64 duplas mãe - criança eutrófica sem irmãos desnutridos na mesma faixa etária dos casos.

Os casos foram duplas formadas com crianças em tratamento no CREN e os controles foram obtidos em dois locais: na Escola Denisson Menezes (VIDE ABAIXO), onde foram entrevistadas as mães de crianças na faixa etária de dois a cinco anos, e no CREN, onde foram entrevistadas as mães de crianças eutróficas com idade abaixo de 2 anos, que compareceram a triagem para identificação de casos a serem tratados e foram diagnosticadas como eutróficas.

Na escola Denisson Menezes foi realizado um mutirão pela equipe do CREN para a busca ativa de casos, sendo as crianças identificadas como eutróficas incluídas como controles, desde que as mães concordassem em participar do estudo.

As mães de ambos os grupos foram entrevistadas através do questionário WorldSAFE Brasil - versão 2007 (anexo 1), após terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2). O estado nutricional das crianças foi avaliado por técnicos do CREN.

4.2- Avaliação das Variáveis

4.2.1- Violência

Para fins desta pesquisa, foi estudada a violência física contra a mulher por parceiro íntimo assim como a violência física e psicológica contra a criança perpetrada pelos pais.

Para detectar violência foi utilizado o questionário WorldSAFE (*World Studies of Abuse in the Family Environment*) na versão brasileira 2007. O questionário foi desenvolvido para o projeto de colaboração internacional WorldSAFE que aconteceu no Chile, Egito, Índia e Filipinas com o objetivo de utilizar um protocolo comum para comparar os resultados entre países. As perguntas foram extraídas do “Parental-Child Conflict Tactics Scale”. O protocolo foi traduzido para o português e retro traduzido e testado em estudo piloto antes de sua aplicação (BORDIN *et al*, 2006).

O WorldSAFE em sua versão “core”, utilizada neste trabalho, inclui questões sobre a saúde da criança, os tipos de violência psicológica e física cometidas pelos pais contra a criança, a violência física contra a mulher e o histórico de uso de drogas pela mulher e seu companheiro (protocolo no anexo 1).

Os tipos de violência psicológica contra a criança pesquisados foram: ameaçar ir embora ou abandonar a criança; ameaçar chamar fantasmas, espíritos do mal ou pessoas ruins para pegar a criança; xingar com palavrão; ameaçar expulsar de casa ou mandar embora; trancar para fora de casa; chamar de coisas ruins como burro, idiota, desgraçado, estúpido, ou dizer que a criança não serve para nada e recusar-se a falar com a criança.

Os tipos de violência física severa contra a criança pesquisados foram: sacudir ou chacoalhar criança com idade \leq a 2 anos; bater na bunda com algum objeto; bater em outra parte do corpo com algum objeto; chutar; esganar colocando as mãos em volta do pescoço; sufocar com as mãos ou travesseiro; queimar com fogo, cigarro, água quente ou objeto quente; ameaçar com faca ou revólver e surrar a criança.

Os tipos de violência física não grave contra a criança pesquisados foram: sacudir ou chacoalhar criança com idade \geq a 3 anos; puxar a orelha; dar um “croque” na cabeça; puxar cabelo; dar palmada na bunda; beliscar e dar tapa na cara.

Os tipos de violência severa praticados contra a mulher estudados foram: chutar; socar; espancar e usar ou ameaçar usar arma de fogo.

4.2.2- Saúde Mental Materna

Para investigar a saúde mental das mães foi utilizada a versão brasileira do “Self Reporting Questionnaire” (SRQ- 20), instrumento recomendado pela OMS. O SRQ é composto por 20 perguntas a respeito da saúde física e mental, com respostas sim ou não. Neste estudo foi considerado o ponto de corte 7/8 para identificação de casos prováveis de transtornos mentais comuns (TMC) (MARI; WILLIAMS, 1986; WHO, 1994).

4.2.3- Variáveis Sócio-demográficas

- **Classe Econômica:** Para identificar a classe econômica das famílias foi utilizado o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O critério foi desenvolvido para identificar a classe econômica de pessoas e famílias urbanas por meio do poder de compra e não tem a pretensão de classificar a população em classes sociais. A classificação é feita através da pontuação atribuída à quantidade de certos aparelhos domésticos e automóveis que a família possui, somada a pontuação atribuída ao grau de escolaridade do chefe da família (ABEP, 2003). As classes econômicas de acordo com a pontuação são: A (25 a 34 pontos), B (17 a 24 pontos), C (11 a 16 pontos), D (6 a 10 pontos) e E (0 a 5 pontos).
- **Escolaridade da mãe e escolaridade do pai:** foi considerada baixa escolaridade quando o indivíduo tinha concluído até a quarta série do ensino fundamental. Este ponto de corte foi definido porque até um tempo atrás era o tempo de escolaridade obrigatório por lei e muitas pessoas continuam interrompendo os estudos neste ponto.
- **Idade da mãe:** foi considerada a idade declarada pela mãe. O grupo de mães mais jovens e o grupo de mães mais velhas tiveram como divisor a idade de

25 anos, pois a literatura aponta as mulheres até 25 anos com maior vulnerabilidade à violência doméstica (REICHENHEIN *et al*, 2006).

- Situação conjugal da mãe: foi considerada mulher com companheiro aquela que teve algum companheiro morando no mesmo domicílio nos últimos doze meses.
- Sexo da criança: foi identificado de acordo com o declarado pela mãe.
- Idade da criança: foi considerada a idade declarada pela mãe
- Número de filhos: foram considerados os filhos residentes no domicílio com até 17 anos de idade.
- Número de residentes no domicílio: foram considerados todos os residentes no domicílio com ou sem parentesco.

4.2.4- Estado Nutricional

O estado nutricional foi definido a partir da Antropometria realizada pelos técnicos do CREN- Maceió, utilizando os índices peso para idade, peso para altura e altura para idade, comparados ao padrão de referência proposto pelo “National Center for Health Statistics” (NCHS), utilizando-se o programa Epi Info. Para seleção de casos foi utilizado o critério altura para idade considerando 2 DP (desnutrição moderada) ou 3 DP (desnutrição grave) abaixo da normalidade por ser o índice que identifica a desnutrição crônica (FERREIRA, 2000).

4.3- Local do Estudo

A cidade de Maceió tem 896.965 habitantes, dos quais 58,37% vivem na pobreza (IBGE, 2009). Ela é dividida em sete regiões administrativas. A 7ª Região Administrativa é a segunda região de maior miserabilidade da capital (MACEIÓ,

2001) e tem uma prevalência de 8,62% de desnutrição moderada ou grave em crianças menores de 6 anos (RIOS, 2009).

O estudo foi realizado no CREN - Maceió e na Escola Denisson Menezes, ambos localizados no Conjunto Habitacional Denisson Menezes, no bairro Tabuleiro dos Martins que faz parte da 7ª região administrativa. O bairro Tabuleiro dos Martins também foi citado como o mais violento da cidade, juntamente ao bairro Benedito Bentes, no primeiro quadrimestre de 2008 de acordo com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB, 2008).

O Conjunto Habitacional Denisson Menezes surgiu a partir da antiga favela Cidade de Lona. É constituído de casas de alvenaria e parte de suas ruas são pavimentadas. Próximo a ele encontram-se o Campus da Universidade Federal de Alagoas e parte do sistema penitenciário do Estado.

O CREN é uma instituição sem fins lucrativos, mantida por uma organização não governamental denominada NUTRIR (Associação de Combate a Desnutrição). Tem como objetivo combater a desnutrição primária em crianças com até 6 anos de idade, oferecendo atendimento global e integrado a criança e sua família (FLORÊNCIO, 2003). Os desnutridos moderados e graves participam do semi-internato, no qual passam o dia e recebem assistência à saúde e assistência educacional. Os desnutridos leves são acompanhados ambulatorialmente.

A Escola Denisson Menezes faz parte da rede municipal de ensino e oferece educação infantil para crianças a partir dos dois anos de idade e ensino fundamental.

4.4- Amostra

Foram elegíveis como casos o universo de crianças atendidas no CREN-Maceió com suas respectivas mães ou substitutas no período de Fevereiro a junho de 2008. Das crianças internadas no CREN-Maceió no período da pesquisa de campo três não participaram do estudo. Uma mãe não pode comparecer a

entrevista por motivo de trabalho, uma criança não tinha mãe ou substituta morando no domicílio e uma mãe se recusou a participar da pesquisa.

Foram elegíveis como controles as 64 primeiras duplas cujas crianças eram eutróficas sem irmãos desnutridos identificadas a partir do procedimento de triagem realizado no CREN ou através da avaliação antropométrica realizada nos alunos da Escola Denisson Menezes por técnicos do CREN.

O cálculo da amostra partiu da suposição de que a taxa de violência em famílias de baixa renda com crianças é de 10%, assumindo o erro alfa de 5% e o erro beta de 20%, numa proporção de um caso para um controle, calculando-se assim, o tamanho da amostra necessária para identificar uma diferença tal que a ocorrência de violência nas famílias dos casos seja quatro vezes maior do que a ocorrência nas famílias dos controles. A amostra determinada foi de 67 casos e 67 controles, utilizando-se o Epi Info versão 3.5.1

4.5- Análise dos Dados

Foi efetuada uma comparação dos vários tipos de violência contra mulher e contra criança entre casos e controles, assim como a comparação de variáveis sócio-demográficas entre casos e controles através do cálculo da razão de chances e do qui quadrado. O pacote estatístico utilizado foi o SPSS 15.0 for Windows.

4.6- Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o processo de nº 000228/2007-25 e aprovado na reunião do dia 20/08/2007 (anexo 3).

As mães do grupo dos casos e as mães do grupo controle foram entrevistadas após terem lido, concordado e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. Os termos foram lidos pelos entrevistadores para as mães que declaravam ser analfabetas.

5-RESULTADOS

Este estudo contou com a participação de 129 duplas, mãe-criança, sendo 65 casos e 64 controles. A média de idade das mães foi de 29,8 anos ($\pm 8,4$ DP), enquanto que a idade média das crianças foi de 3,7 anos ($\pm 1,3$ DP). Em relação ao gênero das crianças, 56,6% da amostra total era do sexo masculino.

Tabela 1- Características sócio-demográficas de mães e crianças do grupo de desnutridos (casos) e do grupo de eutróficos (controles), Maceió, 2008.

		DESNUTRIDOS		EUTRÓFICOS		P
		N=65		N=64		
		N	%	N	%	
Idade da mãe	15 a 25 anos	25	38,5	23	36	0,77
	26 a 54 anos	40	61,5	41	64	
Escolaridade da mãe	Até 4 anos de estudo	42	64,6	30	46,9	0,04
	> 4 anos de estudo	23	35,4	34	53,1	
Situação conjugal no último ano	Teve companheiro	52	80	53	82,9	0,68
	Não teve companheiro	13	20	11	17,1	
Idade da criança	1 ano	6	9,2	3	4,7	0,26
	2 anos	12	18,4	6	9,3	
	3 anos	13	20	10	15,6	
	4 anos	12	18,4	19	29,7	
	5 anos	22	34	26	40,7	
Sexo da criança	Feminino	26	40	30	46,9	0,43
	Masculino	39	60	34	53,1	
Classe econômica	C	5	7,7	14	21,9	0,04
	D	47	72,3	43	67,2	
	E	13	20	7	10,9	

A tabela 1 mostra algumas características sócio-demográficas de casos e controles. Existe um percentual maior de desnutridos na classe E (20%) em relação aos eutróficos (10,9%) e um maior percentual de eutróficos na classe C (21,9%) em

comparação com os desnutridos (7,7%), com uma diferença estatisticamente significativa da variável classe econômica ($p= 0,04$). A baixa escolaridade materna também alcançou significância estatística tendo um maior percentual entre os desnutridos (64,6%) em relação aos eutróficos (46,9%) ($p= 0,04$).

Tabela 2- Taxas de violência psicológica contra a criança em casos e controles perpetrada pela mãe ou pelo marido ou companheiro nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

TIPO DE VIOLÊNCIA	DESNUTRIDOS		EUTRÓFICOS		P
	N=65		N=64		
	N	%	N	%	
Ameaçou ir embora ou abandoná-la	24	37,5	17	26,6	0,18
Ameaçou chamar fantasmas, espíritos do mal ou pessoas ruins para pegá-la	11	16,9	14	21,9	0,48
Xingou com palavrão	22	33,8	21	32,8	0,90
Ameaçou expulsá-la de casa ou mandá-la embora	5	7,7	4	6,3	0,76
Trancou-o para fora de casa	3	4,6	2	3,1	0,66
Chamou-a de coisas ruins como burro, idiota, desgraçado, estúpido, ou disse que ele não servia para nada	14	21,5	16	25,0	0,64
Recusou-se a falar com ela	12	18,5	12	18,8	0,96
Pelo menos uma violência psicológica	42	64,6	42	65,6	0,95

A tabela 2 mostra os tipos de violência psicológica praticados pelos pais contra a criança. Observa-se a porcentagem alta deste tipo de violência tanto nas famílias de desnutridos como nas famílias de eutróficos. Dentre os tipos pesquisados, ameaçar ir embora ou abandonar a criança apresenta um percentual maior entre os desnutridos (37,5%) em relação aos eutróficos (26,6%), porém sem alcançar significância estatística ($p= 0,18$).

Tabela 3- Taxas de Punição física severa contra a criança perpetrada pela mãe ou pelo marido ou companheiro da mãe nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

TIPO DE VIOLÊNCIA	DESNUTRIDOS		EUTRÓFICOS		P
	N=65		N=64		
	N	%	N	%	
Sacudiu/ chacoalhou criança com idade ≤ a 2 anos	3	4,6	3	4,7	0,33
Bateu na bunda com algum objeto	7	10,9	9	14,1	0,59
Bateu em outra parte do corpo com algum objeto	19	29,2	18	28,1	0,89
Chutou	2	3,1	2	3,1	0,99
Esganou colocando as mãos em volta do pescoço	1	1,5	2	3,1	0,55
Sufocou com as mãos ou travesseiro	1	1,5	1	1,6	0,99
Queimou com fogo, cigarro, água quente ou objeto quente	1	1,5	0	0	0,32
Ameaçou com faca ou revólver	0	0	0	0	-
Surrou	3	4,6	4	6,3	0,68
Pelo menos uma violência física severa	25	39,1	24	37,5	0,86

A Tabela 3 apresenta os tipos de violência física severa praticados contra a criança. Em ambos os grupos a freqüência da ocorrência de pelo menos um episódio de alguma violência física severa foi muito alta, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles ($p= 86$). Bater em outra parte do corpo que não fosse às nádegas com algum objeto foi o tipo mais freqüente nos dois grupos (29,2% entre desnutridos e 28,1% entre eutróficos) seguido de bater nas nádegas com algum objeto (10,9% entre desnutridos e 14,1% entre os eutróficos).

Tabela 4- Punição física não grave contra a criança perpetrada pela mãe ou pelo marido ou companheiro da mãe nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

TIPO DE VIOLÊNCIA	DESNUTRIDOS		EUTRÓFICOS		P
	N=65		N=64		
	N	%	N	%	
Sacudiu/ chacoalhou criança com idade \geq a 3 anos	14	21,5	14	21,8	0,62
Puxou orelha	16	24,6	22	34,4	0,22
Deu um “croque” na cabeça	13	20,0	15	23,4	0,64
Puxou cabelo	11	16,9	10	15,6	0,84
Palmada na bunda	34	52,3	39	60,9	0,32
Beliscou	16	24,6	19	29,7	0,52
Deu tapa na cara	3	4,6	3	4,8	0,97
Pelo menos uma violência física não grave	47	72,3	53	82,8	0,15

A tabela 4 apresenta a violência física não grave praticada contra a criança. Em termos proporcionais, as crianças eutróficas sofreram mais este tipo de violência, sem ocorrer significância estatística. O tipo mais freqüentemente encontrado em ambos os grupos foi dar palmada nas nádegas (52,3% entre desnutridos e 60,9% entre eutróficos), mas sem significância estatística ($p= 0,32$). Em seguida, beliscar foi mais freqüente (24,6% entre desnutridos e 29,7% entre eutróficos), não havendo diferença estatística entre grupos ($p=0,52$).

Tabela 5- Taxas de Violência severa contra a mulher perpetrada pelo marido ou companheiro nos últimos doze meses, Maceió, 2008.

TIPO DE VIOLÊNCIA	DESNUTRIDOS N=52		EUTRÓFICOS N=53		Valor de p
	N	%	N	%	
Chutou	3	4,6	4	6,3	0,68
Soco	6	9,2	5	7,8	0,77

Espancar	2	3,1	1	1,6	0,57
Usar ou ameaçar usar arma de fogo	9	13,8	4	6,3	0,15
Pelo menos uma violência	12	18,5	10	15,6	0,67

A tabela 5 não incluiu as mulheres que não tiveram marido ou companheiro nos últimos doze meses. Demonstra os tipos de violência física severa praticada pelo marido ou companheiro contra a mulher. Nas mães de desnutridos a percentagem de vitimização por alguma violência foi de 18,5%, enquanto que nas mães de eutróficos foi 15,6% ($p=0,67$). Usar ou ameaçar usar arma de fogo foi o tipo de violência mais frequentemente cometido contra as mães de crianças desnutridas (13,8%) em relação às mães de crianças eutróficas (6,3%), entretanto sem alcançar diferença estatística entre os grupos ($p= 0,15$). Os episódios de socar também foram mais freqüentes entre as mães de desnutridos (9,2%) quando comparados aos grupos de eutróficos (7,8%), porém sem alcançar diferença estatística ($p= 0,77$).

Tabela 6- Razão de chance (OR) da associação entre estado nutricional da criança e saúde mental materna e variáveis sócio-demográficas selecionadas, Maceió, 2008.

		Desnutridos N= 65	Eutróficos N=64	OR	IC 95%
Transtorno Mental Comum	Sim	34	35	0,9	(0,4 – 1,8)
	Não	31	29		
Escolaridade da Mãe	≤ 4	42	30	2,1	(1,0 – 4,2)
	>4	23	34		
Escolaridade do Marido ou Companheiro	≤ 4	41	25	4,2	(1,8 – 9,8)
	>4	11	28		
N de filhos	>3	29	10	4,3	(1,9 – 10)
	≤ 3	36	54		
N Residentes no Domicílio	>4	48	32	2,8	(1,3 – 5,9)
	≤ 4	17	32		
Classe Econômica	D+E	60	50	3,4	(1,1 – 9,9)
	C	5	14		

A tabela 6 mostra a razão de chance de associação entre o estado nutricional da criança com TMC na mãe e variáveis sociodemográficas selecionadas. O TMC materno não se associou ao estado nutricional da criança (OR= 0,9; IC: 95%= 0,4 - 1,8). A baixa escolaridade materna e do marido ou companheiro, o número de filhos, o número de residentes no domicílio e a classe econômica se apresentaram como variáveis que se associam significativamente à condição de desnutrição na infância.

6- DISCUSSÃO

Neste estudo foram encontradas altas percentagens de violência doméstica tanto direcionada para a mãe quanto para a criança, em casos e em controles. Em um estudo caso-controle, desenvolvido por Gianini (1999), em que casos foram vítimas de agressão física atendidas em um serviço público de saúde, observou-se que as pessoas pertencentes ao estrato socioeconômico mais baixo apresentaram um risco maior de sofrer agressão física em relação às pessoas de estratos superiores. Isto está de acordo com os resultados da presente pesquisa, na qual a maioria da amostra pertence às classes econômicas D e E. Convém ressaltar que o estudo citado não foi restrito apenas à violência intrafamiliar.

Os percentuais obtidos sobre violência física severa contra a mulher foram 18,5% para os casos e 15,5% para os controles, enquanto que em um outro estudo de prevalência de violência contra mulher por parceiro íntimo realizado em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal (Maceió não foi pesquisada), apenas em 4 capitais os percentuais foram iguais ou superiores aos aqui encontrados. O maior percentual foi 22% em Belém e o menor foi 8,2% em Florianópolis. A prevalência média das cidades estudadas foi de 12,9% (REICHENHEIM *et al*, 2006). É importante salientar que a pesquisa mencionada incluía todas as classes sócio-econômicas, enquanto que esta incluiu apenas representantes das classes C, D e E.

Colaborando com o que foi exposto, um estudo de base populacional realizado em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco abordando episódios de violência física contra a companheira, detectou uma prevalência de 8,3% e 12,9%, respectivamente, de pelo menos um episódio de agressão no último ano (SCHRAIBER *et al*, 2007), sendo estes resultados inferiores aos deste estudo. Vale

a mesma ressalva de tratar-se de amostra populacional que inclui todas as classes sociais.

Em relação aos tipos específicos de violência contra as mães, a ameaça com arma de fogo apresentou tendência a ser maior entre desnutridos, com um percentual de 13,8% entre casos e 6,3% entre controles ($p= 0,15$). O estudo de Schraiber *et al* encontrou taxas menores para este tipo de violência: 1,3% na região metropolitana de São Paulo e 3,5% na Zona da Mata de Pernambuco.

Pela importância da ameaça com arma de fogo como manifestação extrema de violência e para controlar o efeito da sua possível interação com o nível social, procurou-se avaliar sua associação com a desnutrição na classe D por ser aquela com maior representatividade neste estudo. Observou-se que 87,5% das mães da classe social D que sofreram ameaça com arma de fogo eram mães de desnutridos ($p= 0,06$).

A violência física contra as crianças também foi muito frequente nos dois grupos quando comparada ao estudo realizado em Embu, região metropolitana de São Paulo, no qual foi utilizado o mesmo questionário para coleta de dados. Enquanto neste estudo o percentual de crianças que sofreram algum tipo de punição física severa foi de 39,1% entre os casos e 37,5% entre os controles, no de Embu foi encontrada uma prevalência de 10,1%. (BORDIN *et al*, 2006).

Dentre as formas de violência psicológica contra a criança, a ameaça de abandono chama a atenção por apresentar uma tendência a ser maior entre desnutridos, com um percentual de 37,5% para os casos e 26,6% para os controles ($p= 0,18$). Os resultados obtidos podem ser considerados altos quando comparados com os dados obtidos através da pesquisa WorldSAFE (WHO, 2002) na qual obteve-se incidências de até 20% no Chile, Egito e Índia.

Apesar das altas percentagens observadas, não foram encontradas associações entre os tipos de violência familiar e desnutrição infantil crônica. Em estudo de base populacional realizado na Índia, nos anos de 1998 e 1999, Ackerson e Subramanian (2008) encontraram apenas indícios para a relação entre violência

doméstica e desnutrição crônica na infância (OR= 1,14; IC: 0,99 - 1,31), mas encontraram significância estatística na associação entre violência contra mulher praticada pelo parceiro íntimo e anemia severa e baixo peso, em mulheres.

O estudo de Hansselmann e Reichenhein (2006) conduzido no rio de janeiro encontrou associação entre desnutrição aguda severa e violência física severa entre cônjuges.

Por outro lado, as variáveis sócio-demográficas estudadas se associaram a desnutrição crônica. Existe uma associação entre a baixa escolaridade materna (OR= 2,1; IC: 95%= 1,0 – 4,2) e a baixa escolaridade do marido ou companheiro (OR= 4,2; IC: 95%= 1,8 – 9,8) com a desnutrição da criança. O trabalho desenvolvido por Olinto *et al* (1993) demonstrou que o risco para a desnutrição aumentou em torno de quatro vezes com a baixa escolaridade materna e em torno de cinco vezes com a baixa escolaridade paterna. Já em estudo mais recente conduzido por Martins *et al* (2007) em população pauperizada de São Paulo a baixa escolaridade materna se mostrou como fator de risco para a desnutrição crônica não ocorrendo o mesmo com a baixa escolaridade paterna.

Sobre o assunto, o UNICEF (2007) refere que o nível educacional das mães está diretamente relacionado com a saúde e educação dos filhos. Demonstra que um dos efeitos do baixo nível educacional da mãe é torná-la mais susceptível a sofrer violência doméstica o que ameaça sua saúde física e emocional, levando-a a posição de subordinação ao companheiro e causando insegurança econômica dentro dos lares. Ressalta que é necessário fornecer educação e viabilizar o empoderamento das mulheres para que elas tenham maior poder de decisão em seus lares, destacando que isto tem efeito positivo no estado nutricional das crianças.

O número de filhos assim como o número de residentes no domicílio também se apresentou como fator associado com a desnutrição. Em estudo caso-controle em escolas públicas do interior paulista, Guimarães *et al* (1999) identificaram que o fato das famílias terem seis ou mais moradores no mesmo domicílio se constituía em fator de risco para a baixa estatura e quando a família era composta de 3 ou

mais irmãos o risco aumentava ainda mais. Carvalhaes *et al* (2005) encontraram associação entre a desnutrição e o número de crianças (≥ 4) morando no mesmo domicílio.

Embora tenha sido utilizado o critério de classificação econômica e não outra forma de identificação da classe social sabe-se que o poder de compra da família está relacionado à renda mensal da mesma. Neste sentido, o presente estudo está de acordo com os achados dos estudos conduzidos por Carvalhaes *et al* (2005) e Guimarães *et al* (1999) que encontraram associação entre a desnutrição e a baixa renda familiar.

O fato das variáveis sócio-demográficas se associarem a condição de desnutrição na infância corrobora a idéia de que a desnutrição primária ainda é uma doença ligada à pobreza em toda sua dimensão. Campino (1986) demonstrou a associação entre os aspectos sócio-econômicos e a desnutrição no Brasil relatando que os chefes de família com baixa escolaridade desempenham ocupações cujas rendas não são suficientes para a provisão de uma boa alimentação para a família e que a baixa escolaridade possibilita que a mãe adote práticas em relação a nutrição e saúde de seus filhos com base em crenças que geralmente estão incorretas.

A saúde mental materna foi incluída como um dos componentes de investigação por ser apontada na literatura como uma variável que interage tanto com a violência contra mulher quanto com a desnutrição infantil. Ludermir *et al* (2008) em estudo de base populacional encontraram uma prevalência de transtornos mentais de 49% entre as mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de violência pelo parceiro íntimo, enquanto que na população não exposta a violência a prevalência foi de 19,6% ($p= 0,0001$). Contrariamente aos resultados obtidos por Miranda *et al* (1996) e o estudo de coorte conduzido por Rahman *et al* (2004) no Paquistão que encontraram associação entre transtorno mental na mãe e desnutrição infantil, o presente estudo não encontrou associação entre a desnutrição crônica da criança e a saúde mental da mãe.

Os achados obtidos neste estudo, que não apontam para uma associação entre a desnutrição infantil e a violência intrafamiliar, podem se dever ao fato de que

o bairro onde o estudo foi realizado é um dos mais violentos de Maceió, cuja região metropolitana está entre as áreas mais violentas do país (WAISELFISZ, 2008). Isto tornaria difícil a distinção nos dois grupos em termos de comportamento violento.

Dentre as limitações da pesquisa estão aquelas inerentes aos estudos caso-controle. Uma outra limitação é que constatou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação a classe econômica ($p=0,04$).

Os resultados obtidos não podem ser extrapolados para a população em geral, pois não é fruto de uma amostra representativa da população. Entretanto, serão úteis para a elaboração de políticas públicas para melhorar a qualidade de vida dos moradores da região estudada e para planejar ações em comunidades com perfil sócio-demográfico semelhante ao da população do estudo.

7- CONCLUSÕES

Este trabalho é o primeiro estudo brasileiro abordando os temas desnutrição crônica na infância e violência intrafamiliar buscando uma associação entre eles.

Neste estudo não houve diferença significativa nos níveis de violência contra a criança e contra a mulher comparando as famílias de desnutridos e de eutróficos. Assim, os resultados dele não sugerem a existência de associação entre violência e desnutrição.

É possível que pesquisas que incluam um componente qualitativo possam dar uma maior contribuição para se compreender a relação entre violência intrafamiliar e desnutrição infantil.

As variáveis sócio-demográficas selecionadas são fatores importantes associados à desnutrição infantil, sendo necessário levá-los em conta quando do planejamento de políticas e planos de intervenção.

As taxas de violência contra a mulher e contra a criança foram muito altas tanto em casos como em controles, o que demonstra que a violência doméstica é um fenômeno bastante prevalente na população estudada, constituindo-se em fator a ser considerado no planejamento de ações para este grupo social.

REFERÊNCIAS

ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.) *Critério de classificação econômica Brasil*. São Paulo:ABEP, 2003. Disponível em: <http://www.abep.org>. Acesso em: 20 mar. 2007.

ACKERSON, L. K.; SUBRAMANIAN, S. V. Domestic violence and chronic malnutrition among women and children in India. *Am J Epidemiol*. v. 167, n. 10. p 1188 – 1196, mar 2008.

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*, v. 39, n.1, p. 108 – 113, 2005.

ASSIS, S. G.; MINAYO, M. C. S. Violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes: velho problema com novas faces - Violência. In: WAKSMAN, R. D.; GIKAS, R. M. C. *Segurança na infância e adolescência* (Série atualizações pediátricas). São Paulo: Atheneu, 2003. Cap 12. p 137 – 145.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S.; NASCIMENTO, R.; DUARTE, C. S. Severe physical punishment and health problems in economically disadvantaged population of children and adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 28, n. 4, p 290 – 296, 2006.

BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. *Steering Committee of the World Studies of Abuse in Family Environments – WorldSAFE*. Versão brasileira, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - Relatório. Brasília, DF. 2008. 583p.

CAMPINO, A.C.C. Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil. *Rev. Saúde Públ*, São Paulo, v. 20, p 83-101, 1986.

CARRAZZA, F.R.; DELGADO, A. F. Avaliação do estado nutricional. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. *Pediatria básica: pediatria clínica geral*. Tomo II, 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p 321- 324.

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

CARVALHAES, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H. Malnutrition in the second year of life and psychosocial care: a case-control study in an urban area of Southeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p 2311-2318, nov 2006.

CARVALHAES, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H.; BARROS, A. J. D. Social support and infant malnutrition: a case-control study in an urban area of Southeastern Brazil. *British Journal of Nutrition*, v. 94, p 383-389, 2005.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 2, p 332- 340, 2008.

DAY; TELLES; ZORATTO; AZAMBUJA; MACHADO; SILVEIRA; DEBIAGGI; REIS; CARDOSO; BLANK. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. v. 25, supl. 1, abr 2003.

DUBOWITZ, Howard; BENNETT, Susan. Physical abuse and neglect of children. *Lancet*, v. 369, n. 2, jun 2007.

FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Violência. In: COUTINHO, M. F. G.; BARROS, R. R. *Adolescência: uma abordagem prática*. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 19. p 251- 261.

FERREIRA, H. S.; ASSUNÇÃO, M. L.; VASCONCELOS, V. S; MELO, F. P.; OLIVEIRA, C. G.; SANTOS, T. O. Saúde de populações marginalizadas:

desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do “movimento dos sem teto”, Maceió, Alagoas. *Rev Bras Saúde Matern Infant*, v. 2, n. 2, p 177-185, maio-ago, 2002.

FERREIRA, Haroldo da Silva. *Desnutrição: Magnitude, significado social e possibilidade de prevenção*. Maceió: EdUFAL, 2000. 218 p.

FLORÊNCIO, T. T. *Projeto de Implantação do Centro de Recuperação e Educação Nutricional de Maceió- AL*. Nutrir- Associação de Combate à Desnutrição. Maceió, 2003.

FLORÊNCIO, T. T.; FERREIRA, H. S.; CAVALCANTE, J. C.; ASSUNÇÃO, M. L.; SAWAYA, A. L. Short stature and food habits as determining factors for the low productivity of sugarcane labourers in the State of Alagoas, north-eastern Brazil. *ALAN*, v. 58, n. 1, p 33 - 39, mar 2008.

FORTE, M. J. P. Violência doméstica. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. Cap. 35. p 393- 396.

GIANINI, R. J.; LITVOC, J.; ELUF NETO, J. Agressão física e classe social. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p 180-186, abr 1999.

GUIMARÃES, L. V; LATORRE, M. R. D. O; BARROS, M. B. A. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. *Cad saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p 605 – 615, jul-set 1999.

HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, v. 20, p 299–311, 2006.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *Cidades*. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 29/05/2009.

KUMAR, S.; JEYASEELAN, L.; SURESH, S.; AHUJA, R. C. Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *British Journal of Psychiatry*, v. 187, p 62 – 67, 2005.

LAURENTINO, G. E.; ARRUDA, I. K; RAPOSO, M. C; BATISTA-FILHO, M. Déficit estatural em crianças em idade escolar e em menores de cinco anos: uma análise comparativa. *Rev Nutri*, v. 19, p 157- 167, 2006.

LUDERMIR, A. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L; FRANÇA-JUNIOR, I; JANSEN, H. A. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, v. 66, p 1008 -1018, 2008.

MACEIÓ, Prefeitura Municipal. *Perfil geográfico e sócio econômico da região administrativa 07*. Maceió, 2001

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo, BR. *J Psychiatric*, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARINHEIRO, A. L. V; VIEIRA, E. M; SOUZA, L. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. 4, p 604- 610, 2006.

MARTINS, I. S; MARINHO, S. P; OLIVEIRA, D. C; ARAÚJO, E. A. C. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p 1553- 1565, 2007.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde* (coleção temas em saúde). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p.

MIRANDA, C. T.; TURECKI, G.; MARI, J. J.; ANDREOLI, S. B.; MARCOLIN, M. A.; GOIHMAN, S.; PUCCINI, R. F.; STROM, B. L.; BERLIN, J. A. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*, v. 25, p 128-133, 1996.

MIRANDA, C.T.; PAULA, C. S.; SANTOS, L.; NOBREGA, L. J.; HUNDEIDE, K.; ORLEY, J. Association between mother-child interaction and mental health among mothers of malnourished children. *Journal Tropical Pediatrics*, v. 46, Oct 2000.

MONTE, CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*, vol 76, supl 3, p 285-297, 2000.

MONTEIRO, Carlos A. A dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. *Estudos Avançados*, v. 9, n. 24, p 195- 207, 1995.

OAB (Ordem dos Advogados do Brasil). Comissão de Defesa dos Direitos Humanos da OAB/AL- Movimento Nacional de Direitos Humanos. *Homicídios praticados contra a população Alagoana- Relatório quadrimestral (janeiro, fevereiro, março, abril)*. Maceió, 2008.

OLINTO, M. T. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; TOMASI, E. Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado. *Cad. Saúde Públ*, Rio de Janeiro, v. 9, sup. 1, p 14-27, 1993.

ONIS, M.; BLÖSSNER, M.; BORGHI, E.; FRONGILLO, E. A.; MORRIS, R. Estimates of Global Prevalence of Childhood Underweight in 1990 and 2015. *JAMA*. v. 291, p 2600- 2606, 2004.

PEREIRA, S. R.; SILVA, C. V.; CAMPOS, Z. A. N. A criança e a família: uma abordagem sobre o abuso infantil. In: CHAUD, M. N.; HARADA, M. J. C. S; PETERLINI, M. A. S. (Org.). *O cotidiano na prática de Enfermagem Pediátrica*. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1999, Cap. 29, p 203-212.

RAHMAN, A.; IQBAL, Z.; BUNN, J.; LOVEL, H.; HARRINGTON, R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness. *Arch Gen Psychiatry*, v. 61, p 946 -952, 2004.

REICHENHEIM, M.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & saúde coletiva*, v. 4, n. 1. 1999.

REICHENHEIM, M.; MORAES, C. L.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M. H.; SOUZA, E. R.; LOZANA, J. A.; FIGUEIREDO, V. Magnitude da violência entre parceiros íntimos no Brasil: retratos de 15 capitais e Distrito Federal. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p 425- 437, fev 2006.

RIBEIRO, E. M.; ECKERT, E. R.; SOUZA, A. I. J.; SILVA, A. M. F. Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. *Acta Paul Enferm*, v. 20, n. 3, p. 377- 383, 2007.

RIOS, Katia B. S. *Prevalência de desnutrição infantil e sua associação com o estado nutricional materno e fatores sócio-ambientais*. Maceió, 2009. Dissertação [Mestrado em Nutrição]. Faculdade de Nutrição- Universidade Federal de Alagoas.

SANTORO JÚNIOR, M. Violência e maus-tratos contra crianças e adolescentes: velho problema com novas faces – Maus tratos. In: WAKSMAN, R. D.; GIKAS, R. M. C. *Segurança na infância e adolescência* (Série atualizações pediátricas). São Paulo: Atheneu, 2003. Cap 12, p. 145- 156.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B.; VALENÇA, O.; COUTO, M. T. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 5, p 797-807, 2007.

SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). *Estado nutricional*. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/sisvan.php?conteudo=estado_nutricional. Acesso em: 09/07/08.

UNICEF (United Nations Children's Fund). *The state of the world's children 1998*. Oxford University Press, 1998.

UNICEF (United Nations Children's Fund). *The state of the world's children 2007- The double dividend of gender equality*. UNICEF, 2007.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência dos municípios brasileiros*. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, Instituto Sangari, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2008.

WHO (World Health Organization). *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ)*. Division of mental health. Geneva; 1994

WHO- (World Health Organization). *Nutrition throughout life. 4º Report on the world nutrition situation*. Geneva, 2000.

WHO (World Health Organization). Use and interpretation of antropometrics indicators of nutritional status- Bulletin of the World Health Organization. 64:929-41, 1986.

WHO- (World Health Organization). *Violence Against Women Information Pack: a priority health issue*. Geneva, 1997. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence/prioreng/en/index.html>. Acesso em: 28/03/2009.

WHO (World Health Organization). *World report on violence and health*. Geneva, 2002.

ANEXOS

ANEXO 1

<u>Identificação</u>			Data: ___/___/___	Entrevistadora:
5	00	___	___	Cç/Adol:
país	quarteirão	___	___	Mãe:
		família		
(MI = mulher índice; M/C = marido/companheiro; CI = criança índice; CH =				

(Preencher o formulário do censo domiciliar antes de começar a entrevista)

Eu tenho mais perguntas para você. Estas são perguntas para as quais não existe resposta certa ou errada. A única resposta certa é a sua resposta sincera. A sinceridade é muito importante nesta pesquisa porque é apenas ouvindo a resposta sincera das mulheres que entenderemos suas experiências e como ajudá-las.

Seção B: Criança Índice

Agora eu gostaria de perguntar a você sobre o(a) <nome da criança índice>.

[Entrevistador: Se o entrevistado tiver outros filhos, favor enfatizar no decorrer da Seção B que as questões referem-se SOMENTE à criança índice]

B.1. Sexo da criança

- 1 Feminino
- 2 Masculino

B.2a. Data de nascimento da criança ___/___/___ (dia/mês/ano)

B.3. Ele/ela frequenta escola (considere a partir da primeira série)?

- 1 Sim
- 2 Não ⇒ B.4a.1 Já frequentou e parou: ___
B.4a.2 Nunca frequentou: ___

B.4b. Quantas séries a partir da primeira série ele/ela completou?

___/___/ (número de séries completas)

B.4b1. Ele/ela já repetiu de ano alguma vez?

- 1 Sim ⇒ B.4b2. Quantas vezes ele/ela repetiu de ano? ___/___/ vezes
- 2 Não

B.5. Comparada com outras criança da mesma idade, como você descreveria a saúde dele/dela? É...

- 1 Excelente/Muito Boa
 2 Na média/Boa
 3 Ruim/Má (*Descreva:* _____)

B.6. Vou perguntar agora sobre alguns problemas de saúde comuns entre as crianças.

Ele/ela tem...

		Não		
		Sim	Não	Sei
B.6a.	Problema crônico de saúde – algo que é um problema contínuo como asma ou tuberculose? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6b.	Problema permanente de audição, fala ou visão? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6c.	Defeito físico ou incapacidade física permanente? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6d1.	Problema de aprendizado (escolar)?	1	2	8
B.6d2.	Retardo mental? (<i>se sim, pule para B.6e</i>) ? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8
B.6d3.	É mais atrasado(a) que as outras crianças?	1	2	8
B.6e.	Problema emocional ou de comportamento?	1	2	8
B.6f.	Algum outro problema? (<i>Descreva:</i> _____)	1	2	8

Todos os adultos usam certos métodos para ensinar as crianças a se comportar bem ou para lidar com problemas de comportamento. Eu vou ler vários métodos que podem ser usados e gostaria que você me contasse quantas vezes você (*MI*) ou (*nome do M/C nos últimos 12 meses*) usaram cada um deles com o/a (*nome da criança*) de ... para cá (*últimos 12 meses*): nunca, 1-2 vezes, 3 + vezes:

Métodos		Nunca	1-2 vezes	3+ vezes	Não sei	NA

Explicou que o que ele estava fazendo era errado	B8a.MI	1	2	3		
	B8b.M/C	1	2	3	8	9
Disse para ele/ela parar de fazer aquilo ou disse para ele/ela fazer outra coisa (<i>atitude positiva</i>)	B9a.MI	1	2	3		
	B9b.M/C	1	2	3	8	9
Mandou-o ficar de castigo num determinado lugar Qual: _____	B10a.MI	1	2	3		
	B10b.M/C	1	2	3	8	9
Sacudiu-o, chacoalhou-o	B11a.MI	1	2	3		
	B11b.M/C	1	2	3	8	9
Bateu na bunda com algum objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto	B12a.MI	1	2	3		
	B12b.M/C	1	2	3	8	9
Bateu em qualquer outra parte (não na bunda) com um objeto como vara, vassoura, pedaço de pau ou cinto	B13a.MI	1	2	3		
	B13b.M/C	1	2	3	8	9
Deu alguma outra coisa para ele/ela fazer	B14a.MI	1	2	3		
	B14b.M/C	1	2	3	8	9
Puxou a orelha dele/dela	B15a.MI	1	2	3		
	B15b.M/C	1	2	3	8	9
Deu um “croque” na cabeça dele/dela	B16a.MI	1	2	3		
	B16b.M/C	1	2	3	8	9
Puxou o cabelo dele/dela	B17a.MI	1	2	3		
	B17b.M/C	1	2	3	8	9
Ameaçou ir embora ou abandoná-lo	B18a.MI	1	2	3		
	B18b.M/C	1	2	3	8	9
Gritou ou berrou com ele/ela	B19a.MI	1	2	3		
	B19b.M/C	1	2	3	8	9

Ameaçou chamar fantasmas, espíritos do mal ou pessoas ruins para pegá-lo	B20a.MI B20b.M/C	1 1	2 2	3 3		
Chutou-o	B21a.MI B21b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Colocou pimenta na boca dele/dela	B22a.MI B22b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Forçou-o a ajoelhar ou ficar em pé parado em algum lugar com mais algum castigo (no calor ou segurando um objeto pesado)	B23a.MI B23b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Métodos		Nunca	1-2 vezes	3+ vezes	Não sei	NA
Xingou-o com palavrão	B24a.MI B24b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Deu palmada(s) na bunda dele/dela	B25a.MI B25b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Esganou-o colocando as mãos (ou alguma outra coisa) em volta do pescoço dele/dela	B26a.MI B26b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Ameaçou expulsá-lo de casa ou mandá-lo embora	B27a.MI B27b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Trancou-o para fora de casa	B28a.MI B28b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Proibiu-o de fazer alguma coisa que ele gosta (<i>tirar privilégios</i>) Qual: _____	B29a.MI B29b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9
Chamou-o de coisas ruins como burro, idiota, desgraçado, estúpido, ou disse que ele não servia para nada	B30a.MI B30b.M/C	1 1	2 2	3 3	8	9

Beliscou-o	B31a.MI	1	2	3		
	B31b.M/C	1	2	3	8	9
Deu tapa na cara	B32a.MI	1	2	3		
	B32b.M/C	1	2	3	8	9
Deu tapa atrás da cabeça	B32a1.MI	1	2	3		
	B32b1.M/C	1	2	3	8	9
Recusou-se a falar com ele/ela	B33a.MI	1	2	3		
	B33b.M/C	1	2	3	8	9
Deixou-o sem comida	B34a.MI	1	2	3		
	B34b.M/C	1	2	3	8	9
Sufocou-o com as mãos ou com o travesseiro	B35a.MI	1	2	3		
	B35b.M/C	1	2	3	8	9
Queimou-o com fogo, cigarro, água quente ou objeto quente	B36a.MI	1	2	3		
	B36b.M/C	1	2	3	8	9
Espancou-o (bateu repetidamente com algum objeto ou punho)	B37a.MI	1	2	3		
	B37b.M/C	1	2	3	8	9
Ameaçou-o com uma faca ou revólver	B38a.MI	1	2	3		
	B38b.M/C	1	2	3	8	9
Deixou-o amarrado em algum lugar	B39a.MI	1	2	3		
	B39b.M/C	1	2	3	8	9
Bateu na bunda com chinelo	B40a.MI	1	2	3		
	B40b.M/C	1	2	3	8	9
Surrou-o (bateu repetidamente com algum objeto ou punho)	B37a1.MI	1	2	3		
	B37b1.M/C	1	2	3	8	9

Seção C: Companheiro nos últimos 12 meses

(Se não houver companheiro masculino nos últimos 12 meses, pule para D22, pg 8)

Todo mundo sabe que os relacionamentos passam por momentos difíceis e enfrentam muitos desafios. Às vezes, quando isso acontece, as mulheres são maltratadas por seus maridos ou companheiros. Gostaríamos de saber mais sobre a sua própria experiência com estes assuntos. Lembre-se que esta entrevista é totalmente confidencial e ninguém saberá suas respostas.

Agora pensando no último ano, eu gostaria de perguntar como você foi tratada por seu marido/companheiro (M/C) de ... para cá (*últimos 12 meses*).

De ... para cá (*últimos 12 meses*), quantas vezes ele...

		1-2	3+
	Nunca	vezes	vezes
D.10. Deu tapa em você (mão aberta)	1	2	3
D.11. Chutou você	1	2	3
D.12. Deu soco em você	1	2	3
D.13. Espancou você (bateu repetidamente)	1	2	3
D.14. Usou ou ameaçou usar arma contra você	1	2	3

(Entrevistador: Se a resposta a todas as questões D10-D14 foi NUNCA, pule para C15, página 7)

Quando ele fez isso/essas coisas com você ...

C.13. Alguma vez você teve que procurar ajuda de alguma das seguintes pessoas ou lugares?
(*Leia a lista e marque todas as respostas possíveis*)

- C.13a. Alguém da sua família
- C.13b. Alguém da família de seu marido/companheiro
- C.13c. Amigos
- C.13d. Religioso(a) como um padre, pastor, freira, etc.
- C.13e. Organizações de proteção à mulher/abrigos
- C.13f. Polícia ou delegacia
- C.13g. Centro de saúde (hospital, pronto socorro)
- C.13h. Ambulatório de saúde mental (psicóloga, assistente social, psiquiatra)
- C.13i. Líder comunitário
- C.13j. Curandeiro, pai de santo, benzedeira.

- C.13k. Alguma outra pessoa ou local. Quem/qual? _____
- C.13l. Nunca procurou ninguém
- C.16. Alguma vez você já largou seu M/C por causa dessas agressões (*violência física*)?
- 1 Sim ⇒ C.16a. Quantas vezes? /___ ___/ vezes
 - 2 Não ⇒ Vá para C.20
- C.17. Para onde você foi? (*Não leia a lista; marque todas as respostas possíveis*)
- C17a. Parentes dela
- C17b. Parentes dele
- C17c. Amigos dela
- C17d. Hotel/Motel/Pensão
- C17e. Abrigos
- C17f. Igreja/Templo
- C17g. Centro comunitário
- C17h. Outros locais. (C17i. Especifique: _____)
- C.20. Quantas vezes você foi agredida (fisicamente) o suficiente para pensar que precisava de cuidados médicos, mesmo que você não tenha procurado por estes cuidados?
- /___/___/ vezes (*se NUNCA, marque 00; vá para C.24*)
- C.21. Nas vezes que você pensou que precisava de cuidados médicos, você de fato recebeu cuidados médicos?
- 1 Sim, todas as vezes (*vá para C.23*)
 - 2 Sim, às vezes
 - 3 Não
- C.22. Porque você não recebeu assistência médica? (*Não leia a lista; marque todas as respostas possíveis*)
- C22a. Não sabia onde ir
- C22b. Sentiu-se envergonhada ou constrangida
- C22c. Era muito longe
- C22d. Não tinha transporte
- C22e. Não tinha como pagar

- ___ C22f. Seu marido/companheiro ou família não a deixaram ir
- ___ C22g. Medo de represália
- ___ C22h. Polícia podia descobrir
- ___ C22i. Risco para a reputação familiar
- ___ C22j. Recebeu atendimento em casa
- ___ C22k. Achou que o serviço de saúde não poderia ajudar
- ___ C22l. Não podia pagar o transporte para ir até lá
- ___ C22m. Outra razão ⇒ Qual? C.22n. _____

- C.23. Você já foi hospitalizada por esses machucados devidos a agressão de seu marido/companheiro?
- 1 Sim ⇒ C.23a. Quantas vezes? /___/___/ vezes
 - 2 Não
- C.24. Alguma vez você ficou tão machucada devido a essas agressões de seu marido/companheiro, que você não pode fazer suas tarefas domésticas do dia a dia?
- 1 Sim ⇒ C.24a. Por quantos dias? /___/ dias
(Tente obter a melhor a resposta)
 - 2 Não
- C.25. Alguma vez você ficou tão machucada devido a essas agressões do seu marido/companheiro que não pode trabalhar (trabalho remunerado)?
- 1 Sim ⇒ C.25a. Por quantos dias? /___/ dias
 - 2 Não
 - 9 Não se aplica (não tinha trabalho remunerado na ocasião)
- C.15. Seus filhos alguma vez (ao longo da vida) viram ou ouviram você sendo agredida fisicamente ou ameaçada pelo seu companheiro?
- 1 Sim
 - 2 Não
 - 8 Não Sei

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre bebidas alcoólicas e drogas.

- D.15. O (nome do M/C) já tomou bebida alcoólica?
- 2 Não (*pule para D19*)
 - 1 Sim ⇒ D.16. Ele ficou bêbado alguma vez de ... para cá (*últimos 12 meses*)?
 - 2 Não

- 1 Sim ⇒ D.17. Quantas vezes ele fica/ficava bêbado?
 - 1 Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)
 - 2 3-4 dias/semana
 - 3 1-2 dias/semana
 - 4 1-3 dias/mês
 - 5 Menos de uma vez por mês

D.19. O (nome do M/C) já usou maconha, cocaína, crack ou outras drogas, nos últimos 12 meses?

2 Não (*pule para a D22*)

1 Sim ⇒ D.20. Quantas vezes ele usa/usou esta(s) droga(s) de ... para cá (últimos 12 meses)?

- 1 Diariamente ou quase (5-7 dias por semana)
- 2 3-4 dias por semana
- 3 1-2 dias por semana
- 4 1-3 dias por mês
- 5 Menos de uma vez por mês

D.22. Você tomou bebida alcoólica nos últimos 12 meses

2 Não

1 Sim ⇒ D.23. Você ficou bêbada alguma vez de ... para cá (últimos 12 meses)?

2 Não

1 Sim ⇒ D.24. Quantas vezes você fica/ficava embriagada?

- 1 Diariamente ou quase (5-7 dias/semana)
- 2 3-4 dias/semana
- 3 1-2 dias/semana
- 4 1-3 dias/mês
- 5 Menos de uma vez por mês

Seção F: Saúde Física e Mental da Mulher (SRQ20 = F.2-F.21)

F.1. No geral, você diria que sua saúde é...

1 Excelente/Muito Boa

2 Na média/Boa

3 Ruim/Má (*Descreva:* _____)

Questões	Sim	Não
F.2. Tem dores de cabeça freqüentes?	1	2
F.3. Tem falta de apetite?	1	2
F.4. Dorme mal?	1	2
Questões	Sim	Não
F.5. Assusta-se com facilidade?	1	2
F.6. Tem tremores na mão?	1	2
F.7. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	1	2
F.8. Tem má digestão?	1	2
F.9. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
F.10. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
F.11. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
F.12. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
F.13. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
F.14. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1	2
F.15. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1	2
F.16. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
F.17. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
F.18. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	1	2
F.19. Sente-se cansada o tempo todo?	1	2
F.20. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
F.21. Você se cansa com facilidade?	1	2
F.22. Alguma vez você já pensou em se matar?	1	2
F.23. Alguma vez você já tentou se matar?	1	2

Seção H. Características do Domicílio

Agora eu gostaria de perguntar um pouco sobre sua casa e seu trabalho.

H.4. A casa em que você mora é sua? Você é o proprietário ou está comprando a casa a prestação? Você aluga? Ou você não paga nada pelo lugar onde você e sua família moram? (*Marque apenas um*).

- 1 Próprio ou pagando prestações
- 2 Alugado (pagamento monetário ou não monetário)
- 3 Ocupação ou não paga nada
- 2 Outros _____
- 3 Terreno da família (*não paga nada*)

H.6. Quantos cômodos existem na sua casa, sem contar os banheiros?

/_/_/_/_/ cômodos

Quadro ABEP

Preencher com o que a pessoa possui em casa (considerar itens quebrados há menos 6 meses)

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	2	2	2	2
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio (tudo que toca música, exceto rádio do carro)	0	1	2	3	4
Banheiro (privativo do domicílio)	0	2	3	4	4
Automóvel (sem uso profissional)	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar (se mencionar tanquinho, considerar)	0	1	1	1	1
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

H.9. Na sua casa, quem está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?

(*Não leia a lista. Marque todas as respostas possíveis*)

- __ H.9a. MI
- __ H.9b. M/C dos últimos 12 meses
- __ H.9c. Chefe da casa (marque somente se diferente da MI ou M/C)
- __ H.9d. Criança/Adolescente Índice
- __ H.9e. Outro(s) adulto(s) (≥ 18 anos)
- __ H.9f. Outra(s) criança(s) ou adolescente(s) (< 18 anos)

Perguntas para MI se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.10c. Você esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) ⇒ Pule para H.11c.
- 2 Não ⇒ H.10d. Você recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício (*bolsa família, renda mínima, etc*)?

- 1 Sim (Qual: _____)
- 2 Não

Perguntas para M/C se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.11c. O M/C dos últimos 12 meses esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____)⇒ Pule para H.18c.
- 2 Não ⇒ H.11d. Ele recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício?

- 1 Sim (Qual: _____)
- 2 Não

Perguntas sobre Criança índice se NÃO estiver trabalhando atualmente

H.18c. O <criança/adolescente índice> esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____)⇒ Pule para 24e
- 2 Não

Perguntar se a Criança índice estiver trabalhando atualmente ou se já trabalhou nos últimos 12 meses

24.e Quais os motivos que a/o levaram a trabalhar?

H.14. Até que série você estudou (séries completas)?

(Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00)

/__/_/ série(s)

Se tiver M/C nos últimos 12 meses

H.13. Até que série seu marido/companheiro estudou (séries completas)?

(Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00)

/__/_/ série(s)

8 Não sabe

~ FIM DA ENTREVISTA ~ Obrigado!

Seção J. Dados sócio-demográficos referentes ao domicílio

Preencher após o fim da entrevista utilizando os dados do censo domiciliar.

1. Número total de residentes no domicílio: ____ ____

2. Número total de adultos \geq de 18 anos (I + II + III): ____ ____

2.a. Número total de mulheres adultas \geq de 18 anos: ____ ____

2.b. Número total de homens adultos \geq de 18 anos: ____ ____

3. Número total de crianças e jovens $<$ de 18 anos (IV + V) = ____ ____

5.a. Números de filhos/criança da MI (IV)? ____ ____

5.b. A CI é filha biológica da MI?

1 Sim

2 Não

5.c. A CI é filha biológica do M/C (*dos últimos 12 meses*)?

1 Sim

2 Não

9 Não se aplica (*quando não há M/C nos últimos 12 meses*)

J.9. Quadro ABEP (*somar os pontos do Quadro ABEP, página 10*)

Total de pontos da página 10	
------------------------------	--

J. 10. Grau de Instrução do chefe de família (COPIAR item 5.1 do censo)

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior Completo	5

J. 11. Marcar CLASSE, somando pontos J.9 + J.10

TOTAL	PONTOS	Classe
	25-34	A
	17-24	B
	11-16	C
	6-10	D
	0-5	E

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)
(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, fui convidado(o,a) para participar como voluntário(o,a) da pesquisa sobre a saúde da mulher e da criança que tem como responsável pela sua realização o Sr Cláudio Torres de Miranda. Recebi de d(o,a) Sr(a)., as seguintes informações:

- Que o objetivo do estudo é investigar se existe alguma relação entre problemas no lar e a desnutrição infantil.
- Que a importância deste estudo é saber se existem outros motivos que causam a desnutrição infantil, além da pouca alimentação.
- Que a finalidade do estudo é colaborar para que os trabalhadores em saúde consigam identificar situações que podem causar desnutrição infantil e possam realizar ações para evitar estas situações.
- Que esse estudo começa em julho de 2007 e termina em dezembro de 2008.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: será utilizado um questionário para entrevistar um grupo de mães de crianças desnutridas na idade entre seis meses e cinco anos atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) de Maceió e um grupo de mães de crianças sem desnutrição escolhidas nas comunidades atendidas pelo CREN.
- Que eu serei a pessoa entrevistada.
- Que o incômodo que poderei sentir com a minha participação é o de responder a um questionário sobre minha vida pessoal.
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental não existem
- Que o benefício que deverei esperar com a minha participação é a orientação de como posso receber ajuda caso seja necessário.
- Que, sempre que desejar receberei esclarecimentos sobre o estudo.
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a participar do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a minha identificação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntário(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:
 Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a). Ângela Dornelas
 Rua Cônego de Lira s/n
 Bairro: Trapiche da Barra/Telefone: 33510276/ 93719484
 Ponto de referência: Unidade de Terapia Ocupacional

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa: Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda
 Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas
 Endereço **Campus A. C. Simões, Cidade Universitária**
 Bloco: /Nº: /Complemento: BR 104 – Norte, Km 97 Tabuleiro dos Martins
 Bairro: /CEP/Cidade: Tabuleiro dos Martins, CEP 57072970 Maceió
 Telefones p/contato: 82 3322 3700

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:
Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
Telefone: 214-1053

Maceió, ___/___/_____

	Professor Doutor Claudio Torres de Miranda
(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

ANEXO 3

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 21/08/2007

Senhor (a) Pesquisador (a), Cláudio Torres de Miranda
Ângela Cristina Dornelas da Silva

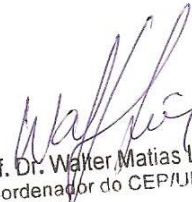
O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), reunido em 20/08/2007 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº **000228/2007-25** sob o título **Associação entre violência intrafamiliar e desnutrição infantil: um estudo caso-control**, de sua autoria, vem por meio deste instrumento comunicar sua aprovação com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

Outrossim, recomendamos a observância do que consta na folha de rosto com respeito ao cumprimento dos prazos para entrega de relatórios, bem como o atendimento da referida Resolução da CONEP/CNS, quando for o caso (*).

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

(*) Áreas temáticas especiais




Prof. Dr. Walter Matias Lima
Coordenador do CEP/UFAA