



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ISABELA RESENDE SILVA SCHERRER**

**IMPACTO DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA NOS  
CUIDADOS MATERNS E NA SAÚDE DE LACTENTES NO  
PRIMEIRO ANO DE VIDA E EFEITO PROTETOR DO SUPORTE  
SOCIAL**

**BELO HORIZONTE**

**2021**

Isabela Resende Silva Scherrer

Impacto das experiências adversas na infância nos cuidados maternos e na saúde de lactentes no primeiro ano de vida e efeito protetor do suporte social

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

**Área de concentração:** Saúde da Criança e do Adolescente.

**Linha de pesquisa:** Aspectos gerais do ensino e assistência pediátrica.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves.

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra. Janaína Matos Moreira.

Belo Horizonte - MG

2021

Scherrer, Isabela Resende Silva.  
SCH326i Impacto das experiencias adversas na infância nos cuidados maternos e na saúde de lactentes no primeiro ano de vida e efeito protetor do suporte social [manuscrito]. / Isabela Resende Silva Scherrer. - - Belo Horizonte: 2021.  
129f.: il.  
Orientador (a): Cláudia Regina Lindgren Alves.  
Coorientador (a): Janaína Matos Moreira.  
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.  
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Experiências Adversas da Infância. 2. Saúde da Criança. 3. Comportamento Materno. 4. Depressão Pós-Parto. 5. Apoio Social. 6. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Cláudia Regina Lindgren. II. Moreira, Janaína Matos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 167

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**REITORA**

Professora Sandra Regina Goulart Almeida

**VICE-REITOR**

Professor Alessandro Fernandes Moreira

**PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Professor Fabio Alves da Silva Junior

**PRÓ-REITOR DE PESQUISA**

Professor Mário Fernando Montenegro Campos

**DIRETOR DA FACULDADE DE MEDICINA**

Professor Humberto José Alves

**VICE-DIRETORA DA FACULDADE DE MEDICINA**

Professora Alamanda Kfoury Pereira

**COORDENADOR DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Professor Tarcísio Afonso Nunes

**SUBCOORDENADORA DO CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Professora Eli lola Gurgel Andrade

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

Professora Mônica Maria de Almeida Vasconcelos

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Professora Roberta Maia de Castro Romanelli

**SUBCOORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS  
DA SAÚDE – SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Professora Débora Marques de Miranda

**COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
– SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**Coordenadora**

Profa. Roberta Maia de Castro Romanelli

**Subcoordenadora**

Profa. Débora Marques de Miranda

**Mandato: 27/01/2021 a 26/01/2023**

Membros:

Prof.<sup>a</sup> Ana Cristina Simões e Silva – Titular

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira – Suplente

Prof.<sup>a</sup> Débora Marque de Miranda – Titular

Prof. Leandro Fernandes Malloy Diniz – Suplente

Prof.<sup>a</sup> Cláudia Regina Lindgren Alves – titular

Prof.<sup>a</sup> Zilma Silveira Nogueira Reis – Suplente

Prof.<sup>a</sup> Juliana Gurgel Giannetti – Titular

Prof.<sup>a</sup> Ivani Novato Silva – Suplente

Prof.<sup>a</sup> Lêni Márcia Anchieta – Titular

Prof.<sup>a</sup> Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana – Suplente

Prof.<sup>a</sup> Roberta Maia de Castro Romanelli – Titular

Prof.<sup>a</sup> Luana Caroline dos Santos – Suplente

Prof. Sérgio Veloso Brant Pinheiro – Titular

Prof. Cássio da Cunha Ibiapina – Suplente

Laura Rangel Drumond de Menezes (Disc. Titular) / janeiro de 2021 a dezembro /  
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

#### FOLHA DE APROVAÇÃO

### IMPACTO DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA NOS CUIDADOS MATERNS E NA SAÚDE DE LACTENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA E EFEITO PROTETOR DO SUPORTE SOCIAL

**ISABELA RESENDE SILVA SCHERRER**

Tese defendida em 15 de dezembro de 2021 como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em CIÊNCIAS DA SAÚDE, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Saúde da Criança e do Adolescente e aprovada pela Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação supramencionado da Universidade Federal de Minas Gerais, constituída pelas seguintes Professoras Doutoras: Cláudia Regina Lindgren Alves – Orientadora (UFMG), Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi (USP), Rosane Luzia de Souza Morais (UFVJM), Cláudia Ribeiro de Andrade (UFMG), Luana Caroline dos Santos (UFMG) e Janaina Matos Moreira – Coorientadora (UFMG).

Belo Horizonte, 16 de dezembro de 2021.



Documento assinado eletronicamente por **Luana Caroline dos Santos, Professora do Magistério Superior**, em 16/12/2021, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rosane Luzia de Souza Morais, Usuário Externo**, em 16/12/2021, às 12:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Ribeiro de Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 16/12/2021, às 14:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Janaina Matos Moreira, Professora do Magistério Superior**, em 16/12/2021, às 15:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi, Usuária Externa**, em 21/12/2021, às 07:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Regina Lindgren Alves, Coordenador(a)**, em 21/12/2021, às 22:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1151954** e o código CRC **47CF67AC**.

Dedico este trabalho

*Aos meus filhos Beatriz e Daniel, que me ensinam diariamente sobre o amor incondicional e a força que a maternidade proporciona. E à todas as crianças que de alguma forma fizeram parte do meu caminho e que são a razão desse estudo e de todo o meu trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus que cuida de mim com amor e carinho, me guiando pelos melhores caminhos e colocando neles as melhores pessoas.

Aos meus filhos, por me transformarem diariamente, me permitirem viver o amor maior do mundo e serem sempre meu maior motivo para sorrir e seguir em frente! À minha Beatriz, a Bia, minha menina linda do sorriso fácil que é luz na vida de todos. Ao meu Daniel, o Dani, que desde o ventre me ensinou o verdadeiro significado de ter fé, multiplicou a felicidade e o amor que eu já julgava infinitos e hoje enche a casa de alegria junto com a irmã.

Ao Lipe, que além de ser o melhor companheiro que eu poderia ter, é um pai incrível e dedicado, que construiu comigo nossa família, o nosso principal sonho realizado. Também nunca mediu esforços para que pudéssemos alcançar nossos objetivos profissionais, alicerçando nossa trajetória no respeito e apoio mútuos.

Faltam-me palavras para agradecer às duas professoras que são as grandes responsáveis por esse trabalho e por tantas outras oportunidades na minha carreira. Minha gratidão eterna à Cláudia, que caminha comigo desde o mestrado, sempre me incentivando e apoiando as minhas decisões, sempre se fazendo presente como orientadora dedicada e brilhante. Obrigada Jana, por ter chegado para enriquecer ainda mais a minha trajetória, trazendo tanta sabedoria e ao mesmo tempo doçura e leveza. Que sorte a minha poder chamar vocês de colegas! Obrigada pelo trabalho em parceria, mas principalmente por me ensinarem tanto além da medicina, me espelho em vocês como profissionais e principalmente como pessoas com quem compartilho ideais. Obrigada por desejarem e batalharem diariamente pelas nossas crianças, por uma medicina mais humana e uma sociedade mais inclusiva e justa, e por despertarem ainda mais o mesmo desejo em mim.

A todos do Projeto Cuidar e Crescer juntos, sem os quais este estudo não seria possível... Às famílias e crianças envolvidas, por me permitirem compartilhar suas vivências, e a todos os profissionais envolvidos, por todo o trabalho desenvolvido

juntos, e por tanto companheirismo. Agradeço especialmente aos colegas Mariana Lacerda e Thiago Rosental, pela parceria e por dividirem essa caminhada comigo.

À minha “grande família” ... grande em tamanho e imensurável em importância na minha vida! À minha mãe, que com amor e exemplo despertou em mim a vontade de aprender e ensinar, ao meu pai por sempre acreditar em mim e tornar minha vida mais leve com sua alegria. Ao melhor presente que ambos poderiam me dar, minha irmã Natália, melhor amiga e companheira de todas as horas. A todos os tios, primos, sobrinhos e agregados pela presença e carinho sempre. Também a toda a família do Philipe, que há muitos anos também se tornou a minha família!

A todos os amigos, de perto e de longe, por estarem sempre presentes e me proporcionarem apoio, carinho e muitas risadas.

Sou muito grata a todos que a muitas mãos, incentivos, cuidados e carinhos me ajudaram e construíram esse trabalho junto comigo! Muito obrigada!

*“Se não vejo na criança uma criança, é porque alguém a violentou antes,  
e o que vejo é o que sobrou de tudo que lhe foi tirado.*

*Essa que vejo na rua sem pai, sem mãe, sem casa, cama e comida,  
essa que vive a solidão das noites sem gente por perto, é um grito, é um espanto.*

*Diante dela, o mundo deveria parar para começar um novo encontro, porque a  
criança é o princípio sem fim e o seu fim é o fim de todos nós”.*

**Herbert de Souza (Betinho)**

## RESUMO

**Introdução:** Eventos como abuso físico, sexual e emocional, negligência, disfunção familiar são conhecidos como experiências adversas na infância (ACEs) e podem impactar negativamente na saúde da criança desde o início da vida. Esses impactos podem ser minimizados pela presença de fatores de proteção, como o suporte social. **Objetivos:** analisar o impacto das experiências adversas na infância (ACEs) nos cuidados maternos e na saúde de lactentes no primeiro ano de vida e o efeito protetor do suporte social. **Métodos:** Trata-se de um estudo do tipo coorte retrospectiva envolvendo crianças acompanhadas no Hospital Sofia Feldman e no Hospital das Clínicas-UFMG no primeiro ano de vida. Foram elegíveis as crianças que completaram o acompanhamento por 12 meses no período da pesquisa e cujos dados necessários para análise estavam completos. Para avaliar a saúde infantil e os cuidados maternos foi utilizado o Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM), que reúne informações como vacinação, nutrição, crescimento, doenças e acidentes. O impacto das ACEs no ISCM foi analisado por regressão linear múltipla e o teste *d* de Cohen estimou o tamanho do efeito (*d*). O efeito cumulativo das ACEs sobre o ISCM foi analisado por um escore que reflete disfunção familiar, saúde mental materna, pobreza e exposição à violência, utilizando a correlação de Spearman. Para analisar as relações do ISCM com o contexto intrafamiliar, depressão materna e suporte social foi utilizado um modelo de equações estruturais. **Resultados:** A maioria dos bebês nasceu prematuro e com baixo peso. O ISCM foi menor em crianças expostas à depressão materna ( $p < 0,001$ ;  $d = 0,08$ ), abuso de substâncias por membros da família ( $p = 0,02$ ;  $d = 0,60$ ) e conflitos conjugais ( $p = 0,03$ ;  $d = 0,70$ ). A correlação de Spearman mostrou que quanto maior a exposição a ACE, menor o ISCM ( $r = -0,40$ ,  $p < 0,0001$ ). Contextos caracterizados por mães sem companheiro, família não nuclear e ocorrência de conflitos entre os pais foram relacionados à maior ocorrência de depressão materna ( $b = 1,20$ ;  $p = 0,027$ ) e piores resultados no ISCM ( $b = -0,24$ ;  $p = 0,027$ ). A depressão materna também afetou negativamente o ISCM ( $b = 0,02$ ,  $p = 0,003$ ). O suporte social diminuiu a ocorrência de sintomas depressivos maternos e indiretamente melhorou os resultados do ISCM ( $b = 0,28$ ;  $p = 0,04$ ). **Conclusão:** A exposição a ACEs, principalmente a disfunção familiar e a depressão materna impactaram negativamente no cuidado materno e na saúde infantil, enquanto o suporte social percebido pela mãe atuou como um fator protetor para a saúde da díade ao diminuir os sintomas depressivos maternos e, assim, melhorar os cuidados ofertados e a saúde da criança.

**Palavras-chave:** experiências adversas na infância, saúde da criança, cuidados maternos, depressão materna, suporte social, disfunção familiar.

## ABSTRACT

**Introduction:** Events such as physical, sexual, and emotional abuse, neglect, family dysfunction are known as adverse childhood experiences (ACEs) and can negatively impact the child's health since the beginning of life. These negative impacts can be minimized by the presence of protective factors, such as social support. **Objectives:** To analyze the impact of adverse childhood experiences (ACEs) on maternal care and health of infants in the first year of life and the protective effect of social support. **Methods:** This is a retrospective cohort study involving children followed up at *Hospital Sofia Feldman* and *Hospital das Clínicas-UFMG* in the first year of life. Children who completed the follow-up for 12 months during the research period and with the complete dataset were eligible. The Physical Health and Maternal Care Indicator (ISCM) was used to assess child health and maternal care, which gathers information such as vaccination, nutrition, growth, diseases, and accidents. The impact of ACEs on the ISCM was analyzed by multiple linear regression, and the d-Cohen test estimated the effect size (*d*). The cumulative effect of ACEs on ISCM was analyzed using Spearman's correlation based on a score that reflects family dysfunction, maternal mental health, poverty, and exposure to violence. We used a structural equation model to analyze the relations between the ISCM, intrafamilial context, maternal depression, and social support. **Results:** Most children were born preterm and with low weight. The ISCM was lower in children exposed to maternal depression ( $p < 0.001$ ;  $d = 0.08$ ), substance abuse by family members ( $p = 0.02$ ;  $d = 0.6$ ) and marital conflicts ( $p = 0.03$ ;  $d = 0.7$ ). Spearman's correlation showed that the greater the exposure to ACE, the lower the ISCM ( $r = -0.40$ ,  $p < 0.0001$ ). Contexts characterized by single mothers, non-nuclear families, and conflicts between parents were related to a higher occurrence of maternal depression ( $b = 1.20$ ;  $p = 0.027$ ) and worse results in the ISCM ( $b = -0.24$ ;  $p = 0.027$ ). Maternal depression also negatively affected the ISCM ( $b = 0.02$ ,  $p = 0.003$ ). Social support decreased maternal depressive symptoms and indirectly improved the ISCM results ( $b = 0.28$ ;  $p = 0.04$ ). **Conclusion:** Exposure to ACEs, especially familiar dysfunction and maternal depression, negatively impacted maternal care and child health. The social support perceived by the mother acted as a protective factor for the health of the dyad by reducing maternal depressive symptoms and improving the care offered and the health of the child.

**Keywords:** Adverse Childhood Experiences, Child Health, Maternal Care, Maternal Depression, Social Support, Familiar dysfunction.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### MÉTODOS

FLUXOGRAMA 1 - Composição da amostra dos estudos que compõe a tese. ....	36
QUADRO 1 - Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM) .....	41
QUADRO 2 - Indicadores de ACES, instrumentos utilizados e referências que identificam esses fatores como ACES .....	46

### ARTIGO 1

GRÁFICO 1 - Análise de Correlação entre ISCM e o escore ACES .....	61
--------------------------------------------------------------------	----

### ARTIGO 2

FIGURA 1 - Modelo conceitual das relações entre disfunção familiar, depressão materna, suporte social e Indicador de Saúde Física e Cuidado Materno (ISCM) ....	49
FIGURA 2 - Resultados do Modelo de Equações Estruturais.....	80

## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO 1

TABELA 1 - Análise descritiva e univariada da associação entre as características da amostra e os escores de ISCM .....	58
TABELA 2 - Análise descritiva e univariada da associação entre a exposição às adversidades e os escores de ISCM.....	59
TABELA 3 - Modelos inicial e final da análise multivariada .....	60

### ARTIGO 2

TABELA 1 - Análise descritiva das características da amostra.....	79
TABELA 2 - Resultados do modelo de equação estrutural (SEM).....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACE(s)	Experiência(s) adversa(s) na infância
ACRIAR	Ambulatório da Criança de Risco
C&C	Projeto Cuidar e Crescer Juntos
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
HSF	Hospital Sofia Feldman
ISCM	Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
QCPSC	Questionário sobre condições perinatais e saúde da criança
QCSD	Questionário para caracterização socioeconômica e demográfica da família
SEM	<i>Structural Equation Model</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SWYC	<i>Survey of Wellbeing of Young Children</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 A saúde integral da criança.....</b>	<b>19</b>
2.1.1 <i>Fatores de risco e de proteção para a saúde integral da criança .....</i>	21
<b>2.2 Suporte social .....</b>	<b>23</b>
2.3 Experiências adversas na infância .....	25
2.3.1 <i>Os efeitos das ACEs na saúde .....</i>	30
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>33</b>
<b>3.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>33</b>
<b>4 MÉTODOS .....</b>	<b>34</b>
<b>4.1 Delineamento.....</b>	<b>34</b>
<b>4.2 Contexto.....</b>	<b>34</b>
<b>4.3 Amostra.....</b>	<b>35</b>
<b>4.4 Procedimentos .....</b>	<b>36</b>
4.4.1 <i>Fase de Planejamento e Capacitação .....</i>	36
4.4.2 <i>Fase de Recrutamento no Projeto C&amp;C.....</i>	37
4.4.3 <i>Coleta de dados .....</i>	37
<b>4.5 Instrumentos.....</b>	<b>37</b>
<b>4.6 Análise Estatística.....</b>	<b>47</b>
<b>4.7 Considerações Éticas.....</b>	<b>50</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>

<b>5.1 ARTIGO 1: CUIDADOS MATERNOS E SAÚDE FÍSICA DE LACTENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: REPERCUSSÕES DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA (ACES).....</b>	<b>51</b>
<b>5.2 ARTIGO 2: O SUPORTE SOCIAL PODE MITIGAR EFEITOS NEGATIVOS DA DEPRESSÃO MATERNA E DA DISFUNÇÃO FAMILIAR SOBRE OS CUIDADOS MATERNOS E A SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....</b>	<b>69</b>
<b>Artigo será submetido à revista “<i>The Journal of Pediatric Health Care</i>”.....</b>	<b>69</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE A - Questionário para a caracterização socioeconômica e demográfica das famílias .....</b>	<b>106</b>
<b>APÊNDICE B - Questionário sobre condições perinatais .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE C - Roteiro padronizado para puericultura.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE D - Escala de Avaliação do Contexto da Vizinhaça.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO A - Classificação Socioeconômica ABEP/Critério Brasil (www.abep.org) .....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO B - Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgo (EPDS).....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO C - Survey of Well-Being of Young Children (SWYC) .....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO D - Escala de Suporte Social MOS-SSS (<i>Social Support Scale</i>) .....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	<b>129</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida de uma criança é caracterizado por diversas mudanças em todos os aspectos de sua saúde: crescimento intenso, aquisição de inúmeras habilidades no desenvolvimento global e início do estabelecimento dos vínculos afetivos. Fatores como o ambiente onde crescem, a saúde mental dos cuidadores e a qualidade dos vínculos formados podem tanto proteger quanto colocar em risco a saúde da criança. Apesar das notáveis melhorias da qualidade de vida e saúde da população, as crianças ainda são frequentemente expostas a experiências como a pobreza, falta de segurança, violência e problemas de saúde mental dos cuidadores que podem ameaçar sua saúde integral (BLACK *et al.*, 2021). Quando a criança é exposta a estas experiências desde o início da vida, há mais chance de seus efeitos negativos serem duradouros, com potenciais sequelas futuras (NELSON; GABARD-DURNAM, 2020).

Experiências traumáticas e estressantes, como abuso físico, sexual e emocional, negligência, disfunção familiar, que ocorrem dentro ou fora do núcleo familiar e que são vivenciados antes dos 18 anos de vida são denominadas Experiências Adversas na Infância (*Adverse Childhood Experiences-ACEs*) (FELITTI *et al.*, 1998; AUSTIN, 2018). A exposição a ACEs está associada a problemas crônicos de saúde, doenças mentais e abuso de substâncias na idade adulta. As ACEs também podem impactar negativamente a educação, o aprendizado e as oportunidades de trabalho no futuro (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2019; BLACK *et al.*, 2021). Em 2016, a *National Survey of Children's Health* trouxe dados sobre prevalência de ACEs entre 45.287 crianças norte-americanas (CROUCH *et al.*, 2019). As crianças menores de cinco anos representavam cerca de um terço da amostra, e quase a metade delas estava exposta a ACEs, como divórcio dos pais, dificuldades econômicas, exposição à violência em casa ou na vizinhança, familiares com doença mental, com problemas com álcool ou drogas ou encarcerados (CROUCH *et al.*, 2019). No Brasil, um estudo que usou dados do Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, demonstrou que, dos 2.120 adultos entrevistados no Brasil, 13% testemunharam violência entre os pais durante a sua infância e, destes, quase 60% também foram vítimas de violência física dentro do próprio domicílio quando crianças (MADRUGA *et al.*, 2017). Diversas pesquisas que

avaliam os impactos das ACEs na saúde infantil revelam resultados preocupantes, ao demonstrar que crianças expostas a ACEs, frequentemente experimentam várias adversidades simultaneamente e, em muitos casos, essas adversidades se estendem ao longo da vida (NELSON; GABARD-DURNAM, 2020; KERKER *et al.*, 2015).

Por outro lado, crianças que crescem em ambientes com relacionamentos de apoio e rotinas consistentes são mais propensas a desenvolver sistemas biológicos com bom funcionamento, incluindo circuitos cerebrais que promovem desenvolvimento e saúde ao longo da vida (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD, 2020). Os fatores protetores para a saúde da criança podem ser individuais (autoestima, autocontrole, temperamento), familiares (coesão, estabilidade, apoio/suporte) ou ambientais (relacionamentos estabelecidos com amigos e comunidade) (PESCE *et al.*, 2004). Mães que recebem suporte social estão sob menor risco de desenvolver sintomas depressivos (KIM; CONNOLLY; TAMIM, 2014; LEAHY-WARREN; MCCARTHY; CORCORAN, 2012), tem melhor autopercepção de cuidados adequados com o filho (LEAHY-WARREN; MCCARTHY; CORCORAN, 2012), mais apego (DINIZ; VOLLING; KOLLER, 2014) e melhor interação com a criança (LEFKOVICS *et al.*, 2018). Por outro lado, a ausência de suporte social foi associada à maior ocorrência de atraso vacinal (SURKAN *et al.*, 2012), menor índice de aleitamento materno (Morgado *et al.*, 2013) e maior ocorrência de depressão materna (RACINI *et al.*, 2019; HETHERINGTON *et al.*, 2018).

Considerando a multiplicidade de fatores que afetam o bem-estar da criança, e buscando formas de proteger a saúde infantil, em 2014, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com o Hospital Sofia Feldman (HSF) iniciou o projeto “Avaliação do Desenvolvimento Infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil” - Projeto Cuidar e Crescer Juntos (C&C)”. O projeto acompanhou crianças nascidas no HSF e no Hospital das Clínicas da UFMG que foram encaminhadas aos ambulatórios de seguimento dos serviços. Foi realizado um acompanhamento longitudinal, durante os dois primeiros anos de vida, no qual essas crianças foram avaliadas em nove consultas de seguimento. Nessas consultas, além da rotina de puericultura e avaliação do desenvolvimento, foram coletados dados referentes à saúde mental materna, rede de suporte social e contexto da vizinhança. Esta tese é um dos frutos do Projeto C&C, do qual a autora fez parte desde o início. O atendimento das crianças e suas mães aguçou o interesse pelo estudo dos fatores que impactam a saúde integral da criança.

A tese foi preparada de acordo com a Resolução nº 01/2012 do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da UFMG e foi dividida em dois eixos investigativos. No primeiro eixo, analisamos o impacto das experiências adversas na infância (ACEs) na saúde infantil e nos cuidados maternos. No segundo eixo, analisamos como o contexto intrafamiliar, a depressão materna e o suporte social afetam os cuidados maternos e a saúde de lactentes no primeiro ano de vida.

Desta forma, a tese apresenta a seguinte conformação:

- Capítulos de Revisão da Literatura, Objetivos e Métodos

Nos métodos, serão apresentados os instrumentos e procedimentos utilizados no estudo empírico. A descrição da amostra e da análise estatística está dividida segundo os dois eixos investigativos.

- Resultados e Discussão: serão apresentados como dois artigos empíricos:
  - a) “Cuidados maternos e saúde física de lactentes no primeiro ano de vida: repercussões das experiências adversas na infância (ACEs)”, submetido à revista *“Child: care, health and development”* em 22/08/2021 (aguardando parecer dos revisores)
  - b) “O suporte social pode mitigar efeitos negativos da depressão materna e da disfunção familiar sobre os cuidados maternos e a saúde da criança no primeiro ano de vida?” que será submetido à revista *“The Journal of Pediatric Health Care”*.

- Considerações Finais
- Referências bibliográficas: todas as referências bibliográficas citadas nessa tese estão organizadas no final da tese, na norma ABNT, enquanto as referências dos artigos estão apresentadas também junto a cada artigo, seguindo a norma da *American Psychological Association (APA)*.
- Apêndices e Anexos

A proposta desse trabalho é contribuir com respostas para lacunas identificadas na literatura. A proposta de avaliar a associação entre ACEs e cuidados maternos e saúde infantil de forma precoce, ainda no primeiro ano de vida, possibilita o planejamento de ações preventivas logo no início da vida. Além disso, contribuir com uma análise da saúde da criança e dos cuidados maternos de forma mais integrada,

a partir de diversos componentes considerados relevantes para a avaliação da saúde criança e dependentes do cuidado materno, embasada no conceito de saúde integral.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 A saúde integral da criança

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (OMS, 1946). Desde então, muitos avanços já ocorreram no entendimento da integralidade da saúde, que se apoia no conceito de que a saúde é um processo multifatorial, com determinantes físicos, mentais, sociais e espirituais que precisam estar em equilíbrio para que se alcance um estado de completo bem-estar. Nesse contexto, a pediatria preventiva assume um importante papel no cuidado com a criança, uma vez que sua finalidade é o crescimento e desenvolvimento saudáveis de crianças e adolescentes. O cuidado preventivo norteia-se na valorização integral de cada pessoa, levando em consideração suas especificidades, características e todas as circunstâncias ao seu redor (ESCOBAR; GRISI, 2016).

Na infância, a integralidade do cuidado em saúde requer que a criança seja entendida como um sujeito inserido em um ambiente social e familiar, em constante interação com o ele. Mais do que considerar apenas doenças e adoecimentos físicos, a integralidade da atenção envolve o olhar ampliado para a criança de modo a compreender o seu contexto de vida e atendê-la em suas múltiplas necessidades (STARFIELD, 2002). Com o objetivo não apenas de reduzir a mortalidade infantil, mas também de prover qualidade de vida para todas as crianças, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu foco tem sido a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, priorização dos grupos de risco, qualificação da assistência e desenvolvimento de ações de prevenção de agravos. (BRASIL, 2015a)

O período que vai da gestação até os três anos é o período mais importante no cuidado com a saúde da criança. Esta fase é marcada por um enorme potencial de crescimento e desenvolvimento, que acontece por meio de uma constante interação com o meio, e em uma velocidade ímpar (BLACK *et al.*, 2021). Esta é uma janela de

oportunidades para se estabelecer a base de saúde e bem-estar para cada criança, cujos benefícios irão durar uma vida inteira e, potencialmente, continuar na próxima geração (OMS, 2018). Fatores como a nutrição e os estímulos recebidos, desde a gestação, impactam na formação da estrutura cerebral, estimulando a multiplicação, diferenciação e função dos neurônios e os circuitos cerebrais, que formarão a base da capacidade de desenvolvimento e cognição futuros (FOX; LEVITT; NELSON, 2010; ESCOBAR; GRISI, 2016). Nos primeiros meses de vida, a provisão de nutrição adequada, através da amamentação, a segurança ofertada e os vínculos emocionais estabelecidos proporcionam um começo de vida adequado, com consequências duradouras para a criança (BLACK *et al.*, 2021). Além disso, muitas doenças crônicas em adultos, como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares podem ter origem na vida intrauterina e nos primeiros anos de vida, decorrentes de inúmeros fatores como ambiente, nutrição e experiências vividas nesse período (BARKER *et al.*, 2005; ESCOBAR; GRISI, 2016).

A saúde integral da criança e o acesso a serviços de saúde são dependentes do cuidado ofertado à criança pelo cuidador. Na nossa sociedade essa função é majoritariamente materna. A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a adequação do cuidado infantil como uma das três vertentes (junto à segurança alimentar e à salubridade do ambiente/ acesso a serviços de saúde) que determinam as taxas de mortalidade infantil (OMS, 1991). Engle *et al.* (1997) demonstraram que a oferta adequada de cuidados a uma criança depende, entre outros fatores, das habilidades maternas, que são influenciadas pela escolaridade da mãe e pelo ambiente socioeconômico e cultural onde ela vive, de seu estado de saúde física e mental, de sua autoconfiança e autonomia, de sua carga de trabalho e disponibilidade de tempo, e da possibilidade de contar com o apoio da família e da comunidade (ENGLE *et al.*, 1997).

A OMS propõe um modelo de ações e cuidados (*Nurturing Care Framework*) para garantir que cada criança tenha as melhores condições de saúde desde o início da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018a). O Cuidado Responsivo (*Nurturing Care*) é um conceito organizador proposto para enfrentar o desafio de que 250 milhões de crianças menores de 5 anos em países de baixa e média renda estão expostas a condições adversas de crescimento e desenvolvimento (BLACK; DELICHATSIOS; STORY, 2020). Promover cuidado responsivo significa proporcionar um ambiente doméstico que seja sensível às necessidades nutricionais e de saúde

das crianças, emocionalmente favorável, que estimule o desenvolvimento, com oportunidades para brincar e explorar, e que proteja contra adversidades (BLACK; DELICHATSIOS; STORY, 2020). Esse ambiente favorável durante a primeira infância pode atenuar potenciais riscos à saúde, como as condições socioeconômicas desfavoráveis (HAMADANI *et al.*, 2014).

Com o melhor entendimento da determinação multifatorial da saúde, foi necessária uma nova visão sobre a saúde da criança nos estudos sobre o tema, com uma abordagem mais integral dos diversos fatores que a determinam e dos indicadores de saúde. Medeiros e Furtado (2004) criaram uma variável que refletia eventos da saúde infantil e cuidados maternos, composta por itens como febre, assadura, cólicas, acidentes e não dar remédios prescritos, para comparar filhos de mães deprimidas e não deprimidas no período puerperal. Nesse estudo, os filhos de mães deprimidas apresentaram maior ocorrência dos itens listados, caracterizando uma pior qualidade de cuidado ofertado pela mãe, quando comparados aos filhos de mães não deprimidas (MEDEIROS; FURTADO, 2004). Santos W. (2013b) criaram um índice *proxy* de cuidado à saúde infantil (CSI), a partir de situações como aleitamento materno e imunização, hospitalização e peso por idade, para avaliar os efeitos de depressão materna e fatores socioeconômicos e demográficos na saúde infantil e nos cuidados maternos. A conclusão foi que, além da depressão materna, o baixo peso ao nascer e residência no interior foram os três fatores que se associaram ao índice CSI inadequado (SANTOS, W., 2013b). Em estudo prévio, envolvendo 120 lactentes de 12 meses, Scherrer e Alves (2021) analisaram o impacto da depressão materna, pobreza e arranjo familiar monoparental feminino nos cuidados maternos e saúde da criança. Para isto, foi criado um indicador de saúde física e cuidados maternos (ISCM) que sintetizava diversos aspectos relevantes para a saúde da criança e dependentes do cuidado materno. As autoras demonstraram que crianças expostas à pobreza, depressão materna e arranjo monoparental feminino apresentaram piores resultados no indicador (SCHERRER; ALVES, 2021).

### *2.1.1 Fatores de risco e de proteção para a saúde integral da criança*

A saúde integral da criança é determinada por diversos fatores individuais e ambientais, que interagem e se associam, podendo representar fator de risco ou proteção. Embora exista muita controvérsia na literatura sobre os conceitos que

definem os fatores com impacto negativo na saúde da criança, os termos mais utilizados para defini-los são fatores de risco, eventos de vida ou estressores (PESCE *et al.*, 2004). No entanto, é importante diferenciar principalmente os fatores de risco e as experiências adversas. Os fatores de risco são características ou condições, crônicas ou agudas, que podem aumentar, direta ou indiretamente, a probabilidade de a criança vir a apresentar algum tipo de desfecho negativo (PESCE *et al.*, 2004). A pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença no próprio indivíduo ou na família e perdas importantes são alguns exemplos. Embora inicialmente esses fatores tenham sido analisados como eventos estáticos, entende-se atualmente o risco como um processo, em que o número total de fatores de risco a que uma criança foi exposta, o tempo, o momento da vida em que ocorre a exposição ao risco e o contexto podem ser mais importantes do que uma única exposição grave (ENGLE; CASTLE; MENON, 1996). Além disso, deve-se usar idealmente o termo risco sob a ótica de um mecanismo e não de um fator, uma vez que o risco numa determinada situação pode ser proteção em outra (PESCE *et al.*, 2004). Já as experiências adversas são os eventos aos quais o indivíduo é exposto em determinados momentos da vida, e que variam em gravidade, mas são frequentemente crônicos e cumulativos (KALMAKIS; CHANDLER, 2014). Quando ocorrem antes dos 18 anos, foram definidas com o termo Experiências Adversas na Infância (*Adverse Childhood Experiences - ACE*).

Os fatores de proteção para a saúde da criança podem ser divididos de forma didática em três tipos: primeiro, os fatores de proteção que são próprios da criança, como a autoestima, o autocontrole, autonomia, e características de temperamento (crianças afetuosas, flexíveis), relacionados à resiliência individual. Aos fatores relacionados à família e aos relacionamentos familiares: características como coesão, estabilidade, respeito mútuo, apoio/ suporte ofertados. Por fim, há os fatores relacionados ao meio ambiente: bom relacionamento com amigos, professores ou pessoas significativas que assumam papel de referência segura à criança e a faça sentir querida e amada (EMERY; FOREHAND, 1996; PESCE *et al.*, 2004). Essa divisão busca apenas um melhor entendimento do tema, porque os diferentes tipos de fatores de proteção se interrelacionam na determinação da saúde. A eficácia de proteção de um fator ambiental, como o suporte social, pode variar de acordo com o nível de outro fator de proteção individual como a autoestima. Além disso, a presença de um fator de proteção pode determinar o surgimento de outros fatores de proteção

em algum outro momento (GORE; ECKENRODE, 1996). Os processos de proteção têm a característica essencial de mudar a resposta do indivíduo aos processos de risco. Isso pode ocorrer por meio da redução dos impactos dos riscos e das reações negativas que surgem após a exposição do indivíduo à situação de risco, do estabelecimento de relações que promovam a autoestima e autoeficácia e da criação de oportunidades para reverter os efeitos do estresse (PESCE *et al.*, 2004). Assim, os fatores de proteção para a saúde da criança agem diminuindo os impactos negativos dos fatores de risco e promovendo resiliência, que pode ser definida como o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio (SOUTHWICK *et al.*, 2014).

## **2.2 Suporte social**

O efeito das relações sociais sobre a saúde dos indivíduos vem sendo tema de pesquisas de diversas áreas, especialmente após a década de 70. Entre os tipos de relações interpessoais que afetam a saúde, Sherbourne e Stewart (1991) diferenciaram os conceitos de rede e suporte social. Rede social é o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social e reflete o nível de integração social do indivíduo com seus pares. Já o apoio ou suporte social refere-se aos recursos postos à disposição do indivíduo por outras pessoas em situações de necessidade e reflete o quão integrado socialmente é este indivíduo. Também indica o grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções e oferecem suporte ao indivíduo em momentos de crise ou readaptação. Em outras palavras, rede social pode ser concebida como a estrutura social pela qual o apoio é fornecido (GRIEP, 2003), enquanto o suporte social refere-se à dimensão funcional ou qualitativa da rede social (GRIEP *et al.*, 2005). Geralmente, o suporte social se refere a um recurso psicossocial que é acessível no contexto dos relacionamentos interpessoais do indivíduo e sua rede social (MOAK; AGRAWAL, 2009). Estudos já demonstraram que as relações sociais estavam relacionadas a melhores preditores de saúde e melhor adaptação social nos indivíduos, protegendo contra os efeitos negativos do estresse e diminuindo a morbidade e a mortalidade (GRIEP *et al.*, 2005; DANTAS *et al.*, 2012).

Há uma considerável diversidade na conceituação e nos instrumentos utilizados para medir o suporte social, o que dificulta a comparação dos estudos que

avaliam o papel do suporte social em saúde (LETT *et al.*, 2009). Entretanto, é consenso entre os pesquisadores que o construto “suporte social” pode ser dividido em suporte estrutural e funcional, e que qualquer pessoa ou grupo de sua rede social pode ofertar o suporte social (MOAK; AGRAWAL, 2009). O suporte funcional está relacionado à experiência ou expectativa de obter o apoio da família, amigos e vizinhos, quando necessário. Já o suporte estrutural diz respeito ao tamanho e ao tipo de rede social, bem como a frequência de contato dentro da rede de apoio (LETT *et al.*, 2009). Em outras palavras, o componente estrutural do suporte social refere-se à existência de relacionamentos, enquanto o componente funcional avalia o grau com que essas relações servem a funções particulares de fornecer recursos. Dois componentes do suporte funcional estão frequentemente relacionados à saúde mental em geral, e à depressão em particular: o suporte instrumental e suporte emocional. O suporte instrumental é de natureza mais tangível, pois abrange aspectos como apoio financeiro e ajuda prática, enquanto o apoio emocional refere-se à oferta de companheirismo e intimidade, bem como a provisão de carinho e empatia (SCHULZ; SCHWARZER, 2004; GRAV *et al.*, 2012; MANUEL *et al.*, 2012).

Existem evidências de que o suporte social pode atuar como fator protetor para a saúde infantil, seja exercendo efeitos diretos, seja melhorando a saúde mental dos cuidadores. Pesquisas já demonstraram uma associação significativa entre ausência de suporte social materno e sintomas depressivos na gravidez (HETHERINGTON *et al.*, 2018; WAJID *et al.*, 2019; RACINE *et al.*, 2019; WESTDAHL *et al.*, 2007) e o período pós-parto (SCHWAB-REESE; SCHAFFER; ASHIDA, 2017). A ausência do suporte social para as mães também foi associada à maior ocorrência de atraso vacinal (SURKAN *et al.*, 2012) e menor índice de aleitamento materno (MORGADO; WERNECK; HASSELMANN, 2013). Já em mães que recebem suporte social, além de menor risco de desenvolver sintomas depressivos (KIM; CONNOLLY; TAMIM, 2014; LEAHY-WARREN; MCCARTHY; CORCORAN, 2012), também foi relatado melhor interação com a criança (DINIZ; VOLLING; KOLLER, 2014). Além disso, um estudo que analisou a percepção de 431 mães sobre as emoções e o comportamento de seus filhos entre 8-12 meses de vida demonstrou que quando as mulheres deprimidas recebiam suporte social houve aumento dos sentimentos de bem-estar, autocontrole e afeto positivo, ajudando assim as mães a perceberem seus filhos de uma maneira mais positiva (LEFKOVICS *et al.*, 2018). Da mesma forma, um estudo que analisou as relações entre depressão materna, suporte social e autopercepção

de cuidados demonstrou que o suporte social influenciou positivamente a saúde mental materna e, assim, melhorou a autopercepção de adequação do cuidado (LEAHY-WARREN; MCCARTHY; CORCORAN, 2012).

O suporte social é, portanto, um dos fatores que podem atuar como proteção para a saúde integral da criança, seja por efeitos diretos ou mesmo por sua ação indireta de melhorar a saúde mental dos cuidadores e, dessa forma, mitigar riscos e melhorar os cuidados ofertados.

### **2.3 Experiências adversas na infância**

O construto denominado “experiências adversas na infância” (ACEs) foi introduzido na literatura a partir do estudo de Felitti *et al.* (1998) e redefinido por Kalmakis e Chandler (2014). Pode ser descrito como o conjunto de eventos negativos que ocorrem no ambiente familiar ou social da criança, variando em gravidade e sendo frequentemente crônicos, podendo causar danos que comprometem sua saúde integral e o seu pleno desenvolvimento.

No estudo de 1998 que introduziu o termo na literatura, *The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study*, Felitti *et al.* (1998) definiram como experiências adversas o abuso infantil (abuso psicológico, abuso físico e abuso sexual por contato) e a exposição à disfunção familiar (exposição ao abuso de substâncias, doença mental, violência no lar, e adultos encarcerados) (FELITTI *et al.*, 1998). Estudos posteriores incluíram outras experiências negativas, como agressões físicas (AFIFI *et al.*, 2017; MERRICK *et al.*, 2017), pobreza (FINKELHOR *et al.*, 2015; LANIER *et al.*, 2018), vitimização, isolamento e rejeição de pares (CRONHOLM *et al.*, 2015; FINKELHOR *et al.*, 2015; LANIER *et al.*, 2018), discriminação (CRONHOLM *et al.*, 2015; LANIER *et al.*, 2018) e exposição à violência na comunidade (CRONHOLM *et al.*, 2015; FINKELHOR *et al.*, 2015; LANIER *et al.*, 2018).

Embora os autores definam diferentes experiências como ACEs, o termo usualmente se refere a experiências traumáticas, intrafamiliares e socioambientais (KALMAKIS; CHANDLER, 2014), que variam em gravidade, comumente recorrentes, e envolvendo exposições prolongadas e frequentes (KALMAKIS; CHANDLER, 2014; ROCHA *et al.*, 2020; WADSWORTH *et al.*, 2016). Essa carga cumulativa e o tempo prolongado de exposição às ACEs, especialmente em períodos decisivos para o crescimento e desenvolvimento, podem prejudicar a resposta fisiológica das crianças

e inibir a autorregulação e o gerenciamento do estresse (EVANS; KIM, 2013; MCCOY; RAVER, 2014).

Para medir as ACEs e sua associação com comportamentos de risco na vida adulta, a OMS criou o Questionário Internacional ACE (ACE-IQ). O ACE-IQ foi desenvolvido para ser administrado a pessoas com 18 anos ou mais. As perguntas incluem experiências de disfunções familiares; abuso físico, sexual e emocional e negligência por parte dos pais ou cuidadores; violência entre pares; testemunho de violência na comunidade e exposição à violência coletiva (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018b).

No presente trabalho, as ACEs foram operacionalizadas e divididas em 5 grupos, que serão descritos a seguir.

a) Características da família:

Os arranjos familiares vêm apresentando mudanças através dos tempos. O número de famílias chefiadas por mulheres dobrou, em termos absolutos, em 15 anos, passando de 14,1 milhões em 2001 para 28,9 milhões em 2015 (CAVENAGHI *et al.*, 2018). Cerca de 15% das famílias chefiadas por mulheres tem arranjo monoparental feminino, acarretando aumento das responsabilidades financeiras para a mulher, sobrecarga de trabalhos domésticos e estresse emocional, representando também uma ameaça à qualidade do cuidado ofertado pelas mães aos seus filhos (CAVENAGHI *et al.*, 2018).

Mães sem companheiro tem maiores chances de apresentar problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade, assim como terem uma pior percepção de sua qualidade de vida se comparadas àquelas com um companheiro (SANTOS, 2020). A monoparentalidade feminina também parece estar associada a níveis mais elevados de estresse e depressão devido às dificuldades em lidar com o papel de cuidador único e provedor principal (OSBORNE; BERGER; MAGNUSON, 2012). Esses impactos na saúde mental gerados pela ausência de companheiro, por sua vez, estão relacionados a atrasos no desenvolvimento, distúrbios psiquiátricos e problemas comportamentais em crianças (SLOMIAN *et al.*, 2019). Por outro lado, a presença dos pais/companheiros nos cuidados infantis e sua participação na divisão de tarefas podem impactar positivamente na saúde da criança e na oferta de cuidados maternos. Estudos demonstraram que intervenções educacionais dirigidas aos pais/companheiros durante a gravidez e após o parto aumentaram a proporção de

mulheres iniciando precocemente a amamentação e mantendo o aleitamento materno exclusivo por 4 e 6 meses (WOLFBERG *et al.*, 2004; BICH; HOA; MÅLQVIST, 2014).

b) Saúde mental da mãe:

A saúde mental materna tem recebido cada vez mais atenção pelo aumento da prevalência de doenças psíquicas, como os transtornos depressivos, além dos impactos já descritos da saúde mental materna na saúde de seus filhos (SLOMIAN *et al.*, 2019). A depressão é mais frequente, tem sintomas mais graves e está mais associada a comorbidades, como ansiedade e transtornos de humor em mulheres, principalmente as que estão em idade fértil, se comparadas aos homens (BRUMMELTE; GALEA, 2010). A depressão materna pode começar a afetar a saúde dos filhos antes mesmo do nascimento. Mães deprimidas produzem mais hormônios do estresse, o que reduz o crescimento fetal e está associado a um risco aumentado de trabalho de parto prematuro (TALATI; HACKNEY; MESIANO, 2017). Além disso, o filho de uma mãe deprimida pode ter efeitos sustentados sobre sua resposta ao estresse e sistema imunológico que podem persistir mesmo após a resolução da depressão (PLANT *et al.*, 2016). Crianças expostas a depressão materna no início da vida podem experimentar efeitos duradouros sobre sua arquitetura cerebral e interrupções persistentes de seus sistemas de resposta ao estresse (CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY, 2009). Estudos revelaram que os padrões de atividade cerebral ao eletroencefalograma de filhos de mães deprimidas são semelhantes àqueles encontrados em adultos com depressão (DAWSON *et al.*, 1997).

Mães deprimidas também apresentam um comportamento de menor interação emocional e menos resposta às demandas de seus filhos quando comparadas às mães sem depressão. Isto inclui menor interação visual (como olhar nos olhos e sorrir) e vocal (como cantar músicas e estimular a conversação), menos contato físico com seus filhos e menor afetividade quando ocorre o contato (BALBIERZ *et al.*, 2015; BRUMMELTE; GALEA, 2016). Podem experimentar grande dificuldade em se tornar sensíveis às necessidades de seus filhos, o que influencia de forma negativa na construção de uma relação saudável e acolhedora (BRUMMELTE; GALEA, 2016; CHARROIS *et al.*, 2020).

Em revisão sistemática de literatura, Slomian *et al.* (2019) analisaram os impactos da depressão materna em diversos aspectos da saúde da criança. Foram

descritos menor ganho de peso e de estatura, menor prática e duração do aleitamento materno, maior preocupação em relação à saúde da criança e maior número de adoecimentos, além de alterações no sono e no desenvolvimento. Essa revisão também encontrou evidências de prejuízos na interação e vínculo mãe-filho, e em práticas de cuidado como cuidar da posição do sono em lactentes ou usar dispositivos de segurança como cinto de segurança (SLOMIAN *et al.*, 2019).

c) Exposição à violência no domicílio:

O relacionamento entre os pais é um dos fatores que afetam o bem-estar das crianças e o desenvolvimento emocional em uma família. Os conflitos interparentais estão presentes em muitas famílias, o que pode criar um ambiente domiciliar estressante para a criança (XU *et al.*, 2021). O efeito dos conflitos conjugais na saúde dos filhos/crianças ainda é pouco explorado na literatura. Em um dos estudos pioneiros sobre o tema, Cummings, Davies e Simpson (1994) propuseram a teoria da segurança emocional como um importante mecanismo que explica o impacto dos conflitos interparentais nas crianças. Segundo essa teoria, a exposição a conflitos e demonstrações de raiva entre os pais, especialmente quando há dificuldade na resolução de conflitos, minam a segurança emocional das crianças, levando a problemas comportamentais futuros. Outros estudos reforçam essa teoria, ao demonstrar que a ruptura na segurança e proteção emocional que deveria ser proporcionada pela unidade familiar pode resultar em problemas de ordem emocional nas crianças expostas a conflitos (CUMMINGS; DAVIES, 2010; CUMMINGS; MILLER-GRAFF, 2015). Em pesquisa realizada com 846 crianças em idade escolar na China, que explorou a correlação entre os conflitos interparentais e manifestação de ansiedade e problemas de comportamento adaptativo, foi demonstrado que conflitos persistentes e não resolvidos estavam associados a maior ansiedade e prejuízos no comportamento adaptativo das crianças (XU *et al.*, 2021). Outro estudo evidenciou a perpetuação do ciclo de violência, ao demonstrar que mães expostas a qualquer tipo de violência pelo companheiro tem um padrão de parentalidade com práticas negativas, com mais agressões físicas, psicológicas e negligência com seus filhos (SANI; CUNHA, 2011).

A exposição ao uso abusivo de álcool e drogas no domicílio também pode afetar negativamente a saúde das crianças que ali vivem. Um estudo demonstrou que indivíduos que consomem álcool e drogas de forma abusiva apresentam piores

condições de saúde mental e de moradia, emprego, escolaridade e condição socioeconômica (CORTE; ZUKER, 2008). O abuso de substâncias no ambiente domiciliar foi associado à disfunção familiar, gerando prejuízo na interação familiar e uma maior dificuldade de diálogo e de resolução de problemas de relacionamento (HALPERN, 2002). Além disso, a probabilidade de separação e divórcio entre casais três vezes maior quando essa união se dá com um dependente de álcool (*NATIONAL ASSOCIATION FOR CHILDREN OF ALCOHOLICS*, 2003). Crianças cujos pais fazem uso abusivo de substâncias apresentam maior risco de transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físico-emocionais e dificuldades escolares (FIGLIE; MILAGRES; CROWE, 2009). Portanto, o abuso de substâncias também pode ser responsável por gerar um ambiente domiciliar onde se acumulam adversidades.

d) Exposição à violência na vizinhança:

Além do impacto negativo na saúde causado pela violência no ambiente domiciliar, a exposição à violência na vizinhança também pode trazer prejuízos. Recentemente, tem-se evidenciado a importância da análise dos efeitos de proximidade e vizinhança, reforçando o conceito de que a comunidade em que a família se insere afeta a saúde de forma independente daqueles fatores ligados às condições familiares ou domiciliares, tais como o isolamento e a privação de acesso a bens (SAWAYA; ALBUQUERQUE; DOMENE, 2018). Para além das características sociodemográficas das comunidades, como falta de saneamento básico, de água potável, excessivo adensamento demográfico, construções precárias, outras características como estigmatização social do ambiente e ocorrência de violência podem afetar a saúde dos que ali vivem (SAWAYA; ALBUQUERQUE; DOMENE, 2018). Morais *et al.* (2021) analisaram como a vizinhança, o ambiente intradomiciliar e as creches afetavam o desenvolvimento motor e cognitivo de 147 crianças com idade entre 24 e 36 meses. Não foi observado impacto direto destes ambientes no desenvolvimento motor, mas a qualidade da vizinhança afetou negativamente, de forma indireta, o desenvolvimento cognitivo das crianças (MORAIS *et al.*, 2021).

A ocorrência de violência na comunidade pode interferir no bem-estar infantil por causa das restrições que impõe às atividades diárias e de lazer, principalmente a livre circulação e o uso de praças e outros ambientes coletivos pelo medo que a violência impõe à comunidade (SAMPSON; MORENOFF; GANNON-ROWLEY, 2002). Além disso, ambientes violentos podem causar o aumento do estresse e

ansiedade pela convivência com o medo e pelos traumas causados ao se testemunhar situações de violência, prejudicando a saúde mental dos indivíduos ali inseridos (RABELO; PACHECO, 2021). Assim, a violência pode ser considerada como adversidade capaz de impactar negativamente a saúde da criança, tanto quando ocorre no seu ambiente familiar quanto na comunidade em que a família se insere.

e) Pobreza:

As mudanças econômicas, sociais e sanitárias dos últimos anos determinaram melhorias no estado da saúde e na expectativa de vida da população brasileira. Contudo, as disparidades socioeconômicas ainda são grandes no Brasil, levando uma parcela significativa da população a viver em condições de pobreza e extrema pobreza (VICTORA *et al.*, 2011; CAVENAGHI; ALVES, 2018).

Viver em circunstâncias socioeconômicas adversas durante a infância pode afetar a saúde física e mental no futuro (MARRYAT; FRANK, 2019). A pobreza já foi associada a diversos resultados negativos para a saúde de crianças, incluindo maior adoecimento e aumento do uso de serviços de emergência (COOK *et al.*, 2004), pior desempenho acadêmico (JYOTI; FRONGILLO; JONES, 2005) pior interação social e transtornos mentais como ansiedade e depressão (ALAIMO; OLSON; FRONGILLO, 2001). A insegurança alimentar gerada pela condição de pobreza também repercute na saúde infantil. As reduções na quantidade ou qualidade dos alimentos ou padrões de alimentação irregulares podem gerar distúrbios de crescimento, como o baixo peso e a baixa estatura (COLEMAN-JENSEN *et al.*, 2018). Insegurança e privação alimentar também podem ocasionar pior funcionamento do sistema imunológico, tanto por distúrbio nutricional quanto pelo estresse gerado (THOMAS; MILLER; MORRISSEY, 2019; CARLSSON *et al.*, 2014). Por fim, os impactos negativos também são descritos na saúde mental dos indivíduos expostos, com maior ocorrência de sintomas depressivos e ansiedade na presença de insegurança alimentar (CASEY *et al.*, 2004; THOMAS; MILLER; MORRISSEY, 2019).

### 2.3.1 Os efeitos das ACEs na saúde

As ACEs podem ter efeitos negativos duradouros na saúde e no bem-estar, bem como nas oportunidades de vida, como educação e potencial de trabalho. A exposição a ACEs pode resultar em estresse tóxico, definido como o estresse elevado

e contínuo, que pode alterar a arquitetura do sistema nervoso central e gerar danos irreversíveis no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, além de aumentar os riscos para doenças orgânicas ao longo dos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2019). O impacto do estresse gerado pela exposição a ACE pode afetar a atenção, a capacidade de tomada de decisões e o aprendizado. Crianças que vivenciam ACEs podem ter dificuldade em formar relacionamentos saudáveis e estáveis e também de lidar com finanças, além de apresentarem de forma mais frequente dificuldades em se estabelecer profissionalmente quando adultos (BLACK *et al.*, 2021).

A maioria dos estudos sobre o impacto das ACEs na saúde dos indivíduos aborda os efeitos a longo prazo, especialmente na idade adulta. O estudo original sobre ACEs demonstrou que adultos que foram expostos a abuso e/ou disfunção familiar na infância apresentaram maior ocorrência de comportamentos de risco na vida adulta (alcoolismo, abuso de drogas, depressão e suicídio), condições crônicas de saúde (doença cardiovascular, obesidade, câncer e doença pulmonar crônica) e mortalidade precoce (FELITTI *et al.*, 1998). Kalmakis e Chandler (2015), em revisão sistemática sobre as associações entre ACEs e impactos na saúde do adulto, demonstraram que ACEs estão associados a piores condições de saúde física e psicológica, comportamentos de risco, problemas no desenvolvimento e aumento da utilização dos serviços de saúde. Além disso, a exposição a ACEs foi associada à ocorrência de doença coronariana e acidente vascular encefálico (CAMPBELL; WALKER; EGEDE, 2016), depressão (CHEONG *et al.*, 2017), distúrbios de sono (KAJEEPETA *et al.*, 2015), diabetes (HUANG *et al.*, 2015), câncer (HOLMAN *et al.*, 2016) e mortalidade prematura por diversas causas (KELLY-IRVING *et al.*, 2013). Na adolescência, a exposição a ACEs foi associada à depressão, transtorno de estresse pós-traumático, pior percepção de saúde, maior risco de mortalidade precoce (Kidman *et al.*, 2020), problemas emocionais e de comportamento (REBICOVA *et al.*, 2019) e obesidade (MORRIS; NORTHSTONE; HOWE, 2016; SHENK *et al.*, 2016)

Os estudos que analisam o impacto das ACEs na saúde de crianças geralmente abordam seu efeito sobre a saúde mental e desenvolvimento infantil. Jimenez *et al.* (2016), demonstraram que crianças expostas a ACE apresentavam habilidades linguísticas, matemáticas e de alfabetização abaixo da média, bem como problemas de socialização e de atenção por volta dos cinco anos de idade. Outros autores observaram maior frequência de comportamentos externalizantes e

internalizantes (FENERCI; DEPRINCE, 2018; GJERDE *et al.*, 2017; LIU *et al.*, 2019), problemas socioemocionais (HARPER *et al.*, 2018; MCDONNELL; VALENTINO, 2016; MCKELVEY; SELIG; WHITESIDE-MANSELL, 2017), de regulação emocional (MCKELVEY; SELIG; WHITESIDE-MANSELL, 2017), de comportamento (EASTERBROOKS *et al.*, 2018) e de temperamento (GIBSON *et al.*, 2015) em crianças expostas a experiências adversas na primeira infância.

No entanto, os efeitos da exposição a ACEs sobre a saúde física de crianças permanecem menos explorados na literatura. Flaherty *et al.* (2006) examinaram prospectivamente a associação entre a exposição a ACE e a saúde infantil aos 4 e 6 anos de idade, por meio de questionário em que o cuidador definia a saúde de seu filho como excelente, boa, regular e ruim. As crianças que foram expostas a alguma ACEs tinham 1,89 vezes mais chance de ter a saúde definida como regular ou ruim do que aquelas sem exposição a ACEs. Os autores relataram também que as crianças que tiveram quatro ou mais ACEs apresentaram 2,83 vezes mais probabilidade de ocorrência de doença grave com necessidade de atenção médica. Kerker *et al.* (2015) demonstraram que crianças com alguma condição médica crônica, como asma, problemas dentários, diabetes, hipertensão, otites de repetição, foram expostas a mais ACEs do que seus pares sem estas condições.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

1. Analisar o impacto das experiências adversas na infância (ACEs) nos cuidados maternos e na saúde de lactentes no primeiro ano de vida e o efeito protetor do suporte social.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Descrever os cuidados maternos e a saúde física de crianças aos 12 meses de vida, usando o Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM);
2. Descrever e quantificar as experiências adversas vivenciadas pelas crianças durante os primeiros 12 meses de vida;
3. Analisar o efeito cumulativo dos ACES sobre o ISCM;
4. Examinar as relações entre o suporte social, a depressão materna e a disfunção familiar e os cuidados maternos e a saúde de lactentes aos 12 meses de vida.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Delineamento

Trata-se de estudo de coorte retrospectiva, cujos dados foram coletados durante a execução do projeto “Avaliação do Desenvolvimento Infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil” - Projeto Cuidar e Crescer Juntos (C&C). O objetivo geral do Projeto C&C foi contribuir para o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, redução do estresse parental e estímulo de práticas de cuidado que promovem o desenvolvimento global de crianças nascidas no Hospital Sofia Feldman (HSF) e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). O Projeto C&C foi uma parceria do HSF com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e com financiamento da iniciativa *Grand Challenges Canada-Saving Brains*, CAPES e UFMG. A iniciativa *Grand Challenges Canada-Saving Brains* objetiva apoiar programas para proteção do desenvolvimento infantil em populações vulneráveis, como estratégia de longo prazo para superação da pobreza.

### 4.2 Contexto

A fase de recrutamento das mães e bebês aconteceu na Casa do Bebê do Hospital Sofia Feldman (HSF) e no Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG). O HSF e o HC/UFMG são serviços de referência para partos de alto risco no estado de Minas Gerais, que atuam exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Na rotina do HSF, os recém-nascidos estáveis, mas ainda sem critérios para alta hospitalar (prematuros com necessidade de ganho de peso, em fototerapia, pendências sociais, entre outros critérios) são encaminhados para a Casa do Bebê. Essa estrutura, anexa ao HSF, é destinada ao acolhimento, orientação, cuidado e acompanhamento de mães e bebês, facilitando a alta hospitalar (<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>). No HC/UFMG foram recrutados os recém-nascidos encaminhados ao Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR). O ACRIAR é um serviço de seguimento multidisciplinar para crianças que nascem na maternidade do HC/ UFMG com idade gestacional abaixo de 34 semanas e peso ao nascimento menor ou igual a 1500 gramas.

As etapas seguintes ocorreram no Ambulatório de Seguimento do Desenvolvimento do Recém-nascido de Alto Risco do HSF e no ACRIAR. O Projeto C&C aconteceu entre 2015 e 2017. As crianças foram avaliadas aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses (idade corrigida para os prematuros), sendo atendidas por médicos ou enfermeiras nas consultas de puericultura.

### **4.3 Amostra**

Trata-se de amostra de conveniência, em que foram elegíveis 245 crianças nascidas no Hospital Sofia Feldman ou no HC/UFMG e admitidas na Casa do Bebê (HSF) ou ACRIAR (HC) entre janeiro e outubro de 2015.

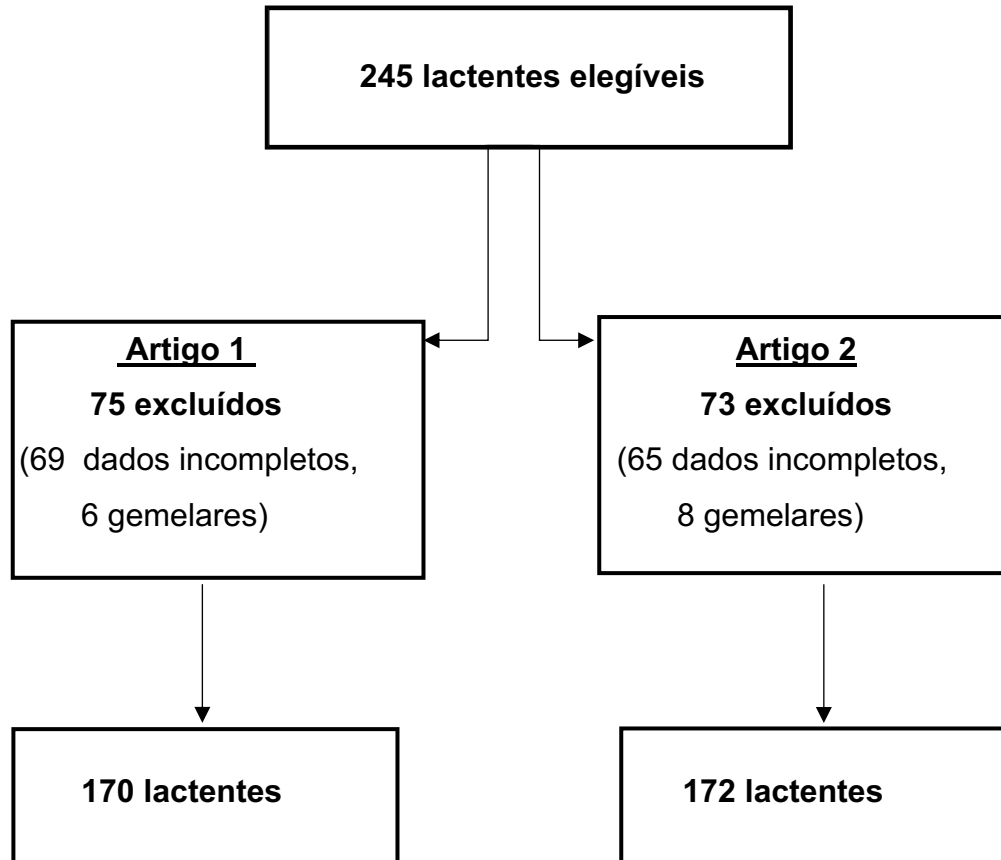
Eram elegíveis as crianças com os seguintes critérios:(1) crianças sem comprometimento neurológico, deficiências sensoriais, malformações do sistema locomotor, detectadas ao nascimento; (2) crianças cuidadas por suas mães biológicas; (3) crianças cujas mães não apresentavam transtornos mentais que comprometessem a compreensão dos procedimentos da pesquisa e (4) crianças acompanhadas até os 12 meses de idade nos referidos serviços. Para participar do estudo foi necessária a autorização dos responsáveis pela criança por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídas da amostra as crianças cujos dados necessários para a análise estatística estavam incompletos e as crianças gemelares (um de cada par de gêmeos), sendo que nesse caso uma das crianças do par foi excluída da análise aleatoriamente.

No Artigo 1 - *Cuidados maternos e saúde física de lactentes no primeiro ano de vida: repercussões das experiências adversas na infância (ACEs)*, dos 245 lactentes elegíveis, foram excluídos seis gemelares e 69 crianças cujos dados estavam incompletos. Desta forma, a amostra do artigo 1 foi composta por 170 lactentes.

No estudo do Artigo 2 - *O suporte social pode mitigar efeitos negativos da depressão materna e da disfunção familiar sobre os cuidados maternos e a saúde da criança no primeiro ano de vida?*, dos 245 lactentes elegíveis, foram excluídos oito gemelares e 65 crianças cujos dados estavam incompletos. A amostra do artigo 2 foi composta, portanto, por 172 lactentes.

Apesar das semelhanças dos números, as amostras dos 2 estudos foram compostas por diferentes crianças. O fluxograma 1 resume a composição das amostras.



FLUXOGRAMA 1 - Composição da amostra dos estudos que compõem a tese.

## 4.4 Procedimentos

### 4.4.1 Fase de Planejamento e Capacitação

Inicialmente foram realizadas reuniões de planejamento e capacitação da equipe multidisciplinar envolvida no Projeto C&C. A equipe também se dedicou a estudar e selecionar os questionários, escalas e instrumentos que seriam utilizados para a coleta de dados. Os entrevistadores receberam manual com procedimentos do Projeto C&C a fim de garantir a qualidade, sigilo e padronização da coleta de dados. Antes do início das atividades do projeto foi realizado estudo piloto na Casa do Bebê, visando fazer os ajustes necessários.

#### *4.4.2 Fase de Recrutamento no Projeto C&C*

O recrutamento foi iniciado com a verificação dos critérios de inclusão e exclusão do Projeto C&C nos prontuários da mãe e da criança admitidos na Casa do Bebê e no ACRIAR. Em seguida, era realizada a sensibilização das mães e o esclarecimento das condições para participação no projeto. O recrutamento foi realizado por acadêmicos da área de saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), supervisionados por profissionais de saúde da Casa do Bebê e do ACRIAR.

#### *4.4.3 Coleta de dados*

Com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) assinado, as mães responderam o questionário para caracterização socioeconômica e demográfica da família, antes da alta hospitalar. Na sequência, a coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Seguimento do Desenvolvimento do Recém-nascido de Alto Risco do HSF e no ACRIAR, onde as crianças foram acompanhadas aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses (idade corrigida nos prematuros). As consultas de acompanhamento incluíam a consulta de puericultura padronizada realizada por médicos ou enfermeiras e a aplicação dos demais instrumentos realizada por acadêmicos da área de saúde da UFMG.

### **4.5 Instrumentos**

a) Questionário para caracterização socioeconômica e demográfica das famílias (QCSD):

Este questionário foi desenvolvido pela equipe de pesquisadores do Projeto C&C e utilizado no momento do recrutamento a fim de caracterizar as condições socioeconômicas e demográficas das famílias. Abordava as seguintes informações: idade materna, escolaridade e ocupação materna e paterna, estado civil, número de filhos, composição familiar e participação no Programa Bolsa Família (BRASIL, 2004) (APÊNDICE A).

b) Classificação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP):

A Classificação Socioeconômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa permite identificar o potencial de consumo das famílias brasileiras. É composta por variáveis que são indicadoras de renda permanente, como educação, condições de moradia e posse de bens duráveis, que servem de parâmetro para a segmentação e comparação entre os padrões de consumo dos brasileiros. A classificação divide a população brasileira em seis estratos, A, B1, B2, C1, C2, DE, sendo o A o de maior poder aquisitivo e o DE o de menor poder aquisitivo (ABEP, 2015, ANEXO A).

c) Questionário sobre condições perinatais e saúde da criança (QCPSC):

Foi desenvolvido pelos pesquisadores do Projeto C&C com informações acerca de condições perinatais. Os dados sobre sexo da criança e idade gestacional foram extraídos do sumário de alta da maternidade, da Caderneta da Gestante e da Caderneta da Criança na primeira consulta de puericultura. Também foram coletados os dados: idade gestacional no parto, apgar de 5º minuto e peso ao nascimento (APÊNDICE B).

d) Roteiro padronizado para puericultura (Anamnese Padrão):

Roteiro estruturado pela equipe de pesquisadores do Projeto C&C com o objetivo de registrar, de forma padronizada, informações relacionadas à consulta de puericultura. Foi o instrumento utilizado para obter os dados que compuseram o Indicador de Saúde Infantil e Cuidados Maternos (ISCM) (APÊNDICE C).

e) Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM):

A saúde infantil e os cuidados maternos foram avaliados pelo Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos, que reúne aspectos relevantes da saúde da criança, que são avaliados habitualmente em consultas de rotina e são muito dependentes do cuidado materno. O ISCM é composto por sete itens, sendo que cada item foi classificado como “minimamente satisfatório” (1 ponto) ou “não satisfatório” (0 pontos), com base na literatura, conforme critérios indicados a seguir. A pontuação varia, portanto, de zero a sete pontos, e quanto maior a pontuação, melhor as

condições de saúde e cuidados maternos ofertados à criança (Scherrer & Alves, 2021).

1. Estado nutricional: os bebês foram pesados em balança horizontal eletrônica e medidos com a mesma régua antropométrica de alumínio em todas as consultas por profissional de saúde devidamente treinado. O estado nutricional das crianças foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) aos 12 meses de idade cronológica (bebês nascidos a termo) ou corrigida (bebês prematuros). Foi utilizado o aplicativo Anthro (<http://www.who.int/childgrowth/software/en/>) para calcular o escore Z para o indicador IMC/idade. O estado nutricional dos lactentes foi classificado segundo as normas técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2011) (BRASIL, 2011). Para fins de composição do escore, quando a criança se encontrava entre os escores Z -2 e +2 ( $-2 \leq z \leq +2$ ) no indicador IMC/idade, ela recebeu 1 ponto. Para qualquer outro valor do escore Z neste indicador, a criança recebeu pontuação zero.

2. Aleitamento materno exclusivo até os quatro meses: o padrão de aleitamento foi classificado conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b). A informação sobre o aleitamento materno exclusivo foi coletada durante a consulta de acompanhamento que ocorreu aos 4 meses de idade. O aleitamento materno exclusivo por pelo menos quatro meses recebeu 1 ponto, e qualquer outro padrão alimentar nessa idade recebeu pontuação zero.

3. Aleitamento materno complementado aos 12 meses: informação foi coletada durante a consulta de 12 meses. O aleitamento materno complementado aos 12 meses recebeu 1 ponto na análise e a ausência de aleitamento materno aos 12 meses recebia pontuação zero (BRASIL, 2015b).

4. Vacinação: estado vacinal foi verificado na Caderneta de Saúde da Criança em todas as consultas e classificado em vacinação em dia ou vacinação em atraso segundo o calendário nacional de vacinação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c). O dado analisado foi a situação vacinal dos lactentes aos 12 meses de vida: caso o lactente apresentasse a vacinação atualizada, o item recebia 1 ponto e qualquer atraso vacinal aos 12 meses implicava na pontuação zero.

5. Adoecimento: o acompanhante respondia se a criança apresentou alguma intercorrência de saúde desde a última consulta e era questionado especificamente sobre as intercorrências mais comuns, divididas nos seguintes grupos: sintomas respiratórios (resfriado/gripe/broncoespasmo), sintomas gastrointestinais (vômitos/diarreia) e outras intercorrências. Analisou-se o número de adoecimentos apresentados pelos lactentes registrados nas cinco consultas de seguimento, adotando-se como não satisfatório a ocorrência de oito ou mais episódios de adoecimento no primeiro ano de vida. Considerou-se aceitável a ocorrência de no máximo sete episódios de adoecimento nos primeiros 12 meses de vida (PRINCIPI *et al.*, 2003; DE MARTINO; BALLOTTI, 2007; LIU *et al.*, 2015), pontuando-se esses casos como 1. Pontuou-se zero quando a criança apresentou mais de sete episódios de adoecimento no primeiro ano de vida.

6. Acidentes domésticos: em todas as cinco consultas, as mães foram questionadas sobre a ocorrência de acidentes domésticos com seus filhos. Foi pontuado zero a ocorrência de qualquer acidente doméstico ocorrido com os lactentes durante o primeiro ano de vida. Desse modo, foi atribuído 1 ponto quando não houve registro de acidentes (YAMAOKA; FUJIWARA; TAMIYA, 2016; SCHWEBEL; BREZAUSEK, 2008).

7. Uso de sulfato ferroso: o sulfato ferroso em dose profilática era prescrito no ambulatório de seguimento conforme a orientação do Ministério da Saúde: a partir de 1 mês em bebês prematuros, aos seis meses em bebês a termo em aleitamento materno exclusivo, ou em qualquer idade no início do desmame, para uso até os dois anos (BRASIL, 2013). Quando necessário, a medicação também era prescrita em dose terapêutica. Quando o lactente fazia uso regular de dose profilática ou terapêutica de sulfato ferroso aos 12 meses foi atribuído 1 ponto. A pontuação zero foi atribuída quando a medicação não estava sendo administrada. O Quadro 1 sintetiza as variáveis incluídas no escore de saúde infantil.

QUADRO 1 - Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM)

Indicador de saúde/ cuidados	Pontuação
<b>1. Estado nutricional (12 meses)</b> a) Desnutrido/ Sobrepeso b) Eutrófico	0 1
<b>2. Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses</b> a) Aleitamento materno exclusivo por menos de 4 meses b) Aleitamento materno exclusivo por pelo menos 4 meses	0 1
<b>3. Aleitamento materno complementado aos 12 meses</b> a) Aleitamento materno ausente aos 12 meses b) Aleitamento materno complementado por pelo menos 12 meses	0 1
<b>4. Estado vacinal aos 12 meses</b> a) Vacinação atrasada b) Vacinação em dia	0 1
<b>5. Adoecimento durante o primeiro ano de vida</b> a) Oito ou mais episódios de adoecimento nos últimos 12 meses b) Menos de oito episódios de adoecimento nos últimos 12 meses	0 1
<b>6. Acidentes domésticos durante o primeiro ano de vida</b> a) Ocorrência de um ou mais de acidentes domésticos no primeiro ano de vida. b) Ausência de acidentes domésticos no primeiro ano de vida.	0 1
<b>7. Uso de sulfato ferroso aos 12 meses</b> a) Ausência de suplementação de sulfato ferroso b) Uso de sulfato ferroso em dose profilática ou terapêutica	0 1

f) *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*:

A EPDS é a escala mais utilizada em todo mundo como o instrumento de triagem para os sintomas depressivos maternas (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987). Trata-se de uma escala de 10 itens, sendo que cada item possui quatro opções de resposta, pontuadas de 0 a 3, que se referem à intensidade dos sintomas depressivos nos últimos sete dias. Portanto, a pontuação mínima é 0 e a máxima é 30. Quanto maior a pontuação alcançada na escala, maior a intensidade de sintomas depressivos e a probabilidade de DPP. A escala foi aplicada aos 2 meses e repetida aos 9 meses, e analisada de forma diferente nos dois artigos. No Artigo 1, foi considerada triagem positiva para depressão materna quando a mãe apresentava, em qualquer um dos dois momentos, pontuações iguais ou maiores a 10 pontos, conforme estudo que validou a escala na população brasileira (SANTOS *et al.*, 2007). No artigo 2, usou-se a pontuação das mães na EPDS de forma contínua, valorizando a presença de qualquer sintoma depressivo, independente da triagem ser positiva ou negativa para depressão (ANEXO B).

g) *Survey of Well Being of Young Children (SWYC)*:

É um instrumento de triagem de alterações do desenvolvimento e do comportamento de crianças menores de 65 meses e dos fatores de risco na família (Perrin *et al.*, 2016). Foi criado em 2011 e validado para a população norte-americana em 2013 por Perrin *et al.* e traduzido e adaptado para o Brasil em 2016 (MOREIRA *et al.*, 2019). O instrumento foi aplicado e os resultados interpretados conforme o manual. A aplicação dura em média 15 minutos e se baseia na informação fornecida pelos responsáveis pela criança (PERRIN *et al.*, 2016). Os questionários do SWYC podem ser usados em conjunto ou separadamente.

No presente estudo, foi utilizado o questionário “Perguntas sobre a família”, que aborda fatores de risco presentes no contexto familiar, como uso abusivo de álcool e drogas, insegurança alimentar e violência contra a mulher pelo parceiro. Estes dados foram obtidos nas consultas de 2, 4, 6, 9 e 12 meses. No SWYC, o uso abusivo de substâncias é verificado por meio de quatro perguntas, que abordam o abuso de cigarro, álcool e drogas por algum membro da família. A triagem foi considerada positiva se o entrevistado respondeu “sim” para qualquer pergunta, em qualquer momento. A insegurança alimentar foi considerada quando a mãe relatava em qualquer das cinco consultas que, nos últimos 12 meses, a família ficou preocupada

se a comida poderia acabar antes que pudessem comprar mais. Por fim, a violência doméstica contra a mulher foi pesquisada usando a versão curta da *Woman Abuse Screening Too* – Triagem de Abuso de Mulher (WAST-Short) (BROWN *et al.*, 1996), que consta de duas questões. Se em qualquer consulta a mãe relatava muitos conflitos com o companheiro ou muita dificuldade em resolvê-los, foi considerado triagem positiva para violência doméstica contra a mulher. (ANEXO D).

h) Questionário de Avaliação do Contexto da Vizinhança:

Este questionário foi elaborado pelos pesquisadores com base na escala *Neighborhood Environment for Children Rating Scales* (COULTON; KORBIN; SU, 1996), no estudo de Santos S. M *et al.* (2013a) e na tese de Morais (2013). A escala de Avaliação do Contexto da Vizinhança avalia o contexto e os ambientes ao redor da família e consta de subescalas sobre infraestrutura, atividades institucionais, serviços e conveniência, intervenção e retaliação, interação e confiança, redução de maus comportamentos, assistência, qualidade da vizinhança, segurança e violência. Neste estudo, utilizou-se os dados da subescala de violência percebida pela mãe, que se baseia na ocorrência de eventos na vizinhança, como brigas com uso de armas, discussão violenta entre vizinhos, brigas de gangues ou grupos rivais, violência sexual ou estupro. As respostas foram dadas em uma escala Likert, com variação de 1 a 4 (sendo 4 = nunca aconteceu e 1 acontece frequentemente) (APÊNDICE D).

i) Escore ACEs:

O escore ACEs é composto por 10 condições consideradas experiências adversas vivenciadas pela criança nos primeiros 12 meses de vida. A presença das adversidades recebeu 1 ponto e a ausência delas recebeu 0 pontos, conforme descrito a seguir. Quanto maior o escore ACES, maior a exposição da criança às adversidades.

1. Estado civil da mãe: quando a mãe era solteira, viúva ou divorciada, foi atribuído um ponto no escore ACEs e quando ela era casada ou mantinha uma união estável não pontuava.

2. Tipo de família: as famílias do tipo nuclear não pontuaram, enquanto outros arranjos familiares recebiam um ponto.

3. Uso de substâncias químicas pela mãe durante a gestação: o relato de uso de substâncias durante a gestação recebia um ponto.

4. Sintomas depressivos maternos: a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) foi utilizada para avaliar a presença de sintomas depressivos maternos. A escala foi aplicada na consulta de dois meses e repetida na consulta de nove meses. Foi considerada triagem positiva para depressão materna (1 ponto), quando a mãe pontuou 10 ou mais em qualquer um dos dois momentos. A triagem negativa para depressão pela EPDS não pontuou.

5. Recebimento do Bolsa-família: quando a família era beneficiária do programa recebia 1 ponto; caso contrário não era pontuado.

6. Pobreza. A classificação no Critério Brasil na classe D/E recebia 1 ponto, e as demais classificações (A, B e C) não eram pontuadas.

Os itens 7, 8 e 9 foram obtidos a partir do questionário “Perguntas sobre a Família”, do *Survey of Well-Being of Young Children* (SWYC), que foi aplicado em todas as cinco consultas de seguimento e analisadas conforme manual do instrumento (PERRIN *et al.*, 2016).

7. Insegurança Alimentar. A insegurança alimentar foi verificada com a seguinte pergunta: “Nos últimos 12 meses, vocês ficaram preocupados se a comida poderia acabar antes que vocês pudessem comprar mais?” A triagem foi considerada positiva, recebendo um ponto, se a resposta for “frequentemente” ou “algumas vezes” em qualquer uma das cinco consultas.

8. Conflito entre os pais: abordado por meio de duas perguntas que abordam a existência de conflito e a forma como os conjugues os resolvem. Se o entrevistado escolheu as opções “Muito conflito” e/ou “Muita dificuldade” como resposta para estas perguntas em qualquer consulta, a triagem foi considerada positiva para conflito conjugais e recebeu 1 ponto.

9. Uso abusivo de álcool/drogas por pessoas da família: verificado por meio de quatro perguntas, que abordam o abuso de cigarro, álcool e drogas por algum membro da

família. A triagem é considerada positiva se o entrevistado respondeu “sim” para qualquer pergunta, em qualquer momento.

10. Violência na vizinhança: quando houve relato de discussão violenta ou brigas com o uso de arma de fogo ou brigas de gangues ou violência sexual na vizinhança nos últimos seis meses foi considerado que a criança estava exposta à violência na vizinhança (1 ponto). A ausência desses relatos não pontuou.

O Quadro 2 resume os tipos de ACEs, as referências que os identificam como ACEs, os eventos considerados ACES, a forma de pontuação, os instrumentos de onde as informações foram obtidas e o momento da coleta do dado.

QUADRO 2 - Indicadores de ACES, instrumentos utilizados e referências que identificam esses fatores como ACES

Tipo de ACES	Indicadores (Referências)	Pontuação no Escore	Instrumentos	Coleta do dado
Disfunção Familiar	Estado civil materno (SUN <i>et al.</i> , 2017)	- Mãe casada ou em união estável: 0 - Mãe solteira, viúva ou divorciada: 1	QCSD	Maternidade
	Tipo de família (SUN <i>et al.</i> , 2017)	- Nuclear: 0 - Outros arranjos familiares: 1	QCSD	Maternidade
Saúde mental da mãe	Uso de substâncias químicas (Fumo, Álcool, Drogas) pela mãe durante a gestação (LEBEL <i>et al.</i> , 2019)	- Histórico de uso de substâncias químicas ausente: 0 - Histórico de uso de substâncias químicas ausente: 1	Questionário Condições Perinatais	Consulta de 2 meses
	Depressão Pós-Parto (LETOURNEAU <i>et al.</i> , 2019)	- Sem depressão nos dois momentos: 0 - Depressão presente em qualquer um dos momentos: 1	EPDS	Consultas de 2 e 9 meses
Pobreza	Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (MARRYAT;FRANK, 2019)	- Não recebimento do benefício: 0 - Recebimento do benefício: 1	QCSD	Maternidade
	Classificação ABEP (MARRYAT;FRANK, 2019)	- Classificação A, B ou C: 0 - Classificação D/E: 1	QCSD	Maternidade
	Insegurança Alimentar (relato de fome) (JACKSON <i>et al.</i> , 2019; FELITTI <i>et al.</i> , 2019)	- Relato ausente em todos os momentos : 0 - Relato presente em qualquer um dos momentos: 1	SWYC	Todas as consultas de seguimento
Exposição à violência no domicílio	Ocorrência de conflito conjugal entre os pais (JACKSON <i>et al.</i> , 2019)	- Relato ausente em todos os momentos : 0 - Relato presente em qualquer um dos momentos: 1	SWYC	Todas as consultas de seguimento
	Exposição a uso abusivo de álcool/drogas (JACKSON <i>et al.</i> , 2019)	- Relato ausente em todos os momentos : 0 - Relato presente em qualquer um dos momentos: 1	SWYC	Todas as consultas de seguimento
Exposição à Violência na vizinhança	Relato de ocorrência na vizinhança de uso de arma ou briga de gangue ou discussão violenta ou violência sexual (HOUTEPEN <i>et al.</i> , 2018)	- Relato ausente : 0 - Relatos presente: 1	Escala de Avaliação do Contexto da Vizinhança	Consulta de 12 meses

Legenda: QCSD = Questionário para a caracterização socioeconômica e demográfica das famílias; EPDS= *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; SWYC= *Survey of Well Being of Young Children*

j) Escala de Suporte Social MOS-SSS (*Social Support Scale*):

A Escala de Suporte Social MOS-SSS (*Social Support Scale*) foi desenvolvida inicialmente para o *Medical Outcomes Study* (MOS-SSS) por Sherbourne e Stewart (1991) e adaptada para a população brasileira por Griep *et al.* (2005). Na sua forma original, esse instrumento foi concebido para abranger cinco dimensões de apoio social:

1. Material – provisão de recursos práticos e ajuda material;
2. Afetiva – demonstrações físicas de amor e afeto;
3. Interação social positiva– contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se;
4. Emocional– habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida;
5. Informação– contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem.

O instrumento é composto por 19 perguntas. O participante deve responder a partir de uma instrução inicial: “Se você precisar, com que frequência conta com alguém que ....?”, e assinalar uma das cinco respostas possíveis de acordo com uma escala Likert de cinco pontos: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”). A pontuação varia de 19 a 95 pontos e quanto maior a pontuação na escala, maior percepção de suporte social referida pelo entrevistado (ANEXO D).

#### **4.6 Análise Estatística**

Para monitoramento da frequência aos atendimentos e montagem do banco de dados, foi criada uma plataforma virtual composta por uma agenda eletrônica onde se programavam os dias de atendimento pela equipe e o comparecimento dos pacientes as consultas, além dos dados pessoais e contatos telefônicos das mães. Os dados foram coletados, conferidos e codificados pelos pesquisadores e depois digitados no banco de dados, em planilhas do programa Microsoft Excel®, por 2 digitadores independentes. Os dados foram analisados nos softwares R e EpiInfo 7.2.2.6.

A análise estatística será apresentada de forma separada para os dois artigos que compõem essa tese.

**a) Artigo 1: Cuidados maternos e saúde física de lactentes no primeiro ano de vida: repercussões das experiências adversas na infância (ACEs):**

Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as medidas de tendência central, dispersão e posição das variáveis quantitativas. Foi realizada análise descritiva das características da amostra e dos ACEs. Para examinar a associação do ISCM (variável resposta) com as características da amostra e cada um dos ACEs foi realizada, inicialmente, a análise univariada utilizando o teste ANOVA para comparar os valores médios do ISCM, de acordo com as variáveis independentes. As variáveis com valor- $p < 0,20$  na análise univariada foram incluídas no modelo inicial da análise multivariada (regressão linear múltipla). As variáveis foram retiradas uma a uma do modelo inicial até que todas tivessem valor- $p < 0,05$  (modelo final).

Para avaliar o efeito cumulativo das adversidades (escore ACES) sobre a saúde física dos lactentes e cuidados maternos (ISCM) foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Essa é uma correlação que é feita entre duas variáveis: X (variável independente) e Y (variável dependente). Se Y tende a aumentar quando X aumenta, o coeficiente de correlação de Spearman é positivo. Se Y tende a diminuir quando X aumenta, o coeficiente é negativo. Um coeficiente de correlação ( $r$ ) maior que 0,9 indica uma correlação muito forte, de 0,7 a 0,9 indica uma correlação forte; de 0,5 a 0,7 indica uma correlação moderada; de 0,3 a 0,5 indica uma correlação fraca e de 0 a 0,3 positivo ou negativo indica uma correlação desprezível. Foi calculado também o tamanho do efeito das variáveis através do D de Cohen ( $d$ ). Um valor  $d < 0,2$  é considerado sem valor;  $d = 0,2-0,5$  é considerado pequeno;  $d = 0,5-0,8$  moderado e  $d > 0,8$  grande.

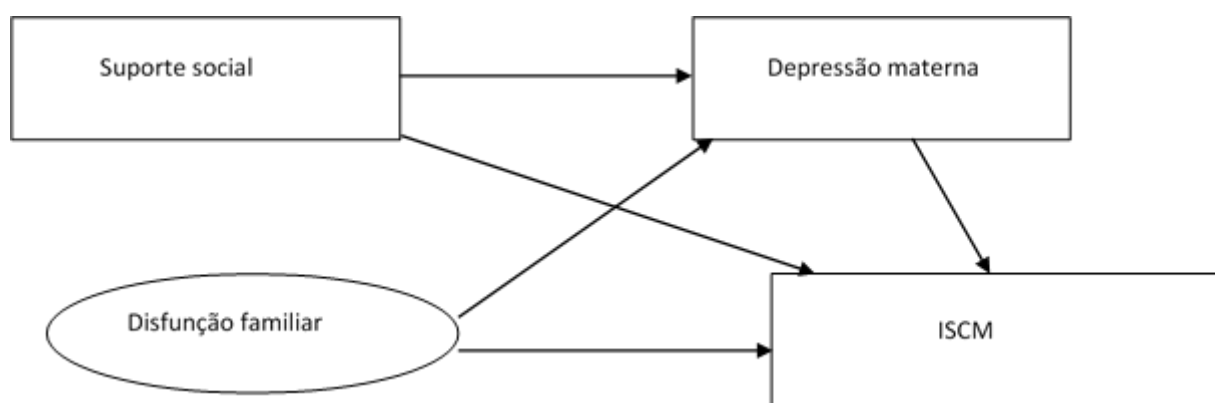
**b) Artigo 2: O suporte social pode mitigar efeitos negativos da depressão materna e da disfunção familiar sobre os cuidados maternos e a saúde da criança no primeiro ano de vida?**

Foi realizada análise descritiva das características da amostra, a partir da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas.

Foi realizada análise fatorial confirmatória, incluindo inicialmente cinco variáveis utilizadas para caracterizar a disfunção familiar (violência contra a mulher

pelo parceiro, insegurança alimentar, abuso de substâncias no domicílio, estado civil materno e tipo de arranjo familiar). Com base no ajuste do modelo, apenas as variáveis violência contra mulher pelo parceiro, estado civil e tipo de arranjo familiar foram utilizadas para compor a variável latente “disfunção familiar”.

As relações diretas e indiretas entre as variáveis disfunção familiar, depressão materna, suporte social e o Indicador de Saúde Física e Cuidado Maternos (ISCM) foram analisadas por meio de um Modelo de Equações Estruturais (SEM) (FIG. 1). O SEM incluiu modelos de mensuração e estruturais. O modelo de mensuração foi realizado para a disfunção familiar e as demais variáveis foram incluídas como variáveis observadas. A disfunção familiar e o suporte social foram incluídos como variáveis exógenas que predizem a depressão materna (mediador) e o Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM) como desfecho.



Nota: As variáveis observadas são representadas por retângulos e a variável latente por círculo.

FIGURA 1 - Modelo conceitual das relações entre disfunção familiar, depressão materna, suporte social, e Indicador de Saúde Física e Cuidado Materno (ISCM).

As análises do SEM foram realizadas no Stata (versão 14.1). Foi relatado o valor p dos coeficientes não-padronizados (*unstandardized coefficient*). As vias foram consideradas significativas quando valor-p < 0,05. O ajuste do modelo foi analisado, conforme preconizado na literatura (MCCOY *et al.*, 2015; ALTAFIM; MCCOY; LINHARES, 2018), com base nos quatro índices: (i) valor qui-quadrado relativo  $\leq 3$  (a razão de qui-quadrado para graus de liberdade), (ii) RMSEA < 0,08 (*Root Mean Square Error of Approximation*), (iii) CFI  $\geq 0,95$  (*Comparative Fit Index*), e (iv) SRMR < 0,09 (*Standardized Root Mean Square Residuals*) (KLINE, 2011).

#### **4.7 Considerações Éticas**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE 299437514.1.0000.5149) (ANEXO E). As mães foram informadas sobre os objetivos, procedimentos, importância, sigilo, riscos, benefícios e que a participação era voluntária. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes do início dos procedimentos (APÊNDICE E).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 ARTIGO 1: CUIDADOS MATERNOS E SAÚDE FÍSICA DE LACTENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: REPERCUSSÕES DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA (ACES)

Artigo submetido à revista "*Child: care, health and development*" em 22/08/2021. Parecer recebido em 12/11/2021, com recomendação de publicação pelos revisores após revisão dos autores com os ajustes solicitados.

#### RESUMO

**Introdução:** A saúde da criança é determinada por múltiplos fatores. As experiências adversas (ACEs) vivenciadas pela criança podem afetar negativamente sua saúde atual e futura. **Objetivos:** Analisar o efeito das ACEs na saúde de lactentes aos 12 meses, avaliada pelo Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM). **Métodos:** Coorte retrospectiva, composta por 170 lactentes. O ISCM reúne informações que refletem os cuidados maternos e a saúde da criança ao longo do primeiro ano de vida, como vacinação, alimentação, crescimento, adoecimentos e acidentes. O efeito das ACEs sobre o ISCM foi analisado por regressão linear múltipla e o tamanho do efeito estimado pelo *d*-Cohen. O efeito cumulativo das ACEs foi analisado por um escore com variáveis indicativas de disfunção familiar, saúde mental materna, pobreza e exposição à violência, utilizando a correlação de Spearman. **Resultados:** A maioria dos lactentes nasceu prematura (71,7%) e com baixo peso (64,7%). As crianças foram expostas, em média, a três ACEs. O ISCM foi menor nas crianças expostas a depressão materna ( $p < 0,001$ ;  $d$ -Cohen=0,08), uso abusivo de substâncias por familiares ( $p = 0,02$ ;  $d$ -Cohen=0,6) e conflitos conjugais ( $p = 0,03$ ;  $d$ -Cohen=0,7). A correlação de Spearman mostrou que quanto maior a exposição às ACEs, menor o ISCM ( $r = -0,40$ ;  $p < 0,0001$ ). **Conclusão:** Os efeitos negativos da exposição à ACEs, principalmente no ambiente familiar, sobre os cuidados maternos e saúde da criança podem ser detectados já no primeiro ano de vida, com indícios de efeito cumulativo. Os resultados indicam a necessidade de abordagem ampliada da saúde da criança, visando minimizar o impacto das ACEs. **Palavras-chave:** experiências adversas na infância, saúde da criança, cuidados maternos.

## **CUIDADOS MATERNOS E SAÚDE FÍSICA DE LACTENTES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA: REPERCUSSÕES DAS EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA (ACES)**

### **Introdução**

A saúde da criança é um processo complexo, com múltiplos determinantes desde a primeira infância. O bem-estar, a criação de vínculos e os estímulos recebidos nesta fase terão impacto na saúde futura e na das próximas gerações (World Health Organization, 2008). A Organização Mundial da Saúde propõe o *Nurturing care Framework* para garantir que cada criança tenha o melhor começo de vida. Este modelo baseia-se em cinco componentes - ações preventivas em saúde; nutrição adequada; construção de vínculos sólidos com a criança; oportunidades de aprendizado precoce e garantia de segurança e proteção<sup>1</sup>- confirmando íntima relação entre a saúde integral da criança e a qualidade dos cuidados ofertados a ela.

No entanto, inúmeros fatores atuam como adversidades, prejudicando o bem-estar e o potencial de crescimento e desenvolvimento do indivíduo. O construto denominado “experiências adversas na infância” (ACEs) foi introduzido na literatura por Felitti et al. (1998) e redefinido por Kalmakis e Chandler (2014) como o conjunto dos eventos que ocorrem no ambiente familiar ou social, causando danos que comprometem a saúde integral e o pleno desenvolvimento da criança. As ACEs são frequentemente crônicas e cumulativas, podem variar em gravidade e intensidade. São exemplos de ACEs a vivência de pobreza, fome ou insegurança alimentar; exposição a abusos (físico, sexual e psicológico); disfunção familiar grave (abuso de substâncias ou doença mental, separação litigiosa dos pais, negligência grave); exposição a violência e criminalidade na comunidade (Felitti et al., 1998; Kalmakis & Chandler, 2013).

A maioria dos estudos sobre ACEs discute as consequências desses eventos na vida adulta. A exposição à ACEs tem sido associada à maior ocorrência de doença coronariana e acidente vascular encefálico (Campbell, Walker, & Egede, 2016), depressão (Cheong, Sinnott, Dahly, & Kearney, 2017) distúrbios de sono (Kajeepeta, Gelaye, Jackson, & Williams, 2015) e mortalidade prematura por diversas causas (Kelly-Irving et al., 2013). As ACEs também foram associados a depressão e transtornos de ansiedade (Nilsson, Landorph, Houmann, Olsen, & Skovgaard, 2019),

e prejuízos no desenvolvimento socioemocional (McKelvey, Selig, & Whiteside-Mansell, 2017; Kerker et al., 2015), prejuízos no desempenho escolar, na socialização e déficit de atenção (Jimenez, Wade, Lin, Morrow, & Reichman, 2016) em estudos que analisaram os impactos na saúde de crianças e adolescentes.

No entanto, os efeitos da exposição precoce à ACEs sobre a saúde física de lactentes jovens permanecem pouco explorados na literatura. Em estudo, no qual o próprio cuidador definia a saúde de seu filho aos seis anos de idade como excelente, boa, regular ou ruim, as crianças expostas a alguma ACE tiveram quase duas vezes mais chances de ter a saúde definida como regular ou ruim do que aquelas sem exposição à ACEs. Além disso, as crianças que tiveram quatro ou mais ACEs apresentaram quase três vezes mais chance de apresentar necessidade de atenção médica (Flaherty et al., 2006). Outro estudo que avaliou a associação entre a exposição à ACEs e condições médicas crônicas, como asma e diabetes, demonstrou que crianças com doença crônica foram expostas a mais ACEs do que seus pares sem estas condições (Kerker et al., 2015).

A maioria dos estudos que avaliaram a saúde da criança o fizeram de forma fragmentada, a partir de um único indicador, como crescimento, aleitamento, ou vacinação, por exemplo, o que limita a percepção da saúde da criança de forma mais ampla. Scherrer e Alves (2021) criaram o Indicador de Saúde e Cuidados Maternos (ISCM) que incluía dados de crescimento (IMC), aleitamento materno, vacinação, suplementação de ferro, ocorrência de acidentes e de adoecimentos no primeiro ano de vida, visando sintetizar as condições de saúde em um único indicador, criado a partir de componentes considerados relevantes para a saúde de forma mais integral. Os autores demonstraram que a depressão materna, pobreza e arranjo familiar monoparental impactaram negativamente a saúde e os cuidados recebidos pela criança (Scherrer & Alves, 2021).

Considerando a lacuna existente na literatura em relação ao impacto das ACEs em diversos aspectos da saúde de lactentes jovens, o presente estudo tem por objetivo analisar, com uma abordagem integral, o efeito das experiências adversas vivenciadas pela criança em seus primeiros 12 meses de vida sobre a saúde da criança e cuidados maternos. Nossa hipótese é que os impactos negativos das ACEs podem ser detectados precocemente, revelando seus efeitos direto e cumulativo sobre a saúde da criança e os cuidados maternos, tendo o ISCM como indicador.

## **Métodos**

### *Cenário*

Trata-se de uma coorte retrospectiva, cujo acompanhamento das crianças aconteceu entre 2015 e 2017 em dois serviços de referência para partos de alto risco no estado de Minas Gerais e que atuam exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

### *Amostra*

Trata-se de amostra de conveniência composta por 170 crianças. Foram elegíveis para o presente estudo as 245 crianças que realizaram o acompanhamento até os 12 meses de idade (idade corrigida para crianças nascidas prematuras) nos referidos serviços no período do estudo e cujos dados necessários para análise estavam completos. Para participar do estudo foi necessária a autorização dos responsáveis pela criança por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de gemelares, uma das crianças foi excluída aleatoriamente. Foram excluídas da amostra 69 crianças cujos dados estavam incompletos e seis crianças gemelares.

### *Procedimentos*

As mães responderam ao questionário para caracterização socioeconômica da família logo após o nascimento. Os demais dados foram coletados no ambulatório de seguimento aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses de idade (idade corrigida nas crianças prematuras).

### *Instrumentos*

- Instrumentos utilizados para caracterização da amostra
  - 1) Questionário para a caracterização socioeconômica: desenvolvido pelos pesquisadores, abordava as seguintes variáveis: idade materna, escolaridade e ocupação materna e paterna, estado civil, número de filhos, composição familiar e participação no Programa Bolsa Família. A classificação socioeconômica foi feita usando o Critério Brasil da Associação Brasileira de

Empresas de Pesquisa (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2014).

2) Questionário sobre Condições Perinatais: desenvolvido pelos pesquisadores, incluiu as seguintes informações: idade gestacional no parto, peso da criança ao nascimento e Apgar de 5º minuto.

- Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM)

O ISCM foi criado para avaliar a saúde do lactente. Quanto maior o ISCM, melhor as condições de saúde infantil e cuidados maternos. Maiores detalhes do instrumento podem ser encontrados em Scherrer e Alves (2021). O Quadro 1 (Material suplementar) sintetiza os componentes do ISCM.

- Escore ACEs

O escore ACEs é composto por 10 condições consideradas experiências adversas vivenciadas pela criança nos primeiros 12 meses de vida. A presença das adversidades recebeu 1 ponto e ausência delas recebeu 0 pontos, conforme descrito a seguir. Quanto maior o escore ACES, maior a exposição da criança às adversidades.

1) Mãe sem companheiro: quando a mãe era solteira, viúva ou divorciada, foi atribuído um ponto no escore ACEs e quando ela era casada ou mantinha uma união estável não pontuava.

2) Arranjos familiares não-nucleares: as famílias do tipo nuclear não pontuaram, enquanto outros arranjos familiares recebiam um ponto.

3) Uso de substâncias químicas pela mãe durante a gestação: o relato de uso de substâncias durante a gestação recebia um ponto.

4) Sintomas depressivos maternos: a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) foi utilizada para avaliar a presença de sintomas depressivos maternos. A escala foi aplicada na consulta de dois meses e repetida na consulta de nove meses. Foi considerada triagem positiva para depressão materna (1 ponto), quando a mãe apresentou pontuações iguais ou maiores a 10 pontos em qualquer um dos dois momentos. A triagem negativa para depressão pela EPDS não pontuou.

5) Recebimento do Bolsa-família: quando a família era beneficiária do programa recebia 1 ponto; caso contrário não era pontuado.

6) Pobreza. A classificação no Critério Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2014) na classe D/E recebia 1 ponto, e as demais classificações (A, B e C) não eram pontuadas.

Os itens 7, 8 e 9 fazem parte do questionário “Perguntas sobre a Família”, do *Survey of Well-Being of Young Children (SWYC)*, que foi aplicado em todas as cinco consultas de seguimento e analisadas conforme manual do instrumento (Moreira, Magalhães, Siqueira, & Alves, 2019).

7) Insegurança Alimentar. A insegurança alimentar foi verificada com a seguinte pergunta: “Nos últimos 12 meses, vocês ficaram preocupados se a comida poderia acabar antes que vocês pudessem comprar mais?” A triagem foi considerada positiva, recebendo um ponto, se a resposta for “frequentemente” ou “algumas vezes” em qualquer uma das cinco consultas.

8) Conflito entre os pais: abordado por meio de duas perguntas que abordam a existência de conflito e a forma como os conjugues os resolvem. Se o entrevistado escolheu as opções “Muito conflito” e/ou “Muita dificuldade” como resposta para estas perguntas em qualquer consulta, a triagem foi considerada positiva para conflito conjugais e recebeu 1 ponto.

9) Uso abusivo de álcool/drogas por pessoas da família: verificado por meio de quatro perguntas, que abordam o abuso de cigarro, álcool e drogas por algum membro da família. A triagem é considerada positiva se o entrevistado respondeu “sim” para qualquer pergunta, em qualquer momento.

10) Violência na vizinhança: quando houve relato de discussão violenta ou brigas com o uso de arma de fogo ou brigas de gangues ou violência sexual na vizinhança nos últimos seis meses foi considerado que a criança estava exposta à violência na vizinhança (1 ponto). A ausência desses relatos não pontuou.

O Quadro 2 (material suplementar) resume os tipos de ACEs, referências que os identificam como ACEs, os eventos considerados ACES, a forma de pontuação, os instrumentos de onde foram obtidos e o momento da coleta do dado.

### *Análise estatística*

Os dados foram armazenados em planilhas do Excel e analisados através dos softwares R e Epi info. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e as medidas de tendência central, dispersão e posição das variáveis quantitativas. Foi realizada análise descritiva das características da amostra e das ACEs. A associação do ISCM com as características da amostra e cada uma das ACEs foi examinada pelo Teste ANOVA (análise univariada). As variáveis com valor- $p < 0,20$  na análise univariada foram incluídas no modelo inicial da análise multivariada (regressão linear múltipla). As variáveis foram retiradas do modelo inicial uma a uma até que todas tivessem valor- $p < 0,05$ . Para avaliar o efeito cumulativo das adversidades (escore ACES) sobre a saúde física dos lactentes e cuidados maternos (ISCM) foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O tamanho do efeito dos ACEs foi estimado pelo  $d$  de Cohen.

## **Resultados**

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva da amostra e a análise univariada da associação entre as características da amostra e o ISCM. A maioria dos lactentes nasceu pré-termo (71,7%) e com baixo peso (64,7%). A maioria das mães era primípara (51,2%), adulta (90%) e com escolaridade entre 8 e 11 anos (52,7%).

TABELA 1 - Análise descritiva e univariada da associação entre as características da amostra e os escores de ISCM

Variáveis	Amostra (N=170)		ISCM	ANOVA	
	n	%	Média (DP)	Valor p	
<b>Crianças</b>					
Sexo					
	Feminino	94	55,3	4,9 (1,3)	0,25
	Masculino	76	44,7	5,1 (1,2)	
Idade Gestacional					
	≤31 semanas	39	23,0	5,1 (1,2)	0,80
	32-36 semanas	83	48,8	4,9 (1,2)	
	≥ 37 semanas	48	28,2	5,0 (1,4)	
Peso ao nascer					
	<1500g	39	23,4	5,1 (1,1)	0,75
	1500-2500g	71	42,5	4,9 (1,2)	
	≥2500g	57	34,1	5,0 (1,4)	
Apgar 5'					
	<7	4	2,4	5,8 (1,0)	0,23
	≥7	165	97,6	5,0 (1,3)	
Frequência à creche aos 12 meses					
	Sim	19	11,5	4,5 (1,0)	<b>0,11</b>
	Não	146	88,5	5,0 (1,3)	
<b>Mães</b>					
Idade da mãe ao nascimento da criança					
	<19 anos	17	10,0	4,8 (1,1)	0,43
	≥19 anos	153	90,0	5,0 (1,3)	
Anos de estudo					
	<8 anos	33	19,5	4,8 (1,5)	0,31
	8-11 anos	89	52,7	4,9 (1,2)	
	>11 anos	47	27,8	5,2 (1,3)	
Paridade					
	Primípara	87	51,2	4,9 (1,2)	0,51
	Múltípara	83	48,8	5,1 (1,3)	

Legenda: DP= desvio-padrão.

A Tabela 2 apresenta o percentual de crianças expostas a cada ACE e a análise univariada da associação entre a exposição às ACEs e o ICSM. A exposição aos ACES variou de 7,7% (insegurança alimentar) a 61,2% (violência na vizinhança). Houve associação com significância estatística entre o ICSM e todas as ACEs analisados, exceto com a variável “Bolsa-Família”. As crianças foram expostas, em média, a três ACES durante o primeiro ano de vida.

TABELA 2 - Análise descritiva e univariada da associação entre a exposição às adversidades e os escores de ISCM

ACES	Amostra (N=170)		ISCM Média (DP)	ANOVA Valor p	
	n	%			
<b>Adversidades</b>					
Estado civil da mãe					
	Solteira/Divorciada	63	37,1	4,7 (1,3)	<b>0,006</b>
	Casada/União estável	107	63,9	5,2 (1,2)	
Beneficiário do Programa Bolsa Família					
	Sim	31	18,2	5,2 (1,4)	0,42
	Não	139	81,8	5,0 (1,2)	
Tipo de família					
	Nuclear	94	55,3	5,2 (1,2)	<b>0,008</b>
	Monoparental /Extendida	76	44,7	4,7 (1,2)	
Classificação ABEP					
	B/C	136	80,0	5,1 (1,2)	<b>0,04</b>
	D-E	34	20,0	4,6 (1,3)	
Uso de substâncias durante a gravidez					
	Sim	23	13,5	4,3 (1,3)	<b>0,004</b>
	Não	147	86,5	5,1 (1,2)	
Depressão pós-parto					
	Sim	71	41,8	4,4 (1,0)	<b>0,00001</b>
	Não	99	58,2	4,5 (1,3)	
Exposição ao uso abusivo de álcool/drogas					
	Sim	53	31,2	4,4 (1,3)	<b>0,00002</b>
	Não	117	68,8	5,2 (1,1)	
Exposição a conflitos entre os pais					
	Sim	41	24,1	4,3 (1,4)	<b>0,0002</b>
	Não	129	75,9	5,2 (1,2)	
Insegurança alimentar					
	Sim	13	7,7	4,3 (1,4)	<b>0,05</b>
	Não	157	92,3	5,0 (1,2)	
Violência na vizinhança					
	Sim	104	61,2	4,8 (1,3)	<b>0,02</b>
	Não	66	38,8	4,8 (1,2)	
Escores Aces					
	Média (DP; amplitude)		3 (2; 0-9)		

Legenda: DP= desvio-padrão.

A Tabela 3 mostra os modelos inicial e final da análise multivariada. O modelo inicial incluiu a variável “frequência a creche” ( $p=0,11$ ) e todas as ACES com valor  $p<0,20$  na análise univariada. O modelo final mostrou que as crianças expostas a depressão pós-parto ( $p<0,001$ ), ao uso abusivo de álcool/drogas por familiares ( $p=0,02$ ) e a conflitos entre os pais ( $p=0,03$ ) apresentaram ISCM significativamente mais baixos do que as demais, independentemente das outras variáveis. O tamanho do efeito da depressão materna sobre o ISCM foi considerado muito pequeno ( $d\text{-Cohen}=0,08$ ); o abuso de substâncias e os conflitos entre os pais tiveram efeito moderado (0,6 e 0,7 respectivamente).

TABELA 3 - Modelos inicial e final da análise multivariada (desfecho = ICSM)

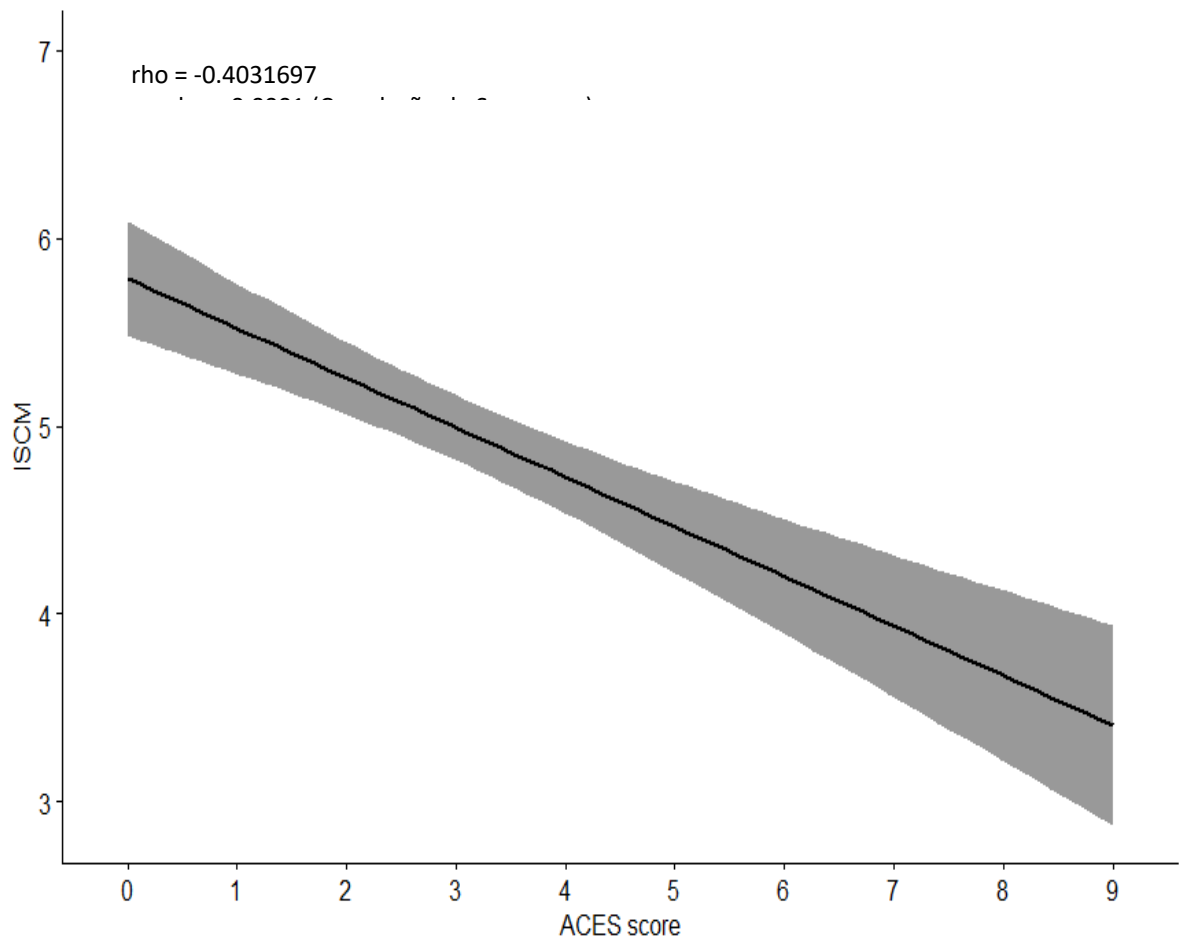
Variáveis	Modelo Inicial		Modelo Final		
	Coefficiente	Valor p	Coefficiente	Valor p	
Estado civil da mãe					
	Casada/União estável	1	0,69	---	---
	Solteira/Divorciada	-0,096			
Tipo de família					
	Nuclear	1	0,34	---	---
	Monoparental /Extendida	-0,226			
Classificação ABEP					
	B/C	1	0,33	---	---
	D-E	-0,221			
Uso de substâncias durante a gravidez					
	Não	1	0,23	---	---
	Sim	-0,33			
<b>Depressão pós-parto</b>					
	Não	1	0,00	<b>1</b>	<b>&lt;0,001</b>
	Sim	-0,587		<b>-0,66</b>	
<b>Exposição a uso abusivo de álcool/drogas</b>					
	Não	1	0,07	<b>1</b>	<b>0,02</b>
	Sim	-0,402		<b>-0,50</b>	
<b>Exposição a conflitos conjugais entre os pais</b>					
	Não	1	0,19	<b>1</b>	<b>0,03</b>
	Sim	-0,317		<b>-0,49</b>	
Insegurança alimentar					
	Não	1	0,71	---	---
	Sim	0,134			
Violência na vizinhança					
	Não	1	0,36	---	---
	Sim	-0,178			
Frequência à creche					
	Sim	1	0,57	---	---
	Não	0,163			

Modelo inicial: F (9, 155): 5,10; p< 0,0001; r<sup>2</sup>=0,23

Modelo final: F(3, 133): 13,73; p<0,0001; r<sup>2</sup>=0,19.

O gráfico 1 mostra a correlação dos valores de ICSM com o escore ACES. A correlação entre as variáveis foi negativa e estatisticamente significativa (p<0,0001), indicando que a exposição cumulativa aos ACEs resultou em piores resultados no ICSM. No entanto, a correlação foi considerada fraca (r = -0,40).

GRÁFICO 1 - Análise de Correlação entre ISCM e o escore ACES



Legenda: ACES= Experiências adversas na infância  
ISCM: Indicador de saúde física e cuidados maternos.

## Discussão

O presente estudo demonstrou o efeito individual e cumulativo das ACEs sobre a saúde da criança e sobre os cuidados maternos no primeiro ano de vida, medidos pelo ISCM. A exposição a sintomas depressivos maternos, ao uso abusivo de álcool/drogas por membros da família e a relação conflituosa entre os pais afetaram negativamente a saúde da criança e os cuidados maternos. Demonstrou-se ainda que quanto maior o número de ACES a que a criança está exposta, piores suas condições de saúde e a qualidade dos cuidados maternos.

No presente estudo, o ISCM das crianças cujas mães apresentaram triagem positiva para depressão pós-parto foi mais baixo do que as demais. Este resultado corrobora com outros estudos que analisaram os efeitos da depressão materna na

saúde da criança, e demonstraram maior ocorrência de desnutrição (Motlhatlhedhi, Setlhare, Ganiyu, & Firth, 2017), de sobrepeso e obesidade (Surkan, Kawachi, & Peterson, 2008) de diarreia e pior qualidade de vida tanto da mãe quanto da criança<sup>19</sup>. Outros estudos documentaram menor prevalência e menor duração do aleitamento materno em filhos de mães deprimidas (Rahman et al., 2016). Apesar da relevância dos resultados destes estudos, até o presente momento, não foram identificados estudos abordando de forma integral a saúde e os cuidados maternos com a criança e sua associação com sintomas depressivos maternos.

A saúde da criança também foi negativamente afetada, no presente estudo, pela exposição a outras duas ACEs: conflitos entre os pais e abuso de substâncias no ambiente familiar. Estes resultados reforçam o conceito já estabelecido da multiplicidade de fatores ambientais, sociais e psíquicos que afetam a saúde. O convívio com familiares que fazem uso abusivo de álcool e drogas cria um ambiente que agrega outras adversidades e acabam por prejudicar o crescimento saudável da criança (Figlie, Milagres, & Crowe, 2009). Também já foi demonstrado a relação entre o abuso de substâncias e piores condições de saúde mental e também de moradia, emprego, escolaridade e condição socioeconômica (Corte, & Zucker, 2008). Destaca-se o fato dos impactos negativos do convívio com pessoas que fazem uso abusivo de substâncias terem sido percebidos de forma tão precoce, ainda no primeiro ano de vida das crianças.

Além da exposição ao uso abusivo de substâncias, o presente estudo também demonstrou que a relação conflituosa entre os pais também acarretou piores resultados no ISCM. Os conflitos conjugais e a violência verbal e não verbal criam um ambiente familiar hostil e estressante, afetando a saúde mental dos cuidadores, os relacionamentos ali estabelecidos, cuidados ofertados aos filhos e, conseqüentemente, a saúde da criança (Sani, & Cunha, 2011; Silva, Lima, & Ludermir, 2017). Existem evidências de que qualquer tipo de violência pelo companheiro é associado a maior frequência de agressões físicas e psicológicas e negligência da mãe com os filhos, indicando que a violência sofrida pela mulher está associada a um padrão de parentalidade mais agressivo, com pior qualidade do cuidado ofertado (Silva, Lima, & Ludermir, 2017). Nossos resultados corroboram com estes estudos.

Além das repercussões da depressão materna, uso abusivo de substâncias e conflitos conjugais, observamos um efeito negativo cumulativo das ACEs no ISCM. Isso significa que quanto maior a exposição à ACEs, pior é a saúde infantil e o cuidado

materno. Flaherty et al. (2006) analisaram uma coorte de 1.040 crianças de quatro anos em alto risco de abuso e negligência e encontraram resultados semelhantes. A exposição a uma ACE quase dobrou o risco de problemas gerais de saúde infantil, enquanto a exposição a quatro ou mais adversidades aumentou três vezes o risco de doença que requer assistência médica (Flaherty, et al., 2006). Outro estudo analisou a associação entre doenças crônicas e exposição à ACEs em uma amostra de crianças de 18 a 71 meses. Para cada ACE identificada, houve um aumento de 21% na chance de surgimento de doença crônica (Kerker, et al., 2015).

Além de refletirem a saúde da criança, os componentes do ISCM também são altamente dependentes do cuidado materno. Apesar de poucos autores terem avaliado a saúde da criança como o resultado de diversas condições, alguns resultados se aproximam dos reportados no presente estudo. Santos (2013) analisaram a influência da depressão materna no cuidado infantil por meio de um índice *proxy* de cuidado à saúde infantil (CSI), a partir das variáveis aleitamento materno, imunização, hospitalização e peso, e concluíram que depressão materna se associou ao índice CSI inadequado, com piores condições de saúde em filhos de mães deprimidas (Santos, 2013). Medeiros e Furtado (2004) compararam o padrão de cuidados providos às crianças por mães deprimidas e não deprimidas no período puerperal, utilizando uma variável que indicava a ocorrência de episódios de febre, assadura, cólicas, acidentes e não adesão a prescrição de medicamentos. A ocorrência destes eventos foi significativamente maior entre as mães deprimidas do que nas demais (Medeiros & Furtado, 2004). Alguns pontos fortes e limitações do presente estudo devem ser destacados. A padronização dos procedimentos nas consultas de puericultura deu maior consistência às informações obtidas ao longo dos 12 meses de acompanhamento das crianças. O acompanhamento longitudinal pode ter reduzido o viés de memória, já que as informações foram coletadas e armazenadas em tempo real e representa um avanço em relação aos estudos sobre ACEs, que geralmente se baseiam em informações coletadas retroativamente. Adotou-se uma estratégia inovadora, ao propor um indicador único que refletisse não apenas aspectos da saúde da criança, mas também os cuidados maternos com ela, embasado no conceito de integralidade da saúde. Além disso, a criação de um escore ACEs, capaz de demonstrar o efeito cumulativo das ACEs sobre o ISCM, também merece ser destacada. Como principal limitação, pode-se citar a composição da

amostra, que foi recrutada de maneira não probabilística e em um contexto de grande vulnerabilidade social.

O presente estudo identificou possíveis fatores que atuam como risco à saúde física das crianças no primeiro ano de vida. Foi demonstrada a associação entre a exposição às ACEs e piores resultados de ISCM, refletindo piores condições de saúde e cuidados maternos nas crianças expostas. Uma vez detectados os efeitos individuais e cumulativos dos já no primeiro ano de vida, é importante pensar em intervenções precoces, voltadas para toda a família, que possam prevenir desfechos desfavoráveis para a saúde da criança. O reconhecimento precoce e o monitoramento dos impactos das ACEs na saúde da criança pode reduzir o impacto do acúmulo dessas experiências ao longo do tempo.

### Referências

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2014). [Critério de Classificação Econômica Brasil]. Cited 11 no, 2021. Available at: <http://www.abep.org/criterio-brasil>

Campbell, J. A., Walker, R. J., & Egede, L. E. (2016). Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *American journal of preventive medicine*, 50(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>.

Cheong, E. V., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P. M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ open*, 7(9), e013228. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013228>.

Corte, C., & Zucker, R. A. (2008). Self-concept disturbances: cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. *Addictive behaviors*, 33(10), 1282–1290. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.06.002>.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).

Figlie, N.B., Milagres, E., & Crowe, J. (2009). *Família e dependência química: uma experiência de prevenção com crianças e adolescentes no Jardim Ângela*. São Paulo: Roca.

Flaherty, E. G., Thompson, R., Litrownik, A. J., Theodore, A., English, D. J., Black, M. M., Wike, T., Whimper, L., Runyan, D. K., & Dubowitz, H. (2006). Effect of early childhood adversity on child health. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *160*(12), 1232–1238. <https://doi.org/10.1001/archpedi.160.12.1232>.

Jimenez, M. E., Wade, R., Jr, Lin, Y., Morrow, L. M., & Reichman, N. E. (2016). Adverse Experiences in Early Childhood and Kindergarten Outcomes. *Pediatrics*, *137*(2), e20151839. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1839>.

Nilsson, K.K., Landorph, S., Houmann, T., Olsen, E. M., & Skovgaard, A. M. (2019). Developmental and mental health characteristics of children exposed to psychosocial adversity and stressors at the age of 18-months: Findings from a population-based cohort study. *Infant behavior & development*, *57*, 101319. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.04.001>.

Kajeepeta, S., Gelaye, B., Jackson, C. L., & Williams, M. A. (2015). Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. *Sleep medicine*, *16*(3), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.013>.

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of advanced nursing*, *70*(7), 1489–1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>.

Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., Lang, T., & Delpierre, C. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European journal of epidemiology*, *28*(9), 721–734. <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9832-9>.

Kerker, B. D., Zhang, J., Nadeem, E., Stein, R. E., Hurlburt, M. S., Heneghan, A., Landsverk, J., & McCue Horwitz, S. (2015). Adverse Childhood Experiences and Mental Health, Chronic Medical Conditions, and Development in Young Children. *Academic pediatrics*, *15*(5), 510–517. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.005>.

McKelvey, L. M., Selig, J. P., & Whiteside-Mansell, L. (2017). Foundations for screening adverse childhood experiences: Exploring patterns of exposure through infancy and toddlerhood. *Child abuse & neglect*, *70*, 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.002>.

Medeiros, P.P.V., & Furtado, E.F. (2004). Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *53*(4), 227-234.

Moreira, R.S., Magalhães, L.C., Siqueira, C.M., & Alves, C.R.L. (2019). Cross-cultural adaptation of the child development surveillance instrument "Survey of Wellbeing of

Young Children (SWYC)" in the Brazilian context. *Journal of Human Growth and Development*, 29(1), 28-38. <https://dx.doi.org/10.7322/jhgd.145001>.

Motlathledi, K., Setlhare, V., Ganiyu, A., & Firth, J. (2017). Association between depression in carers and malnutrition in children aged 6 months to 5 years. *African journal of primary health care & family medicine*, 9(1), e1–e6. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1270>.

Rahman, A., Hafeez, A., Bilal, R., Sikander, S., Malik, A., Minhas, F., Tomenson, B., & Creed, F. (2016). The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Maternal & child nutrition*, 12(3), 452–462. <https://doi.org/10.1111/mcn.12170>.

Sani, A.I. & Cunha, D.M.M. (2011). Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27 (4): 429-37. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400006>

Santos, W. (2013). *A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?* Dissertation. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, Brasil. Cited 11 no, 2021. Available at: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13236/1/2013\\_WallaceSantos.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13236/1/2013_WallaceSantos.pdf)

Scherrer, I.R.S., & Alves, C.R.L. (2021). Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. *Journal of Human Growth and Development*, 31(1), 18-27. doi: 10.36311/jhgd.v31.10859.

Silva, J.M.M., Lima, M.C., & Ludermir, A.B. (2017). Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. *Rev Saude Publica*, 51, 34.

Surkan, P. J., Kawachi, I., & Peterson, K. E. (2008). Childhood overweight and maternal depressive symptoms. *Journal of epidemiology and community health*, 62(5), e11. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.065664>.

World Health Organization .United Nations Children’s Fund, World Bank Group(2018). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva; WHO. Cited 11 nov, 2021. <https://nurturing-care.org/>

## Material suplementar

QUADRO 1 - Componentes do Indicador de Saúde Infantil e Cuidados Maternos (ISCM)

NOME VARIÁVEL	Componentes do ISCM	Pontuação
ESI IMC	<b>1. Estado nutricional (12 meses)</b> a) Desnutrido/ Sobrepeso b) Eutrófico	0 1
ESI LM4MESES	<b>2. Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses</b> a) Aleitamento materno exclusivo por menos de 4 meses b) Aleitamento materno exclusivo por pelo menos 4 meses	0 1
ESI LM12MESES	<b>3. Aleitamento materno complementado aos 12 meses</b> a) Aleitamento materno ausente aos 12 meses b) Aleitamento materno complementado por pelo menos 12 meses	0 1
ESI VACINA	<b>4. Estado vacinal aos 12 meses</b> a) Vacinação atrasada b) Vacinação em dia	0 1
ESI ADOECIMENTO	<b>5. Adoecimento durante o primeiro ano de vida</b> a) Oito ou mais episódios de adoecimento nos últimos 12 meses b) Menos de oito episódios de adoecimento nos últimos 12 meses	0 1
ESI ACIDENTE	<b>6. Acidentes domésticos durante o primeiro ano de vida</b> a) Ocorrência de um ou mais de acidentes domésticos no primeiro ano de vida. b) Ausência de acidentes domésticos no primeiro ano de vida.	0 1
ESI FERRO	<b>7. Uso de sulfato ferroso aos 12 meses</b> a) Ausência de suplementação de sulfato ferroso b) Uso de sulfato ferroso em dose profilática ou terapêutica	0 1

QUADRO 2 - Indicadores de ACES, instrumentos utilizados e referências que identificam esses fatores como ACES

Tipo de ACES	Indicadores(Referências)	Pontuação no Escore	Instrumentos	Coleta do dado
Disfunção Familiar	Estado civil materno (Sun et al., 2017)	- Mãe casada ou em união estável: 0 - Mãe solteira, viúva ou divorciada: 1	QCSD	Maternidade
	Tipo de família (Sun et al., 2017)	- Nuclear: 0 - Outros arranjos familiares: 1	QCSD	Maternidade
Saúde mental da mãe	Uso de substâncias químicas (Fumo, Álcool, Drogas) pela mãe durante a gestação (Lebel et al., 2019)	- Histórico de uso de substâncias químicas ausente: 0 -Histórico de uso de substâncias químicas ausente: 1	Questionário Condições Perinatais	Consulta de 2 meses
	Depressão Pós-Parto (Letourneau et al., 2019)	- Sem depressão nos dois momentos: 0 - Depressão presente em qualquer um dos momentos: 1	EPDS	Consultas de 2 e 9 meses
Pobreza	Famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (Marryat & Frank, 2019)	- Não recebimento do benefício: 0 - Recebimento do benefício: 1	QCSD	Maternidade
	Classificação ABEP (Marryat & Frank, 2019)	- Classificação A, B ou C: 0 - Classificação D/E: 1	QCSD	Maternidade
	Insegurança Alimentar (relato de fome) (Jackson et al., 2019; Felitti et al., 2019)	- Relato ausente em todos os momentos : 0 - Relato presente em qualquer um dos momentos: 1	SWYC	Todas as consultas de seguimento
Exposição à violência no domicílio	Ocorrência de conflito conjugal entre os pais (Jackson et al., 2019)	- Relato ausente em todos os momentos : 0 - Relato presente em qualquer um dos momentos: 1	SWYC	Todas as consultas de seguimento
	Exposição a uso abusivo de álcool/drogas (Jackson et al., 2019)	- Relato ausente em todos os momentos : 0 - Relato presente em qualquer um dos momentos: 1	SWYC	Todas as consultas de seguimento
Exposição à Violência na vizinhança	Relato de ocorrência na vizinhança de uso de arma ou briga de gangue ou discussão violenta ou violência sexual (Houteppen et al., 2018)	- Relato ausente : 0 - Relatos presente: 1	Escala de Avaliação do Contexto da Vizinhança	Consulta de 12 meses

Legenda: QCSD = Questionário para a caracterização socioeconômica e demográfica das famílias; EPDS= *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; SWYC= *Survey of Well Being of Young Children*.

## 5.2 ARTIGO 2: O SUPORTE SOCIAL PODE MITIGAR EFEITOS NEGATIVOS DA DEPRESSÃO MATERNA E DA DISFUNÇÃO FAMILIAR SOBRE OS CUIDADOS MATERNOS E A SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Artigo será submetido à revista “*The Journal of Pediatric Health Care*”.

### RESUMO

**Introdução:** A saúde da criança é um processo complexo, afetado por inúmeros fatores que podem atuar como risco ou proteção. **Objetivos:** examinar como a depressão materna, o contexto intrafamiliar e o suporte social afetam a saúde infantil e os cuidados maternos. **Métodos:** Coorte retrospectiva composta por 172 lactentes aos 12 meses de vida, acompanhados em 5 consultas ao longo do primeiro ano de vida. Para avaliar a saúde infantil e cuidados maternos foi utilizado o *Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM)*, que reúne informações como vacinação, nutrição, crescimento, doenças e acidentes. Para analisar as relações do ISCM com o contexto de disfunção familiar, depressão materna e suporte social foi utilizado um modelo de equações estruturais. **Resultados:** A maioria das crianças nasceu prematura (71,5%) e com baixo peso (66,8%). A maioria das mães era adulta (89,6%) e tinha companheiro (63,4%). Contextos familiares caracterizados por mães sem companheiro, família não nuclear e ocorrência de conflitos entre os pais foram relacionados à maior ocorrência de depressão materna ( $b=1,20$ ;  $p=0,027$ ) e piores resultados no ISCM ( $b = -0,24$ ;  $p=0,027$ ). A depressão materna também afetou negativamente o ISCM ( $b=0,02$ ,  $p=0,003$ ). O suporte social diminuiu a ocorrência de sintomas depressivos maternos e indiretamente melhorou os resultados do ISCM ( $b=0,28$ ;  $p=0,04$ ). **Conclusão:** A disfunção familiar, caracterizada por conflitos, arranjos familiares não nucleares e chefiadas por mulheres sozinhas, impactou negativamente a saúde mental das mães e a saúde nas crianças. O suporte social, por sua vez, reduziu os efeitos negativos da depressão materna e, indiretamente, melhorou a qualidade dos cuidados ofertados à criança, representando um fator de proteção para a saúde da díade mãe-filho.

**Palavras-chave:** saúde da criança, cuidados maternos, depressão materna, suporte social, disfunção familiar.

## **O SUPORTE SOCIAL PODE MITIGAR EFEITOS NEGATIVOS DA DEPRESSÃO MATERNA E DA DISFUNÇÃO FAMILIAR SOBRE OS CUIDADOS MATERNOS E A SAÚDE DA CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA?**

### **Introdução**

Desde o início da vida, a saúde integral da criança é um processo complexo, afetado pela exposição a fatores de risco e pela presença dos fatores de proteção, capazes de mitigar o efeito das adversidades e promover resiliência. Ambientes que ofertam saúde, nutrição e vínculos adequados e que promovem segurança, proteção e oportunidades de aprendizado promovem o bem-estar de crianças que neles vivem (World Health Organization, 2018). Por outro lado, as experiências negativas vivenciadas pela criança desde a gestação podem afetar a formação do sistema nervoso central, o estabelecimento de conexões neuronais e a regulação do eixo do estresse, podendo comprometer o bem-estar da criança e até mesmo a saúde das próximas gerações (Bucci, Marques, Oh, & Harris, 2016).

A infância é um período marcado pela grande dependência dos cuidados ofertados. Em nossa sociedade, a função de prover cuidados básicos, afeto e estímulos é exercida majoritariamente pelas mães (Unternaehrer et al., 2019). No entanto, esse cuidado pode ser compartilhado com outros membros da família ou mesmo da comunidade. O suporte social é o conjunto de recursos materiais, afetivos e emocionais disponibilizados ao indivíduo em situações de necessidade, crise e adaptação, que refletem o quanto este indivíduo é integrado socialmente (Griep, Chor, Faerstein, Werneck, & Lopes, 2005). Estudos demonstraram que o suporte social recebido pelas mães melhorou a autopercepção da qualidade dos cuidados ofertados aos filhos (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012) e melhorou a interação do binômio mãe-filho (Diniz, Volling, & Koller, 2014; Lefkovich et al., 2018). Além disso, o suporte social pode diminuir o impacto negativo de problemas de saúde mental materna, especialmente os sintomas depressivos maternos, protegendo a saúde da criança (Kim, Connolly, & Tamim, 2014; Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012; Lefkovich et al., 2018).

A depressão materna é uma condição de alta prevalência e com grande potencial de dano, trazendo prejuízos a longo prazo para o binômio mãe-filho e para a sociedade (Racine, Zumwalt, McDonald, Tough, & Madigan, 2020). Os impactos

negativos na saúde da díade incluem pior interação mãe-filho, menor realização de tarefas importantes para o desenvolvimento afetivo, como ler e cantar para a criança, sorrir e interagir face a face (Field, 2010), menor prevalência e menor duração do aleitamento materno exclusivo (Rahman et al, 2016), mais distúrbios nutricionais (Dow-Fleisner & Hawkins, 2018; Hassan, Werneck, & Hasselmann, 2016), pior qualidade de vida do binômio mãe-filho, maior número de adoecimentos e maior utilização de serviços de urgência (Dow-Fleisner & Hawkins, 2018; Darcy et al, 2011).

Outro aspecto que pode comprometer os cuidados com a criança é modo de funcionamento familiar. Um ambiente harmonioso, em que as relações entre os adultos cuidadores é boa e respeitosa, propicia condições adequadas para a oferta de cuidados e o bem-estar da criança. Por outro lado, a exposição à relações conflituosas, ao abuso de substâncias e à violência podem impedir que a criança atinja seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento (Canfield, Radcliffe, Marlow, Boreham, & Gilchrist, 2017; Xu, Chen, Xing, & Wang, 2021). Esses fatores contribuem para um ambiente familiar disfuncional e estressante, afetando a saúde mental dos cuidadores, os relacionamentos ali estabelecidos, os cuidados ofertados aos filhos e, conseqüentemente, a saúde da criança (Xu, Chen, Xing, & Wang, 2021; Silva, Lima, & Ludermir, 2017).

Além do funcionamento familiar, a composição das famílias também pode afetar os cuidados com os filhos. No Brasil, o número de famílias chefiadas por mulheres dobrou em termos absolutos em 15 anos, sendo que cerca de 15% dessas famílias tem arranjo monoparental feminino. Este tipo de arranjo familiar acarreta aumento das responsabilidades financeiras para a mulher, sobrecarga de trabalhos domésticos e estresse emocional, que podem comprometer a qualidade do cuidado ofertado pelas mães aos seus filhos (Cavenaghi & Alves, 2018)

Considerando que o jogo de forças entre fatores de risco e de proteção é que determina a qualidade dos cuidados maternos e da saúde infantil, o objetivo do presente estudo é examinar as relações entre o suporte social, a depressão materna e a disfunção familiar e os cuidados maternos e a saúde de lactentes aos 12 meses de vida. Nossa hipótese é que os filhos de mães que recebem suporte social, mesmo que expostos a adversidades como depressão materna e à disfunção familiar, recebem melhores cuidados e apresentam melhores indicadores de saúde que seus pares cujas mães não recebem suporte social.

## **Métodos**

### *Delineamento*

Trata-se de coorte retrospectiva, composta por crianças acompanhadas entre 2015 e 2017 em dois serviços de referência para partos de alto risco no estado de Minas Gerais e que atuam exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS).

### *Participantes*

A amostra de conveniência é composta por 172 crianças. Foram elegíveis as 245 crianças que realizaram o acompanhamento até os 12 meses de idade nos referidos serviços no período do estudo. Eram critérios de exclusão do estudo: recém-nascidos separados de suas mães biológicas por quaisquer motivos (sistema prisional, abandono, óbito materno etc.), ou cujas mães apresentavam transtornos mentais que comprometiam a compreensão dos questionários ou cujos dados necessários para análise estavam incompletos. No caso de gemelares, uma das crianças foi excluída da análise aleatoriamente. Desta forma, foram excluídas 65 crianças cujos dados estavam incompletos e oito crianças gemelares.

### *Procedimentos*

As mães responderam o questionário para caracterização socioeconômica da família logo após o nascimento. Os demais dados foram obtidos sob a forma de entrevista durante o atendimento nos ambulatórios de seguimento aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses de idade (idade corrigida nas crianças prematuras).

### *Instrumentos*

#### 1. Caracterização da amostra

- Questionário socioeconômico: desenvolvido pelos pesquisadores, abordava as variáveis idade, escolaridade materna, estado civil materno, composição e classificação socioeconômica da família. Foi utilizado o Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2015) para medir o poder de compra das famílias. Com base na escolaridade do chefe da família, infraestrutura da residência e acesso a bens de consumo, as famílias são

classificadas em seis extratos, sendo o extrato D-E, o de menor poder aquisitivo e o extrato A, o de maior poder aquisitivo.

- Questionário sobre condições perinatais: desenvolvido pelos pesquisadores, incluiu informações sobre idade gestacional e peso da criança ao nascimento.

## 2. Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM)

A saúde infantil e os cuidados maternos foram avaliados pelo Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM), que reúne aspectos da saúde da criança, avaliados habitualmente em consultas de rotina e muito dependentes do cuidado materno. O ISCM é composto por sete itens, sendo que cada item foi classificado como “minimamente satisfatório” (1 ponto) ou “não satisfatório” (0 pontos). A pontuação varia de zero a sete pontos. Quanto maior a pontuação, melhores as condições de saúde e cuidados maternos ofertados à criança (Scherrer & Alves, 2021). Os critérios para pontuação foram estabelecidos com base na literatura e estão indicados a seguir.

Estado nutricional: O estado nutricional das crianças foi avaliado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) aos 12 meses. Quando o escore Z no indicador IMC/idade estava entre -2 e +2 , o estado nutricional foi considerado minimamente satisfatório, segundo diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2015) e a criança recebeu um ponto. Para qualquer outro valor do escore Z, a criança recebeu pontuação zero.

Aleitamento materno exclusivo até os quatro meses: o padrão de aleitamento materno foi classificado conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2015). A informação sobre o aleitamento materno exclusivo foi coletada na consulta de 4 meses de idade. O aleitamento materno exclusivo por pelo menos quatro meses recebeu 1 ponto. Qualquer outro padrão alimentar naquela idade recebeu pontuação zero.

Aleitamento materno complementado aos 12 meses: O aleitamento materno complementado aos 12 meses recebia 1 ponto e a ausência de aleitamento materno nesta idade recebia pontuação zero (Brasil, 2015).

Vacinação: estado vacinal foi verificado na Caderneta da Criança em todas as consultas e classificado em vacinação em dia ou vacinação em atraso segundo o calendário do Ministério da Saúde (Brasil, 2015). Caso o lactente apresentasse a vacinação atualizada aos 12 meses, o item recebia 1 ponto. Caso contrário, recebia pontuação zero.

Adoecimento: a cada atendimento, o acompanhante respondia se a criança apresentou alguma intercorrência de saúde desde a última consulta. Foi analisado o número de vezes que a criança adoeceu ao longo das cinco consultas de seguimento. Considerou-se aceitável a ocorrência de, no máximo, sete episódios de adoecimento nos primeiros 12 meses de vida (Principi et al., 2003; De Martino, & Ballotti, 2007; Liu et al., 2015). Pontuou-se zero quando a criança apresentou mais de sete episódios de adoecimento no primeiro ano de vida, caso contrário, recebia um ponto.

Acidentes domésticos: em todas as cinco consultas, as mães foram questionadas sobre a ocorrência de acidentes domésticos com seus filhos. Foi pontuado zero quando houve algum acidente doméstico durante o primeiro ano de vida. Foi atribuído um ponto quando não houve registro de acidentes (Yamaoka, Fujiwara, & Tamiya, 2016; Schwebel, & Brezausek, 2008).

Uso de sulfato ferroso: o uso do sulfato ferroso para profilaxia da anemia ferropriva é uma das ações de rotina no acompanhamento da criança no primeiro ano de vida (Vilefort, 2021). Quando o lactente fazia uso regular de sulfato ferroso ou outro composto férrico aos 12 meses foi atribuído um ponto. A pontuação zero foi atribuída quando a medicação não estava sendo administrada.

O quadro 1 sintetiza as variáveis incluídas no *ISCM*.

QUADRO 1 - Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM)

Indicador de saúde/cuidados	Pontuação
<b>1. Estado nutricional (12 meses)</b> a) Desnutrido/ Sobrepeso b) Eutrófico	0 1
<b>2. Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses</b> a) Aleitamento materno exclusivo por menos de 4 meses b) Aleitamento materno exclusivo por pelo menos 4 meses	0 1
<b>3. Aleitamento materno complementado aos 12 meses</b> a) Aleitamento materno ausente aos 12 meses b) Aleitamento materno complementado por pelo menos 12 meses	0 1
<b>4. Estado vacinal aos 12 meses</b> a) Vacinação atrasada b) Vacinação em dia	0 1
<b>5. Adoecimento durante o primeiro ano de vida</b> a) Oito ou mais episódios de adoecimento nos últimos 12 meses b) Menos de oito episódios de adoecimento nos últimos 12 meses	0 1
<b>6. Acidentes domésticos durante o primeiro ano de vida</b> a) Ocorrência de um ou mais de acidentes domésticos no primeiro ano de vida. b) Ausência de acidentes domésticos no primeiro ano de vida.	0 1
<b>7. Uso de sulfato ferroso aos 12 meses</b> a) Ausência de suplementação de sulfato ferroso b) Uso de sulfato ferroso em dose profilática ou terapêutica	0 1

### 3. Sintomas depressivos maternos

A *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) foi utilizada para avaliar a presença de sintomas depressivos maternos (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). A escala foi aplicada na consulta de nove meses. Trata-se de uma escala com 10 itens, sendo que cada item possui quatro opções de resposta, que se referem à presença dos sintomas depressivos nos últimos sete dias. A pontuação varia de 0 a 30. Quanto maior a pontuação, maior a intensidade de sintomas depressivos. Para fins de análise, o EPDS foi tratado como variável contínua, valorizando a presença de qualquer sintoma depressivo e não apenas as mães triadas para depressão.

### 4. Disfunção familiar

Para caracterizar o funcionamento da família foram utilizadas três variáveis cuja ocorrência sugere que o contexto familiar seja disfuncional: violência contra a mulher pelo parceiro, insegurança alimentar e abuso de substâncias no domicílio (Thoits, 2011; Nie, Tian, & Huebner, 2019). Além disso, foram incluídas duas outras variáveis que, apesar de não serem um consenso na literatura, podem também estar

relacionada com a disfunção familiar: estado civil das mães e tipo de arranjo familiar (Thoits, 2011).

- Violência contra mulher pelo parceiro, insegurança alimentar e abuso de substâncias no domicílio: estas informações foram obtidas por meio do questionário “Perguntas sobre a Família” do *Survey of Well-Being of Young Children (SWYC)* (Perrin, Sheldrick, Visco, & Mattern, 2016). As mães responderam a este questionário em todas as cinco consultas de seguimento e as respostas foram analisadas conforme manual do teste (Perrin, Sheldrick, Visco, & Mattern, 2016). A violência doméstica contra a mulher foi pesquisada usando a versão curta da *Woman Abuse Screening Too – Triage de Abuso de Mulher (WAST-Short)* (Brown, Lent, Brett, Sas, & Pederson, 1996), que consta de duas questões. Se em qualquer consulta a mãe relatava muitos conflitos com o companheiro ou muita dificuldade em resolvê-los, foi considerado triagem positiva para violência doméstica contra a mulher. A insegurança alimentar foi considerada quando a mãe relatava em qualquer das cinco consultas que, nos últimos 12 meses, a família ficou preocupada se a comida poderia acabar antes que pudessem comprar mais. Por fim, foi considerado suspeita de uso abusivo de álcool e drogas por algum membro da família quando a mãe respondia afirmativamente uma das quatro perguntas deste item, em qualquer das cinco consultas.

- Estado civil e tipo de arranjo familiar: os dados foram obtidos no questionário socioeconômico. As mães casadas ou em união estável (com companheiro) foram comparadas às mães solteiras, viúvas e divorciadas (sem companheiro). O arranjo familiar do tipo nuclear (composto pai, mãe e filhos) foi comparado a outras configurações, como a monoparental, família estendida etc.

## 5. Suporte social

O suporte social recebido pela mãe foi avaliado pela escala desenvolvida para o *Medical Outcome Study* (Sherbourne & Stewart, 1991), que foi traduzida e adaptada para uso no Brasil por Griep et al. (2005). A Escala de Suporte Social MOS-SSS (*Social Support Scale*) foi respondida pela mãe na consulta de quatro meses e visa avaliar em que medida a pessoa conta com o apoio para enfrentar diferentes situações em sua vida. A escala é composta por 19 perguntas e a pontuação em cada pergunta varia de um a cinco pontos em uma escala Likert. As perguntas avaliam cinco dimensões de apoio social: material, afetivo, interação social positiva, emocional

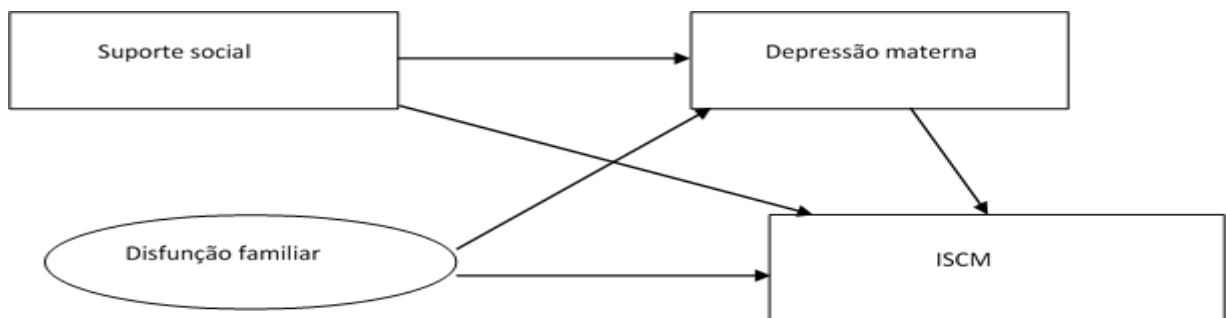
e informação. A pontuação total varia de 19 a 95 pontos e quanto maior a pontuação obtida, maior a percepção do apoio social recebido pelo entrevistado.

### Análise estatística

Os dados foram armazenados em planilhas do Excel e analisados através dos softwares STATA 14.1e Epi info 7.2.2.6. Foi realizada análise descritiva das características da amostra, a partir da distribuição de frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas.

Foi realizada análise fatorial confirmatória, incluindo inicialmente cinco variáveis utilizadas para caracterizar a disfunção familiar (violência contra a mulher pelo parceiro, insegurança alimentar, abuso de substâncias no domicílio, estado civil materno e tipo de arranjo familiar). Com base no ajuste do modelo, apenas as variáveis violência contra mulher pelo parceiro, estado civil e tipo de arranjo familiar foram utilizadas para compor a variável latente “disfunção familiar”.

As relações diretas e indiretas entre as variáveis disfunção familiar, depressão materna, suporte social e o Indicador de Saúde Física e Cuidado Maternos (ISCM) foram analisadas por meio de um Modelo de Equações Estruturais (SEM) (Fig. 1). O SEM incluiu modelos de mensuração e estruturais. O modelo de mensuração foi realizado para a disfunção familiar e as demais variáveis foram incluídas como variáveis observadas. A disfunção familiar e o suporte social foram incluídos como variáveis exógenas que predizem a depressão materna (mediador) e o Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos (ISCM) como desfecho.



Nota: As variáveis observadas são representadas por retângulos e a variável latente por círculo.

Figura 1. Modelo conceitual das relações entre disfunção familiar, depressão materna, suporte social, e Indicador de Saúde Física e Cuidado Materno (ISCM). As variáveis observadas são representadas por retângulos e a variável latente por círculo.

As análises do SEM foram realizadas no Stata (versão 14.1). Foi relatado o valor p dos coeficientes não-padronizados (*unstandardized coefficient*). As vias foram consideradas significativas quando valor-p < 0,05. O ajuste do modelo foi analisado, conforme preconizado na literatura (McCoy *et al.*, 2015; Altafim *et al.*, 2018), com base nos quatro índices: (i) valor qui-quadrado relativo  $\leq 3$  (a razão de qui-quadrado para graus de liberdade), (ii) RMSEA <0,08 (*Root Mean Square Error of Approximation*), (iii) CFI  $\geq 0,95$  (*Comparative Fit Index*), e (iv) SRMR <0,09 (*Standardized Root Mean Square Residuals*) (Kline, 2011).

### **Considerações éticas**

O presente estudo é parte de um projeto maior, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (*Projeto Avaliação do Desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco no Brasil e suas famílias no Brasil - CAAE 29437514.1.0000.5149*). As mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início dos procedimentos. Foram garantidos o sigilo e a confidencialidade dos informantes em todas as etapas da pesquisa.

### **Resultados**

A Tabela 1 apresenta as características das crianças, mães e famílias. A amostra foi composta por 53,5% de crianças do sexo feminino. A maioria das crianças nasceu prematura (idade gestacional < 37 semanas; 71,5%) e com baixo peso (< 2500 gramas; 66,8%). A maioria das mães era adulta (89,6%), tinha companheiro (63,4%), e estudou por 8 a 11 anos (52,9%). A pontuação média das mães na EPDS foi  $7 \pm 5$  (0–22) e na escala MOS foi  $79 \pm 17$  (23–95). A maioria das famílias era do tipo nuclear (55,2%) e com poder aquisitivo baixo ou muito baixo (83,7%). Cerca de 31% das crianças conviviam com abuso de álcool e drogas no domicílio, 22% das mães

relataram a existência de conflitos entre os pais, e em 8% das famílias existia insegurança alimentar.

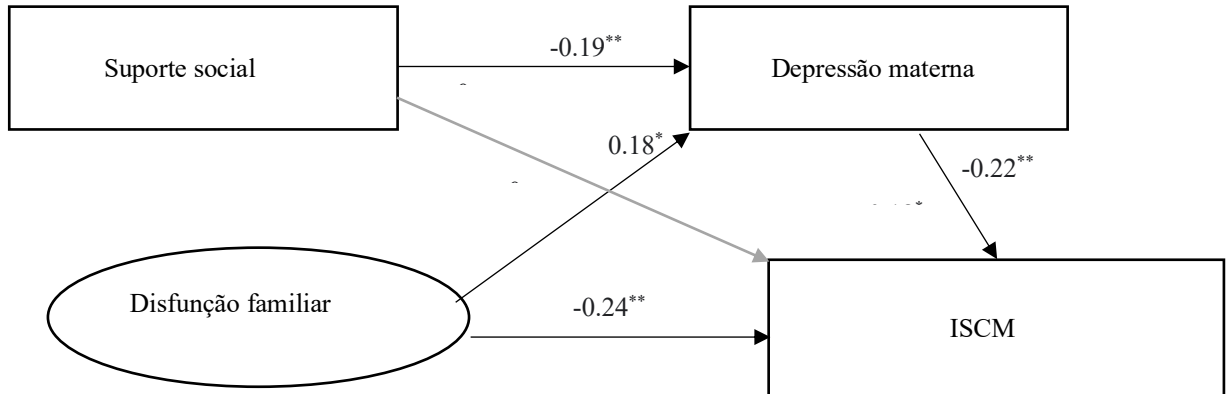
TABELA 1 - Análise descritiva das características da amostra.

Variáveis	Amostra (n=172)		
	n	%	
Sexo da criança	Feminino	92	53,5
	Masculino	80	46,5
Idade Gestacional	≤31 semanas	39	22,7
	32-36 semanas	84	48,8
	≥ 37 semanas	49	28,5
Peso ao nascer	<1500g	39	22,6
	1500-2500g	76	44,2
	≥2500g	57	33,2
Idade da mãe ao nascimento da criança	<19 anos	18	10,4
	≥19 anos	154	89,6
Anos de estudo da mãe	<8 anos	33	19,2
	8-11 anos	91	52,9
	>11 anos	48	27,9
Classificação Socioeconômica (estratos)*	Médio (B)	28	16,3
	Baixo (C)	112	65,1
	Muito baixo (DE)	32	18,6
Estado civil	Solteira/Divorciada	63	36,6
	Casada/União estável	109	63,4
Tipo de família	Nuclear	95	55,2
	Monoparental /Estendida	77	44,8
Conflito entre os pais	Presente	38	22,1
	Ausente	134	77,9
Insegurança alimentar	Presente	14	8,1
	Ausente	158	91,9
Abuso de substâncias	Presente	54	31,4
	Ausente	118	68,6

\* Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa/ ABEP, 2015).

O SEM indicou vários caminhos diretos significativos (Fig. 2). Em primeiro lugar, a disfunção familiar foi significativa e positivamente preditivo de depressão materna e ISCM. Em segundo lugar, o suporte social foi significativa e negativamente preditivo de depressão materna. A depressão materna foi significativa e positivamente preditiva do ISCM. Os testes também revelaram relações indiretas positivas e significativas entre o suporte social e o ISCM ( $b = 0,003$  [SE = 0,002];  $p = 0,055$ ), via depressão

materna. Não foram encontradas relações indiretas entre disfunção familiar e ISCM, via depressão materna ( $p = 0,078$ ).



Nota: As variáveis observadas são representadas por retângulos e a variável latente por círculo. Foram descritos os coeficientes padronizados. \*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . As linhas pretas representam caminhos significativos, as linhas cinzas representam caminhos não significativos.

FIGURA 2 - Resultados do Modelo de Equações Estruturais.

A tabela 2 sintetiza as informações contidas na figura 2 e apresenta os resultados do modelo de equação estrutural. O ajuste geral do modelo foi considerado adequado (RMSEA = 0,069; SRMR = 0,05; CFI 0,96 e  $\chi^2/df = 1.83$ ).

TABELA 2 - Resultados do Modelo de Equações Estruturais (SEM)

Variáveis	Standardized coefficient		Unstandardized coefficient
	B	SE	b
DF → Depressão materna	2.5*	1.199	0.18
DF → ISCM	-0.76**	0.284	-0.24
Depressão materna → ISCM	-0.051**	0.018	-0.22
Suporte social → Depressão materna	-0.058**	0.023	-0.19
Suporte social → ISCM	0.001	0.005	0.013

Legenda:  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ , DF= Disfunção familiar, ISCM= Indicador de Saúde Física e Cuidados Maternos.

## Discussão

No presente estudo foi testada a hipótese de que o suporte social pode melhorar os cuidados maternos e a saúde de lactentes aos 12 meses, mesmo quando a família é disfuncional e a mãe apresenta sintomas depressivos. Essa hipótese foi

parcialmente confirmada. Nossos resultados demonstraram o efeito protetor do suporte social para a saúde infantil e os cuidados maternos, de forma indireta, ao mitigar os efeitos negativos da depressão materna. Não encontramos efeito direto do suporte social sobre os cuidados maternos e a saúde infantil.

Este resultado difere de dois estudos que descreveram efeitos diretos do suporte social ofertado à mãe em indicadores de saúde de lactentes no primeiro ano de vida. Surkan, Kiihl, Kozuki, e Vieira (2012) demonstraram que a ausência de suporte social foi associada à maior ocorrência de atraso vacinal (Surkan et al., 2012), enquanto Morgado, Werneck, & Hasselmann, (2013) associaram a ausência de suporte social a menor prática e duração de aleitamento materno (Morgado et al., 2013). No presente estudo foi utilizado uma variável composta por vários aspectos relacionados à saúde infantil e aos cuidados maternos, o que poderia explicar as diferenças entre os estudos.

Nossos resultados mostraram que o efeito protetor indireto do suporte social sobre os cuidados e saúde das crianças foi mediado pela diminuição dos sintomas depressivos maternos. O suporte social recebido pela mãe pode reduzir a ocorrência de depressão (Mustaffa, Abu, Khan, & Ahmad, 2014), e dessa forma melhorar a autopercepção delas sobre a adequação dos cuidados oferecidos à criança. (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2012). Outro estudo demonstrou que os relacionamentos de apoio foram responsáveis por aumentar os sentimentos de bem-estar, controle pessoal e afeto positivo, ajudando assim as mulheres deprimidas a perceberem seus filhos de uma maneira mais positiva (Lefkovics et al., 2018). Por fim, a falta do apoio do companheiro aumentou o risco de depressão materna, o que, por sua vez, estava associado a atrasos no desenvolvimento, distúrbios psiquiátricos e problemas comportamentais em seus filhos (Schwarz, McVeigh, Hoven, & Kerker, 2012). No entanto, até onde sabemos, nenhum outro estudo demonstrou os efeitos indiretos do suporte social especificamente em indicadores de cuidados maternos e saúde de crianças no primeiro ano de vida.

Nosso estudo demonstrou o impacto negativo direto da depressão materna sobre os cuidados maternos e a saúde infantil, como já amplamente demonstrado na literatura. Os escores no ISCM foram mais baixos em filhos de mães com sintomas depressivos, quando comparados com filhos de mães sem sintomas. Em revisão sistemática da literatura, Slomian, Honvo, Emonts, Reginster, & Bruyère (2019). descreveram que depressão materna foi associada com diversos desfechos negativos

para a saúde da criança, como distúrbios do crescimento e do sono, maior ocorrência de adoecimento, menor prática de aleitamento materno. Além disso, a revisão demonstrou prejuízo também nas práticas de cuidado materno, como cuidar da posição do sono ou usar dispositivos de segurança como cinto de segurança (Slomian et al., 2019). Neste sentido, nossos resultados acrescentam à literatura, ao analisar a saúde infantil e os cuidados maternos como um construto único, permitindo uma análise mais integral da saúde da criança.

Por fim, nosso estudo demonstrou que em contextos de disfunção familiar, as mães apresentavam mais sintomas depressivos e os resultados no indicador de saúde infantil e cuidados maternos foram piores. A monoparentalidade feminina está associada a níveis mais elevados de estresse e depressão devido às dificuldades em lidar com o papel de cuidador único e provedor principal (Osborne, Berger, & Magnuson, 2012). Já a presença de violência no ambiente familiar foi associada à problemas de saúde mental nos cuidadores, como estresse e depressão, e distúrbios comportamentais na infância e na idade adulta (Forke et al., 2019; Monnat & Chandler, 2015). Cabe destacar que, de forma predominante, os estudos descrevem os efeitos negativos da disfunção familiar em crianças maiores ou adolescentes (Sani, & Cunha 2011; Silva, Lima, & Ludermir, 2017), em geral relacionados a práticas educativas maternas mais agressivas, com uso de violência física, verbal e psicológica contra a criança. No presente estudo, o impacto negativo da disfunção familiar na depressão materna, saúde da criança e nos cuidados ofertados pela mãe foram demonstrados de forma precoce, ainda no primeiro ano de vida.

Alguns pontos fortes e limitações do presente estudo devem ser destacados. Foi realizado um acompanhamento longitudinal, o que pode ter reduzido o viés de memória, já que as informações foram coletadas e armazenadas em tempo real. O seguimento com procedimentos padronizados ao longo dos primeiros 12 meses de vida permitiu a obtenção dos dados de forma precoce, dando maior consistência às informações. Por fim, o modelo de equações estruturais permitiu avaliar as relações diretas e indiretas entre as variáveis de interesse. Como limitações, pode-se citar o tamanho e a forma de recrutamento da amostra, realizado de maneira não probabilística.

## **Conclusões**

Nossos resultados sugerem que a disfunção familiar, marcada por violência contra a mulher, arranjos familiares não nucleares e monoparentalidade feminina, pode impactar negativamente não apenas a saúde mental das mães, aumentando a ocorrência de sintomas depressivos, mas também os cuidados ofertados às crianças e, conseqüentemente, a saúde delas já no primeiro ano de vida. O resultado mais relevante, no entanto, foi demonstrar que o apoio social recebido pela mãe, nos primeiros meses após o parto, foi capaz de mitigar os efeitos negativos da depressão materna para a saúde da criança, provavelmente melhorando a qualidade dos cuidados ofertados a ela. Portanto, o suporte social pode atuar como fator de proteção para a saúde infantil, ao diminuir o impacto das adversidades na saúde da criança.

### Referências

Altafim, E. R. P., McCoy, D. C., & Linhares, M. B. M. (2018). Relations between parenting practices, socioeconomic status, and child behavior in Brazil. *Children and youth services review, 89*:93-102.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2015). *Critério de classificação econômica Brasil 2015*. Cited 11 nov,2021. Available at: <http://abep.org>.

Black, M.M., Behrman, J.R., Daelmans, B., Prado, E.L., Richter, L., Tomlinson, M., Trude, A.C.B., Wertlieb, D., Wuermli, A.J., & Yoshikawa, H. (2021). The principles of Nurturing Care promote human capital and mitigate adversities from preconception through adolescence. *BMJ Global Health 2021;6*:e004436. doi:10.1136/bmjgh-2020-004436.

Brasil. Ministério da Saúde (2015). *Programa Nacional de Imunizações*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2015). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (2015). *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family medicine, 28*(6), 422–428.

Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., & Harris, N. B. (2016). Toxic Stress in Children and Adolescents. *Advances in pediatrics, 63*(1), 403–428. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002>.

Canfield, M., Radcliffe, P., Marlow, S., Boreham, M., & Gilchrist, G. (2017). Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. *Child abuse & neglect*, *70*, 11–27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.005>.

Cavenaghi, S., & Alves, J.E.D. (2018). *Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios*. Rio de Janeiro: ENS-CPES.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *150*, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.

Darcy, J. M., Grzywacz, J. G., Stephens, R. L., Leng, I., Clinch, C. R., & Arcury, T. A. (2011). Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, *24*(3), 249–257. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100201>.

de Martino, M., & Ballotti, S. (2007). The child with recurrent respiratory infections: normal or not?. *Pediatric allergy and immunology: official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology*, *18 Suppl 18*, 13–18. <https://doi.org/10.1111/j.1399-3038.2007.00625.x>

Diniz, E., Volling, B. L., & Koller, S. H. (2014). Social support moderates association between depression and maternal–fetal attachment among pregnant Brazilian adolescents. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *32*(4), 400–411. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.910865>

Dow-Fleisner, S., & Hawkins, S.S (2018). Child physical well-being in the context of maternal depression. *Social Work Research*, *42*(2),95–105. <https://doi.org/10.1093/swr/svy006>.

Field T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant behavior & development*, *33*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>.

Forke, C. M., Catalozzi, M., Localio, A. R., Grisso, J. A., Wiebe, D. J., & Fein, J. A. (2019). Intergenerational effects of witnessing domestic violence: Health of the witnesses and their children. *Preventive medicine reports*, *15*, 100942. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100942>.

Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study]. *Cadernos de Saúde Pública*, *21*(3),703-714. doi:10.1590/S0102-311X2005000300004.

Hassan, B.K., Werneck, G.L., & Hasselmann, M.H (2016). Maternal mental health and nutritional status of six-month-old infants. *Revista de Saúde Pública*, *50*(7), 1-9. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006237.

Kim, T. H., Connolly, J. A., & Tamim, H. (2014). The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*, 162. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-162>.

Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford Press.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of clinical nursing*, *21*(3-4), 388–397. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x>

Lefkovich, E., Rigó, J., Jr, Kovács, I., Talabér, J., Szita, B., Kecskeméti, A., Szabó, L., Somogyvári, Z., & Baji, I. (2018). Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. *Journal of reproductive and infant psychology*, *36*(4), 434–448. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1475726>.

Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Rudan, I., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., & Black, R. E. (2015). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet (London, England)*, *385*(9966), 430–440. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6).

McCoy, D. C., Connors, M. C., Morris, P. A., Yoshikawa, H., & Friedman-Krauss, A. H. (2015). Neighborhood Economic Disadvantage and Children's Cognitive and Social-Emotional Development: Exploring Head Start Classroom Quality as a Mediating Mechanism. *Early childhood research quarterly*, *32*, 150–159. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2015.04.003>.

Monnat, S. M., & Chandler, R. F. (2015). Long Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *The Sociological quarterly*, *56*(4), 723–752. <https://doi.org/10.1111/tsq.12107>.

Morgado, C. M. D. C., Werneck, G. L., & Hasselmann, M. H. (2013). Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, *18*, 367-376.

Motlhatlhedhi, K., Setlhare, V., Ganiyu, A., & Firth, J. (2017). Association between depression in carers and malnutrition in children aged 6 months to 5 years. *African journal of primary health care & family medicine*, *9*(1), e1–e6. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1270>.

Mustaffa, M. S., Abu, M. S., Khan, A., & Ahmad, R. (2014). Social support during pre-natal and post-natal stage: influence on maternal depression and mental well-being. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *143*, 417-422.

Nie, Q., Tian, L., & Huebner, E. S. (2019). *Relations among Family Dysfunction, Loneliness and Life Satisfaction in Chinese Children: a Longitudinal Mediation Model*. *Child Indicators Research*, 13(3), 839–862. doi:10.1007/s12187-019-09650-6.

Osborne, C., Berger, L. M., & Magnuson, K. (2012). Family structure transitions and changes in maternal resources and well-being. *Demography*, 49(1), 23–47. <https://doi.org/10.1007/s13524-011-0080-x>.

Perrin, E. C., Sheldrick, C., Visco, Z., & Mattern, K. (2016). *The Survey of Well-being of young children (SWYC) User's Manual*. Version 1.01, 3/4/16 ed. Boston: Center, Tufts Medical. Available at: cited 11 nov, 2021. <https://swyc.org>.

Principi, N., Esposito, S., Cavagna, R., Bosis, S., Droghetti, R., Faelli, N., Tosi, S., Begliatti, E., & Snoopy Study Group (2003). Recurrent respiratory tract infections in pediatric age: a population-based survey of the therapeutic role of macrolides. *Journal of chemotherapy (Florence, Italy)*, 15(1), 53–59. <https://doi.org/10.1179/joc.2003.15.1.53>.

Racine, N., Zumwalt, K., McDonald, S., Tough, S., & Madigan, S. (2020). Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. *Journal of affective disorders*, 263, 576–581. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.030>.

Rahman, A., Hafeez, A., Bilal, R., Sikander, S., Malik, A., Minhas, F., Tomenson, B., & Creed, F. (2016). The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Maternal & child nutrition*, 12(3), 452–462. <https://doi.org/10.1111/mcn.12170>.

Sani, A. I., & Cunha, D. M. M. d. (2011). Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal [Parenting practices of women victims and not victims of domestic violence]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 429–437. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400006>

Scherrer, I.R.S., & Alves, C.R.L. (2021). Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. *Journal of Human Growth and Development*, 31(1), 18–27. doi: 10.36311/jhgd.v31.10859.

Schwarz, A. G., McVeigh, K. H., Hoven, C., & Kerker, B. D. (2012). Racial and ethnic differences in depression by partner status and the presence of children in the household. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 22(6), e553–e561. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.07.006>.

Schwebel, D. C., & Brezausek, C. M. (2008). Chronic maternal depression and children's injury risk. *Journal of pediatric psychology*, 33(10), 1108–1116. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsn046>.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine (1982)*, 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b).

Silva, J.M.M, Lima, M.C.,& Ludermir, A.B.(2017). Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. *Revista de Saúde Pública*, 51,34. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006848>.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's health (London, England)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>.

Surkan, P. J., Kiihl, S. F., Kozuki, N., & Vieira, L. M. (2012). Social support of low-income Brazilian mothers related to time to completion of childhood vaccinations. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 8(5), 596–603. <https://doi.org/10.4161/hv.19203>.

Thoits P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.

Thomas, M., Miller, D. P., & Morrissey, T. W. (2019). Food Insecurity and Child Health. *Pediatrics*, 144(4), e20190397. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0397>.

Unternaehrer, E., Cost, K. T., Bouvette-Turcot, A. A., Gaudreau, H., Massicotte, R., Dhir, S. K., Hari Dass, S. A., O'Donnell, K. J., Gordon-Green, C., Atkinson, L., Levitan, R. D., Wazana, A., Steiner, M., Lydon, J. E., Clark, R., Fleming, A. S., Meaney, M. J., & MAVAN Research Team (2019). Dissecting maternal care: Patterns of maternal parenting in a prospective cohort study. *Journal of neuroendocrinology*, 31(9), e12784. <https://doi.org/10.1111/jne.12784>

Vilefort L. A.; Nunes, P. P.; Guimarães C. C. A.; Silveira, R. P. R.; Costa, R. M. F.; Sousa, L. R.; Pereira, S. L. E. H.; Abrantes, K. M.; Cabral, M. E. G.; & Borburema, N. S.(2021).Suplementação de sulfato ferroso: prevenção da anemia ferropriva na faixa etária pediátrica. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 33,e8650.

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group (2018). *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva:WHO. Cited 11 nov, 2021. <https://nurturing-care.org/>

Xu, F., Chen, X., Xing, H., & Wang, H. (2021). Interparental Conflict and Chinese Children's Social Development. *Journal of Family Issues*. <https://doi.org/10.1177/0192513X211042843>.

Yamaoka, Y., Fujiwara, T., & Tamiya, N. (2016). Association Between Maternal Postpartum Depression and Unintentional Injury Among 4-Month-Old Infants in Japan. *Maternal and child health journal*, 20(2), 326–336. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1832-9>.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho demonstrou o impacto negativo da exposição da criança à depressão materna, ao abuso de substâncias no ambiente familiar e à violência contra a mulher pelo parceiro na saúde da criança e nos cuidados maternos. Além do impacto dessas experiências adversas, observamos também um efeito negativo cumulativo das ACEs nesses fatores, ou seja, quanto maior a exposição à ACEs, pior é a saúde infantil e o cuidado materno. Demonstramos também que o suporte social percebido pela mãe atuou como fator protetor para a saúde da díade ao diminuir os sintomas depressivos maternos e assim, melhorar os cuidados ofertados e a saúde da criança.

O cuidado com a saúde da criança desde a primeira infância, garantindo a ela não apenas seus direitos básicos, mas também um ambiente saudável, com relações afetuosas e oportunidades de aprendizado pode mudar não apenas a sua saúde e o seu futuro, mas também o das próximas gerações. Como ofertar, então, às nossas crianças o melhor começo de vida, capaz de garantir o futuro saudável que desejamos para elas? Minimizar a exposição a experiências adversas, com ações voltadas para a família e a comunidade que visem diminuir a violência, a insegurança alimentar, o abuso de substâncias e outras adversidades presentes no ambiente devem ser alvo do planejamento de políticas de saúde pública. Desse modo, esse estudo empírico oferece embasamento teórico- científico para o entendimento e abordagem das ACEs por parte desses profissionais, o que pode estimular e encorajar os profissionais a não perderem de vista o olhar atento e os devidos encaminhamentos para crianças que estejam sob risco de impactos negativos na saúde devido à exposição à experiências adversas.

Além disso, sabendo-se da importância da saúde materna para a saúde infantil, a abordagem da saúde integral da criança requer ações integradas com a saúde materna. Cuidar da díade desde a gestação, pré-natal adequado, ações voltadas para a saúde mental materna, como a triagem de rotina e tratamento para a depressão, podem impactar na saúde de ambos. Fortalecer a rede de apoio e aumentar o suporte social ofertado às mães quando isso for necessário pode melhorar a saúde da díade, como fator de proteção capaz de mitigar os efeitos negativos das adversidades.

No campo da pesquisa científica, os resultados aqui apresentados reforçam o conceito da determinação multifatorial da saúde infantil, especialmente na primeira infância pela importância desse período para a saúde integral da criança. Como disse Raffi Cavoukian, “*Se mudarmos o começo da história, mudamos a história toda*”. Por isso, desde o começo da vida, garantir às nossas crianças acesso aos seus direitos, através de uma infância respeitosa e protegida, deve ser prioridade para quem participa da assistência e do planejamento em saúde.

## REFERÊNCIAS

AFIFI, T. O.; *et al.* Spanking and adult mental health impairment: The case for the designation of spanking as an adverse childhood experience. **Child Abuse and Neglect**, v. 71, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213417300145?via%3Dihub#!> Acesso em 11 nov 2021.

ALAIMO, K.; OLSON, C.M.; FRONGILLO; E.A.JR. Food insufficiency and American school-aged children's cognitive, academic, and psychosocial development. **Pediatrics**. v.108, n.1, p.44–53. 2001.

ALTAFIM, E. R. P.; MCCOY, D. C.; LINHARES, M. B. M. Relations between parenting practices, socioeconomic status, and child behavior in Brazil. **Children and youth services review**, v.89, p.93-102, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. 2014. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em 11 nov 2021.

AUSTIN, A. Association of Adverse Childhood Experiences with Life Course Health and Development. **North Carolina Medical Journal**, v. 79, n. 2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.18043/ncm.79.2.99>.

BALBIERZ, A.; BODNAR-DEREN, S.; WANG, J. J.; HOWELL, E. A. Maternal depressive symptoms and parenting practices 3-months postpartum. **Matern Child Health J**. v.19, n.6, p.1212-9, 2015. doi: 10.1007/s10995-014-1625-6.

BARKER, D.J.; OSMOND, C.; FORSÉN, T.J.; KAJANTIE, E.; ERIKSSON, J.G. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. **N Engl J Med**. v. 353, n.17, p.1802-9, 2005.

BICH, T.H.; HOA, D.T.; MÅLQVIST, M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam. **Matern Child Health J**. v.18, n.6, p.1444-5, 2014.

BLACK, M.M.; DELICHATSIOS, H.K.; STORY, M.T. (Eds). Nutrition Education: Strategies for Improving Nutrition and Healthy Eating in Individuals and Communities. **Nestlé Nutr Inst Workshop Ser**, v.92, p. 53–63, 2020. (Nestlé Nutrition Institute, Switzerland/S. Karger AG., Basel). DOI: 10.1159/isbn.978-3-318-06528-2

BLACK, M.M.; *et al.* The principles of Nurturing Care promote human capital and mitigate adversities from preconception through adolescence. **BMJ Global Health**. v.6, e004436, 2021. doi:10.1136/bmjgh-2020-004436.

BRASIL. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras

providências. Disponível em :[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm). Acesso e12 de nov 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SISVAN na assistência à saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d.

BROWN, J. B.; LENT, B.; BRETT, P. J.; SAS, G.; PEDERSON, L. L. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. **Family Medicine**, v. 28, n. 6, 1996.

BRUMMELTE, S.; GALEA, L.A. Depression during pregnancy and postpartum: contribution of stress and ovarian hormones. **Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry**, v. 34, n.5, p.766–776, 2010. doi: 10.1016/j.pnpbp.2009.09.006.

BRUMMELTE, S.; GALEA, L.A. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. **Horm Behav.**, v.77, p.153-66, 2016. doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008.

BUCCI, M.; MARQUES, S.S.; OH, D.; HARRIS, N.B. Toxic Stress in Children and Adolescents. **Adv Pediatr.**, v.63, n.1, p.403-28, 2016. doi: 10.1016/j.yapd.2016.04.002.

CAMPBELL, J.A.; WALKER, R.J.; EGEDE, L.E. Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. **Am J Prev Med**, v.50, n.3, p.344–52, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>.

CANFIELD, M.; RADCLIFFE, P.; MARLOW, S.; BOREHAM, M.; GILCHRIST, G. Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care. **Child Abuse Negl.**, v.70, p.11-27, 2017. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.05.005.

CARLSSON, E.; FROSTELL, A.; LUDVIGSSON, J.; FARESJÖ, M. Psychological stress in children may alter the immune response. **J Immunol.** v.192, n.5, p.2071-81, 2014. doi: 10.4049/jimmunol.1301713.

CASEY, P.; *et al.* Maternal depression, changing public assistance, food security, and child health status. **Pediatrics.**, v.113, n.2, p.298-304, 2004. doi: 10.1542/peds.113.2.298.

CAVENAGHI, S.; ALVES, J.E.D. **Mulheres chefes de família no Brasil: avanços e desafios.**Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018.

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD AT HARVARD UNIVERSITY. **Maternal Depression Can Undermine the Development of Young Children: Working Paper n. 8**, 2009. Disponível em: <http://www.developingchild.harvard.edu>. Acesso em 01 de Out. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence.** Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2019.

CHARROIS, J.; *et al.* Maternal depression in early childhood and child emotional and behavioral outcomes at school age: examining the roles of preschool childcare quality and current maternal depression symptomatology. **Eur Child Adolesc Psychiatry.**, v.29, n.5, p.637-648, 2020. doi: 10.1007/s00787-019-01385-7.

CHEONG, E.V.; SINNOTT, C.; DAHLY, D.; KEARNEY, P.M. Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. **BMJ Open.** v. 7, n.9, e013228, 2017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen>.

COLEMAN-JENSEN, A.; RABBITT, M.P.; GREGORY. C.A.; SINGH. A. **Household Food Security in the United States in 2017.** Washington, DC: US Department of Agriculture, Economic Research Service, 2018.

COOK, J.T.; *et al.* Food insecurity is associated with adverse health outcomes among human infants and toddlers. **J Nutr.** v.;134, n.6, p.1432-8, 2004. doi: 10.1093/jn/134.6.###.

CORTE, C.; ZUCKER, R.A. Self-concept disturbances: cognitive vulnerability for early drinking and early drunkenness in adolescents at high risk for alcohol problems. **Addict Behav.**, v.33, n.10, p.1282-90,2008. doi: 10.1016/j.addbeh.2008.06.002.

COULTON, C.J.; KORBIN, J.E.; SU, M. Measuring neighborhood context for young children in an urban area. **Am J Commun Psychol**, v. 24, n. 1, p. 5-32, 1996. <https://doi.org/10.1007/BF02511881>.

COX, J.L.; HOLDEN, J.M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry.** v.150, p.782-6, 1987. doi: 10.1192/bjp.150.6.782.

CRONHOLM, P.F.; *et al.* Adverse Childhood Experiences: Expanding the Concept of Adversity. **Am J Prev Med.** v.49, n.3, p.354-61, 2015. doi: 10.1016/j.amepre.2015.02.001

CROUCH, E.; PROBST, J.C.; RADCLIFF, E.; BENNETT, K.J.; MCKINNEY, S.H. Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) among US children. **Child Abuse Negl.** v.92, p.209-218, 2019. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.04.010.

CUMMINGS, E. M.; DAVIES, P. T. **Marital conflict and children: An emotional security perspective.** Guilford Press, 2010.

CUMMINGS, E. M.; DAVIES, P. T.; SIMPSON, K. S. Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. **J. Fam. Psychol.** v.8, n.2, p.141-149, 1994. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.8.2.141>.

CUMMINGS, E. M.; MILLER-GRAFF, L. E. Emotional security theory: An emerging theoretical model for youths' psychological and physiological responses across multiple developmental contexts. **Current Directions in Psychological Science**, v.24, n.3, p. 208-213, 2015. <https://doi.org/10.1177/0963721414561510>.

DANTAS, M. M. C.; ARAÚJO, P. C. B.; PAULINO, B. S.; MAIA, E. M. C. Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 18, n. 1, p. 90-106, abr. 2012 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682012000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 12 nov. 2021. <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2012v18n1p90>.

DARCY, J.M.; *et al.* Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. **J Am Board Fam Med.**, v.24. n.3, p.249-57, 2011. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100201.

DAWSON, G.; FREY, K.; PANAGIOTIDES, H.; OSTERLING, J.; HESSL, D. Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: a replication and extension of previous findings. **J Child Psychol Psychiatry.** v.38, n.2, p.179-86, 1997. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01852.x

DE MARTINO, M.; BALLOTTI, S. The child with recurrent respiratory infections: normal or not? **Pediatr Allergy Immunol**, v.18, Suppl 18,p.13-8, 2007. doi: 10.1111/j.1399-3038.2007.00625.x.

DINIZ, E.; VOLLING, B.L.; KOLLER, S.F. Social support moderates association between depression and maternal-fetal attachment among pregnant Brazilian adolescents. **J Reprod Infant Psychol**, v.32, n.4, p.400-411, 2014. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.910865>.

DOW-FLEISNER, S; HAWKINS, S.S. Child physical well-being in the context of maternal depression. **Social Work Research**, v.42, n.2, p.95-105, 2018. <https://doi.org/10.1093/swr/svy006>.

EASTERBROOKS, M.A.; KATZ, R.C.; KOTAKE, C.; STELMACH, N.P.; CHAUDHURI, J.H. Intimate Partner Violence in the First 2 Years of Life: Implications for Toddlers' Behavior Regulation. **J Interpers Violence.**, v.33, n.7, p.1192-1214, 2018. doi: 10.1177/0886260515614562.

EMERY, R. E.; FOREHAND, R. Parental divorce and children's well-being: A focus on resilience. In: HAGGERTY, R.J.; SHERROD, L.R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (Orgs.), **Stress, risk and resilience in children and adolescents**. Processes, mechanisms and interventions. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 64-100.

ENGLE, P.L.; CASTLE, S.; MENON, P. Child development: vulnerability and resilience. **Soc Sci Med.**, v.43, n.5, p.621-35, 1996. doi: 10.1016/0277-9536(96)00110-4.

ENGLE, P.L.; MENON, P.; GARRETT, J.L.; SLACK, A. Urbanization and caregiving: a framework for analysis and examples from southern and eastern Africa. **Environ Urban**, v. 9, p.253–270, 1997. <https://doi.org/10.1177/095624789700900213>

ESCOBAR, A.M.; GRISI, S.J. 21st century well-child care. **Rev Assoc Med Bras** (1992)., v.62, n.6, p.479-481, 2016. doi: 10.1590/1806-9282.62.06.479.

EVANS, G. W.; KIM, P. Childhood Poverty, Chronic Stress, Self-Regulation, and Coping. **Child Development Perspectives**, v.7, n.1, 2013. <https://doi.org/10.1111/cdep.12013>.

FELITTI, V.J.; *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. **Am J Prev Med.**, v.14, n.4, p.245-58, 1998. doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8.

FENERCI, R.L.B.; DEPRINCE, A.P. Intergenerational Transmission of Trauma: Maternal Trauma-Related Cognitions and Toddler Symptoms. **Child Maltreat.** v.23, n.2, p.126-136, 2018. doi: 10.1177/1077559517737376.

FIELD, T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. **Infant Behav Dev.**, v.33, n.1, p.1-6, 2010. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005.

FIGLIE, N.B.; MILAGRES, E.; CROWE, J. **Família e dependência química: uma experiência de prevenção com crianças e adolescentes no Jardim Ângela**. São Paulo: Roca, 2009.

FINKELHOR, D.; SHATTUCK, A.; TURNER, H.; HAMBY, S. A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. **Child Abuse and Neglect**, v. 48, p.13-21, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>.

FLAHERTY, E.G.; *et al.* Effect of early childhood adversity on child health. **Arch Pediatr Adolesc Med.** v.160, n.12, p.1232-8, 2006. doi: 10.1001/archpedi.160.12.1232.

FORKE, C.M.; *et al.* Intergenerational effects of witnessing domestic violence: Health of the witnesses and their children. **Prev Med Rep.**, v.15, 100942, 2019. doi: 10.1016/j.pmedr.2019.100942.

FOX, S.E.; LEVITT, P.; NELSON, C.A. 3rd. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. **Child Dev.**, v.81, n.1, p.28-40, 2010. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01380.x.

GIBSON, C.; CALLANDS, T.A.; MAGRIPLES, U.; DIVNEY, A.; KERSHAW, T. Intimate partner violence, power, and equity among adolescent parents: relation to child outcomes and parenting. **Matern Child Health J.** v.19, n.1, p.188-95, 2015. doi: 10.1007/s10995-014-1509-9.

GJERDE, L.C.; *et al.* Maternal perinatal and concurrent depressive symptoms and child behavior problems: a sibling comparison study. **J Child Psychol Psychiatry.**, v.58, n.7, p.779-786, 2017. doi: 10.1111/jcpp.12704.

GORE, S.; ECKENRODE, J. Context and process in research on risk, resilience and development. In: HAGGERTY, R.J.; SHERROD, L.R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (Orgs.). **Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions.** Cambridge: Cambridge University Press, 1996.p.19-64.

GRAV, S.; HELLZÈN, O.; ROMILD, U.; STORDAL, E. Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. **J Clin Nurs.** v.21, n.1-2, p.111-20, 2012. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03868.x.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde.** Tese (Doutorado não publicada, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2003.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; LOPES, C. S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português do Estudo Pró-Saúde [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pró-Saúde Study]. **Cad Saude Publica**, v.21, n.3, p.703-714, 2005. doi:10.1590/ S0102-311X2005000300004 .

HALPERN, S.C. O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar. **Pens famílias**, v.3, p.120-5, 2002.

HAMADANI, J.D.; *et al.* Cognitive deficit and poverty in the first 5 years of childhood in Bangladesh. **Pediatrics.** v.134, n.4, e1001-8, 2014. doi: 10.1542/peds.2014-0694.

HARPER, B.; NWABUZOR OGBONNAYA, I.; MCCULLOUGH, K.C. The Effect of Intimate Partner Violence on the Psychosocial Development of Toddlers. **J Interpers Violence.**, v.33, n.16, p.2512-2536, 2018. doi: 10.1177/0886260516628286.

HASSAN, B.K.; WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H. Saúde mental materna e estado nutricional de crianças aos seis meses de vida. **Rev Saude Publica.**, v.50, n.7,p.1-9, 2016. doi: 10.1590/s1518-8787.2016050006237.

HETHERINGTON, E.; MCDONALD, S.; WILLIAMSON, T.; PATTEN, S.B.; TOUGH, S.C. Social support and maternal mental health at 4 months and 1 year postpartum: analysis from the All Our Families cohort. **J Epidemiol Community Health**, v.72, n.10, p.933-939, 2018. doi: 10.1136/jech-2017-210274.

HOLMAN, D.M.; *et al.* The Association Between Adverse Childhood Experiences and Risk of Cancer in Adulthood: A Systematic Review of the Literature. **Pediatrics**, v.138, n.Suppl 1, S81-S91, 2016. doi: 10.1542/peds.2015-4268L.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Sobre o Sofia**: História. 12/05/2020.Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>. Acesso em 12 nov 2021.

HOUTEPEN, L.C.; HERON, J.; SUDERMAN, M.J.; TILLING, K.; HOWE, L.D. Adverse childhood experiences in the children of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). **Wellcome Open Res.**, v.3, p.106, 2018. doi: 10.12688/wellcomeopenres.14716.1.

HUANG, H.; *et al.* Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. **Metabolism**, v.64, n.11, p.1408–18, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2015.08.019>.

JACKSON, D.B.; CHILTON, M.; JOHNSON, K.R.; VAUGHN, M.G. Adverse Childhood Experiences and Household Food Insecurity: Findings From the 2016 National Survey of Children's Health. **Am J Prev Med**, v.57, n.5, p.667-674, 2019. doi: 10.1016/j.amepre.2019.06.004.

JIMENEZ, M. E.; WADE, R. JR.; LIN, Y.; MORROW, L. M.; REICHMAN, N. E. Adverse experiences in early childhood and kindergarten outcomes. **Pediatrics**, v.137, n.2, e20151839, 2016. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1839>.

JYOTI, D.F.; FRONGILLO, E.A.; JONES, S.J. Food insecurity affects school children's academic performance, weight gain, and social skills. **J Nutr**, v.135, n.12, p.2831-9, 2005. doi: 10.1093/jn/135.12.2831.

KAJEEPETA, S.; GELAYE, B.; JACKSON, C.L.; WILLIAMS, M.A. Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. **Sleep Med**, v.16, n.3, p.320-30, 2015. doi: 10.1016/j.sleep.2014.12.013.

KALMAKIS, K.A.; CHANDLER, G.E. Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. **J Adv Nurs**, v.70, n.7, p.1489-501, 2014. doi: 10.1111/jan.12329.

KALMAKIS, K.A.; CHANDLER, G.E. Health consequences of adverse childhood experiences: a systematic review. **J Am Assoc Nurse Pract**, v.27, n.8, p.457-65, 2015. doi: 10.1002/2327-6924.12215.

KELLY-IRVING, M.; *et al.* Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. **Eur J Epidemiol**, v.28, n.9, p.721-34, 2013. doi: 10.1007/s10654-013-9832-9.

KERKER, B.D.; *et al.* Adverse Childhood Experiences and Mental Health, Chronic Medical Conditions, and Development in Young Children. **Acad Pediatr.**, v.15, n.5, p.510-7, 2015. doi: 10.1016/j.acap.2015.05.005.

KIDMAN, R.; PICCOLO, L.R.; KOHLER, H.P. Adverse Childhood Experiences: Prevalence and Association With Adolescent Health in Malawi. **Am J Prev Med.**, v.58, n.2, p.285-293, 2020. doi: 10.1016/j.amepre.2019.08.028.

KIM, T.H.; CONNOLLY, J.A.; TAMIM, H. The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. **BMC Pregnancy Childbirth.**, v.14, p.162, 2014. doi: 10.1186/1471-2393-14-162.

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

LANIER, P.; MAGUIRE-JACK, K.; LOMBARDI, B.; FREY, J.; ROSE, R.A. Adverse Childhood Experiences and Child Health Outcomes: Comparing Cumulative Risk and Latent Class Approaches. **Matern Child Health J.**, v.22, n.3, p.288-297, 2018. doi: 10.1007/s10995-017-2365-1.

LEAHY-WARREN, P.; MCCARTHY, G.; CORCORAN, P. First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. **J Clin Nurs.**, v.21, n.3-4, p.388-97, 2012. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x

LEBEL, C.A.; *et al.* Characterizing adverse prenatal and postnatal experiences in children. **Birth Defects Res.** v.111, n.12, p.848-858,2019. doi: 10.1002/bdr2.1464.

LEFKOVICS, E.; *et al.* Effect of maternal depression and anxiety on mother's perception of child and the protective role of social support. **J Reprod Infant Psychol.**, v.36, n.4, p.434-448, 2018. doi: 10.1080/02646838.2018.1475726.

LETOURNEAU, N, *et al.* Intergenerational transmission of adverse childhood experiences via maternal depression and anxiety and moderation by child sex. **J Dev Orig Health Dis.** v.10, n.1, p.88-99, 2019. doi: 10.1017/S2040174418000648.

LETT, H,S,; *et al.* Dimensions of social support and depression in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. **Int J Behav Med.**, v.16, n.3, p.248-58, 2009. doi: 10.1007/s12529-009-9040-x.

LIU, L.; *et al.* Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. **Lancet.** v.385, n.9966, p.430-40, 2015. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61698-6.

LIU, S.; ZHOU, N.; DONG, S.; WANG, Z.; HAO, Y. Maternal childhood emotional abuse predicts Chinese infant behavior problems: Examining mediating and moderating processes. **Child Abuse Negl.** v.88, p.307-316, 2019. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.12.006.

MADRUGA, C.S.; VIANA, M.C.; ABDALLA, R.R.; CAETANO, R.; LARANJEIRA, R. Pathways from witnessing parental violence during childhood to involvement in intimate partner violence in adult life: The roles of depression and substance use. **Drug Alcohol Rev.**, v.36, n.1, p.107-114, 2017. doi: 10.1111/dar.12514.

MANUEL, J.I.; MARTINSON, M.L.; BLEDSOE-MANSORI, S.E.; BELLAMY, J.L. The influence of stress and social support on depressive symptoms in mothers with young children. **Soc Sci Med.** v.75, n.11, p.2013-20, 2012. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.034.

MARRYAT, L.; FRANK, J. Factors associated with adverse childhood experiences in Scottish children: a prospective cohort study. **BMJ Paediatr Open.** v.3, n.1, e000340, 2019. doi: 10.1136/bmjpo-2018-000340.

MCCOY, D. C.; RAVER, C. C. Household instability and self-regulation among poor children. **J Child Poverty,** v.20, n.2, p.131–152, 2014. doi: 10.1080/10796126.2014.976185.

MCCOY, D.C.; CONNORS. M.C. MORRIS. P.A.; YOSHIKAWA. H. FRIEDMAN-KRAUSS AH. Neighborhood Economic Disadvantage and Children's Cognitive and Social-Emotional Development: Exploring Head Start Classroom Quality as a Mediating Mechanism. **Early Child Res Q.,** v.32, p.150-159, 2015. doi: 10.1016/j.ecresq.2015.04.003.

MCDONNELL, C.G.; VALENTINO, K. Intergenerational Effects of Childhood Trauma: Evaluating Pathways Among Maternal ACEs, Perinatal Depressive Symptoms, and Infant Outcomes. **Child Maltreat.,** v.21, n.4, p.317-326, 2016. doi: 10.1177/1077559516659556.

MCKELVEY, L.M.; SELIG, J.P.; WHITESIDE-MANSELL, L. Foundations for screening adverse childhood experiences: Exploring patterns of exposure through infancy and toddlerhood. **Child Abuse Negl.,** v.70, p.112-121, 2017. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.06.002

MEDEIROS, P .P. V.; FURTADO, E. F. Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. **J. bras. Psiquiatr,** v.53, n.4, p.:227-234, 2004.

MERRICK, M. T.; *et al.* Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. **Child Abuse Negl,** v.69, n.4, p.10–19, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>.

MOAK, Z.B.; AGRAWAL, A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. **J Public Health (Oxf).**, v.32, n.2, p.191-201, 2010. doi: 10.1093/pubmed/fdp093.

MONNAT, S.M.; CHANDLER, R.F. Long Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. **Sociol Q.** , v.56, n.4, 723-752, 2015. doi: 10.1111/tsq.12107.

MORAIS, R. L. S. **Desenvolvimento cognitivo e motor de crianças nos primeiros anos de vida e qualidade do contexto ambiental**: Uma análise relacional. 2013. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9E3F22/1/ambiente\\_desenvolvimento\\_\\_\\_revisado\\_doc\\_cd.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9E3F22/1/ambiente_desenvolvimento___revisado_doc_cd.pdf). Acesso em: 01 de out. 2021.

MORAIS, R.L.S.; *et al.* Quality of the home, daycare and neighborhood environment and the cognitive development of economically disadvantaged children in early childhood: A mediation analysis. **Infant Behav Dev**, v.64, 101619, 2021. doi: 10.1016/j.infbeh.2021.101619.

MOREIRA, R.S.; MAGALHAES, L.C.; SIQUEIRA, C.M.; ALVES, C.R.L. Cross-cultural adaptation of the child development surveillance instrument "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)" in the Brazilian context. **J Hum Growth Dev**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 28-38, abr. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822019000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822019000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 13 nov. 2021. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.145001>.

MORGADO, C.M.C.; WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H. Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2013, v. 18, n. 2 [Acessado 13 Novembro 2021], pp. 367-376. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000200008>>.

MORRIS, T.T.; NORTHSTONE, K.; HOWE, L.D. Examining the association between early life social adversity and BMI changes in childhood: a life course trajectory analysis. **Pediatr Obes**. v.11, n.4, p.306-12, 2016. doi: 10.1111/ijpo.12063.

MOTLHATHEDI, K.; SETLHARE, V.; GANIYU, A.; FIRTH, J. Association between depression in carers and malnutrition in children aged 6 months to 5 years. **Afr J Prim Health Care Fam Med.**, v.9, n.1, e1-e6, 2017. doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1270.

MUSTAFFA, M. S.; ABU, M. S.; KHAN, A.; AHMAD, R. Social support during pre-natal and post-natal stage: influence on maternal depression and mental well-being. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v.143,p. 417-422, 2014.

NATIONAL ASSOCIATION FOR CHILDREN OF ALCOHOLICS. 2003. Kensington Disponível em: [www.nacoa.org](http://www.nacoa.org). Acesso em 11 nov 2021.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. (US). INSTITUTE OF MEDICINE (US) *et al.* **Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities**. Washington, DC: National Academies Press, 2009. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/12480/preventing-mental-emotional-and-behavioral-disorders-among-young-people-progress>. Acesso em: 01 de Out. 2021.

NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL ON THE DEVELOPING CHILD (NSCD). **Connecting the Brain to the Rest of the Body: Early Childhood Development and**

Lifelong Health Are Deeply Intertwined. **Center on the Developing Child at Harvard University**, n. 15, p. 1–21, 2020. Disponível em: <https://developingchild.harvard.edu/resources/connecting-the-brain-to-the-rest-of-the-body-early-childhood-development-and-lifelong-health-are-deeply-intertwined/>. Acesso em: 01 de out. 2021.

NELSON, C.A. 3rd; GABARD-DURNAM, L.J. Early Adversity and Critical Periods: Neurodevelopmental Consequences of Violating the Expectable Environment. **Trends Neurosci.** v.43, n.3, p.133-143, 2020. doi: 10.1016/j.tins.2020.01.002.

NIE, Q., TIAN, L.; HUEBNER, E. S. Relations among Family Dysfunction, Loneliness and Life Satisfaction in Chinese Children: a Longitudinal Mediation Model. **Child Indicators Research**, v.13, n.3,p. 839–862, 2019. doi:10.1007/s12187-019-09650-6 .

NILSSON, K.K.; LANDORPH, S.; HOUMANN, T.; OLSEN, E.M.; SKOVGAARD, A.M. Developmental and mental health characteristics of children exposed to psychosocial adversity and stressors at the age of 18-months: Findings from a population-based cohort study. **Infant Behav Dev.**, v.57, 101319, 2019. doi: 10.1016/j.infbeh.2019.04.001.

OBERLANDER, T.F., *et al.* Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. **Epigenetics.**, v.3, n.2, p.97-106, 2008. doi: 10.4161/epi.3.2.6034.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Geneva: OMS/WHO, 1946.

OSBORNE, C.; BERGER, L.M.; MAGNUSON, K. Family structure transitions and changes in maternal resources and well-being. **Demography.**, v.49, n.1,p.23-47, 2012. doi: 10.1007/s13524-011-0080-x.

PERRIN, E. C.; SHELDRIK, C.; VISCO, Z.; MATTERN, K. **The Survey of Well-being of young children (SWYC) User's Manual**. Version 1.01, 3/4/16 ed. Boston:Tufts Medical Center, 2016. Disponível: <https://swyc.org>. Acesso em 11 nov 2021.

PESCE, R.P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.;OLIVEIRA, R. D. V. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>.

PLANT, D.T.; PAWLBY, S.; SHARP, D.; ZUNSZAIN, P.A.; PARIANTE, C.M. Prenatal maternal depression is associated with offspring inflammation at 25 years: a prospective longitudinal cohort study. **Transl Psychiatry.** v.6, n.11, e936, 2016. doi: 10.1038/tp.2015.155.

PRADO, E.L.; DEWEY, K.G. Nutrition and brain development in early life. **Nutr Rev.**,v.72, n.4, 267-84, 2014. doi: 10.1111/nure.12102.

PRINCIPI, N.; *et al.* Recurrent respiratory tract infections in pediatric age: a population-based survey of the therapeutic role of macrolides. **J Chemother.**, v.15, n.1, p.53-9, 2003. doi: 10.1179/joc.2003.15.1.53.

RABELO, L. F.; PACHECO, F. P. Violência urbana e saúde mental no CAPS: um estudo psicossocial. **Sociedade em Debate**, v. 27, n. 1, p. 231-249, 2021. doi: 10.47208/sd.v27i1.2804. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2804>. Acesso em: 13 nov. 2021.

RACINE, N.; *et al.* Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis. **BMC Psychiatry**, v.21, n.1,p.28, 2021. doi: 10.1186/s12888-020-03017-w.

RACINE, N.; ZUMWALT, K.; MCDONALD, S.; TOUGH, S.; MADIGAN, S. Perinatal depression: The role of maternal adverse childhood experiences and social support. **J Affect Disord**, v.263, p.576-581, 2019. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.030.

RAHMAN, A.; BUNN J, LOVEL H, CREED F. Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: --a cohort study. **Arch Dis Child**, v.92, n.1, p.24-8, 2007. doi: 10.1136/ad.2005.086579.

RAHMAN, A.; *et al.* The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. **Matern Child Nutr**, v.12, n.3, p.452-62, 2016. doi: 10.1111/mcn.12170.

REBICOVA, M. L.; VESELSKA, Z. D.; HUSAROVA, D.; GECKOVA, A. M., VAN DIJK, J. P.; REIJNEVELD, S. A. The Number of Adverse Childhood Experiences Is Associated with Emotional and Behavioral Problems among Adolescents. **Int J Environ Res Public Health**, v.16, n.13, p.2446, 2019. doi: 10.3390/ijerph16132446.

RICHTER, L.M.; *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. **Lancet**. v.389, n.10064, p.103-118, 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31698-1.

ROCHA, H. A. L.; *et al.* Adverse Childhood Experiences and Child Development Outcomes in Ceará, Brazil: A Population-based Study. **Am J Prev Med**, v. 60, n. 4, p. 579 – 586, 2020. Disponível em: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(20\)30391-3/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(20)30391-3/fulltext). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.012>. Acesso em: 01 de Out. 2021.

SAMPSON, R.J.; MORENOFF, J.D.; GANNON-ROWLEY, T. Assessing “neighborhood effects”: Social processes and new directions in research. **Annu Rev Sociol**, v.28, p.443–78, 2002. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.28.110601.141114>.

SANI, A,I; CUNHA, D.M.M. Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal. **Psic Teor Pesq**, v.27, n.4, p.429-37, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400006>

SANTOS, I.S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 11, 2007, p. 2577-2588. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100005>.

SANTOS, I.S. MATIJASEVICH, A.; DOMINGUES MR, BARROS AJ, BARROS FC. Long-lasting maternal depression and child growth at 4 years of age: a cohort study. **J Pediatr**. v.157, n.3, p.401-6, 2010. doi: 10.1016/j.jpeds.2010.03.008.

SANTOS, L.M.T.D. **Repercussões da maternidade solitária na insegurança alimentar domiciliar, na saúde mental e na qualidade de vida entre mulheres em situação de pobreza**. 2020. 74 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade de Brasília, Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/40908>. Acesso em 11 no 2021.

SANTOS, S. M.; *et al.* Adaptação transcultural e confiabilidade de medidas de características autorreferidas de vizinhança no ELSA-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, suppl. 2, p. 122–130, 2013a. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000800122&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000800122&lng=pt&tlng=pt). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003871>. Acesso em: 30 de Abr. 2021.

SANTOS, W. **A depressão pós-parto influencia o cuidado à saúde infantil?** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2013b. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13236/1/2013\\_WallaceSantos.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13236/1/2013_WallaceSantos.pdf). Acesso em 11 no 2021.

SAWAYA, A. L.; ALBUQUERQUE, M. P. D.; DOMENE, S. M. Á. Violência em favelas e saúde. **Estud. Av.**, v. 32, n. 93, p. 243-250, 2018. <https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180041>.

SCHERRER, I.R.S.; ALVES, C.R.L. Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life. **J Hum Growth Dev.**, v.31, n.1, p.18-27, 2021. doi:10.36311/jhgd.v31.10859.

SCHULZ, U.; SCHWARZER, R. Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. **J Soc Clin Psychol.**, v.23, n.5, 2004. <https://doi.org/10.1521/jscp.23.5.716.50746>.

SCHWAB-REESE, L.M.; SCHAFFER, E.J.; ASHIDA, S. Associations of social support and stress with postpartum maternal mental health symptoms: Main effects, moderation, and mediation. **Women Health.**, v.57, n.6, p.723-740, 2017. doi: 10.1080/03630242.2016.1181140.

SCHWARZ, A.G.; MCVEIGH, K.H.; HOVEN, C.; KERKER, B.D. Racial and ethnic differences in depression by partner status and the presence of children in the household. **Womens Health Issues.**, v.22, n.6, e553-61, 2012. doi: 10.1016/j.whi.2012.07.006.

SCHWEBEL, D.C.; BREZAUSEK, C.M. Chronic maternal depression and children's injury risk. **J Pediatr Psychol.**, v.33, n.10, 1108-16, 2008. doi: 10.1093/jpepsy/jsn046.

SHENK, C.E.; NOLL, J.G.; PEUGH, J.L.; GRIFFIN, A.M.; BENSMAN, H.E.

Contamination in the Prospective Study of Child Maltreatment and Female Adolescent Health. **J Pediatr Psychol.**,v.41, n.1, p.37-45, 2016. doi: 10.1093/jpepsy/jsv017.

SHERBOURNE, C.D.; STEWART, A.L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med.** v.32, n.6, p.705-14, 1991. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b.

SILVA, J.M.M.; LIMA, M.C.; LUDERMIR, A.B. Violência por parceiro íntimo e prática educativa materna. **Rev. Saúde Pública**, v.51, n.34, p.1-11, 2017. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006848>.

SLOMIAN, J.; HONVO, G.; EMONTS, P.; REGINSTER, J.Y.; BRUYÈRE, O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. **Womens Health (Lond)**. v.15, 1745506519844044, 2019. doi: 10.1177/1745506519844044.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância: manual de orientação**,n.3. [s,l.]: SBP. 2017.24p.Disponível em : <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/papel-pediatra-prevencao-estresse-toxico-infancia/>. Acesso em 13 nov 2021.

SOUTHWICK, S.M.; BONANNO, G.A.; MASTEN, A.S.; PANTER-BRICK, C.; YEHUDA R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. **Eur J Psychotraumatol.**, v.5, 2014. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SUN, J.; *et al.* Mothers' Adverse Childhood Experiences and Their Young Children's Development. **Am J Prev Med.**, v.53, n.6, p.882-891, 2017. doi: 10.1016/j.amepre.2017.07.015.

SURKAN, P.J.; KAWACHI, I.; PETERSON, K.E. Childhood overweight and maternal depressive symptoms. **J Epidemiol Community Health**. v.62, n.5, e11, 2008. doi: 10.1136/jech.2007.065664.

SURKAN, P.J.; KIIHL, S.F.; KOZUKI, N.; VIEIRA, L.M. Social support of low-income Brazilian mothers related to time to completion of childhood vaccinations. **Hum Vaccin Immunother.** , v.8,n.5, p.596-603, 2012. doi: 10.4161/hv.19203.

TALATI, A.N.; HACKNEY, D.N.; MESIANO, S. Pathophysiology of preterm labor with intact membranes. **Semin Perinatol.**, v.41, n.7,p.420-426, 2017. doi: 10.1053/j.semperi.2017.07.013.

THOITS, P.A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. **J Health Soc Behav.**, v.52, n.2, p.145-61., 2011. doi: 10.1177/0022146510395592.

THOMAS, M.M.C.; MILLER, D.P.; MORRISSEY, T.W. Food Insecurity and Child Health. **Pediatrics**, v.144, n.4, p.e20190397, 2019. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-0397>.

UNTERNAEHRER, E.; *et al.* Dissecting maternal care: Patterns of maternal parenting in a prospective cohort study. **J Neuroendocrinol.** v.31, n.9, e12784, 2019. doi: 10.1111/jne.12784.

VICTORA, C.G.; *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet.** v.377, n.9782, p.2042-53, 2011. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60055-X.

VILEFORT, L. A. Suplementação de sulfato ferroso: prevenção da anemia ferropriva na faixa etária pediátrica. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 33, p. e8650, 2021. <https://doi.org/10.25248/reac.e8650.2021>

WADSWORTH, S.M.; *et al* Accumulation of Risk and Promotive Factors Among Young Children in US Military Families. **Am J Community Psychol.** v.57, n.1-2, p.190-202, 2016. doi: 10.1002/ajcp.12025.

WAJID, A.; *et al.* Adversity in childhood and depression in pregnancy. **Arch Womens Ment Health.**, v.23, n.2, p.169-180, 2020. doi: 10.1007/s00737-019-00966-4.

WESTDAHL, C.; *et al.* Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. **Obstet Gynecol.**, v.110, n.1, p.134-40, 2007. doi: 10.1097/01.AOG.0000265352.61822.1b.

WOLFBERG, A.J.; *et al.* Dads as breastfeeding advocates: results from a randomized controlled trial of an educational intervention. **Am J Obstet Gynecol.**, v.191, n.3, p.708-12, 2004. doi: 10.1016/j.ajog.2004.05.019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, WORLD BANK GROUP. **Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.** Geneva: WHO, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adverse Childhood Experiences International Questionnaire.** (ACE-IQ). Geneva: WHO, 2018b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child growth standards.** Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>. Acesso em 12 nov 2021.

XU, F.; CHEN, X.; XING, H.; WANG, H. Interparental Conflict and Chinese Children's Social Development. **Journal of Family Issues.** September 2021. doi:10.1177/0192513X211042843.

YAMAOKA, Y.; FUJIWARA, T.; TAMIYA, N. Association Between Maternal Postpartum Depression and Unintentional Injury Among 4-Month-Old Infants in Japan. **Matern Child Health J.**, v.20, n.2, p.326-36, 2016. doi: 10.1007/s10995-015-1832-9.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Questionário para a caracterização socioeconômica e demográfica das famílias

**PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS**  
 Universidade Federal de Minas Gerais  
 Hospital Sofia Feldman

Nº grupo _____ Nº protocolo _____
--------------------------------------

### QUESTIONÁRIO MARCO ZERO

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_\_

#### I - Identificação

- Nome da criança: \_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ semanas
- Nome da mãe: \_\_\_\_\_
- Endereço mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Nome do pai: \_\_\_\_\_
- Endereço pai: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Nome de outro parente próximo: \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Nome de algum vizinho/amigo: \_\_\_\_\_
- Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Centro de Saúde de Referência: \_\_\_\_\_
- Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
- Tem acesso a internet? ( ) Não ( ) Sim (neste caso anote as informações a seguir)
- Email: \_\_\_\_\_
- Facebook: \_\_\_\_\_ whatsapp? \_\_\_\_\_

## II – Características sociodemográficas da família

1. Idade Mãe (em anos): ( ) NS	Idadmae
2. Idade Pai (em anos): ( ) NS	Idadpai
3. Até que série a mãe freqüentou a escola com aprovação? _____ano/ série do ensino _____ ( ) NS	Escmae
4. Até que série o pai freqüentou a escola com aprovação? _____ano/série do ensino _____ ( ) NS	Escpai
5. Ocupação da Mãe: _____ (1) do lar (2) licença maternidade/saúde (3) desempregada (4) aposentada	Ocupmae
6. Ocupação do Pai: _____ (1) do lar (2) licença saúde (3)desempregado (4) aposentado (5) sistema prisional ( ) NS	Ocuppai
7. Estado Civil da Mãe: (1) Casada (2) União Estável (3) Separada/Divorciada (4) Viúva (5) Solteira	Estadcivil
8. Quantos filhos você tem? _____ filhos vivos	Nfilhos
9. Você recebe bolsa família? (1) sim (2) não ( ) NS	Bolsa
10. Qual o valor da Bolsa Família que você recebe? R\$ _____ 11. ( ) NS ( ) NA	Valbolsa
12. Qual é a renda familiar mensal, incluindo a bolsa família e outros benefícios? R\$ _____ ( ) NS	Renda
13. Quantas pessoas vivem com essa renda? _____ pessoas	Npessoas
14. Quem são estas pessoas? (listar pelo grau de parentesco com a <b>mãe</b> ) _____ _____ _____ _____	parentes
15. Qual é a situação da casa em que vive? (1) Própria (já paga) (2) Própria (pagando) (3) Aluguel (4) Cedido pelo empregador (5) Cedido de outra forma (6) Outra: _____	Moradia
16. Quantos cômodos tem na casa? _____	Comodos

**APÊNDICE B - Questionário sobre condições perinatais****PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS**

Universidade Federal de Minas Gerais

Hospital Sofia Feldman

Nº grupo \_\_\_\_\_

Nº protocolo \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES PERINATAIS**

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Prontuário hospitalar: \_\_\_\_\_

**AS QUESTÕES MARCADAS COM ASTERISO\* PRECISAM VER VERIFICADAS EM REGISTROS MÉDICOS (RELATORIOS ALTA, CADERNETA DE PRÉ-NATAL, CADERNETA DA CRIANÇA, ETC)**

<b>DADOS MATERNOS/ PRÉ-NATAL</b>	
<b>Paridade (pós-natal):</b> G _____ P _____ A _____	Ngesta Npartos Nabortos
<b>Gestação múltipla?</b> (1) sim (2) não. Se gestação múltipla, número de RN: _____ (888) NA (999) ignorado	Gestamult Ngestamult
<b>Tipo de parto:</b> (1)vaginal (2)cesárea (3)fórceps	Tipoparto
<b>Fez pré-natal?</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Se sim, número de consultas: _____ (888) NA (999) ignorado	Prenatal Nconsult
<b>Sorologia para TORSH na gravidez?*</b> Toxoplasmose: (1) negativa (2) positiva (9) ignorada Rubéola: (1) negativa (2) positiva (9) ignorada Sífilis: (1) negativa (2) positiva (9) ignorada HIV: (1) negativa (2) positiva (9) ignorada HBsAg: (1) negativa (2) positiva (9) ignorada	Toxop Rubeo Sífilis HIV HBsAg
<b>Hipertensão crônica ou induzida pela gravidez:</b> (1) sim (2) não (9) ignorada <b>Diabetes mellitus ou gestacional:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	Hasgesta Dmgesta
<b>Uso na gravidez</b> <b>Fumo/cigarro:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado <b>Álcool:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado <b>Drogas:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Se sim, Qual? _____	Fumogest Alcoolgest Drogasgest
<b>Rupturas de Membranas (amniorexe &gt; ou igual a 18 horas): *</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Se sim, tempo de ruptura: _____ horas (888) NA (999) ignorado	Ruptura Temporupt
<b>Uso de corticoide antes do nascimento?*</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	Cortantes

<b>DADOS DO RECÉM- NASCIDO</b>	
<b>Idade gestacional de nascimento*:</b> semanas _____ dias _____ (99) ignorado	Idgesta
<b>Peso de nascimento*:</b> _____ gramas _____ (9) ignorado	Pesonasc
<b>Comprimento de nascimento*:</b> _____ cm _____ (9) ignorado	Compnasc
<b>Perímetro cefálico de nascimento*:</b> _____ cm _____ (9) ignorado	PCnasc
<b>Apgar*:</b> 1º minuto: _____ (99) ignorado 5º minuto: _____ (99) ignorado	Apgar1 Apgar5
<b>Reanimação inicial na sala de parto:</b> Oxigênio inalatório: (1) sim (2) não (9) ignorado Ventilação com bolsa e máscara: (1) sim (2) não (9) ignorado Intubação endotraqueal: (1) sim (2) não (9) ignorado Drogas (epinefrina/adrenalina): (1) sim (2) não (9) ignorado Massagem cardíaca: (1) sim (2) não (9) ignorado CPAP nasal: (1) sim (2) não (9) ignorado	Oxparto Ambuparto Tuboparto Adrenaparto Massagparto cpaparto
<b>DADOS DA EVOLUÇÃO</b>	
<b>Suporte respiratório (após sala de parto)*</b> Oxigênio (Hood/cânula nasal): (1) sim (2) não (9) ignorado CPAP: (1) sim (2) não (9) ignorado VM: (1) sim (2) não (9) ignorado _____ tempo VM em dias (888) NA (999) ignorado	Oxigpp CPAPpp Vmpp diasvmpp
<b>Surfactante*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	Surfact
<b>Dexametasona para desmame de VM*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	Dexa
<b>Hipoglicemia*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	Hipoglic
<b>Sepse precoce*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Hemocultura positiva: (1) sim (2) não (8) NA (9) ignorado	Sepsepreco HCprecoce
<b>Sepse ou meningite tardia*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Hemocultura positiva: (1) sim (2) não (8) NA (9) ignorado	Sepsetard HCtardia
<b>Convulsões/ crises epilépticas neonatais*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	convulsoes
<b>Icterícia Neonatal*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Fototerapia: (1) sim (2) não (8) NA (9) ignorado Se sim, número de dias _____ (888) NA (999) ignorado Exsanguíneo transfusão: (1) sim (2) não (8) NA (9) ignorado Se sim, número de exsanguineotransfusões: _____ (888) NA	Icterícia Fototerap Diasfoto Exsang Nexsangu
<b>Hemorragia peri-intraventricular*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Registre o maior grau de hemorragia (0-4): _____ (888) NA (999) ignorado	Hpiv grauh piv
<b>Leucomalácia periventricular cística*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	leucomal
<b>Retinopatia da prematuridade*:</b> Mapeamento de retina realizado: (1) sim (2) não (9) ignorado Registre o maior grau de retinopatia encontrado (0-5): _____ (8) NA (9) ignorado	Examretina grauretino
<b>Protocolo de hipotermia*:</b> (1) sim (2) não (9) ignorado Se sim, qual método: (1) cabeça (2) cabeça/corpo (3) ambos (9) NA	Protocolhipot metodhipot
<b>Usou Método Canguru?</b> (1) sim (2) não (9) ignorado	Canguru
<b>Tempo total de Internação:</b> _____ dias (somar) (999) ignorado (incluindo tempo de permanência na Casa do Bebê)	diasinterna

## APÊNDICE C - Roteiro padronizado para puericultura

### PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS

Universidade Federal de Minas Gerais  
Hospital Sofia Feldman

Nº grupo \_\_\_\_\_

Nº protocolo \_\_\_\_\_

### ANAMNESE PADRÃO

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Sexo: (1) M (2) F

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Prontuário hospitalar: \_\_\_\_\_

Data da consulta: \_\_\_\_\_ Profissional: \_\_\_\_\_

Acompanhante: \_\_\_\_\_

Tipo de consulta: ( )2m ( )4m ( )6m ( )9m ( )12 m

<p><b>Demanda inicial:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Demanda</p>
<p><b>Desde a última consulta/alta, a criança foi ENCAMINHADA a outros profissionais de saúde?</b> (1) sim (2) não (9) Não sabe</p> <p><b>Caso afirmativo, quais foram estes profissionais?</b></p> <p>(1) -pediatra (0) – NA</p> <p>(2) -medico PSF/ generalista</p> <p>(4) -neurologista</p> <p>(8) -cirurgião pediátrico</p> <p>(16) -oftalmologista</p> <p>(32) -cardiologista</p> <p>(64) -enfermeiro</p> <p>(128) -fisioterapeuta</p> <p>(256) -fonoaudiologo</p> <p>(512) -terapeuta ocupacional</p> <p>(1024) -psicologia</p> <p>(2048) -nutricionista</p> <p>(4096) -OUTROS: _____</p>	<p>Encaminh</p> <p>Encaminhqual</p>
<p><b>Nos últimos 2 meses, a criança foi ATENDIDA/ACOMPANHADA por outros profissionais de saúde?</b> (1) sim (2) não (9) Não sabe</p> <p><b>Caso afirmativo, quais foram estes profissionais?</b></p> <p>(1) -pediatra (0) – NA</p> <p>(2) -medico PSF/ generalista</p> <p>(4) -neurologista</p> <p>(8) -cirurgião pediátrico</p> <p>(16) -oftalmologista</p> <p>(32) -cardiologista</p> <p>(64) -enfermeiro</p> <p>(128) -fisioterapeuta</p> <p>(256) -fonoaudiologo</p> <p>(512) -terapeuta ocupacional</p>	<p>Acomp</p> <p>Acompqual</p>

(1024) -psicologia (2048) -nutricionista (4096) -OUTROS: _____	
<b>Vacinação em dia? (ver cartão de vacinação)</b> (1) sim (2) não (9) sem informação Que vacinas estão atrasadas? _____ _____	Vacinas
<b>Qual a alimentação atual da criança? (assinale todos os tipos de alimentos que a criança está recebendo atualmente)</b> (1) LEITE MATERNO (2) FORMULA INFANTIL . <b>Especificar:</b> _____ (4) LEITE DE VACA. <b>Especificar:</b> _____ (8) FARINHAS/AÇUCAR . <b>Especificar:</b> _____ (16) SUCO DE FRUTAS (32) FRUTAS (64) PAPA DE LEGUMES ou comida da família (128) CHÁS (256) Outros: _____	Alimenta
<b>Suplementação de ferro:</b> (1) sim, <u>profilático</u> (2) sim, <u>terapêutico</u> (3) não (9) Não sabe <b>Suplementação de Polivitamínicos :</b> (1) sim (2) não (9) Não sabe	Ferro Polivit
<b>A criança faz uso contínuo de algum medicamento?</b> (1) sim (2) não (9) Não sabe Quais? _____ _____ _____	Medicamento
<b>A criança apresentou alguma intercorrência desde a última consulta?</b> (1) sim (2) não (9) Não sabe <b>Se sim, quais?</b> (1) febre (0) – NA (2) resfriado /gripe (4) broncoespasmo (8) vômitos/ diarreia (16) crise convulsiva (32) acidente doméstico. Qual? _____ (64) Outras: _____	Intercorr Qualinter
<b>A criança foi internada desde a última consulta?</b> (1) sim (2) não (9) Não sabe  LOCAL: _____ MOTIVO: _____ DURAÇÃO: _____ TRATAMENTO: _____ PRESCRIÇÃO NA ALTA: _____	Internação  LOCAL: _____ _____ MOTIVO: _____ _____ DURAÇÃO: _____ _____ _____

TRATAMENTO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO  
NA

ALTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE D - Escala de Avaliação do Contexto da Vizinhaça

PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Hospital Sofia Feldman

Nº grupo \_\_\_\_\_

Nº protocolo \_\_\_\_\_

### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONTEXTO DA VIZINHAÇA (adaptado de Coulton, Korbin & Su, 1996; Moraes, 2013 e Santos et al, 2013)

Nome da criança: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data da entrevista \_\_\_\_\_

1. O que você considera sua vizinhaça? (VIZIN \_\_\_\_)

(1) O seu bairro (2) As casas próximas da sua casa (3) Apenas as casas ao lado da sua (4) outros bairros próximos ao seu

2. Há quantos anos você mora nesta vizinhaça? \_\_\_\_\_ (TEMPOVIZ \_\_\_\_)

3. Porque escolheu morar nesta vizinhaça?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INFRAESTRUTURA		SIM (1)	NÃO (0)	Digitação
Em sua vizinhaça tem?	Rede de esgoto			esgoto
	Energia Elétrica			luz
	Água tratada			agua
	Coleta de Lixo			lixo
	Rua pavimentada			rua
<b>SUBTOTAL1</b>				

ATIVIDADES INSTITUCIONAIS					
Com que frequência você realiza as seguintes atividades: (CONSIDERAR OS ULTIMOS 2 MESES)	NUNCA (0)	RARAMENTE (1)	ÀS VEZES (2)	SEMPRE (3)	Digitação
Frequêntar e participar de atividades religiosas					freqrelig
Levar (você ou outra pessoa) suas crianças para participar de atividades religiosas					filhorelig
Participar das reuniões/atividades da creche ou escola					reunigre
Reunir com vizinhos (ou associação de bairro) para resolver problemas do bairro					reuneviz
<b>SUBTOTAL 2</b>					

SERVIÇOS E CONVENIÊNCIA	Disponibilidade e Uso				Qualidade	
	Em sua vizinhança tem?	Não existe (0)	Existe, mas não usei nos últimos 2 meses (1)	Usei nos últimos 2 meses (2)	Digitação	Dê uma nota de 1 a 10 para a qualidade dos serviços disponíveis em sua vizinhança (colocar 99, se não existe o serviço/conveniência)
						Nota
Creche pública					Crecheuso	Crechequali
Programa de Saúde da Família (PSF) ou Programa de Agentes comunitários (PACS)					PSFuso	PSFquali
Praça pública					praçauso	praçaquali
Parquinho e Playground					Parqueuso	Parquequali
Supermercado					supermuso	supermquali
Venda ou mercearia					vendauso	vendaquali
Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde					ubsuso	ubsquali
Farmácia					farmuso	farmquali
Clínicas ou Consultórios médicos					clínicauso	clínicaquali
Banco ou caixa eletrônico					bancouso	bancoquali
Escolas de ensino fundamental					escolauso	escolaquali
Biblioteca					Bibliouso	Biblioquali
SUBTOTAL3						SUBTOTAL4

INTERVENÇÃO E RETALIAÇÃO		
Dê uma nota de 1 a 10 para o quanto estas afirmações são falsas ou verdadeiras: (1 é o mais falso e 10 é o mais verdadeiro)	Nota	Digitação
Alguém pode corrigir verbalmente o comportamento de uma criança se os pais não estão por perto		corrige
Qualquer adulto tem o direito de corrigir verbalmente uma criança da vizinhança se seus pais não estão por perto		adulcorrige
As crianças de sua vizinhança irão gritar e xingar se alguém corrigir verbalmente seu comportamento		crigrita
Os pais de sua vizinhança irão gritar e xingar se alguém corrigir verbalmente o comportamento de seus filhos		paigrita
As crianças de sua vizinhança irão reagir com agressões físicas se alguém corrigir verbalmente seu comportamento		criagride
Os pais de sua vizinhança irão reagir com agressões físicas se alguém corrigir verbalmente o comportamento de seus filhos		paiagride
Os pais ficarão zangados se algum vizinho corrigir verbalmente seus filhos		zangado
SUBTOTALS		

INTERAÇÃO E CONFIANÇA		
Dê uma nota de 1 a 10 para o quanto estas afirmações são falsas ou verdadeiras: (1 é o mais falso e 10 é o mais verdadeiro)	Nota	Digitação
As pessoas da minha vizinhança conversam e visitam uns aos outros.		Visita
As pessoas da minha vizinhança emprestam coisas umas para outras.		empresta
As pessoas da minha vizinhança supervisionam/tomam conta da casa de um vizinho quando ele não está em casa.		tomaconta
As pessoas da minha vizinhança tomam conta do meu filho ou me deixam tomar conta dos filhos deles.		cuidafilho
SUBTOTAL6		

REDUÇÃO DE MAUS COMPORTAMENTOS		
Qual seria a possibilidade de alguém de sua vizinhança chamar a atenção de uma criança se:  Dê uma nota de 1 a 10 para o quanto estas afirmações, sendo 1 a mínima chance disso acontecer e 10 a maior chance disso acontecer)	Nota	Digitação
Ela chutasse outra criança da mesma idade		crichuta
Ela pegasse uma flor no jardim de alguém		criflor
Ela criança jogasse uma pedra em um cachorro		pedracaio
Ela criança jogasse uma pedra em outra criança		pedracri
SUBTOTAL7		

ASSISTÊNCIA		
Qual seria a possibilidade de alguém de sua vizinhança tomar alguma providência, se:  Dê uma nota de 1 a 10 para o quanto estas afirmações, sendo 1 a mínima chance disso acontecer e 10 a maior chance disso acontecer)	Nota	Digitação
Uma criança pequena for deixada sozinha em casa durante o dia		crisodia
Uma criança pequena for deixada sozinha em casa durante a noite		crisonoite
Uma criança pequena estiver andando sozinha na rua.		crisorua
Uma criança pequena cair na rua e estiver chorando.		cricalir
Um adulto estiver espacando uma criança na rua.		crispanca
Se uma criança pequena estiver segurando algo perigoso (arma de fogo, faca, vidro, fósforo, cerol, álcool).		criperigo
SUBTOTAL8		

QUALIDADE DA VIZINHANÇA		Nota	Digitação
Dê uma nota de 1 a 10 para o quanto estas afirmações são falsas ou verdadeiras: (1 é o mais falso e 10 é o mais verdadeiro)			
Minha vizinhança é um bom lugar para morar.			bomorar
Minha vizinhança é um bom lugar para criar filhos.			bomcriar
As pessoas que se mudaram para a minha vizinhança no último ano são bons vizinhos			bomviz
Eu gostaria de me mudar da minha vizinhança			mudaviz
Há algumas crianças na minha vizinhança que eu não gostaria que meus filhos brincassem com elas			brincarcao
Na maioria das vezes, a polícia chega num tempo razoável quando é chamada			polichega
As pessoas que se mudaram para a minha vizinhança no último ano são maus vizinhos			mauviz
Há muito trânsito na minha vizinhança			transito
Meu bairro tem linhas de ônibus em quantidade suficiente.			onibus
Meu bairro é bem localizado na minha cidade (perto de tudo).			vizperto
Eu iria lamentar se tivesse que me mudar desta vizinhança			lamenta
<b>SUBTOTAL9</b>			

SEGURANÇA	Concordo Totalmente (1)	Concordo parcialmente (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Discordo parcialmente (4)	Discordo totalmente (5)	Digitação
Escolha a afirmativa que melhor representa sua opinião sobre as questões a seguir:						
Você se sente segura andando de dia ou de noite na sua vizinhança?						segura
A violência é um problema em sua vizinhança?						violencia
Sua vizinhança é segura em relação a crimes?						crimes
<b>SUBTOTAL10</b>						

VIOLENCIA PERCEBIDA	Frequentemente (1)	Às vezes (2)	Raramente (3)	Nunca (4)	Digitação
Nos últimos 6 meses, com que frequência:					
Houve brigas que tenham envolvido o uso de armas na sua vizinhança?					arma
Houve discussão violenta entre vizinhos?					discute
Houve brigas de gangues ou grupos rivais?					gangue
Houve violência sexual ou estupro?					violsex
Houve roubo ou assalto?					assalto
<b>SUBTOTAL11</b>					

- Alguém já praticou violência (assalto, briga, violência sexual ou sequestro) contra você ou contra algum morador de sua residência, durante o tempo que você mora nesta vizinhança? (1) sim (2) não (VIOLVIZ\_\_\_\_\_)

## APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil**

Pesquisadoras responsáveis: Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves e Dra. Livia de Castro Magalhães

Senhores pais ou responsáveis por mães adolescentes,

Estamos fazendo uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil e gostaríamos de convidá-los para participar deste estudo, juntamente com seu bebê. Este estudo faz parte de uma parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Hospital Sofia Feldman.

Com esta pesquisa pretendemos estudar sobre como as crianças se desenvolvem e o impacto do nascimento prematuro na vida do bebê e de suas famílias. Para isto, serão realizadas 5 consultas (aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses) para avaliação detalhada do desenvolvimento do seu filho(a). Estas consultas acontecerão no ambulatório do Hospital Sofia Feldman – Unidade Carlos Prates e no ambulatório ACRIAR do Hospital das Clínicas da UFMG. Os pais também serão entrevistados na Casa do Bebê e durante as consultas de rotina de seu bebê. A partir dos 6 meses algumas mães serão convidadas a realizar filmagens brincando com seu filho(a) por cerca de 8 minutos em uma das consultas de rotina do Bebê. Sua família também poderá ser sorteada para receber uma visita domiciliar de nossa equipe para fazermos uma entrevista com vocês. Você poderá escolher se quer ou não participar dessas atividades e, no caso da filmagem, você receberá uma cópia do vídeo, para guardar e ver em casa.

As filmagens, entrevistas e visitas domiciliares serão sempre feitas de acordo com sua conveniência, procurando tornar o momento agradável para você e sua criança. Em cada consulta serão feitas avaliações, com brincadeiras e atividades apropriadas para sua criança, demorando mais do que uma consulta de rotina. Caso haja algum sinal de desconforto ou cansaço seu ou do bebê, interromperemos a consulta e remarcaremos para outro dia.

Garantimos que nenhuma informação que identifique você ou sua família será divulgada em nenhum relatório ou publicação. Será mantido o sigilo e a integridade individual de cada participante e de sua família e serão respeitadas as recomendações de ética em pesquisas. A participação nesse estudo é voluntária e você poderá interromper os procedimentos a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você ou seu filho(a).

A participação do seu filho(a) lhe trará benefícios diretos, pois ele(a) fará avaliações de saúde completas e gratuitas, com equipe multidisciplinar e também lhe fornecerá informações importantes sobre o desenvolvimento infantil. Os resultados desta pesquisa poderão ainda contribuir para a melhor compreensão sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras e como ajudar as famílias a estimular o desenvolvimento dessas crianças.

Informamos que vocês tem a garantia de acesso aos dados, em qualquer etapa do estudo, e quaisquer dúvidas que tiverem serão esclarecidas. Para tanto, basta nos ligar nos telefones indicados abaixo.

É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e você e seu filho(a) poderão deixar de participar do estudo, sem prejuízo de qualquer atividade que possa estar ocorrendo ou vir a ocorrer.

É nosso compromisso usar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados deverão ser publicados como artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

**Autorização**

Estou ciente das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ***“Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil”***.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tirei todas as minhas dúvidas sobre o estudo e sobre participação como a responsável por meu filho(a). Minha participação é isenta de despesas e tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas em qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido anteriormente ao estudo.

Caso o(a) Sr.(a) concorde com os procedimentos acima descritos, favor assinar a autorização que segue abaixo, devolvendo a carta à pesquisadora. O(a) Sr(a) ficará com uma cópia idêntica a que está lendo. Agradecemos, sinceramente, sua colaboração e a de sua criança.

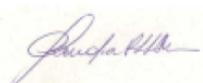
Atenciosamente,

Nome do pesquisador: .....

Nome da criança:.....

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura da mãe: \_\_\_\_\_



Prof. Cláudia Regina Lindgren Alves  
(031) 3409-9772



Prof. Livia de Castro Magalhães  
(031) 3409-4790

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, situado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005- Campus Pampulha, Belo Horizonte - MG, fone: (031) 3409-4592.

**ANEXOS**

## ANEXO A - Classificação Socioeconômica ABEP/Critério Brasil (www.abep.org)

**INSTRUÇÃO:** Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

<b>A água utilizada em sua casa é proveniente de...?</b>	<b>agua</b>
Rede geral de distribuição (COPASA)	4
Poço ou nascente*	0
<b>Considerando o trecho da rua onde fica a sua casa, você diria que a rua é....?</b>	<b>rua</b>
Asfaltada/Pavimentada	2
Terra/Cascalho	0

\* Água Encanada até dentro da casa? Se **Sim** = 4

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre sua casa para classificação econômica de sua família. Estas são perguntas usadas em várias pesquisas, como o IBOPE e o Censo. Vamos perguntar sobre vários itens e serviços de uso doméstico, mas nem todas as famílias possuem estes itens e serviços. Todos os eletroeletrônicos devem estar funcionando.

ITENS DE CONFORTO		QUANTIDADE QUE POSSUI				
NA SUA RESIDÊNCIA TEM....?	NÃO POSSUI	1	2	3	4+	
Banheiros	0	3	6	8	11	<b>conforto</b>
Geladeiras	0	2	3	5	5	
Freezers independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6	
Fornos de micro-ondas	0	2	4	4	4	
Lavadora de louças	0	1	3	4	6	
Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	0	3	5	8	11	
Máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	0	2	2	2	2	
DVD (se a resposta for sim, pergunte: incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel)	0	3	6	6	6	
Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebook e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	0	2	4	6	6	
Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	0	1	3	3	3	
Automóveis de passeio, exclusivamente para o uso particular	0	3	7	10	14	
Empregadas mensalistas, considerando apenas as que trabalham pelo menos cinco dias por semana	0	3	7	10	13	
<b>Somar todas as colunas assinaladas</b>						

**Nesta pesquisa, consideramos que o chefe da família é a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio. ATENÇÃO – ESTA PERGUNTA NÃO PODE FICAR SEM RESPOSTA!!!!**

Quem é o Chefe da sua Família (nome/parentesco): \_\_\_\_\_

Até que série o chefe da família frequentou a escola com aprovação? \_\_\_\_\_ série/ano do ensino

<b>Nomenclatura Atual</b>	<b>Nomenclatura Anterior</b>	<b>Pontuação</b>
Analfabeto / Fundamental 1 incompleto	Analfabeto / Primário Incompleto	0
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	Primário completo / Ginásio incompleto	1
Fundamental 2 completo / Médio incompleto	Ginásio completo / Colegial incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	Colegial completo / Superior incompleto	4
Superior completo	Superior completo	7
<b>escochefe</b>		

**Cortes do Critério Brasil**

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	0 - 16

Pontuação = água + rua + conforto + escochefe: \_\_\_\_\_ (PONTCB)

Classe Critério Brasil: \_\_\_\_\_ (CCB)

## ANEXO B - Escala de Depressão Pós-Natal de Edinburgo (EPDS)

**PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS**  
 Universidade Federal de Minas Gerais  
 Hospital Sofia Feldman

Nº grupo \_\_\_\_\_

Nº protocolo \_\_\_\_\_

### ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDINBURGO (EPDS)

Nome da criança: \_\_\_\_\_


Nome da mãe: \_\_\_\_\_

*Entrevistador: Explique para a mãe que você vai fazer algumas perguntas sobre como a mãe está se sentindo nos últimos 7 dias e que ela deverá escolher a resposta que melhor descreve esta sensação. Anote o valor escolhido pela mãe em cada pergunta na coluna correspondente a idade da criança naquela consulta (idade corrigida)*

ESCOLHA A RESPOSTA QUE MELHOR REFLETE COMO VOCÊ TEM SE SENTIDO NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.	Consulta 2m Data: _____	Consulta 9m Data: _____
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas. (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum		
2. Eu tenho pensado no futuro com alegria. (0) Sim, como de costume (1) Um pouco menos que de costume (2) Muito menos que de costume (3) Praticamente não		
3. Eu tenho me sentido culpada, sem razão, quando as coisas dão errado. (0) Não, de jeito nenhum (1) Raramente (2) Sim, às vezes (3) Sim, muito freqüentemente		
4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão. (3) Sim, muito seguido (2) Sim, às vezes (1) De vez em quando (0) Não, de jeito nenhum		
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo. (3) Sim, muito seguido (2) Sim, às vezes (1) Raramente (0) Não, de jeito nenhum		

<p>6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.</p> <p>(3) Sim. Na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles</p> <p>(2) Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes</p> <p>(1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles</p> <p>(0) Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>		
<p>7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.</p> <p>(3) Sim, na maioria das vezes</p> <p>(2) Sim, algumas vezes</p> <p>(1) Raramente</p> <p>(0) Não, nenhuma vez</p>		
<p>8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal.</p> <p>(3) Sim, na maioria das vezes</p> <p>(2) Sim, muitas vezes</p> <p>(1) Raramente</p> <p>(0) Não, de jeito nenhum</p>		
<p>9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado.</p> <p>(3) Sim, a maior parte do tempo</p> <p>(2) Sim, muitas vezes</p> <p>(1) Só de vez em quando</p> <p>(0) Não, nunca</p>		
<p>10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma.</p> <p>(3) Sim, muitas vezes</p> <p>(2) Às vezes</p> <p>(1) Raramente</p> <p>(0) Nunca</p>		
<b>Pontuação total</b>	<b>EPDS2</b>	<b>EPDS9</b>

## ANEXO C - Survey of Well-Being of Young Children (SWYC)

	<b>SWYC™:</b> <b>18 meses</b> 18 meses, 0 dias a 22 meses, 31 dias 18 months, 0 days to 22 months, 31 days V1.07, 4/1/17	Nome da Criança (Child name)		
		Data de Nascimento (DOB):		
		Idade Gestacional (gestational age)		
		Data de Hoje (date of administration):		
		IG Corrigida (IG#):		
<b>MARCOS DO DESENVOLVIMENTO</b>				
As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas.				
Ainda Não      Um Pouco      Muito				
Corre (sem ajuda) - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe escadas com ajuda de uma pessoa - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chuta uma bola - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala o nome de pelo menos 5 objetos familiares como bola ou leite - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe escadas sozinha apoiando com as mãos na parede ou no corrimão		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palavras como "eu" ou "meu" - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pula com os dois pés - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Combina duas ou mais palavras como "dá água" ou " vamos embora"		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palavras para pedir ajuda - . . . . .		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)</b>				
Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento de sua criança.				
Não      Um pouco      Muito				
Sua criança...	Parece medrosa ou nervosa? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Parece triste ou infeliz? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldades para brincar com outras crianças? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Quebra coisas de propósito? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Briga com outras crianças? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldade para prestar atenção? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldade para se acalmar sozinha? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem dificuldade em se manter em uma única atividade? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sua criança é...	Agressiva? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Inquieta ou Incapaz de ficar sentada? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Brava/Zangada? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para você...	Ir com sua criança a locais públicos? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Acalmar sua criança? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Saber o que sua criança precisa? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Manter sua criança nas rotinas do dia a dia? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fazer sua criança obedecer você? - . . . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (PQSI)</b>						
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	Muitas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes na semana <input type="radio"/>	Menos de uma vez por semana <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>	
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	Sempre <input type="radio"/>	Frequentemente <input type="radio"/>	Algumas vezes <input type="radio"/>	Raramente <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>	
Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sua criança olha se você aponta para alguma coisa do outro lado da sala?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Marque todas as opções que desejar:						
Como sua criança <u>geralmente</u> mostra para você o que ela quer?	Fala uma palavra para mostrar o que ela quer <input type="checkbox"/>	Aponta para o que quer com o dedo <input type="checkbox"/>	Aloaça o que quer <input type="checkbox"/>	Me puxa ou coloca minha mão no objeto <input type="checkbox"/>	Reclama, chora ou grita <input type="checkbox"/>	
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou blocos de plástico <input type="checkbox"/>	Ler livros com você <input type="checkbox"/>	Subir nas coisas, correr e movimentar-se <input type="checkbox"/>	Enfileirar brinquedos ou outras coisas <input type="checkbox"/>	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas <input type="checkbox"/>	
<b>PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)</b>						
Com relação ao comportamento atual da sua criança:						
Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?				Não <input type="radio"/>	Um Pouco <input type="radio"/>	Muito <input type="radio"/>
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)</b>						
1 Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?				Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>	
2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5 Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.	Nunca aconteceu <input type="radio"/>	Aconteceu algumas vezes <input type="radio"/>	Frequentemente acontece <input type="radio"/>			
Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateado por:						
6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Nenhum dia <input type="radio"/>	Alguns Dias <input type="radio"/>	Mais da metade dos dias <input type="radio"/>	Quase todos os dias <input type="radio"/>		
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?	Não tem conflito <input type="radio"/>	Com algum conflito <input type="radio"/>	Muito conflito <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>		
9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade de <input type="radio"/>	Com alguma dificuldade de <input type="radio"/>	Com muita dificuldade <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>		
10 Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	



Se você precisar, com que frequência você conta com alguém...	N u n c a ( 1 )	R a r a m e n t e ( 2 )	À s v e z e s ( 3 )	Q u a s e s e m p r e ( 4 )	S e m p r e ( 5 )	
...que o ajude, se ficar de cama?						M O S 1
...para lhe ouvir, quando você precisa falar?						M O S 2
...para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?						M O S 3
...para levá-la ao médico?						M O S 4
...que demonstre amor e afeto por você?						M O S 5
...para se divertir junto?						M O S 6
...para lhe dar informação que a ajude a compreender uma determinada situação?						M O S 7
...em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?						M O S 8
...que lhe dê um abraço?						M O S 9
...com quem relaxar?						M O S 10
...para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?						M O S

										1
										1
...de quem você realmente quer conselhos?										M
										O
										S
										1
										2
...com quem distrair a cabeça?										M
										O
										S
										1
										3
...para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente?										M
										O
										S
										1
										4
...para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?										M
										O
										S
										1
										5
...para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?										M
										O
										S
										1
										6
...com quem fazer coisas agradáveis?										M
										O
										S
										1
										7
...que compreenda seus problemas?										M
										O
										S
										1
										8
...que você ame e que faça você se sentir querida?										M
										O
										S
										1
										9

Totais das dimensões	Itens
Dimensão material	1+4+11+14
Dimensão afetiva	5+9+19
Dimensão Emocional	2+8+15+18
Dimensão Informação	3+7+12+16
Dimensão de interação social	6+10+13+17

## ANEXO E - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 29437514.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Claudia Regina Lindgren Alves**  
Departamento de Pediatria  
Faculdade de Medicina - UFMG

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 08 de maio de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFMG