



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

JACKELYNE FAIERSTEIN CARNEIRO

**DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS EM CRIANÇAS ESCOLARES
EXPOSTAS À VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA A MÃE PELO PARCEIRO
ÍNTIMO:
um estudo de coorte**

Recife

2022

JACKELYNE FAIERSTEIN CARNEIRO

**DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS EM CRIANÇAS ESCOLARES
EXPOSTAS À VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA A MÃE PELO PARCEIRO**

ÍNTIMO:

um estudo de coorte

Tese apresentada à banca de defesa do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências Médicas Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Abordagem quantitativa em saúde

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Ana Bernarda Ludermir

Co-orientadora: Prof^ª Dr^ª Giselia Alves Pontes da Silva

Recife

2022

Catálogo na fonte

Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

C289d	<p>Carneiro, Jackelyne Faienstein Desordens gastrointestinais funcionais em crianças escolares expostas à violência cometida contra a mãe pelo parceiro íntimo: um estudo de coorte / Jackelyne Faienstein Carneiro. – 2022. 124 p. : il.</p> <p>Orientadora: Ana Bernarda Ludermir. Coorientadora: Giselia Alves Pontes da Silva. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Recife, 2022.</p> <p>Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Violência por parceiro íntimo. 2. Desordens gastrointestinais funcionais. 3. Eventos adversos. 4. Saúde da criança. 5. Exposição à violência. I. Ludermir, Ana Bernarda (orientadora). II. Silva, Giselia Alves Pontes da (coorientadora). III. Título.</p> <p>618.92 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022 - 207)</p>
-------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

JACKELYNE FAIERSTEIN CARNEIRO

**DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS EM CRIANÇAS ESCOLARES
EXPOSTAS À VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA A MÃE PELO PARCEIRO**

ÍNTIMO: um estudo de coorte

Tese apresentada à banca de defesa do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências Médicas Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Área de concentração: Abordagens quantitativas em saúde.

Aprovada em: 16/03/2022

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir
Área Acadêmica Saúde Coletiva/CCM/UFPE (Interno)

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima
Área Acadêmica Maternoinfantil/CCM/UFPE (Interno)

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes
Área Acadêmica Materno-infantil/CCM/UFPE (Interno)

Prof. Dr. Hécio de Sousa Maranhão
Pediatria / UFRN (Externo)

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Departamento de Enfermagem – CCS/UFPE (Externo)

RECIFE
2022

Às mulheres e crianças participantes do estudo
À profª Drª Maria Eugênia Motta (*in memoriam*)

Dedico

AGRADECIMENTOS

A Deus, sobre tudo e sobre todos, por ter guiado meus passos desde o momento da incerteza quanto à inscrição na seleção e por todos os momentos em que esteve sempre comigo, me dando forças para prosseguir e chegar até aqui e além.

À minha família, meu alicerce aqui na terra, pela compreensão nos momentos de ausência, mesmo estando presente fisicamente, mas impedida de dar-lhes a devida atenção. Em especial, aos meus filhos queridos, Davi e Leticia, que foram o motivo da minha persistência e esforço ao longo dessa caminhada. Que esta conquista sirva de inspiração para vocês galgarem lugares altos através do estudo, dedicação e acima de tudo, dependência de Deus.

À minha orientadora, professora Ana Bernarda, que confiou e acreditou que pudesse desenvolver este trabalho. Agradeço pelos ensinamentos e orientações valiosas.

À minha coorientadora, professora Giselia por tanto conhecimento compartilhado e apoio em todo processo.

À professora Elisabete (Bete), por ser esse ser humano tão iluminado por Deus, com tamanha bondade e disponibilidade em ajudar o próximo. Por todos os momentos em que me estendeu a mão e foi meu socorro e auxílio.

Aos meus colegas da turma DO12, pela convivência harmoniosa, apoio e coleguismo.

A todos os professores que passaram nessa caminhada, por todo rico conhecimento repassado.

À minha equipe de trabalho do HC-UFPE, desde os gestores, chefias e colegas de trabalho. Por todo incentivo, apoio e compreensão.

A todos os amigos e colegas que acreditaram em mim. Que em momentos difíceis, me davam palavras de conforto e incentivo a permanecer no caminho.

A toda equipe do PPGSCA pelo profissionalismo desenvolvido.

RESUMO

As Desordens Gastrointestinais Funcionais (DGIFs) envolvem alterações na interação intestino-cérebro abrangendo distúrbios da motilidade, hipersensibilidade visceral, alteração da função imune da mucosa e disbiose intestinal. Caracterizam-se como um problema de saúde pública devido à sua elevada frequência, além dos impactos que incidem na saúde e qualidade de vida da criança. Diversos fatores podem estar associados à sua ocorrência, entre eles, a exposição à violência que ocorre dentro de casa. A Exposição da Criança à Violência pelo Parceiro Íntimo (ECVPI) cometida contra sua mãe ocorre em todas as sociedades. Apesar da pouca visibilidade, constitui um evento adverso à vida que traz diversas consequências para a saúde física e emocional da criança. A criança exposta à Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI) pode desenvolver um estado de estresse tóxico, que desregula o eixo intestino-cérebro sendo um fator de risco para a ocorrência de DGIFs. O objetivo do estudo foi analisar a associação entre a exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo cometida contra a mãe, durante a gravidez, pós-parto e quando a criança estava na idade escolar, e a ocorrência de DGIFs. Estudo de coorte prospectivo conduzido em três etapas com mulheres cadastradas nas Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife, Pernambuco. Na primeira etapa, foram entrevistadas gestantes no período de julho de 2005 a outubro de 2006. Na segunda etapa, em 2006, as mulheres foram reentrevistadas no puerpério. A entrevista abordava vários temas, entre eles, suas experiências com a VPI. Na terceira etapa, quando as crianças, fruto da gestação de 2005 ou 2006, tinham entre seis a nove anos, houve nova entrevista. A partir dos relatos das mães foram verificadas a exposição direta e/ou indireta da criança a dez tipos de VPI, segundo a classificação de Holden, além da idade de início da exposição da criança, número de tipos de exposições e o perpetrador da exposição. O *Questionnaire about Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Roma III Version parent-report*, traduzido e adaptado transculturalmente para o português, foi usado para identificar sintomas sugestivos das DGIFs. A amostra do estudo foi composta por 626 pares de mãe-criança. As DGIFs foram mais frequentes entre crianças expostas à violência comparadas às não expostas, em praticamente todos os tipos de desordens. As DGIFs apresentaram-se associadas à exposição da criança à VPI cometida contra a mãe (OR: 1,64; IC 95%: 1,04-2,58), mesmo após controle dos efeitos das variáveis de confundimento (uso de bebidas alcoólicas pela mãe, transtornos mentais comuns da mãe e idade da criança). A chance da ocorrência das DGIFs foi maior nas crianças que sofreram quatro tipos ou mais de exposição (OR: 1,81; IC 95%: 1,10-2,96), nas que a exposição iniciou nos dois

primeiros anos de vida (OR: 1,93; IC 95%: 1,08-3,47) e quando o pai foi o perpetrador da violência (OR: 1,62; IC 95%: 1,05-2,48). O estresse causado pela ECVPI pode causar repercussões negativas, aumentando a chance de DGIFs, especialmente quando a criança é exposta a múltiplos tipos de violência, no início da vida, e o perpetrador é o pai biológico.

Palavras-chave: violência por parceiro íntimo; desordens gastrointestinais funcionais; eventos adversos; saúde da criança; exposição à violência.

ABSTRACT

Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs) involve alterations in the gut-brain interaction encompassing motility disorders, visceral hypersensitivity, altered mucosal immune function, and intestinal dysbiosis. FGIDs in childhood are a public health problem due to their high frequency and to the resulting impacts on the health and quality of life of child. Several factors may be associated with their occurrence, including exposure to violence that occurs at home. Children's Exposure to Intimate Partner Violence (CEIPV) committed against their mother is an issue affecting all societies. Despite its low visibility, it is an adverse life event that brings with it several consequences for children's physical and emotional health. The child exposed to Intimate Partner Violence (IPV) may trigger a state of toxic stress that deregulates the gut-brain axis, constituting a risk factor for the occurrence of FGIDs. The aim of the study was to analyze the association between children's exposure to intimate partner violence committed against mothers during pregnancy, postpartum and at school age, and the occurrence of FGIDs. The present study consists of a prospective cohort conducted in three stages with women registered at the Family Health Units of District II in the city of Recife, Pernambuco. In the first stage, pregnant women were interviewed from July 2005 to October 2006. In the second stage, in 2006, the women were re-interviewed in the postpartum period. The interview covered several topics including their experiences with IPV. In the third stage, when the children born in 2005 or 2006 were between six and nine years old, another round of interviews took place. Based on the mothers' reports, direct and/or indirect exposure of the children to ten types of IPV was verified, according to Holden's classification, in addition to the age at which the children were first exposed, the number of types of exposure and the perpetrator of the exposure. The *Questionnaire about Pediatric Gastrointestinal Symptoms, Rome III Version parent-report*, translated and cross-culturally adapted into Portuguese, was used to identify symptoms suggestive of FGIDs. The study sample consisted of 626 mother-child pairs. FGIDs were more frequent among children exposed to violence compared to those not exposed in practically all types of disorders. FGIDs were associated with the children's exposure to IPV committed against the mothers (OR: 1.64; 95% CI: 1.04-2.58), even after controlling for the effects of confounding variables (use of alcoholic beverages by the mothers, common mental disorders of the mothers and children's age). The chance of occurrence of FGIDs was higher in children who suffered four or more types of exposure (OR: 1.81; 95% CI: 1.10-2.96), in which the exposure started in the first two years of life (OR: 1.93; 95% CI: 1.08-3.47) and when the father

was the perpetrator of violence (OR: 1.62; 95% CI: 1.05-2.48). The stress resulting from CEIPV can cause negative repercussions, increasing the chance of physical illnesses, such as FGIDs, especially when a child is exposed to multiple types of violence, early in life, and the perpetrator is the biological father.

Key-words: intimate partner violence; functional gastrointestinal disorders; adverse event; children's health; exposure to violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01-	Tipos de exposição à violência pelo parceiro íntimo.....	36
Quadro 02-	Prevalência de Desordens Gastrointestinais Funcionais em países da América Latina.....	83
Figura 01-	Fluxograma da população de estudo nas três etapas da coorte.....	46
Figura 02-	Modelo empírico para investigação de fatores associados à exposição da criança à violência cometida contra a mãe pelo parceiro íntimo e às desordens gastrointestinais funcionais.....	53
Gráfico 01-	Frequência das Desordens Gastrointestinais Funcionais em crianças expostas e não expostas à violência contra a mãe cometida pelo parceiro íntimo.....	58
Gráfico 02-	Distribuição dos tipos de desordens gastrointestinais funcionais, de acordo com o Roma III, entre crianças expostas e não expostas à VPI.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 01-	Comparação das características socioeconômicas, demográficas e violência pelo parceiro íntimo das mulheres (VPI) que participaram e não participaram da terceira etapa.....	55
Tabela 02-	Características socioeconômicas e demográficas das mães, parceiros íntimos e das crianças, distribuídas segundo exposição da criança à violência por parceiro íntimo e as desordens gastrointestinais funcionais.....	56
Tabela 03-	Uso de substâncias tóxicas, saúde mental da mãe e comportamento do parceiro íntimo, distribuídas segundo exposição da criança à violência por parceiro íntimo e as desordens gastrointestinais funcionais.....	57
Tabela 04-	Distribuição dos tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo, segundo classificação de Holden e a associação com as desordens gastrointestinais funcionais.....	59
Tabela 05-	Associação entre a exposição da criança à violência por parceiro íntimo com as desordens gastrointestinais funcionais.....	60
Tabela 06-	Análise logística multivariada da associação entre a exposição da criança à violência por parceiro íntimo e as desordens gastrointestinais funcionais.....	61
Tabela 07-	Associação entre as características gerais da amostra e o número de tipos de exposições da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.....	115
Tabela 08-	Associação entre as características gerais da amostra e a idade de início da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.....	117
Tabela 09-	Associação entre as características gerais da amostra e o perpetrador da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
BPS	Modelo Biopsicossocial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRH	Hormônio Liberador de Corticotropina
DGIF	Desordens Gastrointestinais Funcionais
DOHaD	Origem Desenvolvimentista da Saúde e da Doença
DS	Distrito Sanitário
EAIV	Eventos Adversos no Início da Vida
ECVPI	Exposição da Criança à Violência pelo Parceiro Íntimo
ET	Estresse Tóxico
FR	Fundação Roma
HHA	Hipotálamo-Hipófise-Adrenal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPGSC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
QSGP-III	<i>Questionnaire about Pediatric Gastrointestinal Symptoms</i> versão Roma III
SII	Síndrome do Intestino Irritável
SNC	Sistema Nervoso Central
SNE	Sistema Nervoso Entérico
SRQ	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGI	Trato Gastrointestinal
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
USF	Unidades de Saúde da Família
VPI	Violência pelo Parceiro Íntimo
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	19
2.1	AS DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS.....	19
2.1.1	O modelo biopsicossocial, fundação Roma e a classificação das DGIFs	20
2.1.2	Aspectos epidemiológicos.....	22
2.1.3	Fisiopatologia e fatores associados.....	24
2.1.4	Desordens Gastrointestinais Funcionais sob o olhar das teorias do desenvolvimento infantil.....	27
2.2	EVENTOS ADVERSOS NO INÍCIO DA VIDA E ESTRESSE TÓXICO	29
2.3	A EXPOSIÇÃO DA CRIANÇA À VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA A MÃE PELO PARCEIRO ÍNTIMO.....	34
2.4	A EXPOSIÇÃO DA CRIANÇA À VPI E AS DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS.....	39
2.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
3	MÉTODOS.....	42
3.1	DESENHO DE ESTUDO.....	42
3.2	CONTEXTO.....	42
3.2.1	Local do estudo.....	42
3.2.2	Operacionalização da pesquisa.....	43
3.2.3	Coleta de dados.....	44
3.2.4	Instrumento da coleta de dados.....	44
3.2.5	População de estudo.....	45
3.3	DEFINIÇÃO DE TERMOS E ELENCO DE VARIÁVEIS.....	47
3.3.1	Variável dependente.....	47
3.3.2	Variável independente.....	49
3.3.3	Covariáveis	50
3.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4	RESULTADOS.....	55
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA.....	55

4.2	ASSOCIAÇÃO ENTRE ECVPI E AS DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS.....	57
4.3	ANÁLISE MULTIVARIADA.....	60
5	DISCUSSÃO.....	62
5.1	VANTAGENS.....	69
5.2	LIMITAÇÕES.....	69
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	73
	APÊNDICE A- QUADRO 02.....	83
	APÊNDICE B- QUESTIONÁRIOS DA MULHER E DA CRIANÇA.....	84
	APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO SOBRE SINTOMAS GASTROINTESTINAIS PEDIÁTRICOS, VERSÃO ROMA III (QPGS-RIII) -VERSÃO FINAL IDIOMA PORTUGUÊS	107
	APÊNDICE D - TABELAS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS COVARIÁVEIS E A EXPOSIÇÃO.....	115
	ANEXO A- CARTA DE APROVAÇÃO DA <i>ROME FOUNDATION</i> - TRADUÇÃO DO <i>QUESTIONNAIRE ABOUT PEDIATRIC GASTROINTESTINAL SYMPTOMS, ROMA III VERSION PARENT-REPORT</i>	121
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFPE.....	122

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública de grande magnitude e presente em todo mundo, cujos principais perpetradores são os seus parceiros íntimos (DURAND *et al.*, 2011; WHO, 2013).

Os efeitos da Violência pelo Parceiro Íntimo (VPI) são observados a curto e longo prazo, atingindo a saúde física, mental e o bem-estar de todos os envolvidos (LOXTON *et al.*, 2017). No contexto da VPI, é frequente a exposição da criança à violência (FINKELHOR *et al.*, 2015; FUSCO; FANTUZZO, 2009). Esta condição constitui um evento adverso no início da vida que pode influenciar no aparecimento de doenças ao longo da vida do indivíduo (BUCCI *et al.*, 2016).

A Exposição da Criança à Violência pelo Parceiro Íntimo (ECVPI) pode se caracterizar de diversas maneiras e desde o período intrauterino (HOLDEN, 2003). É nessa fase e no início da infância onde se observa a maior plasticidade do cérebro em desenvolvimento, sendo, portanto, mais prováveis os efeitos danosos da violência para a saúde da criança (HALFON *et al.*, 2014).

Além da exposição intra-útero, a criança em todas as fases do desenvolvimento pode ser exposta diretamente à violência quando vê, ouve, intervém, participa ou é a própria vítima dos atos violentos que são perpetrados contra sua mãe. Ainda, indiretamente, pode ser considerada exposta à VPI quando observa lesões físicas ou vivencia consequências para a saúde mental e física da mãe, além de escutar comentários de outras pessoas sobre a situação de violência (HOLDEN, 2003). A exposição à VPI aumenta os riscos de repercussões negativas na vida da criança de maneira similar a outros atos violentos cometidos diretamente contra elas, sejam eles: abuso físico, sexual, psicológico ou atos de negligência (STERNBERG *et al.*, 2006; LAMERS-WINKELMAN; SCHIPPER; OOSTERMAN, 2012).

Uma das consequências ainda pouco estudadas da exposição da criança à violência sofrida pela mãe é a relação com as Desordens Gastrointestinais Funcionais (DGIFs). As DGIFs na infância compreendem um conjunto de sintomas gastrointestinais crônicos não atribuídos a outras causas clínicas, após avaliação médica (HYAMS & DI LORENZO *et al.*, 2016; MIELE *et al.*, 2004). Constituem um problema de saúde pública de alta prevalência em crianças (BLACK *et al.*, 2020). Dentre os diagnósticos, estudos apontam a constipação intestinal funcional como um dos mais frequentes na faixa etária escolar (DHROOVE *et al.*, 2017;

JÁTIVA *et al.*, 2016; LU *et al.*, 2016; SAPS *et al.*, 2014; ZABLAH *et al.*, 2015). A ocorrência das DGIFs pode ser mediada por diversos fatores, dentre eles: genéticos, epigenéticos, culturais, comportamentais e estressores ambientais (DROSSMAN, 2016; FRANCISCONI *et al.*, 2016; OUDENHOVE *et al.*, 2016). Segundo o modelo biopsicossocial, as situações estressoras, como os eventos violentos, repercutem na interação do eixo intestino-cérebro (DROSSMAN, 2016; OUDENHOVE *et al.*, 2016), constituindo-se fatores de risco para as DGIFs (DROSSMAN; HASLER, 2016; KORTERINK *et al.*, 2015).

Apesar das altas prevalências, ainda são escassos estudos longitudinais, especialmente no Brasil, que avaliem as consequências a curto e longo prazo da exposição à VPI para a saúde das crianças, e particularmente quando se trata da associação com distúrbios gastrointestinais funcionais. Dessa forma, avaliar essa associação trará informações que poderão auxiliar na elaboração de políticas públicas e sociais de prevenção e enfrentamento deste problema. Além do mais, poderá fornecer subsídios aos profissionais de saúde e direcionar a forma de lidar com crianças expostas à violência, bem como contribuir para um melhor entendimento dos múltiplos fatores associados à gênese das DGIFs.

Nesse sentido, no ano de 2005 foi iniciado um estudo de coorte em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário II da cidade do Recife com gestantes e puérperas a fim de analisar a frequência da violência pelo parceiro íntimo, seus determinantes e consequências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais. Esse estudo foi conduzido por docentes do Departamento de Medicina Social e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e teve apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit).

A pesquisa inicialmente foi desenvolvida em duas etapas. Em 2005, foram entrevistadas as gestantes e posteriormente, em 2006, na segunda etapa, essas mulheres foram reentrevistadas no período puerperal. No ano de 2011, a Prof.^a Dra. Ana Bernarda Ludermir deu continuidade à pesquisa, desenvolvendo então a terceira etapa novamente entrevistando as mulheres que participaram da primeira e segunda etapa. Nesta, além da violência pelo parceiro íntimo sofrida por essas mulheres, as consequências dessa violência para a saúde das crianças nascidas em 2005 e 2006, entre elas as DGIFs, foram investigadas.

Enquanto enfermeira, graduada pela UFPE me especializei em saúde da mulher e saúde pública, ambas por programas de residência e posteriormente, atuei em unidades de saúde que

prestavam assistência à mulher e criança. Nesse contexto, enquanto enfermeira do Hospital das Clínicas – UFPE, exercendo atividades de preceptoria a residentes de enfermagem, surgiu o interesse em cursar o mestrado a fim de aprimorar os conhecimentos que subsidiassem a atuação acadêmica. Assim, em 2012, prestei seleção para o mestrado do PPGSC, onde desenvolvi minha dissertação a partir dos resultados das duas primeiras etapas das pesquisas mencionadas. Posteriormente, em 2016, surgiu o interesse em prestar seleção para o curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, onde submeti o projeto de pesquisa propondo continuar analisando dados da coorte, verificando agora as repercussões da violência sofrida pelas mães para a saúde dos seus filhos.

O projeto inserido na Área de Concentração das Abordagens Quantitativas em Saúde e na Linha de Pesquisa de Crescimento e Desenvolvimento obteve aprovação e, a partir de 2017, iniciou-se o estudo norteado pela seguinte pergunta condutora: **“A exposição da criança à violência cometida contra a mãe pelo parceiro íntimo desde o período pré-natal, leva à maior frequência de distúrbios gastrointestinais funcionais na idade escolar?”**. Nesse sentido, foi formulada a seguinte hipótese: **As distúrbios gastrointestinais funcionais são mais frequentes em escolares expostos à violência cometida contra sua mãe pelo parceiro íntimo desde o período pré-natal e na infância.**

Assim posto, o objetivo geral do estudo foi **“Analisar a associação entre a ECVPI cometida contra a mãe durante a gravidez, pós-parto e quando a criança estava na idade escolar e a ocorrência de DGIFs”**.

Para subsidiar o objetivo principal, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1) Descrever os tipos de exposição da criança à VPI;**
- 2) Avaliar a frequência de DGIFs nas crianças no início da escolaridade formal;**
- 3) Analisar a associação dos múltiplos tipos de exposição da criança à VPI com as DGIFs;**
- 4) Analisar a associação da idade de início da exposição da criança à VPI, o número de tipos de exposição da criança à VPI e seu perpetrador e a ocorrência DGIFs.**

A presente tese inicia com o capítulo “Revisão da literatura”. Nele, são descritos os principais conceitos e informações relativas ao contexto em que o desfecho e exposição estão inseridos, a partir do levantamento da literatura nacional e internacional, para embasar a investigação proposta.

A seguir, na seção dos métodos, são elencados todos os procedimentos operacionais percorridos para atingir os objetivos propostos.

A seção de resultados descreve os achados identificados na coleta dos dados perpassando por informações das características da amostra estudada, perfil da ECVPI e DGIFs e análise estatística para verificar as possíveis associações.

O capítulo de discussão fornece ao leitor a interpretação dos resultados, em diálogo com outros autores que publicaram estudos alicerçados nas bases teórico-conceitual e empírica apresentadas na revisão de literatura.

Por fim, nas considerações finais são sintetizados os resultados encontrados em resposta aos objetivos do estudo, fornecendo sugestões e recomendações a partir do que foi analisado.

O texto foi formatado de acordo com as normas do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (https://www.ufpe.br/documents/40070/0/6+-+Normas_elaboracao_dissertacao-tese_metodo+quantitativo+-+2019.pdf/28f4edbe-69c0-4438-8f77-ac6d29f708c0) e da Biblioteca Central da UFPE ((link de acesso): <https://www.ufpe.br/documents/39058/594591/Usu%C3%A1rios++CARTILHA+finalissima+-+ago.2018.pdf/f127787a-4c31-447d-abbaaf659a6dc38>).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo de revisão da literatura tem como objetivo trazer a fundamentação teórica, com base na literatura internacional, sobre questões relacionadas ao problema de pesquisa. Inicialmente trará aspectos conceituais das DGIFs, sua importância, a historicidade da Fundação Roma e seu papel no desenvolvimento de diretrizes diagnósticas, além dos aspectos epidemiológicos relacionados às desordens. Serão também explanados a fisiopatologia e os fatores associados à ocorrência dos sintomas gastrointestinais. Além das questões específicas das DGIFs, esta revisão irá abordar teorias do desenvolvimento infantil como o modelo biopsicossocial, o modelo ecológico de Bronfenbrenner, a teoria dos seis C's e a DOHaD (*Developmental Origins of Health and Disease*), que trazem explicações de como situações que ocorrem na infância podem determinar o curso da vida. Também serão abordados o papel dos eventos adversos no início da vida, em especial a violência; o papel do estresse tóxico e como esses eventos podem interferir no eixo intestino-cérebro e contribuir para a ocorrência das DGIFs.

2.1 AS DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS

Sintomas gastrointestinais crônicos que não eram explicados por doenças orgânica eram muitas vezes considerados como sendo de origem psicossomática. Diante do fracasso das tentativas de encontrar a causa biológica e a cura das desordens, a partir dos anos 1980, novos paradigmas foram sendo incorporados na compreensão dos sintomas referidos. Assim, com o passar do tempo, novos modelos explicativos foram instituídos e as questões sociais e culturais passaram a ser consideradas no contexto do atendimento ao paciente (DROSSMAN, 2016).

As desordens gastrointestinais funcionais são caracterizadas por sintomas referidos pelo paciente, cuja fisiopatologia está relacionada aos seguintes aspectos: distúrbios da motilidade, hipersensibilidade visceral, alterações da mucosa, função imunológica alterada, microbiota modificada e alterações no sistema nervoso central (DROSSMAN, 2016; DROSSMAN; TACK, 2021). As DGIFs são diagnosticadas comumente na gastroenterologia pediátrica, com alta prevalência em todo mundo, além de também demandarem muitos atendimentos em serviços médicos tanto na atenção primária, quanto em serviços terciários (BORONAT *et al.*,

2017; ELSENBRUCH, 2011; KENNEDY *et al.*, 2012; NIGHTINGALE; SHARMA, 2020). O modelo biopsicossocial proposto por George Engel (ENGEL, 1977) adotado pela *Rome Foundation* (Fundação Roma) – aponta para a complexidade e multifatorialidade envolvidas no desenvolvimento dos sintomas (ROME FOUNDATION, 2021). Dentre os fatores associados às DGIFs, são citados os eventos estressantes no início da vida, entre eles, a exposição à violência (OUDENHOVE *et al.*, 2016), em particular, analisando crianças, a violência cometida contra suas mães pelo parceiro íntimo, que ocorre frequentemente em seus lares (FUSCO; FANTUZZO, 2009). Essas condições podem levar ao estresse tóxico que constitui um desequilíbrio da resposta do organismo ao estresse, com repercussões à saúde a curto e longo prazo (NELSON *et al.*, 2020). As DGIFs seriam a consequência de uma desregulação do eixo intestino-cérebro sob ação do estresse provocado pela exposição à violência.

2.1.1 O modelo biopsicossocial, fundação Roma e a classificação das DGIFs

A compreensão que o estresse psicológico e outras influências ambientais constituiriam fatores que deveriam ser levados em conta na gênese de uma doença, surgiu a partir da década de 1970, com o modelo biopsicossocial proposto por George Engel (ENGEL, 1977). Até então, os modelos para explicar os processos de saúde e doença focavam nos sistemas biológicos, com teorias isoladas que pouco se conectavam. Diante da necessidade de compreender as mudanças ocorridas no perfil do adoecimento, onde as epidemias das doenças infecciosas deram lugar ao elevado índice de doenças crônicas, cientistas da época propuseram revisões dos modelos simplistas de explicação da causa de doenças por modelos que relacionavam múltiplos fatores de risco para o surgimento das enfermidades em questão (HALFON *et al.*, 2014).

Nesse sentido, George Engel, baseado na Teoria Geral dos Sistemas de Ludwig von Bertalanffy (integração entre ciências naturais e sociais), propõe o modelo Biopsicossocial (BPS) onde variáveis biológicas, psicológicas e sociais são interrelacionadas e interdependentes em detrimento das limitações dos modelos anteriores que separavam por exemplo, corpo e mente. O modelo BPS sugere que o adoecimento resulta de uma interação dinâmica entre diferentes sistemas corporais e sociais que determinam o processo saúde-doença (ENGEL, 1977). Posteriormente, o modelo então proposto, passou a ser utilizado em diversas áreas da medicina (PAPADIMITRIOU, 2017).

Na gastroenterologia, especialistas da Fundação Roma (FR), com base nos pressupostos de Engel, desenvolveram o modelo conceitual biopsicossocial para explicar a ocorrência das desordens gastrointestinais funcionais (DROSSMAN, 2016). A compreensão da influência de fatores contidos no modelo favorecem o entendimento de suas relações com a fisiologia intestinal, a modulação dos sintomas, a influência no comportamento da doença e o impacto que terá nos tratamentos propostos (DROSSMAN *et al*, 1999). Ao modelo apresentado inicialmente foram acrescentados outros fatores associados, mas a compreensão da fisiopatologia das DGIFs ainda está em processo de elucidação (NIGHTINGALE; SHARMA, 2020).

Em meados da década de 1980, um professor de gastroenterologia da Universidade de Roma teve a iniciativa de reunir especialistas de todo o mundo para discutirem aspectos clínicos de problemas gastrointestinais funcionais para os quais não havia evidências científicas na época que pudessem explicar como ocorriam. A princípio, foi estabelecido o critério diagnóstico para a Síndrome do Intestino Irritável (SII) e a partir do início da década de 1990, as demais DGIFs foram sendo estudadas e diretrizes diagnósticas sendo estabelecidas com o passar do tempo. Assim, a cada período, os critérios da Fundação Roma foram se ampliando e, fundamentados em pesquisas, e debates entre os médicos que os colocam em prática, foram sendo incorporados novos dados baseados em evidências científicas para fornecer informações de critérios diagnósticos das demais desordens (DROSSMAN, 2016; DROSSMAN; TACK, 2021).

No caso de crianças, as classificações diagnósticas foram publicadas no final da década de 1990, após os critérios serem preconizados para o público adulto. De modo semelhante, foram estabelecidas com base em consenso, a partir de dados clínicos obtidos na experiência clínica, levando em consideração as particularidades do desenvolvimento infantil e considerando a influência ambiental na gênese das DGIFs. A classificação das desordens em crianças é baseada principalmente nos sintomas referidos pelos pacientes e/ou cuidadores (RASQUIN-WEBER *et al.*, 1999).

Atualmente, a FR constitui uma organização independente, sem fins lucrativos, cuja missão consiste em promover melhor qualidade de vida às pessoas com DGIFs através do suporte científico ao diagnóstico e tratamento de distúrbios da interação cérebro-intestino. Cientistas de todo o mundo, por meio de contínuas atualizações sobre o assunto, produzem conhecimento que embasam a prática clínica dos profissionais que lidam com pacientes que apresentam sintomas gastrointestinais (ROME FOUNDATION, 2021).

O critério atual é o Roma IV instituído em 2016. Nele são listadas 33 DGIFs em adultos e 20 pediátricas classificadas pela região anatômica a qual os sintomas se relacionam (DROSSMAN, 2016). Os diagnósticos podem coexistir com outras condições clínicas, e o mesmo paciente pode ter mais de um diagnóstico (HYAMS & DI LORENZO *et al.*, 2016).

2.1.2 Aspectos epidemiológicos

As DGIFs constituem um problema de saúde pública, de elevada morbidade devido às repercussões na qualidade de vida do indivíduo (ELSENBRUCH, 2011). Por não apresentar alteração orgânica passível de ser identificada pela investigação laboratorial, o diagnóstico da desordem é frequentemente desconsiderado, sendo em muitos casos classificado como meramente um transtorno psicológico ou psiquiátrico, o que pode levar a um manejo inadequado, minimizando muitas vezes a gravidade dos sintomas do paciente (BLACK *et al.*, 2020).

Um estudo multicêntrico norte-americano identificou que crianças com DGIFs tinham baixos escores na avaliação da qualidade de vida nas dimensões física, psicossocial, emocional e escolar, quando comparados a crianças sem esses diagnósticos e até mesmo quando comparado com crianças com outras doenças gastrointestinais. As crianças estudadas tinham mais ausências escolares, maior utilização dos serviços de saúde e grande demanda de cuidados dos pais, levando-os inclusive ao absenteísmo no trabalho, impactando também suas condições de vida (VARNI *et al.*, 2015). Essa realidade pode também levar a alterações do padrão de sono e inatividade física, o que contribui para o isolamento da criança que pode manifestar sentimentos de desânimo e baixa autoestima (NIGHTINGALE; SHARMA, 2020).

Ainda, sobre a relevância do problema, há evidências de uma maior chance das DGIFs, desenvolvidas na fase infantil, perdurarem até a adolescência e a fase adulta do indivíduo. Outro estudo norte-americano acompanhou crianças com DGIFs que se manifestavam com dor (SII, dor abdominal funcional, síndrome da dor abdominal funcional e enxaqueca abdominal) e identificou que quase metade delas continuavam com a desordem após cinco a 15 anos de acompanhamento. Nesse mesmo estudo, foi encontrado que a presença de sintomas depressivos na infância foi preditora da persistência dos sintomas de DGIF na adolescência ou vida adulta, aumentando quase três vezes a chance dessa ocorrência (HORST *et al.*, 2014).

Além dos prejuízos para a saúde e qualidade de vida causados ao paciente e família, estima-se que as DGIFs são responsáveis por altos custos financeiros em todos os sistemas que o indivíduo está inserido, desde seu núcleo familiar até a nível do Estado (VANDENPLAS; HAUSER; SALVATORE, 2019). Um estudo realizado na Europa (HOEKMAN *et al.*, 2015) mensurou o custo anual, por criança, de aproximadamente € 2.500, apenas considerando os diagnósticos mais frequentes de dores abdominais funcionais. Tais custos são relacionados com gastos em serviços de saúde ambulatorial e/ou hospitalar, além do impacto causado pela perda da produtividade dos responsáveis pela criança. Nos Estados Unidos, em 2017, foi realizado um estudo para estimar os gastos com crianças que apresentavam dispepsia funcional abrangendo custos com diagnósticos e consultas. Foi estimado que o gasto anual com avaliação desses pacientes abrangia aproximadamente 8% da despesa total com saúde per capita norte-americana (MANI; MADANI; THOMAS, 2020).

A prevalência de DGIFs na infância pode variar nas diversas populações estudadas e reflete o critério diagnóstico adotado pelo estudo, além da diversidade genética, da dieta, microbiota, meio ambiente e diversos fatores socioeconômicos e culturais (ZABLAH *et al.*, 2015). A dor abdominal crônica é uma das condições mais comuns na infância, com prevalências que variam entre 0,3 a 19% em crianças escolares dos Estados Unidos e Europa respectivamente, onde em 90% dos casos, não há indício de causa orgânica (KORTERINK *et al.*, 2015). No Brasil, um estudo de coorte identificou uma prevalência de 22% de dor abdominal recorrente nas crianças estudadas (SILVA *et al.*, 2011). Diversos estudos realizados em países da América Latina indicam uma prevalência de DGIFs dentre crianças e adolescentes que varia entre 13,4 e 29%, com valor médio de 22%. Maiores detalhes sobre tais estudos são ilustrados em um quadro contido no Apêndice A.

2.1.3 Fisiopatologia e fatores associados

As alterações que explicam os sintomas, bem como a origem da hiperalgesia e hipersensibilidade observadas em algumas desordens funcionais ainda não estão bem esclarecidas (OUDENHOVE *et al.*, 2016). É sabido que as interações entre o intestino e o cérebro desempenham papéis importantes na regulação de funções vitais no organismo humano, entre elas a função digestiva (KENNEDY *et al.*, 2012). Essa contínua comunicação do eixo intestino-cérebro regula e sincroniza as funções de motilidade, secreção e fluxo sanguíneo entérico, porém a maneira como cada sistema interage no processo, ainda não está totalmente esclarecido (MAYER; TILLISCH, 2011).

O eixo intestino-cérebro constitui um complexo sistema de comunicação entre o Sistema Nervoso Central (SNC) e o Sistema Nervoso Entérico (SNE), originados da mesma crista embrionária. Fazem parte desse complexo os centros emocionais e cognitivos que são diretamente integrados aos sistemas neuroimunes, neuroendócrinos, sistema simpático e parassimpático, eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (HHA), SNE (também conhecido como “segundo cérebro”) e a microbiota intestinal (o terceiro cérebro) (INDRIO *et al.*, 2013).

Sinais nervosos provenientes do lúmen do intestino são transmitidos para o SNC e são recebidos no cérebro em diferentes regiões, influenciando no seu funcionamento, no humor e comportamento do indivíduo. Tais sinais são provenientes de dois plexos de células ganglionares que envolvem as camadas do intestino integrantes do sistema nervoso autônomo, denominado sistema nervoso entérico (KENNEDY *et al.*, 2012). Da mesma forma, o SNC pode influenciar na motilidade e secreção intestinal via mecanismos autonômicos descendentes (simpático e parassimpático) modulando a atividade do SNE através da liberação de hormônios e neuropeptídeos (KENNEDY *et al.*, 2012; INDRO *et al.*, 2013).

A percepção dos sintomas gastrointestinais relatados por pacientes com as DGIFs é permeada por processos psicobiológicos complexos (OUDENHOVE *et al.*, 2016), inclusive com diversos aspectos culturais que modulam a expressão dos sintomas (FRANCISCONI *et al.*, 2016).

A manifestação da sintomatologia das DGIFs em crianças apresenta algumas particularidades, pois muitos sintomas podem ser explicados pelo processo de amadurecimento do tubo digestório. Os mecanismos de nocicepção iniciam seu desenvolvimento desde o período intrauterino e vão amadurecendo com o tempo. Estímulos dolorosos induzem o aparecimento de alterações fisiológicas como o aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória,

pressão arterial e diminuição da saturação de oxigênio, além de mudanças na expressão facial e padrões de movimento. Apenas com o desenvolvimento da linguagem necessária à verbalização dos sintomas é possível realizar os diagnósticos de forma mais precisa, especialmente se tratando de sintomas como náusea e dor; nos primeiros anos de vida, as informações dependem dos relatos dos responsáveis ou da observação criteriosa de profissionais (BENNINGA & NURKO *et al.*, 2016).

Diversos fatores se associam à ocorrência das DGIFs na infância, especialmente situações estressantes, ansiedade, depressão e outros problemas psicológicos dos pais que refletem nas crianças. Por exemplo, ansiedade, depressão e agressividade dos pais podem refletir nas crianças, levando-as, às vezes a imitarem sintomas referidos pelos adultos (OUDENHOVE *et al.*, 2016; LEVY *et al.*, 2006).

Esses aspectos podem constituir eventos adversos no início da vida da criança com potencial para afetar seu desenvolvimento psicossocial e conseqüentemente aumentar a suscetibilidade à disfunção no intestino via alterações no eixo intestino-cérebro (DROSSMAN, 2016). Os estudos que associam os aspectos emocionais com modificações morfológicas do Trato Gastrointestinal (TGI) e as alterações do seu funcionamento são relativamente recentes. Até então, atribuía-se a fatores psicogênicos os sintomas gastrointestinais que não tinham os aspectos etiológicos e fisiopatológicos do problema bem esclarecidos sob a ótica de uma doença orgânica. Posteriormente, estudos foram sendo desenvolvidos especialmente em animais e forneceram evidências empíricas que o intestino é fisiologicamente responsivo às emoções e a diversos fatores ambientais (DROSSMAN, 2016).

Soma-se a esses fatores a influência da microbiota entérica (MUKHTAR; NAWAZ; ABID, 2019). O organismo humano é habitado por um complexo composto por aproximadamente 10^{14} microrganismos, dos quais a maioria é constituída por bactérias, além de vírus, protozoários e fungos que convivem em uma relação simbiótica (SIMRÉN *et al.*, 2013; INDRIO *et al.*, 2013). A colonização se dá especialmente a partir do nascimento por contato com as bactérias da vagina e do TGI maternos. O principal habitat da microbiota no organismo humano é o TGI em toda sua extensão, variando em composição e quantidade ao longo do mesmo, estando a maior população presente no cólon. Além da composição da microbiota variar em relação ao segmento anatômico, há alterações na sua diversidade ao longo do crescimento do indivíduo, desde o período neonatal, com predominância de aeróbios, passando à maior colonização de anaeróbios, assim modificando-se ao longo da vida até a senilidade (DI MAURO, 2013; SIMRÉN *et al.*, 2013).

O tipo de nascimento também interfere na composição da flora intestinal, onde as crianças nascidas de parto cesáreo são privadas da colonização das bactérias provenientes do TGI e vagina maternos. Crianças prematuras e/ou que são precocemente admitidas em unidades de terapia intensiva com exposição a uso de antibióticos, nutrição parenteral e outros procedimentos têm uma colonização bacteriana limitada. Além do mais, há diferença também na composição da flora entre crianças alimentadas com leite humano e aquelas que recebem fórmula infantil artificial (INDRIO *et al.*, 2013).

Outros fatores que podem contribuir para a alteração da microbiota do TGI são a dieta, o uso de antibióticos e fatores genéticos do hospedeiro (FRANCISCONE *et al.*, 2016; SIMRÉN *et al.*, 2013). Ainda não se compreende amplamente a complexidade da microbiota intestinal, mas têm ampliado o conhecimento (SIMRÉN *et al.*, 2003; INDRIO *et al.*, 2013). Todavia seus reais benefícios para a saúde humana são conhecidos, a saber: promoção de uma digestão favorável, modulação da peristalse, prevenção de colonização patogênica, manutenção das funções de barreira da mucosa intestinal, promoção de mecanismos anti-inflamatórios e participação na resposta imunológica (INDRIO *et al.*, 2013). As alterações na microbiota tendem a impactar os sinais do eixo intestino-cérebro via mecanismos neurais, endócrinos e imunológicos podendo desencadear problemas comportamentais como ansiedade, depressão e problemas cognitivos, além das dores viscerais crônicas (KENNEDY *et al.*, 2012; OUDENHOVE *et al.*, 2016)

Há evidências de que a microbiota participa na patogênese e fisiopatologia de diferentes alterações do funcionamento intestinal, especialmente na fisiopatologia da SII (KENNEDY *et al.*, 2012; MUKHTAR; NAWAZ; ABID, 2019; SIMRÉN, 2013). Nesse sentido atualmente se chama a atenção para o eixo “intestino-cérebro-microbiota” expressando a grande interação desses componentes na fisiopatologia dos DGIFs (INDRIO *et al.*, 2013).

A microbiota desempenha um importante papel na modulação do eixo HHA, ativado pelos estressores ambientais. O Hormônio Liberador de Corticotropina (CRH) é um fator que coordena a resposta ao estresse exercendo um potente efeito no intestino, aumentando sua permeabilidade, contribuindo com a hipersensibilidade visceral e modulando a motilidade intestinal. Estudos em animais sugerem que uma microbiota alterada induz a uma liberação exagerada do CRH com conseqüente ativação do eixo HHA e, então, secreção aumentada de cortisol (INDRIO *et al.*, 2013). Todavia, o cérebro também pode alterar a microbiota através da modulação da secreção, permeabilidade e motilidade intestinais, removendo bactérias em excesso do lúmen e prevenindo o crescimento bacteriano exagerado (INDRIO *et al.*, 2013).

As alterações na flora bacteriana podem afetar a secreção do muco e a produção de fatores imunológicos. Fato este notado especialmente em estudos com animais, ratificando que o estresse psicológico atua na composição bacteriana da microbiota intestinal, além de ocorrer o aumento da permeabilidade intestinal e liberação de citocinas sistêmicas (SIMRÉN *et al.*, 2013). Uma das células de maior importância nesse processo são os mastócitos pela sua presença abundante nos indivíduos com a SII, provavelmente mediando sintomas de ansiedade e depressão frequentemente associados à doença (SIMRÉN *et al.*, 2013; OUDENHOVE *et al.*, 2016). Essas células traduzem os sinais de estresse do cérebro, que são ativadas mediante a liberação de CRH. Sua ativação promove uma ampla liberação de citocinas inflamatórias que assim levam à disfunção de barreira no epitélio intestinal (INDRIO *et al.*, 2013).

Fatores genéticos também podem estar associados ao aparecimento das DGIFs, onde diferentes genes com os respectivos polimorfismos têm sido estudados nesse sentido, especialmente os ligados ao metabolismo da serotonina (FRANCISCONE *et al.*, 2016; LEVY *et al.*, 2006).

Esses diversos fatores apontados pela literatura estão presentes no modelo elaborado pelos especialistas participantes da FR, baseado em teorias prévias, mais especificamente, no modelo biopsicossocial de George Engel (1977).

2.1.4 Desordens Gastrointestinais Funcionais sob o olhar das teorias do desenvolvimento infantil

Os primeiros anos de desenvolvimento de uma criança caracterizam-se como um período de intensa suscetibilidade com grande impacto para os anos seguintes de sua vida. Os eventos e exposições ocorridos nessa fase podem determinar alterações nos sistemas biológicos e suas repercussões dependem do estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra (HALFON *et al.*, 2014). Pesquisas demonstram que os eventos do início da vida, condicionados pelo ambiente em que a criança está inserida, inclusive desde o período intrauterino, determinam, em parte, o risco de adoecer futuramente. As repercussões podem surgir em longo prazo, até mesmo na vida adulta, com o aparecimento de doenças crônicas (BRADFORD *et al.*, 2012; HALFON *et al.*, 2014; GLUCKMAN; HANSON, 2006; PIERCE *et al.*, 2014).

A compreensão do papel do meio ambiente na gênese do processo saúde-doença passou a ser mais valorizada na era da transição epidemiológica ocorrida na segunda metade do século

XX. Até então, os modelos para explicar os processos de saúde e doença eram restritos aos sistemas biológicos, com teorias isoladas que pouco se conectavam. Diante da necessidade de compreender as mudanças ocorridas no perfil do adoecimento, onde as epidemias das doenças infecciosas deram lugar ao elevado índice de doenças crônicas, cientistas da época propuseram revisões dos modelos simplistas de explicação da causa de doenças por modelos que relacionavam múltiplos fatores de risco para o surgimento das enfermidades em questão. Nesse sentido, George Engel, propôs o modelo biopsicossocial com variáveis biológicas, psicológicas e sociais que são interrelacionadas e interdependentes em detrimento das limitações dos modelos anteriores que separavam, por exemplo, corpo e mente (ENGEL, 1977). O modelo BPS sugere que o adoecimento resulta de uma interação dinâmica entre diferentes sistemas corporais e sociais que determinam o processo saúde-doença (HALFON *et al.*, 2014).

Contemporaneamente, Bronfenbrenner propôs o modelo ecológico de desenvolvimento onde descreve que o desenvolvimento humano se dá pela interação de múltiplos sistemas que envolvem os diversos ambientes sociais em que a criança está inserida, desde seu núcleo familiar/escolar, até o sistema político, econômico e social em que vive e se desenvolve e as diversas relações que cada sistema estabelece mutuamente. Há uma ênfase a todo o contexto onde a criança vive em detrimento da visão que outrora era valorizada onde a criança pertencia apenas a um ambiente restrito (BRONFENBRENNER, 1977).

Baseado no modelo de Bronfenbrenner, Harrison et al. (2011) propuseram o *Six-Cs model* (modelo dos seis C's), onde seguindo uma perspectiva hierárquica, os seis C's significam respectivamente, traduzidos da língua inglesa para o português: célula (predisposições genéticas e outros fatores biológicos), criança (características pessoais e comportamentais da própria criança), clã (características familiares), comunidade (espaço social da criança fora de casa), país (questões de cidadania que influenciam nas oportunidades que o indivíduo possa ter enquanto cidadão de um Estado/nação) e cultura (mitos, normas, preconceitos). A proposta desse modelo é ampliar a análise do contexto do desenvolvimento infantil. Além das próprias influências ambientais, antes postuladas na teoria de Bronfenbrenner, são reconhecidas também as influências hereditárias nesse contexto. Da mesma forma, especifica um sistema de categorização das influências ambientais que inclusive pode ser utilizado para análise em qualquer estágio do desenvolvimento infantil até a adolescência (HARRISON *et al.*, 2011).

A partir da identificação da influência que os fatores ambientais e eventos ocorridos na fase fetal e início da infância têm sobre o desencadeamento de desfechos desfavoráveis na saúde na fase adulta, surgiu um outro marco teórico, a “DOHaD” (*Developmental Origins of Health*

and Disease) que no português é traduzido como “origem desenvolvimentista da saúde e doença”. Trata-se de um marco teórico-conceitual cuja principal concepção é que os fatores ambientais que atuam no início da vida levam ao risco de adoecimento futuro (GLUCKMAN; HANSON, 2006; HALFON *et al.*, 2014).

O modelo DOHaD está ancorado em pesquisas na área da epigenética e busca explicar fenômenos hereditários (hereditariedade epigenética) que vão além da hereditariedade genética (GLUCKMAN; HANSON, 2006). A epigenética estuda modificações da expressão do DNA decorrente de estímulos ambientais, que promovem o aparecimento de diferentes fenótipos a partir de um mesmo genótipo, sem alterar a sequência do DNA (BIANCO-MIOTTO *et al.*, 2017). Esse mecanismo pode levar a alterações fisiológicas ou não, em diversos tecidos do corpo. As alterações epigenéticas podem ocorrer em qualquer momento da vida e serem transmitidas para gerações futuras (ALONSO, 2012; HALFON *et al.*, 2014; NOVAKOVIC; SAFFERY, 2013). Adversidades experimentadas pelas crianças inclusive por vivência de estresse materno podem levar a metilações do DNA que resultam em alterações até mesmo do desenvolvimento neural e têm potencial de deixarem marcas por toda vida da criança (HALFON *et al.*, 2014).

Baseada nessas teorias, a FR elaborou o modelo BPS da patogênese das DGIFs. Nele são descritos diversos fatores da vida do indivíduo, desde o início da vida, que podem influenciar o funcionamento fisiológico e especificamente alterar a interação do eixo intestino-cérebro. Dentre eles, os eventos estressantes são pontuados como um dos fatores associados às DGIFs. Em seguida, será abordada a influência que esses eventos adversos podem exercer na vida da criança e seus efeitos na fisiologia.

2.2 EVENTOS ADVERSOS NO INÍCIO DA VIDA E ESTRESSE TÓXICO

Durante a gestação, o desenvolvimento e o funcionamento do eixo HHA são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento até o momento do nascimento. Estudos em animais demonstraram que a exposição do feto ao estresse pode resultar em hiperativação do eixo HHA resultando em diversos desfechos negativos depois do nascimento como: elevação dos níveis basais de glicocorticóides e hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), observação de

comportamento ansioso e alteração do ritmo circadiano. Outras evidências em estudos com humanos demonstraram que a exposição ao estresse durante a gestação esteve associada a problemas emocionais e comportamentais na prole (MARTINEZ-TORTEYA *et al.*, 2016; SLOBODA *et al.*, 2006). Pode ocorrer uma programação fetal adversa mesmo quando a exposição da mãe aos agentes estressores ocorre nas primeiras semanas de gestação, antes mesmo do desenvolvimento do cérebro ou sistema neuroendócrinos (BEIJERS; BUITELAAR; DE WEERTH, 2014).

São denominados Eventos Adversos no Início da Vida (EAIVs) ou adversidades, as experiências traumáticas vivenciadas na infância advindas do contexto individual, social e/ou familiar. Alguns fatores podem estar relacionados ao risco da criança vivenciar essas adversidades, entre eles: o nascimento prematuro, baixo peso ao nascer, ocorrência de doenças, pobreza, desnutrição, dificuldade de acesso à saúde e educação, problemas de saúde mental dos cuidadores como o uso de álcool e drogas e/ou comorbidades psiquiátricas; perda de um parente e separação dos pais. Problemas de relacionamento da criança com seu cuidador incluindo atribuição de características negativas a ela, práticas disciplinares rígidas, excesso de responsabilidades/atividades, exposição à violência doméstica, seja ela física, psicológica e sexual, além de negligência, também são referidas (BRADFORD *et al.*, 2012; MASON; COX, 2014; PIERCE, 2014; SOARES *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

A exposição da criança a eventos adversos é bastante frequente em todas as fases de desenvolvimento. Em estudo realizado com aproximadamente 8.000 adultos americanos, mais da metade referiu ter sido exposta a pelo menos um evento adverso na infância e/ou adolescência, o que apresentou maior relação com o aumento da prevalência de exposição a fatores de risco para a saúde como a obesidade mórbida, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, depressão, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros, indicando também um forte efeito dose-resposta na associação (FELITTI *et al.*, 1998). Um estudo brasileiro estimou que 85% dos adolescentes entrevistados sofreram pelo menos um tipo de EAIV durante a infância, sendo mais comum entre o sexo feminino (inclusive estas eram vítimas de um maior número de eventos quando comparadas ao sexo masculino), pessoas não-brancas e pobres. Além disso, dentre os EAIVs referidos, a violência doméstica foi um dos mais frequentes (SOARES *et al.*, 2016).

Os mecanismos pelos quais os EAIVs atuam no organismo levando a desfechos negativos para a saúde ainda não estão muito claros. A desregulação da resposta ao estresse

parece ser o mecanismo que explica os efeitos deletérios sobre o corpo e o cérebro do indivíduo em desenvolvimento (BUCCI *et al.*, 2016). A resposta fisiológica a um agente estressor caracteriza-se por um processo adaptativo que ocorre em um determinado tempo e leva a adequações necessárias à sobrevivência. Quando a criança é submetida a estresse de baixa intensidade e limitada a curtos períodos de tempo, trata-se do “estresse positivo” que resulta em desenvolvimento de habilidades de planejamento, motivação e resiliência, além de propiciar a estimulação de sinapses neuronais (BUCCI *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Nessas situações são ativados mecanismos de resposta ao agente estressor com a participação de estruturas do sistema nervoso central (amígdala, hipotálamo, locus coeruleus e medula) e periférico (eixo simpático-adrenomedular e eixo hipotálamo-hipófise-adrenal). As estruturas centrais, então ativadas, acionam o eixo simpático-adrenomedular que procede à liberação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina). O locus coeruleus ativa os neurônios presentes nos vasos sanguíneos, grandes órgãos, glândulas e outras partes do corpo que liberam noradrenalina. Neurônios simpáticos também ativam a secreção de adrenalina pela medula adrenal (BUCCI *et al.*, 2016).

Durante a resposta aguda ao estresse, as catecolaminas circulantes ativam os mecanismos de “luta e fuga”, provocando as seguintes modificações no organismo: alterações na circulação sanguínea, como vasoconstrição, aumento da força de contração e elevação da pressão arterial a fim de aumentar o fluxo de sangue para cérebro e outros órgãos vitais, aumento da frequência respiratória, alterações metabólicas, com finalidade de aumentar a disponibilidade de glicose e gordura como fonte energética, entre outras (BUCCI *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Concomitantemente, a amígdala e o locus coeruleus ativam o HHA. O hipotálamo então libera o CRH e Arginina-Vasopressina que vão estimular a hipófise a secretar o ACTH no sistema sanguíneo atuando no córtex adrenal e levando à liberação de glicocorticoides, em especial o cortisol. Finalmente, o cortisol e as catecolaminas circulantes exercem um *feedback* negativo no HHA e estruturas cerebrais centrais, respectivamente, inibindo a secreção de CRH e ACTH e ativação simpática, levando o organismo à homeostase (BUCCI *et al.*, 2016).

Há ocasiões onde a situação estressora é considerada tolerável. Nesse sentido, os eventos estressantes são experimentados pela criança em um período de tempo maior, porém há mecanismos mais eficazes, tanto a nível social quanto a nível orgânico, de proteção e apoio

positivo que evitam a cronicidade e toxicidade (mecanismos de alostase) (BUCCI *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

Quando a criança é submetida a situações estressantes frequentes, prolongadas ou de forte intensidade, podendo ser caracterizadas como crônicas, denomina-se como estresse tóxico (BUCCI *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Mesmo tendo uma alta prevalência e grande magnitude, atingindo crianças de todas as classes sociais, o Estresse Tóxico (ET) ainda é pouco conhecido e estudado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017).

O ET pode levar a uma desregulação dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico que constituem sistemas biológicos altamente integrados, também denominados de circuito neuroendócrino e imune. Tais sistemas interagem como mediadores fundamentais da resposta ao ET e expressam as seguintes alterações biológicas:

- 1) Sistema nervoso: redução de sinapses no córtex pré-frontal; aumento do volume da amígdala em crianças e atrofia da mesma em adultos; diminuição do volume do hipocampo em adultos.
- 2) Sistema endócrino: aumento dos níveis de CRH, flutuação dos níveis de cortisol.
- 3) Sistema imunológico: inibição de mecanismos anti-inflamatórios com consequente elevação de fatores inflamatórios como a proteína C-reativa e citocinas proinflamatórias; deficiência na imunidade celular (células T) e estimulação da imunidade humoral (células B).

O ET produz níveis alterados de neurotransmissores que induzem alterações fisiológicas decorrentes da elevação ou diminuição do cortisol, catecolaminas e fatores inflamatórios que impactam o funcionamento regular dos órgãos/sistemas diretamente regulados pelos sistemas nervoso, endócrino e/ou imunológico. Tais alterações podem gerar diversas implicações clínicas, a saber:

- 1) Alterações neurológicas, psiquiátricas e comportamentais: no córtex pré-frontal ocorrem prejuízos em funções como atenção, raciocínio, autocontrole, solução de problemas; na amígdala – alteração na capacidade de resposta às ameaças (BUCCI *et al.*, 2016); no hipocampo - prejuízo na memória e aprendizado (CERQUEIRA *et al.*, 2007). Devido à vulnerabilidade do cérebro em desenvolvimento, os danos neuropsicomotores podem ser irreversíveis, notadamente se o evento ocorre em estágio precoce do desenvolvimento (BUCCI *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Apesar da quantidade de neurônios estar praticamente completa ao nascimento, observa-se produção contínua deles em

determinadas áreas como o hipocampo e córtex pré-frontal. Além disso, a mielinização dessas estruturas continua a ocorrer por décadas (HORNOR, 2015). A exposição a eventos estressantes pode reduzir conexões neuronais de importantes áreas do SNC e demais componentes envolvidos nesse processo como o eixo HHA e simpático-adrenal-medular, o que eleva o risco de desenvolvimento de doenças crônicas no futuro. A ativação crônica do HHA pode modificar estruturas cerebrais, sinapses, receptores e neuro-hormônios envolvidos (HORNOR, 2015; BUCCI *et al.*, 2016). Como efeito neuroendócrino, o sistema gastrointestinal também pode ser afetado pela resposta desregulada ao estresse manifestando-se com hipermotilidade colônica notada em indivíduos com a síndrome do intestino irritável (BUCCI *et al.*, 2016).

2) Alterações endócrinas, metabólicas e reprodutivas: elevados níveis de cortisol estão associados ao aumento da sensibilidade tecidual aos glicocorticoides e ativação crônica dos seus receptores que pode levar a problemas metabólicos como obesidade, resistência à insulina, intolerância à glicose, dislipidemias e hipertensão. Além do mais, altos níveis de glicocorticoides e adrenalina podem estar associados a um maior risco de doenças cardiovasculares e acidentes vasculares cerebrais. A função tireoidiana também sofre influência dos níveis elevados de CRH podendo ocasionar hipotireoidismo. Ainda, a ativação crônica do eixo HHA atua inibindo o sistema reprodutivo seja por supressão do hormônio liberador de gonadotrofinas ou por irregularidades menstruais, via efeito de elevadas concentrações de citocinas inflamatórias (BUCCI *et al.*, 2016).

3) Alterações imunológicas e inflamatórias: há um maior risco de desenvolvimento de doenças inflamatórias e autoimunes como alergias e asma, especialmente pela excessiva ativação da imunidade celular (BUCCI *et al.*, 2016). Altos índices de cortisol também influenciam marcadamente o sistema imunológico, sobretudo pela mediação de liberação de citocinas inflamatórias que consistem em sinais químicos que desempenham um papel chave na imunidade inata e adquirida. O excesso de citocinas inflamatórias ativa o HHA que consequentemente promove maior liberação de cortisol. Este em níveis elevados cria um *feedback* negativo no HHA, extinguindo sua ação, resultando em quantidades muito pequenas de cortisol. Assim, quando em excesso, o cortisol aumenta o risco de infecção por supressão da imunidade e a falta dele promove uma persistência da resposta inflamatória por mais tempo do que o organismo necessitaria. O cortisol interfere no metabolismo da maioria dos tecidos do corpo. A desregulação ocorrida no estresse tóxico pode inibir mecanismos anti-inflamatórios, aumentando então o risco de processos inflamatórios (HORNOR, 2015).

Todavia, a resposta ao estresse é individual, variável e mediada por muitos fatores, inclusive genéticos e/ou epigenéticos (BUCCI *et al.*, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). A diversidade genética expressa pela presença de diferentes polimorfismos genéticos é um dos grandes responsáveis pela variabilidade da expressão da resposta ao estresse apresentada por cada indivíduo. Acrescenta-se a isso a regulação epigenética e a influência dos EAVs através de alterações bioquímicas ocorridas nas células, especialmente durante períodos sensíveis do desenvolvimento. As alterações epigenéticas que ocorrem no início da vida, quando os sistemas e órgãos do corpo estão em desenvolvimento, podem levar a importantes desfechos na saúde do indivíduo a longo prazo (BUCCI *et al.*, 2016, HORNOR, 2015). No entanto, a intensidade das consequências dos EAVs difere entre as crianças e nem todas as que são expostas a agentes estressores têm consequências negativas como resultado.

Alguns indivíduos apresentam resiliência diante de situações adversas ocorridas ao longo da vida. Essa capacidade pode ser associada à características genéticas que atribuem fatores protetores à pessoa frente ao agente agressor. Além da predisposição genética, a resiliência também pode ser desenvolvida. Emoções como otimismo e humor são características de personalidade que fornecem essa capacidade de adaptação ao estresse. Indivíduos resilientes tendem a aceitar o problema como algo temporário, limitado e passível de resolução. Além disso, espiritualidade e religião podem ajudar as pessoas a compreenderem certas situações estressoras e enfrentarem as experiências negativas com maior aceitação (HORNOR, 2015).

2.3 A EXPOSIÇÃO DA CRIANÇA À VIOLÊNCIA COMETIDA CONTRA A MÃE PELO PARCEIRO ÍNTIMO

Além de trazerem diversas consequências para a mulher vítima da VPI, as práticas violentas também afetam a família, podendo inclusive provocar danos à saúde das crianças envolvidas no contexto (WHO *et al.*, 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a VPI pode ser considerada um tipo de mau trato infantil que pode provocar danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, com grandes repercussões imediatas ou a longo prazo. Entre as possíveis consequências: morte, problemas físicos, incapacidade, atraso no desenvolvimento cognitivo, baixo desempenho e evasão

escolar, problemas de saúde mental, tentativas de suicídio, comportamentos de risco à saúde e perpetração da violência (WHO, 2017). Diferentes tipos de estudos têm surgido nas últimas décadas, utilizando diversas metodologias demonstrando os efeitos da exposição da criança à violência (FERRO; JUSTUS; ARANSIOLA, 2019; NAKPHONG; VON EHRENSTEIN, 2020; LEVENDOSKY; BOGAT; MARTINEZ-TORTEYA, 2013; STERNBERG *et al.*, 2006)

A mensuração das prevalências da violência que ocorre dentro dos lares é complexa devido às diferentes definições e variabilidade de metodologias utilizadas nos estudos com essa temática. Nessa perspectiva, a criança pode ser considerada como uma vítima invisível dos atos violentos (CARNEVALE *et al.*, 2020; OSOFSKY, 2003). Segundo Fusco e Fantuzzo (2009), cerca de 90% das crianças veem ou ouvem os eventos violentos que ocorrem em suas casas. Mesmo não participando diretamente, o fato de a criança presenciar ou ouvir, implica seu envolvimento no contexto. Mais recentemente, um estudo norte-americano identificou que 51% dos adultos entrevistados referiram ter sido expostos à violência (ainda que não especificamente tenha sido VPI) em seus lares durante a infância (FORKE *et al.*, 2019).

Em se tratando da exposição da criança à violência, Holden (2003) propõe o termo “exposto” como mais apropriado do que “testemunha” e caracteriza dez tipos de exposição a que criança pode vivenciar na violência doméstica, descritos no quadro 01.

Quadro 01- Tipos de exposição à violência pelo parceiro íntimo.

Tipo de exposição	Definição	Exemplos	
E X P O S I Ç Ã O D I R E T A	1. Exposição pré-natal	A mãe sofre violência durante a gravidez, podendo ocasionar efeitos no feto em desenvolvimento.	Feto atingido diretamente pelo ato violento ou indiretamente pelo estado psicológico alterado da mãe.
	2. Ouvir	A criança escuta, mas não vê os atos violentos.	Ela pode ouvir gritos, ameaças ou barulho de quebra de objetos.
	3. Ver	A criança observa diretamente os atos violentos.	A criança vê os atos de violência ou está presente ouvindo as agressões verbais.
	4. Intervir	A criança tenta verbalmente ou fisicamente interromper a violência.	Pede para os pais pararem; tenta defender a mãe.
	5. Participar	A criança é forçada ou aparentemente se voluntaria para se aliar ao agressor da mãe	É coagida a participar da violência, é usado como espião da mãe, provoca a mãe.
	6. Ser vítima	A criança é verbalmente ou fisicamente agredida durante os atos violência (intencional ou acidentalmente).	A criança é intencionalmente ameaçada, é atingida incidentalmente por algum objeto.
E X P O S I Ç Ã O I N D I R E T A	7. Observar os efeitos iniciais	A criança vê algumas das consequências imediatas da violência	A criança vê lesões na mãe, observa chegada da polícia/ambulância, observa coisas quebradas na casa, vê emoções intensas da mãe.
	8. Vivenciar as consequências	Há mudanças na vida da criança em consequência da violência	A criança passa a vivenciar depressão materna, mudança de práticas parentais, separação do pai, ida para abrigos ou nova casa, prisão do pai.
	9. Escutar comentários dos adultos	A criança escuta comentários dos adultos sobre a violência.	Ouve a respeito da violência pelo relato da própria mãe, irmãos, parentes ou outras pessoas do convívio.
	10. Desconhecer aparentemente	A criança não sabe da violência, que a mãe é/foi submetida, segundo informação dada.	A violência ocorre/ocorreu fora de casa ou enquanto a criança estava fora de casa ou quando a mãe acreditava que a criança estava dormindo.

Fonte: Adaptado de Holden (2003).

Tal como outras modalidades de violência, a exposição da criança é difícil de ser mensurada, sendo, geralmente, os dados oficiais, subestimados em relação à realidade (MACMILLAN; WATHEN, 2014). Nos Estados Unidos foi identificado que 24,5% das crianças e adolescentes entrevistados, testemunharam alguma vez na vida violência cometida em suas casas entre os pais (FINKELHOR *et al.*, 2015). Um estudo brasileiro realizado com crianças de seis a 11 anos de escolas públicas do Rio de Janeiro estimou uma prevalência de 21,4% de exposição à violência cometida pelo pai contra a mãe (ASSIS *et al.*, 2009).

A exposição da criança à violência pode afetar sua saúde tanto diretamente, se o ato violento for contra ela mesma, quanto indiretamente pelo trauma emocional que a violência pode causar, tornando-a assim vulnerável a doenças. Inicialmente, os efeitos dessa exposição podem se manifestar com ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, o que pode posteriormente repercutir na saúde física (ASLING-MONEMI *et al.*, 2003; HOWELL *et al.*, 2016; KUHLMAN; HOWELL; GRAHAM-BERMANN, 2012; MANZOLLI *et al.*, 2012; NAKPHONG; VON EHRENSTEIN, 2020; SILVERMAN *et al.*, 2009; SILVERMAN *et al.*, 2016; WRIGHT, 2007; YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011).

Crianças muito pequenas podem manifestar sintomas como: distúrbios do sono, estresse emocional, queixas somáticas, medo de ficarem sozinhas e comportamentos de regressão (MARGOLIN; GORDIS, 2000). Além disso, um estudo demonstrou o aumento do risco de mortalidade em crianças menores de cinco anos quando suas mães sofrem violência física e/ou sexual (ASLING-MONEMI *et al.*, 2003). Analisando crianças holandesas, autores evidenciaram que a exposição à VPI aumentava a chance de relatarem ideias suicidas, o que exprime um grande sofrimento psicológico, indicando um comportamento de risco para a saúde com sérias repercussões para a vida adulta (LAMERS-WINKELMAN; SCHIPPER; OOSTERMAN, 2012).

Outra questão a se levar em conta no que tange ao impacto que a violência pode causar, refere-se à transmissão intergeracional da violência. Estudos demonstram que crianças violentadas têm maior chance de serem agressoras ou vítimas futuramente quando comparadas às não violentadas, colocando em risco também a futura prole e conseqüentemente gerações vindouras, fortalecendo o ciclo da violência (FORKE *et al.*, 2018; FULU *et al.*, 2017; IZAGUIRRE; CALVETE, 2017). Até mesmo esta violência ser perpetrada contra os próprios pais e/ou nos relacionamentos amorosos inclusive nos namoros na fase da adolescência, sendo também comum o risco da coocorrência desses tipos citados (IZAGUIRRE; CALVETE, 2017).

A exemplo disso, o estudo de Forke *et al.* (2018), analisando adolescentes que haviam sofrido violência quando crianças, demonstrou maior chance de perpetração/vitimização da violência ainda nessa fase da vida. Sendo que meninos tinham mais chance de serem perpetradores e as meninas vítimas, quando a violência a que foram expostos tinha sido causada por alguém do sexo masculino, o que ocorreu na grande maioria dos casos (FORKE *et al.*, 2018).

Os mecanismos que explicam as repercussões na saúde da criança exposta à violência ainda não estão totalmente esclarecidos. Há evidências que o estresse materno afeta o

funcionamento e estrutura cerebrais podendo os efeitos serem perpassados a gerações futuras (BEIJERS; BUITELAAR; DE WEERTH, 2014). Durand *et al.* (2011) afirmam que a violência pelo parceiro íntimo está associada a problemas comportamentais dos filhos e se expressam com maior gravidade quanto mais grave for a violência perpetrada.

Outro ponto a ser levado em conta é que o estado psicológico da mãe tem efeito direto na criança. Assim, o humor alterado da mãe e mudanças no padrão de afeto poderão exercer efeitos deletérios sobre o bem-estar emocional das suas crianças (HOLMES, 2013; LEVENDOSKY; GRAHAM-BERMANN, 2001). No caso da mãe violentada, cujo funcionamento psicológico pode estar alterado, há evidências de repercussões negativas no cuidado para com seus filhos (AHLFS-DUNN; HUTH-BOCKS, 2014; PERNEBO; ALMQVIST, 2017).

Elas podem exprimir tristeza, irritabilidade e imprevisibilidade no cuidado afetando diretamente a saúde mental das crianças e favorecendo com isso, problemas emocionais e comportamentais das mesmas (DURAND *et al.*, 2011). Nesse contexto, mães que são violentadas têm maior risco de desenvolverem sintomas de estresse pós-traumático e assim, serem menos capazes de regular as respostas a seus filhos. Com isso, tendem a impetrarem uma educação punitiva e restritiva. Também, indiretamente, tornam-se mais indisponíveis ou incapazes de instruírem, apoiarem e serem empáticas com o sofrimento que a criança também está vivenciando em meio à VPI, afetando ainda mais a saúde mental e /ou física delas (GREENE *et al.*, 2018; MANZOLLI *et al.*, 2012).

Diante de todo contexto desfavorável, o risco da criança desenvolver algum problema em decorrência da VPI é, em parte, influenciado pelo nível de compreensão que a criança tenha do fato ocorrido, mediante seu grau de maturidade. Tal situação representa um conflito entre a realidade dura da violência que é perpetrada por alguém próximo e de quem ela depende, gerando dificuldades e incertezas ao entender a causa ou origem da VPI, e em alguns casos, sentimentos ambivalentes despertados na tentativa de compreender o comportamento agressivo de seus pais (EDLESON *et al.*, 2007; IZAGUIRRE, CATER, 2018).

Nessa perspectiva, existem vários fatores de proteção que contribuem para a resiliência das crianças expostas à VPI em relação aos desfechos que elas poderiam apresentar. Entre eles, citam-se os fatores de proteção pessoal (habilidades cognitivas, sociais e adaptativas), espiritualidade e expectativas futuras, e os fatores de proteção ambiental (relações positivas com mães e/ou outros parentes que deem suporte a elas) (MARISCAL, 2020).

2.4 A EXPOSIÇÃO DA CRIANÇA À VPI E AS DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS

O reconhecimento da associação entre exposição à violência com DGIF's pela comunidade científica é relativamente recente. A observação de casos ao longo do tempo de condições clínicas em adultos, sem causa orgânica aparente, porém com histórico de violência, especialmente física e/ou sexual, salientou a necessidade de verificação dessa relação que até a década de 1980 era praticamente ignorada e atribuída exclusivamente a problemas psiquiátricos a despeito de poucas evidências disponíveis. Então, inicialmente analisando mulheres com sintomas somáticos e, verificando seu histórico de violência, cientistas identificaram que havia associação entre essas condições referidas (DROSSMAN, 2011).

Baseado em estudos prévios com adultos, gastroenterologistas passaram a considerar o público infantil. Em 1999, foram estabelecidos critérios diagnósticos de DGIFs em crianças (RASQUIN-WEBER *et al.*, 1999). Assim, com base nos pressupostos do modelo BPS, a associação das desordens com eventos adversos na infância, inclusive da violência, passou a ser mais percebida e estudada (OUDENHOVE *et al.*, 2016).

Em geral, histórico de eventos adversos na vida, são identificados em pacientes com DGIFs que além de ser fator de risco para que os sintomas ocorram, pode agravá-los e/ou influenciar negativamente nos resultados do tratamento proposto (OUDENHOVE, 2016; BRADFORD *et al.*, 2012).

Alguns estudos internacionais verificam sintomas gastrointestinais em crianças associados à VPI. Um dos problemas comumente investigados como desfecho da exposição à VPI é a diarreia, que constitui uma classificação diagnóstica de DGIFs da faixa etária pré-escolar (BENNINGA & NURKO *et al.*, 2016). No entanto, algumas publicações científicas não descrevem a utilização dos critérios de Roma para identificação dos casos.

Estudos realizados em países asiáticos como Índia, Bangladesh, Nepal (FERDOUSY; MATIN, 2015; SILVERMAN *et al.*, 2009) e Cambodja (NAKPHONG; VON EHRENSTEIN, 2020), encontraram maior chance de diarreia em crianças menores de cinco anos, cujas mães foram vítimas de VPI. Da mesma forma, na Tanzânia, considerando crianças da mesma faixa etária, foi identificada maior chance de morbidades, incluindo diarreia entre aquelas expostas à VPI cometida contra suas mães (BINTABARA; KIBUSI, 2018). Em outro estudo na Uganda, avaliando crianças menores de um ano, foi encontrada também maior chance de diarreia entre as crianças, cujas mães foram expostas à VPI (KARAMAGI *et al.*, 2007).

No Brasil, um estudo de coorte identificou, dentre outros desfechos, maior risco de diarreia entre crianças de até cinco meses de idade expostas à violência perpetrada contra suas mães no período do pós-parto (MANZOLLI *et al.*, 2012).

A dor no estômago, sintoma especialmente associado ao diagnóstico de dispepsia funcional, de acordo com a classificação da FR, é outra categoria investigada como desfecho decorrente da exposição à VPI. Na Suécia, foi identificado que crianças e adolescentes cujas mães sofriam violência doméstica, independentemente do perpetrador, apresentavam maior chance desse desfecho, quando comparados aos não expostos (OLOFSSON *et al.*, 2011). Estudo norte-americano com pré-escolares identificou maiores prevalências dessa sintomatologia entre crianças com sintomas de estresse pós-traumático, cujas mães eram vítimas de VPI (KUHLMAN; HOWELL; GRAHAM-BERMANN, 2012). Também, no Sri Lanka, dor abdominal recorrente esteve associada com eventos adversos na vida, sendo a exposição a brigas frequentes nos lares associado ao desfecho em crianças e adolescentes entre cinco e 15 anos, em comparação aos não expostos (DEVANARAYANA; DE SILVA; DE SILVA, 2008).

Lamers-Winkelmann, Schipper e Oosterman (2012) identificaram associação entre ECVPI e diversos sintomas somáticos em crianças holandesas. Dentre eles, os sintomas gastrointestinais analisados - náuseas, vômitos, constipação e dores no estômago - apresentaram as maiores chances de ocorrência.

A constipação intestinal apresenta-se como um dos diagnósticos de DGIFs mais frequentes entre crianças e adolescentes em todo mundo (BORONAT *et al.*, 2017). Estudos analisados numa revisão sistemática identificam associação entre constipação e eventos estressores vivenciados por crianças e adolescentes entre seis meses e 16 anos de idade, ainda que especificamente a ECVPI não seja verificada (LIYANARACHCHI *et al.*, 2021).

De modo semelhante, um estudo realizado no Sri Lanka observou crianças e adolescentes entre 10 e 16 anos e encontrou maior chance de constipação, utilizando os critérios do ROMA III, entre aqueles que relataram diversos tipos de eventos adversos na vida. A constipação foi associada a praticamente todos os tipos de exposições analisadas. Entre os EAVIs, a criança presenciar briga frequente nos lares, apresentou uma das maiores chances do desfecho (DEVANARAYANA; RAJINDRAJITH, 2010).

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exposição da criança à VPI cometida contra sua mãe pode ser um desencadeador de diversos desfechos desfavoráveis cujas repercussões podem se manifestar no decorrer da vida do indivíduo. Constitui uma situação adversa, estressora, que geralmente ocorre de maneira continuada e frequente colocando a criança numa condição de exposição crônica e causando o estresse tóxico que, por sua vez, pode desregular a fisiologia a ponto de causar problemas, como as desordens gastrointestinais funcionais.

As consequências poderão ser mais prejudiciais quanto mais cedo for a exposição da criança aos eventos adversos devido à vulnerabilidade do cérebro em desenvolvimento no início da vida. Baseado no modelo DOHaD, fatores ambientais podem exercer efeitos ao longo da vida por alterarem, no início do desenvolvimento, a programação do curso de saúde através das alterações químicas que ocorrem no DNA com expressões fenotípicas que podem se expressar como doenças ao longo da vida.

Também, o modelo biopsicossocial das DGIFs contempla diversos fatores que podem estar associados à gênese dos sintomas. Por exemplo, a desregulação do funcionamento do eixo cérebro-intestino pode ser proveniente dos eventos adversos no início da vida, como no caso da violência.

Mesmo com as teorias que embasam a compreensão da origem das DGIFs, seu caráter multifatorial sugere uma série de questionamentos ainda não elucidados de como situações de risco ou estressoras na vida das crianças, como a exposição à violência e sua dinâmica, pode influenciar o aparecimento das desordens.

3 MÉTODOS

3.1 DESENHO DE ESTUDO

Estudo de coorte prospectivo conduzido em três etapas: na gravidez, no pós-parto e quando as crianças, frutos de gestações que ocorreram entre 2005 e 2006 tinham entre seis a nove anos. O desfecho analisado foi a ocorrência de DGIFs no grupo de crianças expostas à VPI cometida contra suas mães, comparado ao grupo de crianças não expostas.

Nas duas primeiras etapas (gravidez e pós-parto), o estudo contou com os financiamentos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo: 403060/2004-4) e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (Decit – Processo: 473545/2004-7). A terceira etapa foi realizada com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – processo nº 475240/2011-1).

3.2 CONTEXTO

3.2.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade do Recife, no Distrito Sanitário (DS) II, situado na região Norte da cidade. Atualmente, no Recife, existem oito DSs. Na ocasião da coleta dos dados deste estudo, havia apenas seis. Na época da realização das entrevistas, o DS II correspondia à menor das seis regiões da cidade do Recife, com extensão territorial de 1.430 hectares. Era composto por 19 bairros: Água Fria, Alto do Pascoal, Alto Santa Terezinha, Arruda, Beberibe, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Campina do Barreto, Campo Grande, Dois Unidos, Encruzilhada, Fundão, Hipódromo, Linha do Tiro, Peixinhos, Ponto de Parada, Porto da Madeira, Rosarinho e Torreão. A ocupação do DS II era predominantemente residencial, composta na maior parte por famílias de média e baixa renda. A maior parte da população (60%) residia em cinco Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS). Essas localidades apresentam características típicas de aglomerados subnormais ou “favelas” e são definidas por um conjunto

de indicadores que destacam as comunidades com maiores carências em condições habitacionais e de infraestrutura de serviços públicos essenciais. Possuía as maiores densidades domiciliares e demográficas (3,79 habitantes por domicílio e 144 habitantes/ha, respectivamente) da cidade. A maior densidade domiciliar era encontrada no bairro da Linha do Tiro (4,52 habitantes por domicílio) e a menor no Torreão (3,38 habitantes por domicílio). Em relação à renda dos responsáveis pelo domicílio, na ocasião da coleta de dados, cerca de 40% não possuíam rendimento ou ganhavam até um salário mínimo. O DS II tinha cerca de 95% dos seus domicílios com abastecimento de água, porém, em relação ao esgotamento sanitário, 51,58% possuíam fossa rudimentar e apenas 31,26% estavam ligados à rede geral de esgotamento. A coleta de lixo era feita em 96% das residências e as demais (4%) queimavam, enterravam ou jogavam o lixo em terreno baldio.

A rede de atenção à saúde era composta por 44 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), além de 23 equipes de saúde bucal, e três equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, distribuídas em 20 Unidades de Saúde da Família (USF), o que representa cobertura de aproximadamente 78% da população do Distrito. Possuía ainda dois centros de saúde tradicionais, duas policlínicas, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – sendo um infantil, um de transtorno mental e outro de álcool e drogas, quatro Residências Terapêuticas, um Centro de Especialidades Odontológicas, três farmácias da família, dois serviços de apoio diagnóstico, um Serviço de Pronto Atendimento, uma unidade especializada em práticas integrativas e sete polos da academia da cidade e uma maternidade (RECIFE, 2014).

Como os critérios para o cadastramento das famílias na ESF são os mesmos em todas as áreas do município do Recife, e como todos os distritos têm características socioeconômicas semelhantes, por otimização operacional, optou-se por fazer a pesquisa em um único DS.

3.2.2 Operacionalização da pesquisa

Foram selecionadas entrevistadoras que possuíam experiência com pesquisa em saúde da mulher e da criança que participaram de um treinamento com duração de uma semana que abordou detalhadamente o conteúdo dos formulários a serem utilizados nas entrevistas, bem como as principais ideias do estudo. Devido às dificuldades inerentes às pesquisas que envolvem violência, uma das principais questões enfatizadas foram os aspectos éticos e

necessidade de precisão na coleta dos dados. Nesse sentido, foram realizadas entrevistas simuladas e discussões em grupo de cada tópico abordado. Estudos-piloto foram realizados em todas as etapas da pesquisa a fim de adequar o formulário à pesquisa, identificar possíveis problemas na receptividade das mulheres à entrevista e selecionar as entrevistadoras.

3.2.3 Coleta de dados

A coorte foi iniciada em 2005 com a pesquisa *“Violência na gravidez: determinantes e consequências para a saúde reprodutiva, saúde mental e resultados perinatais”* desenvolvida em duas etapas (gestação e puerpério). Em 2013 e 2014, foi realizada a 3ª etapa que avaliou as consequências da violência cometida por parceiro íntimo durante a gravidez, no pós-parto e nos últimos sete anos para a saúde da mulher e da criança fruto da gestação que ocorreu entre 2005 e 2006, entre elas, as DGIFs. A verificação da exposição à VPI ocorreu nas três etapas da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2005 a dezembro de 2006 (1ª e 2ª etapas) e entre julho de 2013 a abril de 2014 (3ª etapa). As informações foram obtidas por entrevistas realizadas face a face em local reservado, sem a presença do companheiro ou outra pessoa com idade maior do que dois anos, sendo garantido o sigilo das respostas. As crianças não foram entrevistadas diretamente. As informações sobre as mesmas foram obtidas pelos relatos das mães. As mulheres foram entrevistadas sobre suas condições socioeconômicas, hábitos de vida, saúde mental, apoio social e situação de violência, entre outros temas e responderam sobre características da criança, exposição da criança a situações de violência e sintomas gastrointestinais.

3.2.4 Instrumento da coleta de dados

Para a coleta dos dados foram utilizados formulários estruturados e pré-codificados aplicados nas três fases da pesquisa. Na primeira fase foi utilizado o “Questionário da mulher”, aplicado à gestante composto por 11 seções.

Na segunda fase utilizou-se o “Questionário da puérpera”, composto por 14 seções. Na terceira etapa foram aplicados os “Questionário da mulher” e “Questionário da criança”, constituídos por 17 seções ao todo (Apêndice B).

3.2.5 População de estudo

A população da primeira etapa foi constituída por todas as gestantes com idade igual ou superior a 18 anos cadastradas na ESF do DS II. Na primeira fase da coleta de dados, entre os anos de 2005 e 2006, foram identificadas, a partir dos registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), gestantes que estavam com 31 semanas ou mais de gravidez totalizando 1.133 elegíveis para participação da pesquisa. O contato com aquelas que não realizavam o pré-natal na USF ou não iam às consultas regularmente foi feito no domicílio. Para minimizar a não identificação de mulheres elegíveis, foi realizada “varredura” na área de estudo buscando identificar alguma gestante que porventura não tivesse sido identificada pela equipe de saúde da ESF local. Com 1,2% de perdas (13 gestantes) o banco de dados final dessa fase contou com 1.120 mulheres.

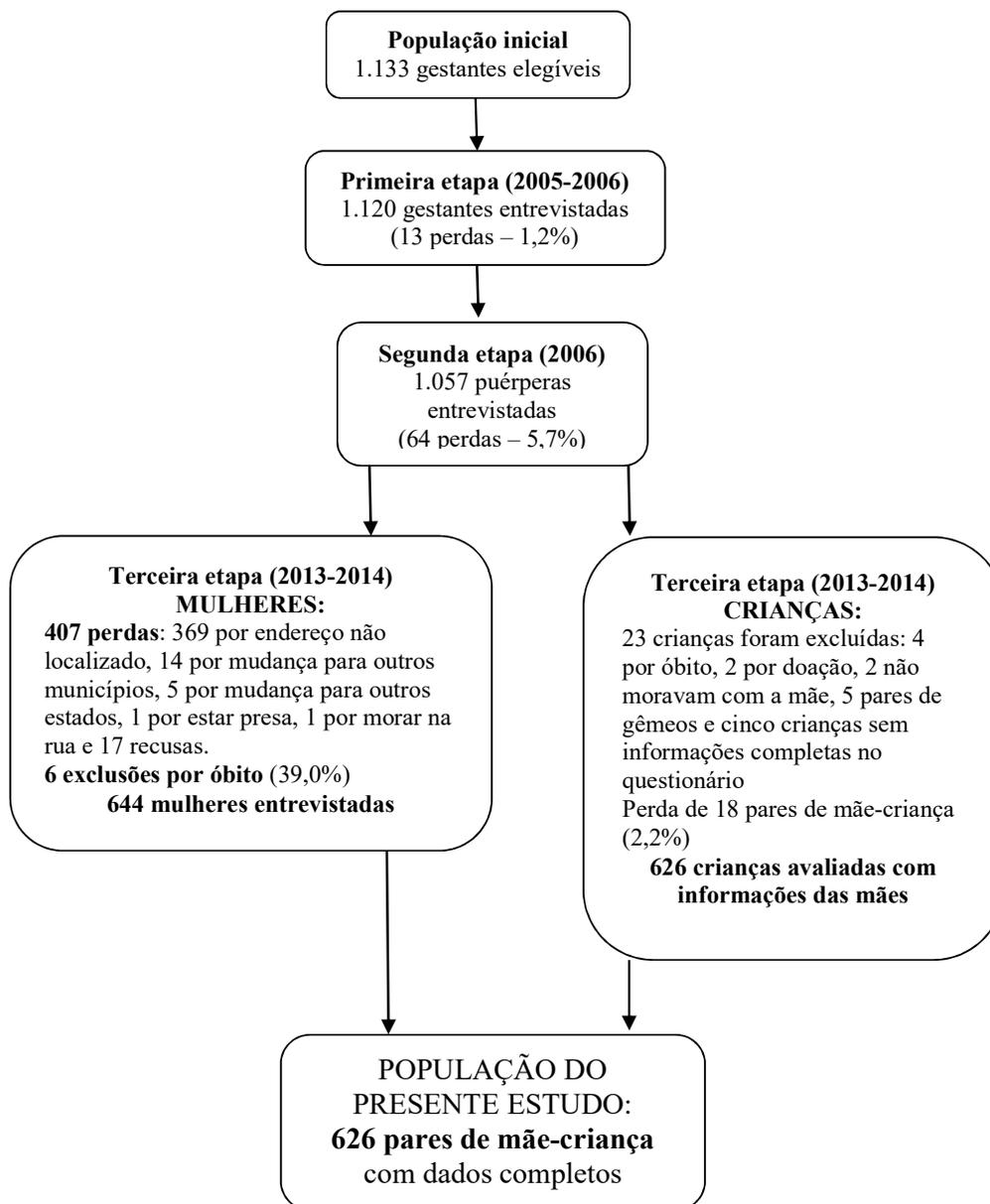
A segunda etapa da pesquisa ocorreu depois do parto, no período de maio a dezembro de 2006. Houve a busca das mulheres participantes da primeira etapa para uma nova entrevista. Houve uma perda de 64 mulheres (5,7%) e uma entrevista de uma participante nessa fase que não havia respondido ao formulário da gestante, totalizando ao final 1.057 puérperas entrevistadas. O tempo médio de seguimento entre a primeira e segunda entrevista foi de 8,1 meses.

Na terceira etapa da pesquisa, realizada entre julho 2013 a abril de 2014, as mulheres que participaram da segunda etapa foram identificadas para uma nova entrevista. Entretanto, seis delas haviam ido a óbito, 369 não foram encontradas por mudança de endereço, 14 estavam morando em outro município, cinco em outro estado, uma estava presa, uma estava morando na rua, além de ter havido 17 recusas de continuar participando da pesquisa. Assim, foram entrevistadas nessa etapa, 644 mulheres (39% de perdas). Para minimizar tais perdas no seguimento da coorte nessa última etapa, foi realizada uma busca ativa pela equipe de coordenação da pesquisa a fim de identificar a maior parte das entrevistadas na etapa anterior a partir de informações dos novos endereços relatados pela equipe de saúde da família, além de informações obtidas por familiares e antigos vizinhos.

Em relação às crianças, 18 foram excluídas com suas respectivas mães: quatro por óbito, duas por terem sido doadas a outras famílias, duas por não estarem morando com suas mães, cinco pares de gêmeos (dez crianças). Além dessas, também foram excluídas cinco crianças cujas mães não responderam totalmente às perguntas do formulário, totalizando 23 exclusões de crianças. Finalmente, 626 crianças, com idades de seis a nove anos, avaliadas com

informações de suas mães, constituíram a população do presente estudo. A Figura 01 apresenta o fluxograma das três etapas da coorte com a respectiva população em cada fase.

Figura 01- Fluxograma da população de estudo nas três etapas da coorte



Fonte: A autora (2021)

3.3 DEFINIÇÃO DE TERMOS E ELENCO DE VARIÁVEIS

3.3.1 Variável dependente

As DGIFs foram identificadas a partir do *Questionnaire about Pediatric Gastrointestinal Symptoms* versão Roma III (QSGP-III) para crianças de quatro anos de idade e mais (Formulário de Relato dos Pais), adaptado do Questionário de Sintomas Gastrintestinais Pediátricos (Walker, Caplan-Dover & Rasquin-Weber, 2000) (Apêndice C), validado transculturalmente para o português, para fins do presente estudo, cumprindo as seguintes diretrizes estabelecidas pela FR:

- 1) A partir do instrumento original, em inglês, fornecido pela FR, foi realizada a tradução para o português por dois tradutores juramentados, com experiência em documentos da área médica;
- 2) Foi realizada uma reunião de conciliação entre os tradutores e o monitor clínico, indicado pela FR a fim de obter uma única versão do documento em português;
- 3) Esta última versão foi traduzida de volta para o inglês por outro tradutor, inglês nativo e fluente em português, também com experiência na área médica;
- 4) As duas versões do documento em inglês (original e traduzido) foram comparadas pelos tradutores e monitor e verificadas as diferenças de idioma e realizada a adaptação transcultural;
- 5) O documento foi apresentado a duas mães de crianças menores de dez anos a fim de sugerirem alguma alteração na redação que pudesse comprometer a compreensão. Houve nível de concordância maior que 90%. Assim, foi revisado e submetido à FR, obtendo a aprovação final do documento em português (Anexo A).

As DGIFs foram identificadas a partir das respostas maternas ao formulário QSGP-III. Dentre elas, foi retirada a “síndrome da ruminação do adolescente” (H1a) devido à faixa etária estudada neste trabalho ser até nove anos de idade. Foram consideradas as seguintes definições e critérios estabelecidos no Roma III:

- 1)H1b - Síndrome do vômito cíclico: caracterizada por dois ou mais períodos de intensa náusea e vômitos incessantes que persistem por horas ou dias, alternado por períodos de retorno ao estado de saúde normal por semanas ou meses;

- 2) H1c – Aerofagia: presença de pelo menos dois dos seguintes sintomas: deglutição de ar; distensão abdominal pelo ar intraluminal e eructações e flatos repetitivos;
- 3) H2a - Dispepsia funcional: criança que apresenta os seguintes sintomas pelo menos uma vez por semana há pelo menos dois meses: dor ou desconforto epigástrico persistente ou recorrente que não alivia com a evacuação e não está associado com mudança no padrão da frequência das evacuações e consistência das fezes;
- 4) H2b- Síndrome do intestino irritável: dor ou desconforto abdominal associada a dois ou mais das seguintes situações, por pelo menos 25% do tempo: alívio da dor com a evacuação, mudança na frequência das evacuações e/ou formato consistência das fezes. Os sintomas devem estar presentes pelo menos uma vez por semana há pelo menos dois meses;
- 5) H2c - Enxaqueca abdominal: episódios paroxísticos de intensa dor periumbilical que interferem nas atividades normais podendo durar uma hora ou mais, alternando com ausência de tal sintoma por semanas ou meses. A dor é associada com dois ou mais dos seguintes sintomas: anorexia, náusea, vômitos, cefaleia, fotofobia e palidez. Sintomas devem estar presentes pelo menos uma vez por semana há pelo menos dois meses;
- 6) H2d - Dor abdominal funcional: dor abdominal episódica ou contínua que ocorre pelo menos uma vez por semana há pelo menos dois meses;
- 7) H2d1- Síndrome da dor abdominal funcional: presença da dor abdominal funcional ao menos por 25% do tempo que possa interferir nas atividades diárias e/ou presença de sintomas como cefaleia, dificuldade para dormir e dor nos membros;
- 8) H3a- Constipação funcional: deve incluir duas ou mais situações descritas a seguir que ocorrem pelo menos uma vez por semana há pelo menos dois meses sem critérios suficientes para síndrome do intestino irritável: duas ou menos defecações por semana; ao menos um episódio de incontinência fecal por semana; história de postura retentiva ou retenção voluntária das fezes; história de movimentos intestinais dolorosos; presença de grande massa fecal no reto; eliminação de fezes de largo diâmetro;
- 9) H3b - Incontinência fecal não-retentiva: defecação em lugares fora do contexto aceito socialmente, ao menos uma vez por mês há pelo menos dois meses (RASQUIN *et al.*, 2006).

Os formulários foram analisados às cegas com relação à exposição, por uma gastroenterologista pediátrica com mais de 30 anos de experiência, com Título de Habilitação

em Gastroenterologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria/Associação Médica Brasileira para confirmação ou não das DGIF's. Foi considerado “sim” quando a criança apresentava qualquer um dos subtipos listados anteriormente.

3.3.2 Variável independente

A exposição da criança à VPI cometida contra sua mãe foi a variável independente analisada neste estudo. A classificação de Holden (2003) foi utilizada para tal verificação. Foi considerado caso de ECVPI quando a mãe respondeu “sim” a pelo menos um dos dez tipos de ECVPI. Para identificação de cada tipo de exposição isoladamente, foi considerada a resposta sim, referida pela mãe, a cada uma das seguintes situações:

- 1) Exposição pré-natal: a mãe refere que sofreu VPI durante a gravidez;
- 2) Ouvir: a criança ouviu algum desentendimento entre ela e o parceiro;
- 3) Ver: a criança viu algum desentendimento entre ela e o parceiro;
- 4) Intervir: a criança tentou intervir nos desentendimentos entre a mãe o parceiro;
- 5) Participar: a criança foi forçada, ou voluntariamente se juntou ao parceiro para agredir física ou verbalmente a mãe;
- 6) Ser vítima: durante o ato violento, a criança foi verbal ou fisicamente agredida pela mãe ou parceiro, de forma intencional ou acidental;
- 7) Observar consequências: a criança observou, como consequência da VPI, algumas situações como a mãe machucada, chorando, precisando de atendimento médico, objetos da casa quebrados e/ou a polícia sendo acionada;
- 8) Vivenciar consequências: a criança vivenciou mudanças em sua vida como a separação entre a mãe e o parceiro, mudança de domicílio, mãe com depressão e/ou com mudanças de comportamento;
- 9) Escutar comentários dos adultos: a criança ouviu conversas a respeito da VPI vivenciada pela mãe;
- 10) Desconhecer aparentemente: a mãe acredita que a criança não tem conhecimento da violência, pois ocorreu fora de casa ou quando a criança estava fora ou dormindo.

A ECVPI foi analisada também por três variáveis:

- Número de tipos de exposição, categorizada em: “Sem exposição”, “um a três tipos”, “quatro tipos ou mais”;
- Idade de início da exposição, categorizada em: “Sem exposição”, “Exposição no período pré-natal”, “Exposição de 0 – 2 anos de idade” e “Exposição \geq 3 anos de idade”;
- Perpetrador da exposição, categorizada em: “Sem exposição”, “pai biológico”, “outro parceiro da mãe”.

3.3.3 Covariáveis

Variáveis relativas às características socioeconômicas e demográficas da mãe:

- Idade: definida em anos completos e categorizada em duas faixas etárias: \leq 27 anos e \geq 28 anos;
- Escolaridade: A partir do relato do número completo de anos de estudos, categorizada em: \leq 9 anos e $>$ 9 anos de estudo;
- Renda: Recebimento de qualquer quantia monetária mensal. Classificada como: “Sem renda/ $<$ 1 salário mínimo”, “ \geq 1 salário mínimo”;
- Situação conjugal - Condição referida pela mulher e categorizada em: “com companheiro” e “sem companheiro”;
- Companheiro é o pai da criança - Identifica se o companheiro atual ou mais recente é o pai biológico da criança estudada. Categorizada como dicotômica: “sim” e “não”;

Variáveis relativas às características socioeconômicas e demográficas do parceiro:

- Idade: definida em anos completos e categorizada em duas faixas etárias: \leq 27 anos e \geq 28 anos;
- Escolaridade: A partir do relato do número completo de anos de estudos, categorizada em: \leq 9 anos e $>$ 9 anos de estudo;
- Renda: Recebimento de qualquer quantia monetária mensal. Classificada como: “Sem renda/ $<$ 1 salário mínimo”, “ \geq 1 salário mínimo”.

Características comportamentais e estilo de vida da mãe (avaliadas como dicotômica: “sim” e “não”):

- Uso de álcool – Hábito de consumo de bebida alcoólica no período da entrevista;
- Uso de drogas ilícitas: Uso de drogas ilícitas nos últimos sete anos.

Saúde mental das mães: Investigada pelo *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), que investiga os transtornos mentais comuns (TMC) - transtornos somatoformes, de ansiedade e depressão. O SRQ-20 é composto por uma escala contendo 20 questões autoavaliativas (no presente estudo, foi aplicado pelas entrevistadoras). A presença de TMC foi considerada quando a mulher respondeu a oito ou mais respostas positivas, conforme estudo de validação realizado no Brasil com sensibilidade de 77,0% e especificidade de 81,0% (MARI; WILLIAMS, 1986).

Características comportamentais e estilo de vida do parceiro (avaliadas como dicotômica: “sim” e “não”):

- Uso de álcool – Hábito de consumo de bebida alcoólica no período da entrevista;
- Uso de drogas ilícitas: Uso de drogas ilícitas nos últimos sete anos;
- Envolvimento com brigas: Se é do conhecimento da mulher que o parceiro esteve envolvido em agressões físicas com outro homem.

Variáveis sociodemográficas das crianças:

- Idade: 6-7 anos e de 8-9 anos;
- Sexo - Masculino e feminino;
- Possui irmãos: Sim e Não;
- Quantidade de irmãos: categorizada em “nenhum”, “um ou dois irmãos” ou “três ou mais irmãos”;
- Posição da criança na prole: categorizada em “primeira ou segunda posição” ou “terceira ou mais”;
- Série- Avaliada em duas categorias: “Alfabetização/1ª série” e “≥ 2ª série”;
- Tipo de escola-Avaliada em duas categorias: “Pública” e “Privada”.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após as entrevistas, todos os dados coletados foram digitados no programa Epi-Info para Windows, versão 3.04, com dupla entrada de dados e por digitadores diferentes, e constituíram assim o banco de dados primário. O aplicativo *Data Compare* foi utilizado para checar os erros de digitação, verificar a consistência e proceder à limpeza dos dados. A partir dos bancos de dados primários, para o presente estudo foi criado um banco de dados segundo os objetivos propostos, selecionando as variáveis de interesse contidas nos formulários utilizados nas entrevistas. Para identificar a VPI ocorrida na gravidez, foi utilizada a seção 7 do formulário aplicado à gestante intitulada: “a entrevistada e seu parceiro atual ou mais recente”. A VPI ocorrida no puerpério foi identificada a partir das respostas contidas na seção 13 do formulário aplicado às puérperas igualmente intitulada: “A entrevistada e seu parceiro atual ou mais recente”. As demais variáveis utilizadas neste estudo foram selecionadas a partir dos dados contidos no formulário aplicado à mãe na terceira etapa da pesquisa, constituído por 17 seções (Apêndice B). As seções descritas a seguir foram utilizadas neste estudo:

Seção 1- Características socioeconômicas e demográficas da mulher;

Seção 2- Parceiro atual ou mais recente;

Seção 5 – Saúde mental (SRQ-20);

Seção 9- Identificação da criança;

Seção 11- Sintomas Gastrointestinais;

Seção 15- Sobre as experiências da criança com a exposição à violência.

O programa utilizado para análises estatísticas foi o Stata versão 13.0 para Windows.

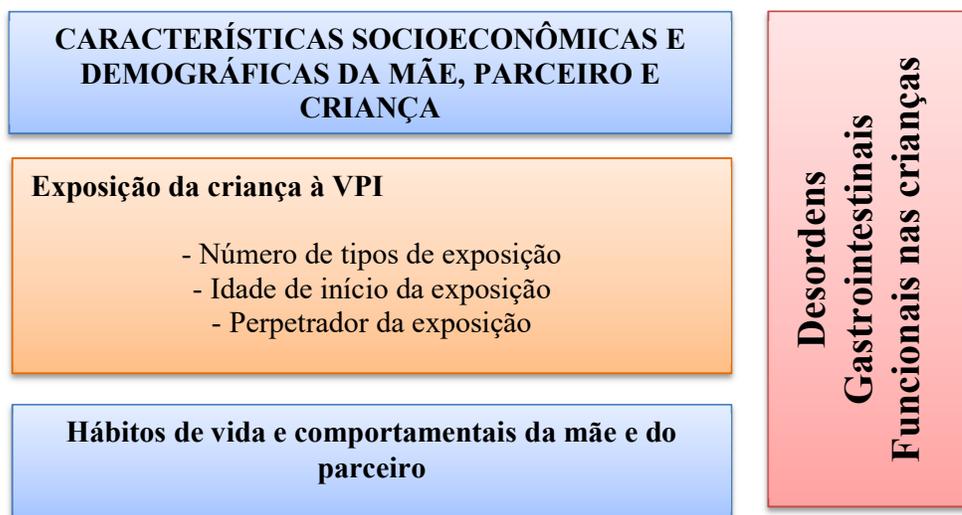
A partir do modelo empírico elaborado para este estudo (Figura 02), com base na literatura, foi realizada a seguinte sequência de análise, verificando as razões de chance (ORs) brutas, com os respectivos intervalos de confiança e os valores de p:

- a) Foram verificadas as características gerais da amostra, averiguando as possíveis associações das covariáveis com a variável independente (exposição da criança à VPI) e a dependente (DGIFs) utilizando o teste do qui-quadrado de Pearson, com a finalidade de identificar os possíveis fatores de confundimento;
- b) Foi verificada a distribuição das DGIFs entre as crianças expostas à VPI em comparação com as não expostas;

- c) Foram identificadas as associações entre os diversos tipos de exposição propostos por Holden (2003), com a ocorrência das DGIFs;
- d) Foi verificada a associação entre os aspectos relacionados à ECVPI (números de tipos de exposição, idade de início e perpetrador da exposição) com as DGIFs;

Por fim, foi realizada a análise multivariada utilizando a regressão logística para identificar a associação entre a ECVPI, com as DGIFs, independente do efeito das covariáveis. Foram incluídas nesta etapa, as variáveis que apresentaram $p < 0,10$ na análise bivariada para estimar a associação controlando pelas variáveis de confundimento. A comparação dos modelos de OR brutas e ajustadas foi realizada pela razão de verossimilhança.

Figura 02- Modelo empírico para investigação de fatores associados à exposição da criança à violência cometida contra a mãe pelo parceiro íntimo e às desordens gastrointestinais funcionais.



Fonte: A autora (2021)

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

As três etapas da pesquisa foram submetidas e aprovadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (protocolo número 303/2004-CEP/CCS para a primeira e segunda etapas e Parecer nº 194.672- ANEXO A, emitido em 06/02/2013 referente à terceira etapa).

As mulheres elegíveis para o estudo foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) nas três fases da pesquisa. Na terceira etapa havia dois TCLEs, um para a mulher e outro referente à criança, nos quais a mãe concordava em responder às perguntas sobre seus filhos. Foi facultada às mulheres a participação ou não da pesquisa. Igualmente, o sigilo foi garantido assim como o direito de interromper a entrevista ou de não responder qualquer das perguntas realizadas.

Com a finalidade de assegurar a proteção às entrevistadas, foi garantida a confidencialidade e privacidade durante e após as entrevistas. Todas as mulheres entrevistadas, mesmo não tendo relatado vivências de violência, foram informadas sobre serviços sociais, de saúde e jurídico-policiais disponíveis, recebendo, ao final da entrevista, miniguias contendo informações sobre tais serviços especializados no atendimento a mulheres e crianças em situação de violência da cidade do Recife. Em se identificando situação de vivência atual de violência pelas mães e/ou pelas crianças, foram orientadas a procurar os serviços especializados para atendimento de tais casos.

4 RESULTADOS

A tabela 1 ilustra a comparação das mulheres que saíram do estudo com as que permaneceram. Após a análise de características como idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade e informações sobre VPI, não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre elas.

Tabela 01- Comparação das características socioeconômicas, demográficas e violência pelo parceiro íntimo das mulheres (VPI) que participaram e não participaram da terceira etapa.

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

* 3 valores perdidos

Fonte: a autora (2021)

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA AMOSTRA

Na tabela 2 são apresentadas as características socioeconômicas e demográficas das mães e parceiros íntimos e sociodemográficas das crianças, mostrando a associação dessas variáveis em relação à exposição da criança à VPI cometida contra a mãe e as DGIFs. Das variáveis analisadas, apenas a idade da criança apresentou associação estatisticamente significativa com as DGIF's, onde as mais novas apresentaram maior percentual em comparação com as mais velhas. As variáveis: idade das mães, situação conjugal, companheiro é o pai da criança, idade do parceiro, escolaridade do parceiro, idade da criança e tipo de escola mostraram-se associadas à ECVPI.

No apêndice D encontram-se tabelas que mostram a associação das covariáveis com o número de tipos de exposições, idade de início e o perpetrador da exposição.

Tabela 02 – Características socioeconômicas e demográficas das mães, parceiros íntimos e das crianças, distribuídas segundo exposição da criança à violência por parceiro íntimo e às desordens gastrointestinais funcionais.

Variáveis	N=626 n (%)	Exposição da criança à violência por parceiro íntimo			p	Desordens Gastrointestinais Funcionais		
		Não n (%)	Sim n (%)			Não n (%)	Sim n (%)	p
Das mães								
Idade (anos)								
≥ 28	544 (86,9)	198 (92,9)	346 (83,8)			419 (77,0)	125 (23,0)	
≤ 27	82 (13,1)	15 (7,1)	67 (16,2)	0,002		69 (84,1)	13 (15,9)	0,15
Escolaridade (anos de estudo)								
> 9	316 (50,5)	114 (53,5)	202 (48,9)			252 (79,7)	64 (20,3)	
≤ 9	310 (49,5)	99 (46,5)	211(51,1)	0,27		236 (76,1)	74 (23,9)	0,27
Renda								
≥ 1 salário mínimo	211 (33,7)	66 (31,0)	145 (35,1)			163 (77,3)	48 (22,7)	
Sem renda/<1 sm*	415 (66,3)	147(69,0)	268 (64,9)	0,30		325 (78,3)	90 (21,7)	0,76
Situação conjugal								
Com companheiro	508 (81,1)	190 (89,2)	318 (77,0)			401 (78,9)	107 (21,1)	
Sem companheiro	118 (18,9)	23 (10,8)	95 (23,0)	<0,001		87 (73,7)	31 (26,3)	0,22
Companheiro é o pai da criança								
Sim	401 (64,1)	183 (85,9)	218 (52,8)			311 (77,6)	90 (22,4)	
Não	225 (35,9)	30 (14,1)	195 (47,2)	<0,001		177 (78,7)	48 (21,3)	0,75
Dos parceiros								
Idade (anos)^a								
≥ 28	545 (89,9)	200 (97,1)	345 (86,3)			420 (77,1)	125 (22,9)	
≤ 27	61 (10,1)	6 (2,9)	55 (13,7)	<0,001		51 (83,6)	10 (16,4)	0,24
Escolaridade (anos de estudo)^b								
> 9	283 (53,0)	114 (62,3)	169 (48,2)			221 (78,1)	62 (21,9)	
≤ 9	251 (47,0)	69 (37,7)	182 (51,8)	0,002		193 (76,9)	58 (23,1)	0,74
Renda^c								
≥ 1 salário mínimo	398 (72,8)	144 (73,1)	254 (72,6)			309 (77,6)	89 (22,4)	
Sem renda/<1 sm*	149 (27,2)	53 (26,9)	96 (27,4)	0,89		121 (81,2)	28 (18,8)	0,36
Das crianças								
Idade (anos completos)								
8-9	320 (51,1)	124 (58,2)	196 (47,5)			262 (81,9)	58 (18,1)	
6-7	306 (48,9)	89 (41,8)	217 (52,5)	0,01		226 (73,9)	80 (26,1)	0,01
Sexo								
Masculino	317 (50,6)	109 (51,2)	208 (50,4)			243(76,7)	74(23,3)	
Feminino	309 (49,4)	104 (48,8)	205 (49,6)	0,84		245 (79,3)	64 (20,7)	0,42
Possui irmãos								
Não	132 (21,1)	52 (24,4)	80 (19,4)			106 (80,3)	26 (19,7)	
Sim	494 (78,9)	161 (75,6)	333 (80,6)	0,14		382(77,3)	112 (22,7)	0,46
Quantidade de irmãos								
Nenhum	132 (21,1)	52 (24,4)	80 (19,4)			106 (80,3)	26 (19,7)	
1 ou 2	262 (41,8)	95 (44,6)	167 (40,4)			194 (74,1)	68 (25,9)	
3 ou mais	232 (37,1)	66 (31)	166 (40,2)	0,54		188 (81,0)	44 (19,0)	0,13
Posição na prole								
1ª ou 2ª posição	444 (70,9)	153 (71,8)	291 (70,5)			346 (77,9)	98 (22,1)	
≥ 3ª posição	182 (29,1)	60 (28,2)	122 (29,5)	0,72		142 (78,0)	40(22,0)	0,97
Série								
≥2ª série	401 (64,1)	138 (64,8)	263 (63,7)			311 (77,6)	90 (22,4)	
Alfabetização /1ªsérie	225 (35,9)	75 (35,2)	150 (36,3)	0,78		177 (78,7)	48 (21,3)	0,74
Tipo de escola^d								
Privada	298 (47,8)	120 (56,3)	178 (43,3)			234(78,5)	64 (21,5)	
Pública	326 (52,2)	93 (43,7)	233 (56,7)	0,002		253 (77,6)	73 (22,4)	0,78

^a 20 valores perdidos ^b 92 valores perdidos ^c 79 valores perdidos ^d dois valores perdidos

*sm- Salário mínimo

Fonte: a autora (2021)

De acordo com a tabela 3, a presença de TMC nas mães apresentou associação estatisticamente significativa tanto com a exposição quanto com o desfecho.

Tabela 03 – Uso de substâncias tóxicas, saúde mental da mãe e comportamento do parceiro íntimo, distribuídas segundo exposição da criança à violência por parceiro íntimo e as desordens gastrointestinais funcionais.

Variáveis	Exposição da criança à violência por parceiro íntimo			P	Desordens Gastrointestinais Funcionais		
	N=626	Não	Sim		Não	Sim	P
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Uso de substâncias tóxicas e saúde mental da mãe							
Uso de álcool							
Não	357(57,0)	142 (66,7)	215(52,1)		269(75,3)	88 (24,7)	
Sim	269(43,0)	71 (33,3)	198(47,9)	0,001	219(81,4)	50 (18,6)	0,07
Uso de drogas ilícitas							
Não	595(95,1)	207(97,2)	388(93,9)		462(77,7)	133(22,3)	
Sim	31 (4,9)	6 (2,8)	25 (6,1)	0,08	26 (83,9)	5 (16,1)	0,41
Transtornos mentais comuns							
Não	425(67,9)	174(81,7)	251(60,8)		351(82,6)	74 (17,4)	
Sim	201(32,1)	39(18,3)	162(39,2)	<0,001	137(68,2)	64 (31,8)	<0,001
Uso de substâncias tóxicas e características comportamentais do parceiro							
Uso de álcool^a							
Não	208 (33,4)	94 (44,3)	114(27,8)		160 (76,9)	48 (23,1)	
Sim	414 (66,6)	118(55,7)	296(72,2)	<0,001	326 (78,7)	88 (21,3)	0,60
Uso de drogas ilícitas^b							
Não	567 (94,2)	205(97,6)	362(92,3)		438 (77,2)	129(22,8)	
Sim	35 (5,8)	5 (2,4)	30 (7,7)	0,01	31 (88,6)	4 (11,4)	0,12
Envolvimento com brigas^c							
Não	563 (90,7)	202 (95,7)	361 (88,1)		442 (78,5)	121 (21,5)	
Sim	58 (9,3)	9 (4,3)	49 (11,9)	0,003	43 (74,1)	15 (25,9)	0,44

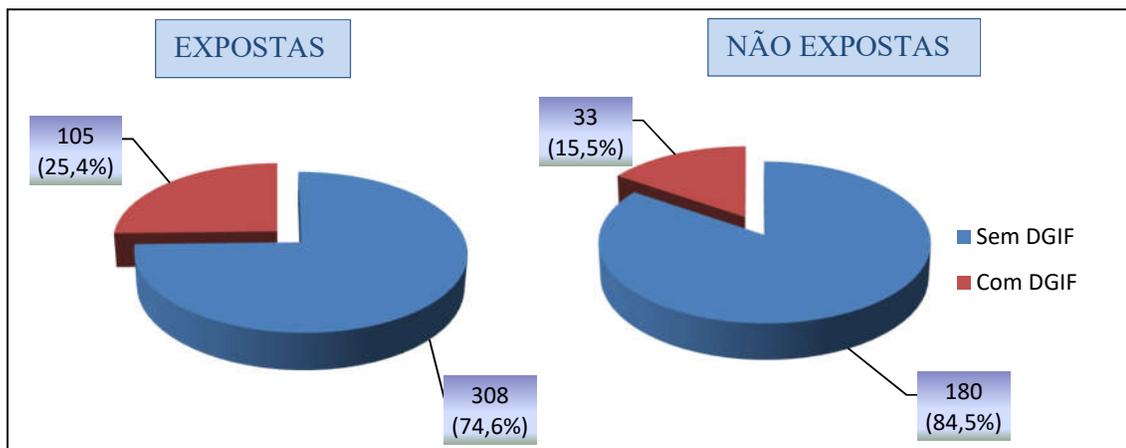
^aquatro valores perdidos ^bvinte e quatro valores perdidos ^ccinco valores perdidos

Fonte: a autora (2021)

4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE ECVPI E AS DESORDENS GASTROINTESTINAIS FUNCIONAIS

A frequência de ECVPI foi 66% e a de DGIFs de 22% na população analisada. No gráfico 01, observa-se a distribuição de frequência das DGIFs no grupo exposto (25,4%) e no grupo não exposto à VPI (15,5%). As DGIFs são mais frequentes entre os expostos, quando comparado aos não expostos, aumentando quase duas vezes a chance do desfecho quando ocorre a ECVPI (OR: 1,85; IC 95%: 1,20-2,86; p=0,005).

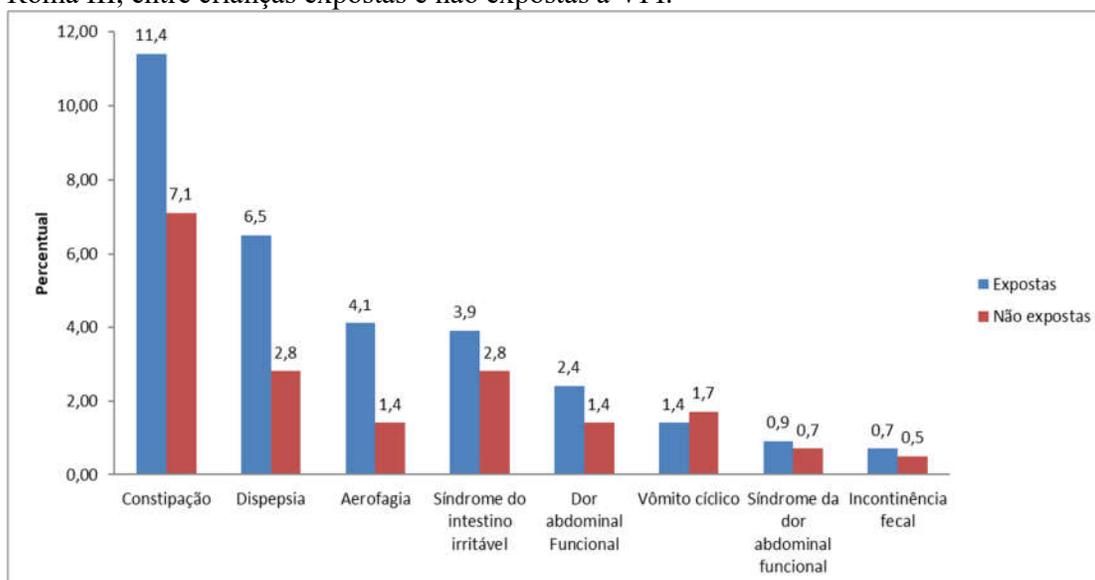
Gráfico 1- Frequência das Desordens Gastrointestinais Funcionais em crianças expostas e não expostas à violência contra a mãe cometida pelo parceiro íntimo.



Fonte: A autora (2021)

O gráfico 2 apresenta a distribuição dos diversos tipos de DGIF's, segundo os critérios preconizados pelo Roma III, entre as crianças expostas e não expostas à VPI. Com exceção do “vômito cíclico”, verifica-se que há uma maior frequência das desordens quando há ECVPI. Vinte e uma crianças (3,3%) tiveram dois diagnósticos simultaneamente e uma delas (0,16%), três diagnósticos. Nenhuma criança preencheu os critérios para enxaqueca abdominal.

Gráfico 2 – Distribuição dos tipos de desordens gastrointestinais funcionais de acordo com o Roma III, entre crianças expostas e não expostas à VPI.



Fonte: A autora (2021)

De acordo com os diversos tipos de exposição apresentados na Tabela 04, tanto a ECVPI direta quanto a indireta, aumentam a chance da ocorrência das DGIF's. Dentre os tipos verificados de forma isolada, a maioria apresentou associação com significância estatística, exceto a exposição no pré-natal, ser vítima e vivenciar as consequências. A participação da criança na violência foi a categoria com maior chance para o desfecho, aumentando mais de três vezes a chance das desordens.

Tabela 04- Distribuição dos tipos de exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo, segundo classificação de Holden e a associação com as desordens gastrointestinais funcionais.

Variáveis	N=626 n (%)	Desordens gastrointestinais funcionais		OR (IC 95%)	p	
		Não n(%)	Sim n(%)			
Exposição direta						
Não	342 (54,6)	287 (83,9)	55 (16,1)	1		
Sim	284 (45,4)	201 (70,8)	83 (29,2)	2,15 (1,46-3,16)	<0,001	
Pré-natal						
Não	448 (71,6)	356 (79,5)	92 (20,5)	1		
Sim	178 (28,4)	132 (74,2)	46 (25,8)	1,34(0,89-2,02)	0,15	
Pós-natal	Ouvir					
	Não	369 (59,0)	308 (83,5)	61 (16,5)	1	
	Sim	257(41,0)	180 (70,0)	77 (30,0)	2,15(1,47-3,16)	<0,001
	Ver					
	Não	410(65,5)	337 (82,2)	73 (17,8)	1	
	Sim	216(34,5)	151(69,9)	65(30,1)	1,98(1,35-2,92)	<0,001
	Intervir					
	Não	526(84,0)	420 (79,8)	106(20,2)	1	
	Sim	100 (16)	68(68,0)	32 (32,0)	1,86(1,16-2,98)	0,01
	Participar					
	Não	607 (97,0)	478 (78,7)	129 (21,3)	1	
	Sim	19 (3,0)	10 (52,6)	9 (47,4)	3,33 (1,32-8,37)	0,01
	Ser vítima					
	Não	541 (86,4)	425 (78,6)	116 (21,4)	1	
Sim	85 (13,6)	63 (74,1)	22(25,9)	1,27 (0,75-2,16)	0,35	
Exposição Indireta						
Não	321 (51,3)	264 (82,2)	57 (17,8)	1		
Sim	305 (48,7)	224 (73,4)	81 (26,6)	1,67 (1,14-2,45)	0,008	
Pós-natal	Observar os efeitos iniciais					
	Não	466(74,4)	378 (81,1)	88 (18,9)	1	
	Sim	160 (25,6)	110(68,7)	50 (31,3)	1,95(1,29-2,93)	0,001
	Vivenciar as consequências					
	Não	396 (63,3)	315 (79,6)	81 (20,4)	1	
	Sim	230 (36,7)	173(75,2)	57 (24,8)	1,28(0,87-1,88)	0,20
	Escutar comentários dos adultos					
	Não	543 (86,7)	431 (79,4)	112 (20,6)	1	
	Sim	83 (13,3)	57 (68,7)	26(31,3)	1,75 (1,05-2,91)	0,03
	Desconhecer aparentemente					
Não	514 (82,1)	413 (80,4)	101 (19,6)	1		
Sim	112 (17,9)	75 (67)	37 (33)	2,01(1,28-3,16)	0,002	

*Uma criança pode ter sido vítima de mais de um tipo das exposições analisadas

Fonte: a autora (2021)

Todas as variáveis relativas à ECVPI mostraram-se associadas às DGIF's em pelo menos uma das situações analisadas (Tabela 05). Ser exposta à VPI, cometida contra a mãe, aumenta a chance da ocorrência das DGIF's. Verifica-se, em relação ao número de exposições, que a criança ser exposta a mais de quatro tipos, aumenta duas vezes a chance de DGIF's. No que tange à idade de início da exposição, quando a mãe sofre VPI durante a gestação ou nos dois primeiros anos de vida da criança, há duas vezes mais chance da ocorrência das desordens. O pai ter participado como perpetrador da violência também aumenta a chance do desfecho.

Tabela 05- Associação entre a exposição da criança à violência por parceiro íntimo com as desordens gastrointestinais funcionais.

Variáveis	N=626 n (%)	Desordens gastrointestinais funcionais		OR (IC 95%)	p
		Não n(%)	Sim n(%)		
Exposição da criança à violência por parceiro íntimo					
Não	213 (34,0)	180 (84,5)	33 (15,5)	1	0,005
Sim	413 (66,0)	308 (74,6)	105(25,4)	1,85(1,20-2,86)	
Números de tipos de exposição					
Sem exposição	262 (41,8)	219 (83,6)	43 (16,4)	1	0,003
Um a três tipos	192 (30,7)	149 (77,6)	43 (22,4)	1,46 (0,91-2,35)	
Quatro tipos ou mais	172 (27,5)	120 (69,8)	52 (30,2)	2,20 (1,39-3,50)	
Idade de início da exposição					
Sem exposição	262(41,8)	219 (83,6)	43 (16,4)	1	0,01
Pré-natal	139 (22,2)	100 (71,9)	39 (28,1)	1,98 (1,21-3,25)	
0-2 anos	88 (14,1)	62 (70,5)	26 (29,5)	2,13 (1,21-3,75)	
≥ 3 anos	137 (21,9)	107 (78,1)	30 (21,9)	1,42(0,84-2,40)	
Perpetrador da exposição					
Sem exposição	262 (41,9)	219 (83,6)	43 (16,4)	1	0,01
Pai	338 (54,0)	249 (73,7)	89 (26,3)	1,82 (1,21-2,73)	
Outro parceiro	26 (4,1)	20 (76,9)	6 (23,1)	1,52 (0,57-4,02)	

Fonte: a autora (2021)

4.3 ANÁLISE MULTIVARIADA

Na análise multivariada (Tabela 6), foi verificada a associação de cada categoria relativa à exposição da criança à VPI com as DGIFs, ajustando pelas variáveis: uso de álcool pela mãe, transtornos mentais comuns da mãe e idade da criança. Mesmo após ajuste pelas variáveis de confundimento, a ECVPI se manteve associada com as DGIFs, aumentando a chance de sua ocorrência quando a criança foi exposta a quatro tipos ou mais de VPI (OR=1,81; IC 95%=1,10 – 2,96), a exposição iniciou nos primeiros anos de vida (OR=1,93; IC95%=1,08-3,47) e foi perpetrada pelo pai biológico da criança (OR=1,62; IC95%=1,05-2,48).

Tabela 06- Análise logística multivariada da associação entre a exposição da criança à violência por parceiro íntimo e as desordens gastrointestinais funcionais.

Desordens gastrointestinais funcionais (N=626)				
	Não n (%)	Sim n (%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado* (IC 95%)
Exposição da criança à violência por parceiro íntimo				
Não	180 (84,5)	33 (15,5)	1	1
Sim	308 (74,6)	105(25,4)	1,85(1,20-2,86)	1,64 (1,04-2,58)
<i>p</i>			0,005	0,03
Números de exposição				
Sem exposição	219 (83,6)	43 (16,4)	1	1
Um a três tipos	149 (77,6)	43 (22,4)	1,46 (0,91-2,35)	1,42 (0,87-2,31)
Quatro tipos ou mais	120 (69,8)	52 (30,2)	2,20(1,39-3,50)	1,81 (1,10-2,96)
<i>p</i>			0,003	0,01
Idade de início da exposição				
Sem exposição	219 (83,6)	43 (16,4)	1	1
Pré-natal	100 (71,9)	39 (28,1)	1,98 (1,21-3,25)	1,67 (0,99-2,82)
0-2 anos	62 (70,5)	26 (29,5)	2,13 (1,21-3,75)	1,93 (1,08-3,47)
≥ 3 anos	107 (78,1)	30 (21,9)	1,42(0,84-2,40)	1,33 (0,77-2,27)
<i>p</i>			0,01	0,02
Perpetrador da exposição				
Sem exposição	219 (83,6)	43 (16,4)	1	1
Pai	249 (73,7)	89 (26,3)	1,82 (1,21-2,73)	1,62 (1,05-2,48)
Outro parceiro	20 (76,9)	6 (23,1)	1,52 (0,57-4,02)	1,29 (0,47-3,48)
<i>p</i>			0,01	0,02

*Ajustado por uso de álcool pela mãe, transtornos mentais comuns da mulher e idade da criança.

Fonte: a autora (2021)

5 DISCUSSÃO

Este estudo de coorte prospectivo teve como objetivo analisar se as crianças expostas à violência perpetrada pelo parceiro íntimo contra sua mãe tinham um maior risco de apresentar sintomatologia associada às DGIFs na idade escolar. A hipótese foi corroborada, pois a análise dos dados mostrou que mesmo depois de realizado os ajustes para variáveis de confundimento, as associações se mantiveram significantes.

Nossos resultados mostram maiores frequências das DGIFs entre as crianças expostas à VPI, quando comparadas às não expostas. De acordo com Nelson *et al.* (2020), problemas gastrointestinais como constipação, náuseas e vômitos estão entre os principais efeitos encontrados em crianças com história de adversidades no início da vida.

A exposição à violência no início da vida constitui um evento adverso. Uma condição estressora para a criança que, em decorrência dessa circunstância, pode ter a resposta fisiológica ao estresse modificada com repercussões na sua saúde física e emocional a curto e/ou longo prazo (BUCCI *et al.*, 2016; HUGHES *et al.*, 2017). Esse reflexo dos Eventos Adversos no Início da Vida (EAIVs) na saúde, em momentos futuros da vida também se encontra fundamentado no modelo da origem desenvolvimentista da saúde e da doença (DOHaD), no qual se propõe que situações adversas que ocorrem nas fases precoces do desenvolvimento humano podem levar a alterações fenotípicas que ditarão a programação do padrão de saúde do indivíduo (GLUCKMAN; BUKLIJAS; HANSON, 2016; SILVEIRA *et al.*, 2007). Os EAIVs são situações observadas com frequência, sendo os conflitos familiares os mais comuns (FLAHERTY *et al.*, 2013; BOULLIER; BLAIR, 2018).

As crianças inseridas no contexto familiar violento desenvolvem, em geral, um estado crônico de estresse, pois, frequentemente, a VPI caracteriza-se com um padrão de continuidade. Nosso estudo não se propôs a avaliar tal detalhamento referente à violência sofrida pela mãe, porém outra publicação baseada nesta mesma coorte identificou, em mais da metade dos casos, que a violência iniciada na gestação ou pós-parto, tende a continuar ao longo dos anos (SILVA *et al.*, 2019), semelhante ao observado por Islam *et al.* (2021) que constataram que a VPI iniciada antes da gestação, na maior parte dos casos se perpetuava durante a gravidez e também após seis meses do parto.

Outra característica pertinente à VPI que contribui para cronicidade é a invisibilidade, devido ao caráter privado em que se compõe. A VPI também é cercada pelo medo, discriminação, isolamento social e/ou dependência financeira, condicionando as vítimas a

permanecerem por mais tempo nessa situação de suscetibilidade (NETTO *et al.*, 2017). Assim sendo, a ECVPI coloca as crianças em uma condição de grande vulnerabilidade e risco para sua saúde.

A vivência de condições adversas crônicas, frequentes e prolongadas, como a exposição à VPI, interfere na capacidade do corpo em manter a homeostase em relação ao estresse, caracterizando o estresse tóxico (HUGHES *et al.*, 2017; FRANKE, 2014). O ET provoca uma desregulação no circuito neuroendócrino e imunológico através de uma ativação frequente e constante do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) levando a consequências no funcionamento de diversos órgãos e sistemas (BUCCI *et al.*, 2016; HORNOR, 2015), além de efeitos em outras estruturas cerebrais associadas à resposta ao estresse como o sistema límbico e córtex pré-frontal (BUCCI *et al.*, 2016; McEWEN; McEWEN, 2017).

Um estudo realizado na Áustria, que averiguou os possíveis efeitos na vida adulta da exposição à violência na infância, encontrou, entre outros desfechos, maiores chances de doenças gastrointestinais entre os expostos à violência quando comparados aos não expostos (RIEDL *et al.*, 2019). Ainda que, diferente do nosso estudo, tenha analisado a violência cometida diretamente contra a criança, esse resultado ressalta as marcas que o estresse crônico no início da vida pode deixar na vítima.

Ratificando o pressuposto que o impacto da violência é expressivo em qualquer situação, um estudo com crianças holandesas de faixa etária similar às nossas crianças, evidenciou que vários tipos de problemas de saúde, incluindo constipação e incontinência fecal repercutiam tanto em crianças expostas à VPI, quanto em vítimas de outros tipos de violência, trauma, ou negligência, não existindo diferença estatisticamente significativa entre elas (LAMERS-WINKELMAN; SCHIPPER; OOSTERMAN, 2012).

Uma característica da violência a ser considerada é a exposição a múltiplos tipos de violência expondo as crianças a sofrerem adversidades, angústias, comprometimento do apego com seus pais e diversas repercussões comportamentais e emocionais (FINKLEHOOD, 2015; LAMERS-WINKELMAN, WILLEMEN; VISSER, 2012; SOUSA *et al.*, 2011; STERNBERG *et al.*, 2006). Forke (2019) também afirma que a soma das múltiplas exposições traumáticas na infância pode causar um impacto cumulativo no cérebro em desenvolvimento, que fica mais vulnerável, portanto, a alterações no seu funcionamento.

Ainda, de acordo com Levy *et al.* (2006), múltiplos tipos de violência podem, inclusive, indicar maior gravidade de sintomas, podendo exacerbar o estado de estresse em que a criança está inserida. No presente estudo, identificamos uma elevada frequência de crianças vítimas

de múltiplas exposições à VPI e que se mostrou associada às DGIFs. Apesar de termos utilizado metodologia diferente para caracterizar esta variável, comparando com os autores acima citados, podemos inferir que, cada violência sofrida, caracteriza um evento adverso à saúde e, a acumulação deles, independente do tipo, pode desencadear o ET e, conseqüentemente, as DGIFs (McEWEN; McEWEN, 2017).

Uma circunstância que frequentemente envolve múltiplos eventos estressantes para a criança, é quando o pai é o perpetrador da VPI. Estudos evidenciam uma maior chance de coocorrência da violência perpetrada por parceiro íntimo contra a mãe e os filhos, exacerbando a condição de estresse da criança (CHIESA *et al.*, 2018; DIXON *et al.*, 2007; EDLESON *et al.*, 2007; FERRO; JUSTUS; ARANSIOLA, 2019; GREENE *et al.*, 2018; LAMERS-WINKELMAN; SCHIPPER; OOSTERMAN, 2012; TAYLOR *et al.*, 2009).

Nossos resultados identificaram maiores chances de DGIFs em crianças quando havia a participação do pai na VPI, em comparação àquelas cujo perpetrador era outro companheiro da mãe. Essa condição provavelmente advém dos diversos eventos estressores que permeiam a VPI nessa situação. Um deles é que, frequentemente, os aspectos da paternidade são afetados negativamente (ADHIA; JEONG, 2019; CARNEVALE *et al.*, 2020; CHIESA *et al.*, 2018; FUSCO; FANTUZZO, 2009; MOHAUPT; DUCKERT, 2016; ROTHMAN; MANDEL; SILVERMAN, 2007). Outra condição é a maior probabilidade da criança sentir mais medo quando o perpetrador é o pai (DEBOARD-LUCAS; GRYCH, 2011). Também, sendo o pai o agressor, mesmo após uma eventual separação, a chance do contato permanente e prolongado com a criança pode contribuir para a continuidade da perpetração da violência (SCOTT; THOMPSON-WALSH; NSIRI, 2018).

Dessa maneira, uma criança teria diversos fatores estressantes adicionais à própria exposição à VPI quando o pai é o perpetrador. Suas demandas emocionais estariam grandemente afetadas em decorrência da relação desarmoniosa, ocasionando uma situação de estresse prolongado, podendo desencadear, perpetuar ou exacerbar sintomas (OUDENHOVE *et al.*, 2016). Além do mais, um dos possíveis fatores amenizadores dos danos que o ET poderia causar na criança seria o apoio social, elemento necessário para estabelecer resiliência na criança sob situação adversa. Nestes casos, onde há o envolvimento do pai biológico, o apoio social pode estar fragilizado (MCEWEN; MCEWEN, 2017).

Praticamente todos os tipos de ECVPI analisados nesse estudo mostraram-se associados às DGIFs evidenciando o papel estressor da violência nas diversas maneiras em que ela se apresenta. As crianças que convivem com a violência têm a plena consciência do que ocorre

em suas casas. E, mesmo se de fato não perceberem a VPI, são afetadas pelo estado emocional e/ou físico alterado dos seus parentes envolvidos (SWANSTON; BOWYER; VETERE, 2014).

Crianças que são expostas à VPI podem também apresentar mecanismos de enfrentamento à violência com tentativas de intervir durante a agressão em resposta à ameaça em que se encontram juntamente com suas mães (DEBOARD-LUCAS; GRYCH, 2011). Nessa conjuntura, adquirem habilidades que as tornam mais maduras que o esperado para a idade. Tal nível de responsabilidade constitui um evento estressor, podendo implicar negativamente para a criança inclusive com desenvolvimento de sintomas pós-traumáticos (CARNEVALE *et al.*, 2020; FUSCO; FANTUZZO, 2009), condição que se constitui um fator de risco para o desenvolvimento das DGIFs (LEVY *et al.*, 2006).

Das categorias de exposições analisadas, “participar”, aumentou mais de três vezes a chance das DGIFs. A esse respeito, Carnevale *et al* (2020) evidenciaram que crianças que convivem com a violência em suas casas frequentemente são exploradas pelos perpetradores para machucarem e ameaçarem uns aos outros. Em alguns casos, podem juntar-se a quem tem mais força física do casal justamente por medo.

A participação da criança em atos de violência também pode ser decorrente do desenvolvimento de um comportamento impulsivo e/ou desafiador como consequência do ET. Para Eisenberg, Spinrad e Eggum (2010) a capacidade de autorregulação emocional pode estar prejudicada em algumas crianças como consequência do estresse crônico e assim, apresentarem dificuldades para regular expressões emocionais, podendo agir com comportamentos inadequados implicando em prejuízos na sua vida social inclusive afetando a interação com seus pais. A convivência da criança no ambiente de agressões pode levar à aprendizagem social da violência como algo comum e natural do cotidiano familiar, podendo constituir um fator capaz de induzi-la a também perpetrarem os atos violentos (FORKE *et al.*, 2019).

As frequências de desordens que encontramos foram similares à média encontrada em estudos realizados com crianças e adolescentes na América Latina, cuja proximidade geográfica pode envolver aspectos socioeconômicos e culturais que possam contribuir para a semelhança dos resultados (DHROOVE *et al.*, 2017; JÁTIVA *et al.*, 2016; LU *et al.*, 2016; MEJÍA, VELASCO-BENÍTEZ, DIAZ, 2017; SAPS *et al.*, 2014; ZABLAH *et al*, 2015). Ratificando essas informações, uma metanálise envolvendo 58 estudos realizados mundialmente, identificou maiores frequências de DGIFs entre os países sul-americanos, provavelmente por ser uma região de menor nível econômico, ter uma população com mais hábitos alimentares

não saudáveis e maiores níveis de estresse nas crianças devido à desigualdade social encontrada nesses locais (KORTERINK *et al.*, 2015).

Em relação aos tipos de DGIFs, segundo os critérios estabelecidos no ROMA III (RASQUIN *et al.*, 2006), nossos resultados evidenciaram que praticamente todos os tipos foram mais frequentes entre as crianças expostas à VPI, a semelhança do encontrado em estudo realizado com crianças holandesas que observou maiores frequências de constipação intestinal, náuseas, vômitos e incontinência fecal entre as expostas à violência, sobretudo à VPI (LAMERS-WINKELMAN; SCHIPPER; OOSTERMAN, 2012).

Uma situação importante ao analisar os fatores associados às DGIFs são as condições socioeconômicas em que a população estudada está inserida. A inserção do indivíduo em um ambiente socioeconômico desfavorável implica diversas condições adversas associadas que vão além da baixa renda: insegurança alimentar, instabilidade de moradia, baixo nível educacional dos pais, assistência à saúde precária, entre outras (MORSY; ROTHSTEIN, 2019). Nos modelos explicativos da etiologia das DGIFs, essa diversidade de fatores é considerada também como relevante no contexto em que o indivíduo se encontra (FRANCISCONI *et al.*, 2016).

A população analisada nesse estudo possuía baixa renda. Estudos demonstram que é comum, nesse contexto, condições sanitárias desfavoráveis, podendo levar o indivíduo a ter uma alteração na sua microbiota intestinal, especialmente relacionada à exposição frequente a alimentos contaminados e água imprópria para o consumo (WATANABE; PETRI, 2016).

A microbiota intestinal tem um papel fundamental no desempenho de diversos aspectos da fisiologia humana. Sua alteração, entre outras situações, desregula o sistema imunológico intestinal, causando uma maior suscetibilidade a infecções por patógenos e consequentemente predisposição de alguns indivíduos desenvolverem desordens funcionais subsequentes a infecções intestinais (DROSSMAN, 2016; NAGHTINGALE; SHARMA, 2020; WOUTERS; BOECKXTAENS, 2016). Essa ocorrência foi verificada numa coorte italiana analisando crianças e adolescentes pós-diarreia infecciosa, onde o grupo exposto teve mais risco de apresentar as desordens funcionais em comparação com o não-exposto (PENSABENE *et al.*, 2015).

Ainda, fatores como idade gestacional ao nascimento, tipo de parto, uso precoce de antibióticos, estabelecimento e continuidade do aleitamento materno e dieta adequada (especialmente na primeira infância) também são determinantes para o estabelecimento da microbiota do indivíduo (WATANABE; PETRI, 2016). Todavia, tais variáveis não foram avaliadas no nosso estudo limitando a avaliação desta possível associação com as DGIFs.

Sobre a ECVPI no início da vida, nossos resultados demonstraram que a exposição à violência ocorrida nos primeiros dois anos, aumentava a chance da ocorrência das DGIFs nas crianças quando estavam na idade escolar. Os efeitos da exposição precoce da violência sobre a saúde física das crianças, também é evidenciado por outros estudos internacionais, apesar de verificarem os efeitos em crianças de menor faixa etária que a população do nosso estudo (ASLING-MONEMI *et al.*, 2003; KUHLMAN; HOWELL; GRAHAM-BERMANN, 2012; MANZOLLI *et al.*, 2012; NAKPHONG; VON EHRENSTEIN, 2020; SILVERMAN *et al.*, 2009; SILVERMAN *et al.*, 2016).

Este período do desenvolvimento da criança é marcado por uma significativa plasticidade cerebral que deixa a criança extremamente sensível aos estímulos externos (CARPENTER; STACKS, 2009). As situações estressoras têm um efeito de alterar a arquitetura neural, mais especificamente, o córtex pré-frontal, hipocampo e amígdala com consequências para o comportamento e regulação da alostase (McEWEN; McEWEN, 2017). O córtex pré-frontal, principal responsável pelo gerenciamento da resposta ao estresse e controle emocional do indivíduo, tem seu desenvolvimento lento no início da vida, tornando a criança ainda mais suscetível nessa fase (McEWEN; McEWEN, 2017). Além disso, o modelo DOHaD traz o conceito que as condições estressoras no início da vida podem interagir com o genoma através de modificações epigenéticas produzindo fenótipos que poderão alterar a programação do desenvolvimento, inclusive com o desencadeamento de doenças (LACAGNINA, 2020).

Salienta-se também que crianças mais novas demandam mais cuidado e intensa dependência de seus cuidadores, especialmente de suas mães (HOLMES, 2013), tornando-as assim mais vulneráveis aos possíveis efeitos da exposição à violência. Seu desenvolvimento, nos aspectos neuro-psico-social, é intimamente afetado, visto que, no contexto da VPI, os próprios cuidadores, que são as figuras de maior apego e segurança para a criança, têm seus comportamentos comprometidos justamente por serem, em sua maioria, a vítima de um lado e o perpetrador do outro. Assim, ao invés de protegerem e darem segurança, são os próprios envolvidos a ponto de criar situações ameaçadoras ao apoio que a criança tanto necessita nessa fase, tanto nos aspectos físicos, quanto emocionais (CARPENTER; STACKS, 2009; PERNEBO; ALMQVIST, 2017).

Outra condição que se mostrou associada às DGIFs foi a criança se encontrar no início da idade escolar (seis a sete anos). Em contraste com nossos resultados, um estudo norte-americano, analisando crianças com faixa etária semelhante encontrou maior risco de

problemas de saúde (constipação, náuseas e problemas no estômago), entre as crianças mais velhas quando expostas a EAIVs, incluindo a violência doméstica (FLAHERTY *et al.*, 2009).

O desfecho estudado foi verificado apenas em crianças dentro da faixa etária escolar, portanto, com grau de desenvolvimento semelhante. Para a explicação desse resultado, seria necessária a compreensão do contexto em que este subconjunto de crianças está inserido, que não foi feito neste estudo, devido às limitações ligadas à impossibilidade de analisar todas as variáveis que poderiam estar associadas às desordens. De qualquer forma, podemos inferir que, devido ao grau de desenvolvimento e autonomia ser menor em crianças de mais novas, isso poderia afetar sua capacidade de autorregulação diante da vivência de um contexto violento (GREENE *et al.* 2018), e assim esta condição estressora ser a provável desencadeadora dos sintomas sugestivos das desordens. Ainda, de acordo com Fusco e Fantuzzo (2009), crianças menores têm menos capacidade de compreensão da situação conflituosa e podem se sentir culpadas pelo que está acontecendo com sua mãe, elevando seu nível de estresse e suas possíveis consequências, como as desordens estudadas.

Uma condição estressora identificada no nosso estudo que mostrou associação com as DGIFs nas crianças foi a presença de transtornos mentais comuns (TMCs) nas mães. Mesmo na análise multivariada, essa variável manteve associação estatisticamente significativa ressaltando sua influência na ocorrência das desordens. Os TMCs apresentam-se como uma condição frequente entre as mulheres vítimas de VPI, especialmente como consequência de uma maior gravidade da violência (SANTOS; MONTEIRO, 2018).

De acordo com Oudenhove *et al.* (2016), as condições psicológicas dos pais, especialmente quando existe ansiedade e depressão, constituem fatores associados a sintomas abdominais em crianças. As crianças aprendem comportamentos e tendem a imitar o seu cuidador, em especial, as mães. Neste sentido, a mãe com estado psicológico alterado pode ter dificuldades em prestar cuidados à criança, influenciando diretamente na sua condição emocional. O estudo de Campo *et al.* (2007) também identificou maior probabilidade de transtornos de ansiedade e depressão entre mães cujas crianças tinham sintomas abdominais em comparação com as que não tinham.

5.1 VANTAGENS

O presente estudo utilizou dados primários coletados a partir de questionários estruturados que abordaram fatores de risco de interesse para o desfecho estudado. Para minimizar vieses de seleção, foi realizado com base populacional e as participantes eram procedentes de uma mesma área, o que possibilita a generalização dos resultados para uma população semelhante.

A fim de minimizar os vieses de informação, as entrevistadoras foram devidamente treinadas para lidarem com as respostas sobre violência e demais questões sem juízo de valor. Foi garantida a privacidade da mulher no momento da entrevista e confidencialidade das respostas. A utilização da taxonomia de Holden (2003) para verificar a ECVPI possibilita a identificação de diversas modalidades de experiência da criança com a violência, além de avaliar a VPI ocorrida desde o período intra-uterino.

Para identificação das DGIFs foi utilizado o questionário da FR, versão Roma III, amplamente utilizado internacionalmente em estudos científicos que investigam tais doenças. Foi adaptado transculturalmente para o português que possibilita identificar as doenças a partir de relatos dos pais, o que foi de suma importância, devido a faixa etária das crianças analisadas talvez não permitir uma boa compreensão das perguntas.

5.2 LIMITAÇÕES

A perda de participantes foi uma das limitações do estudo, o que é uma condição peculiar dos estudos de coorte. A perda da primeira para a segunda etapa foi de apenas 5,7%. Isso foi devido, provavelmente, ao fato de que na gravidez e no puerpério havia uma maior necessidade da mulher procurar a ESF para consultas de pré-natal e puericultura, facilitando assim o contato das entrevistadoras com as mesmas. Porém, mesmo com o planejamento realizado pela equipe da pesquisa para identificação da maior parte das mulheres acompanhadas desde o início, houve uma perda de 39% especialmente por não localização devido à mudança de endereço, o que é uma situação bastante comum em locais de moradia de famílias de baixa renda.

A investigação de problemas como a violência, apresenta uma subestimação dos dados devido às vítimas poderem omitir o evento ou algumas outras informações pertinentes por constrangimento ou medo dos parceiros, sobretudo nos casos de violência sexual. Ainda,

quando há envolvimento de crianças, especialmente mais novas, pode também haver uma subestimativa dos números pela tendência dos pais a esconderem a exposição de seus filhos ou até mesmo desconhecerem que eles estão sendo expostos (FINKELHOR et al., 2015), especialmente se a mãe for a informante (LAMERS-WINKELMAN; WILLEMEN; VISSER, 2012).

A presença das DGIFs não foi confirmada com exame clínico, mas a partir de relatos das mães, o que pode implicar em viés de memória visto que as perguntas indagam condições ocorridas há meses antes das entrevistas. Além do mais, algumas crianças não eram cuidadas a maior parte do tempo pela mãe. Outras, em função da idade, poderiam ter um certo grau de independência no seu autocuidado o que pode ter levado ao desconhecimento pela mãe de algumas condições atreladas aos sintomas gastrointestinais induzindo ao erro e/ou dúvida nas respostas.

Outro ponto a salientar é que a origem das DGIF's é multifatorial. De acordo com o proposto no modelo biopsicossocial, vários fatores de risco podem ter estado associados à ocorrência da DGIF que não foram alvo de investigação deste estudo, como por exemplo: genética e diversos outros fatores socioculturais e ambientais (BLACK et al., 2020; DROSSMAN, 2016).

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o analisado neste estudo, tanto a exposição da criança à VPI como a ocorrência das DGIFs são problemas frequentes nas crianças estudadas. A ECVPI aumenta a chance da ocorrência das DGIF's. As desordens ocorrem com mais frequência quando a criança é exposta à VPI nos primeiros dois anos de vida, quando há múltiplas exposições e quando o pai é o perpetrador da exposição. Portanto, pode-se concluir que a ECVPI constitui um evento adverso à vida da criança colocando-a em situação de risco para sua saúde, aumentando as chances das DGIFs especialmente quando a exposição ocorre no início da vida e/ou era perpetrada pelo pai da criança.

Esses resultados corroboram com o apresentado no modelo explicativo da fisiopatologia das DGIFs que considera a origem dos sintomas como um resultado de complexas interações entre fatores biopsicosociais. Nesse sentido, a exposição à violência, enquanto evento adverso no início da vida constitui um agente estressor capaz de originar os sintomas sugestivos das desordens. Apesar da etiologia ainda incerta, as DGIFs são um problema de elevada morbidade mundial que impacta a qualidade de vida das crianças e familiares.

O conhecimento da ECVPI como um fator de risco para DGIFs traz à luz uma necessidade de profissionais que lidam com saúde da criança atentarem para a violência como uma possível causa destes agravos à saúde.

Mesmo que a compreensão da associação de eventos traumáticos com sintomas gastrointestinais esteja evoluindo nas últimas décadas, ainda há necessidade de novos estudos que enfoquem a relação entre VPI e DGIFs e, mais especificamente, da ECVPI e DFGIs. A partir de novas pesquisas com abordagens tanto quanti como qualitativas, poderão ser identificados e ratificados fatores que perpassam essa relação, preenchendo lacunas no conhecimento concernente ao assunto, aumentando a visibilidade do problema e possibilitando estratégias de enfrentamento.

O enfrentamento da VPI é um grande desafio para todos os envolvidos, devido à grande complexidade que o permeia. A identificação dos casos é um passo importante e para isso, faz-se necessário o olhar cuidadoso dos profissionais de saúde voltados para possíveis sinais e sintomas que as vítimas de VPI possam apresentar (WHO, 2013).

Profissionais de saúde devem ter ciência dos possíveis efeitos que a violência causa no indivíduo para embasar seu atendimento de forma qualificada. A compreensão do contexto da VPI é necessária pois a mulher que sofre a violência, muitas vezes não está sozinha.

Frequentemente, há filhos em meio ao contexto. Nesse sentido, diante da identificação de caso de VPI faz-se necessário ampliar o olhar para essa criança, também exposta e vítima, com riscos para desencadear sequelas físicas, emocionais e/ou comportamentais. Além disso, as crianças são imitadores e transmissores em potencial da violência, havendo um grande risco desses atos serem perpetuados para futuras gerações sendo, portanto, indispensáveis ações que objetivem a interrupção da violência e acompanhamento especializado dos casos identificados.

Ainda, educadores que lidam com crianças também fazem parte do conjunto de profissionais que frequentemente reconhecem uma possível exposição infantil à violência. Mesmo que especificamente não haja a identificação precisa do caso, sinais físicos e/ou psicológicos decorrentes dos efeitos que a violência pode causar, podem ser percebidos por estes profissionais, visto o longo período que permanecem cuidando das crianças diariamente.

Por outro lado, salientamos a importância do olhar de profissionais de saúde diante de casos de DGIFs, tanto em adultos como em crianças, para atentarem aos aspectos biopsicossociais da pessoa/família que busca atendimento clínico para sintomas gastrointestinais. Tais sintomas podem estar atrelados a situações estressantes, incluindo violência. As desordens, portanto, podem estar sinalizando um o pedido de socorro para o contexto de violência que o indivíduo possa estar inseridos.

Portanto, a partir do discorrido neste estudo, sugerimos:

- Realização de novos estudos que investiguem fatores associados em crianças com DGIF's, bem como que acompanhem crianças expostas à violência identificando as repercussões a curto e/ou longo prazo;
- Promoção de ações que visem a sensibilização de profissionais de saúde a notificarem e denunciarem situações de violência contra a mulher e crianças;
- Sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde quanto à identificação dos sinais de ECVPI, bem como medidas de intervenção em caso suspeitos;
- Sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde quanto à identificação da VPI em mulheres grávidas ou não, visando intervenção precoce e conseqüentemente, efeitos na sua saúde e/ou de seus filhos;
- Realização de programas escolares de prevenção à violência na infância objetivando identificar casos bem como interromper a transmissão intergeracional da violência;
- Fortalecimento de equipamentos públicos que ofereçam apoio às vítimas de violência.

REFERÊNCIAS

- ADHIA, A.; JEONG, J. Fathers' perpetration of intimate partner violence and parenting during early childhood: results from the Fragile Families and Child Wellbeing Study. **Child Abuse & Neglect**, v. 96, p. 104103, 2019.
- AHLFS-DUNN, S. M.; HUTH-BOCKS, A. C. Intimate partner violence and infant socioemotional development: the moderating effects of maternal trauma symptoms. **Infant mental health journal**, v. 35, n. 4, p. 322-335, 2014.
- ALONSO, G. La vida...Genética o Epigenética. **Bol. Acad. Fis., Mat. Y Nat.** v. LXXII, n. 2, 2012.
- ASLING-MONEMI, K. et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. **Bulletin of the World Health Organization**, 81 (1), 2003.
- ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-61, 2009.
- BEIJERS, R.; BUITELAAR, J. K.; DE WEERTH, C. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. **European child & adolescent psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 943-956, 2014.
- BENNINGA, M. A. & NURKO S. et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. **Gastroenterology**, n. 150, p. 1443-1455, 2016.
- BIANCO-MIOTTO, T. et al. Epigenetics and DOHaD: from basics to birth and beyond. **Journal of developmental origins of health and disease**, v. 8, n. 5, p. 513-519, 2017.
- BINTABARA, D.; KIBUSI, S. M. Intimate partner violence victimization increases the risk of under-five morbidity: a stratified multilevel analysis of pooled Tanzania demographic health surveys, 2010-2016. **PLoS One**, v. 13, n. 8, p. e0201814, 2018.
- BLACK, C. J. et al. Functional gastrointestinal disorders: advances in understanding and management. **The Lancet**, 2020.
- BORONAT, A. C. et al. Epidemiology of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: a systematic review. **World journal of gastroenterology**, v. 23, n. 21, p. 3915, 2017.
- BOULLIER, M.; BLAIR, M. Adverse childhood experiences. **Paediatrics and Child Health**, v. 28, n. 3, p. 132-137, 2018.
- BRADFORD, K. et al. Association Between Early Adverse Life Events and Irritable Bowel Syndrome. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, n. 10, p.385–390, 2012.

- BRONFENBRENNER, U. Toward an experimental ecology of human development. **American psychologist**, v. 32, n. 7, p. 513, 1977.
- BUCCI et al. Toxic Stress in Children and Adolescents . **Advances on Pediatrics**, n. 63, p. 403-428, 2016.
- CAMPO, J. V. et al. Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v. 161, n. 2, p. 131-137, 2007.
- CARNEVALE, S. et al. Children witnessing domestic violence in the voice of health and social professionals dealing with contrasting gender violence. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 12, p. 4463, 2020.
- CARPENTER, G. L.; STACKS, A. M. Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. **Children and Youth Services Review**, v. 31, n. 8, p. 831-839, 2009.
- CERQUEIRA, J. J. et al. The Prefrontal Cortex as a Key Target of the Maladaptive Response to Stress. **The Journal of Neuroscience**. Vol. 27, n. 11, p. 2781-2787, 2007.
- CHIESA, A. E. et al. Intimate partner violence victimization and parenting: A systematic review. **Child Abuse & Neglect**, v. 80, p. 285-300, 2018.
- DEBOARD-LUCAS, R. L.; GRYCH, J. H. Children's perceptions of intimate partner violence: Causes, consequences, and coping. **Journal of Family Violence**, v. 26, n. 5, p. 343, 2011.
- DEVANARAYANA, N. M.; DE SILVA, DG Harendra; DE SILVA, H. Janaka. Aetiology of recurrent abdominal pain in a cohort of Sri Lankan children. **Journal of paediatrics and child health**, v. 44, n. 4, p. 195-200, 2008.
- DEVANARAYANA, N. M.; RAJINDRAJITH, Shaman. Association between constipation and stressful life events in a cohort of Sri Lankan children and adolescents. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 56, n. 3, p. 144-148, 2010.
- DHROOVE, G. et al. Prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales en escolares mexicanos. **Revista de Gastroenterología de México**. n. 82, vol. 1, p. 13-18, 2017.
- DI MAURO, A. et al. Gastrointestinal function development and microbiota. **Italian journal of pediatrics**, v. 39, n. 1, p. 15, 2013.
- DIXON, L. et al. The Co-occurrence of Child and Intimate Partner Maltreatment in the Family: Characteristics of the Violent Perpetrators. **J Family Violence**, 22:675-689, 2007.
- DROSSMAN, D. A. et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. **Gut**, v. 45, n. suppl 2, p. II25-II30, 1999.
- DROSSMAN, D. A. Abuse, trauma, and GI illness: is there a link?. **Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG**, v. 106, n. 1, p. 14-25, 2011.

DROSSMAN, D.; HASLER, W. Introduction Rome IV—Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. **Gastroenterology**, vol.150, n. 6, 1257–1261, 2016.

DROSSMAN, D. A. Section i: FGIDS: background information Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. **Gastroenterology**, vol. 150, n. 6, 1262–1279, 2016.

DROSSMAN, Douglas A.; TACK, Jan. Rome Foundation Clinical Diagnostic Criteria for Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI). **Gastroenterology**, 2021.

DURAND, J. G. et al. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Revista de Saúde Pública**, vol. 45, n. 2, p.355-64, 2011.

EDLESON, J. L. et al. Assessing child exposure to adult domestic violence. **Children and Youth Services Review**, v. 29, p. 961–971, 2007.

EISENBERG, N.; SPINRAD, T. L.; EGGUM, N. D. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. **Annual review of clinical psychology**, v. 6, p. 495-525, 2010.

ENGEL, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**;196:129-136, 1977.

ELSENBRUCH, S. Abdominal pain in Irritable Bowel Syndrome: A review of putative psychological, neural and neuro-immune mechanisms. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 25, p. 386–394, 2011.

FELLITI, V. J. et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. **American Journal of Preventive Medicine**, 14 (4), 1998.

FERDOUSY, E. Z.; MATIN, M. A. Association between intimate partner violence and child morbidity in South Asia. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 33, n. 1, p. 1-7, 2015.

FERRO, A. R.; JUSTUS, M.; ARANSIOLA, T. J. Is intimate partner violence harmful on children school outcomes? Evidence from Brazil. **Anais**, p. 1-10, 2019.

FINKELHOR, D. et al. Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. **JAMA Pediatrics**, v. 169, n. 8, p. 746-754, 2015.

FLAHERTY, E. G. et al. Adverse childhood exposures and reported child health at age 12. **Academic pediatrics**, v. 9, n. 3, p. 150-156, 2009.

FLAHERTY, E. G. et al. Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. **JAMA pediatrics**, v. 167, n. 7, p. 622-629, 2013.

- FORKE, C. M. et al. Witnessing intimate partner violence as a child: How boys and girls model their parents' behaviors in adolescence. **Child abuse & neglect**, v. 84, p. 241-252, 2018.
- FORKE, C. M. et al. Intergenerational effects of witnessing domestic violence: Health of the witnesses and their children. **Preventive medicine reports**, v. 15, p. 100942, 2019.
- FRANKE, H. A. Toxic stress: effects, prevention and treatment. **Children**, v. 1, n. 3, p. 390-402, 2014.
- FRANCISCONI, C.F. et al. Multicultural Aspects in Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs). **Gastroenterology**. Vol. 150, n. 6, p. 1344-1354, 2016.
- FULU, E. et al. Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 5, p. e512-e522, 2017.
- FUSCO, R. A.; FANTUZZO, J. W. Domestic violence crimes and children: A population-based investigation of direct sensory exposure and the nature of involvement. **Children and Youth Services Review**, v. 31, p. 249–256, 2009.
- GLUCKMAN; P. HANSON, M. The developmental origins of health and disease: an overview. In: GLUCKMAN, P.; HANSON, M. **Developmental Origins of Health and Disease**. Cambridge University Press, UK. , 2006.
- GLUCKMAN, P. D.; BUKLIJAS, T.; HANSON, M. A. The developmental origins of health and disease (DOHaD) concept: past, present, and future. In: **The epigenome and developmental origins of health and disease**. Academic Press, 2016. p. 1-15.
- GREENE, C. A. et al. Psychological and physical intimate partner violence and young children's mental health: The role of maternal posttraumatic stress symptoms and parenting behaviors. **Child abuse & neglect**, v. 77, p. 168-179, 2018.
- HALFON, N. et al. Lifecourse Health Development: Past, Present and Future. **Maternal and Child Health Journal**, vol. 18, p.344–365, 2014.
- HARRISON, K. et al. Toward a Developmental Conceptualization of Contributors to Overweight and Obesity in Childhood: The Six-Cs Model. **Child Development Perspectives**, v. 5, n. 1, p. 50–58, 2011.
- HOEKMAN, D. R. et al. Annual costs of care for pediatric irritable bowel syndrome, functional abdominal pain, and functional abdominal pain syndrome. **The Journal of Pediatrics**, v. 167, n. 5, p. 1103-1108. e2, 2015.
- HOLDEN, G.W. Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. **Clinical Child and Family Psychology Review**, Vol. 6, No. 3, September, 2003.
- HOLMES, M. R. Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. **Child abuse & neglect**, v. 37, n. 8, p. 520-530, 2013.

HORNOR, G. Childhood Trauma. Exposure and Toxic Stress: What the PNP Needs to Know. **Journal of Pediatric Health Care**. V. 29, n. 2, 2015.

HORST, S. et al. Predicting persistence of functional abdominal pain from childhood into young adulthood. **Clinical Gastroenterology and Hepatology**, v. 12, n. 12, p. 2026-2032, 2014.

HOWELL, K. H. et al. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. **Journal of injury and violence research**, 2016.

HUGHES, K. et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 2, n. 8, p. e356-e366, 2017.

HYAMS, J. S. & DI LORENZO C. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. **Gastroenterology**, v. 150, n. 6, p. 1456-1468. e2, 2016.

INDRIO, F. et al. Microbiota Involvement in the Gut-Brain Axis. **Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**. Vol. 57, supplement 1, 2013.

ISLAM, M. J. et al. Exploring intimate partner violence before, during, and after pregnancy in Bangladesh. **Journal of interpersonal violence**, v. 36, n. 7-8, p. 3584-3612, 2021.

IZAGUIRRE, A.; CALVETE, E. Exposure to family violence as a predictor of dating violence and child-to-parent aggression in Spanish adolescents. **Youth & Society**, v. 49, n. 3, p. 393-412, 2017.

IZAGUIRRE, A.; CATER, Å. Child witnesses to intimate partner violence: Their descriptions of talking to people about the violence. **Journal of interpersonal violence**, v. 33, n. 24, p. 3711-3731, 2018.

JÁTIVA, E. et al. Prevalence of Functional Gastrointestinal Disorders in Schoolchildren in Ecuador. **Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**. Vol. 63, Issue, 1, p. 25-28, 2016.

KARAMAGI, C. A. S. et al. Intimate partner violence and infant morbidity: evidence of an association from a population-based study in eastern Uganda in 2003. **BMC pediatrics**, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2007.

KENNEDY, P. J. et al. Gut memories: Towards a cognitive neurobiology of irritable bowel syndrome. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews** 36, 310–340, 2012.

KORTERINK, J. J. et al. Epidemiology of pediatric functional abdominal pain disorders: a meta-analysis. **PLoS One**, v. 10, n. 5, p. e0126982, 2015.

KUHLMAN, K. R.; HOWELL, K. H.; GRAHAM-BERMANN, S. A. Physical Health in Preschool Children Exposed to Intimate Partner Violence. **Journal of Family Violence**, v. 27, p. 499–510, 2012.

LACAGNINA, S. The developmental origins of health and disease (DOHaD). **American journal of lifestyle medicine**, v. 14, n. 1, p. 47-50, 2020.

LAMERS-WINKELMAN, F.; WILLEMEN, A. M.; VISSER, M. Adverse childhood experiences of referred children exposed to intimate partner violence: Consequences for their wellbeing. **Child abuse & neglect**, v. 36, n. 2, p. 166-179, 2012.

LAMERS-WINKELMAN, F.; SCHIPPER, J. C. D.; OOSTERMAN, M. Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. **British journal of health psychology**, v. 17, n. 4, p. 771-784, 2012

LEVENDOSKY, A. A.; GRAHAM-BERMANN, S. A. Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. **Journal of Family Violence**, v. 16, n. 2, p. 171-92, 2001.

LEVENDOSKY, A. A.; BOGAT, G. A.; MARTINEZ-TORTEYA, C. PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. **Violence against women**, v. 19, n. 2, p. 187-201, 2013.

LEVY, R.L. et al. Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders. **Gastroenterology**, n. 130, p. 1447-1458, 2006.

LIYANARACHCHI, H. et al. Association between childhood constipation and exposure to stressful life events: a systematic review. **Neurogastroenterology and Motility: the Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society**, p. e14231-e14231, 2021.

LOXTON, D. et al. Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. **PLoS One**, v. 12, n. 6, p. e0178138, 2017.

LU, P. et al. The Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children in Panama: a school-based study. **Acta Paediatrica** Vol 105, p. 232-236, 2016.

MACMILLAN, H. L.; WATHEN, C. N. Children's exposure to intimate partner violence. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, v. 23, n. 2, p. 295-308, 2014.

MANI, J.; MADANI, S.; THOMAS, R. Economic Impact and Prognostic Factors of Functional Dyspepsia in Children. **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v. 70, n. 4, p. e65-e70, 2020.

MANZOLLI, P. et al. Abuse against women, depression, and infant morbidity: a primary care cohort study in Brazil. **American journal of preventive medicine**, v. 43, n. 2, p. 188-195, 2012.

MARGOLIN, G.; GORDIS, E.B. Violence on Children, the Effects of Family and Community Violence. **Annual review of psychology**, n.51,p.445-479, 2000.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 1, p. 23-26, 1986.

MARISCAL, E. S. Resilience following exposure to intimate partner violence and other violence: A comparison of Latino and non-Latino youth. **Children and youth services review**, v.113, p.104975, 2020.

MARTINEZ-TORTEYA, C. et al. The influence of prenatal intimate partner violence exposure on hypothalamic–pituitary–adrenal axis reactivity and childhood internalizing and externalizing symptoms. **Development and Psychopathology**. N. 28, p. 55-72, 2016.

MASON, D.J.; COX, K. Toxic stress in childhood: Why we all should be concerned? **Nurs outlook**. n. 62, p. 382-383, 2014.

MAYER, E. A.; TILLISCH, K. The Brain-Gut Axis in Abdominal Pain Syndromes. **Annual Review of Medicine**, n. 62, p. 381–96, 2011.

MEJÍA, M.; VELASCO-BENÍTEZ, C. A.; DÍAZ, J. La prevalencia y las posibles asociaciones de los desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares y adolescentes de colegios privados de Managua, Nicaragua. **Acta Gastroenterológica Latinoamericana**, v. 47, n. 3, p. 163-168, 2017.

MCEWEN, C. A.; MCEWEN, B. S. Social structure, adversity, toxic stress, and intergenerational poverty: An early childhood model. **Annual Review of Sociology**, v. 43, p. 445-472, 2017.

MIELE, E. et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. **Pediatrics**, v. 114, n. 1, p. 73-78, 2004.

MOHAUPT, H.; DUCKERT, F. Parental reflective functioning in fathers who use intimate partner violence: Findings from a Norwegian clinical sample. **Nordic psychology**, v. 68, n. 4, p. 272-286, 2016.

MORSY, L.; ROTHSTEIN, R. Toxic Stress and Children's Outcomes: African American Children Growing up Poor Are at Greater Risk of Disrupted Physiological Functioning and Depressed Academic Achievement. **Economic Policy Institute**, 2019.

MUKHTAR, K.; NAWAZ, H.; ABID, S. Functional gastrointestinal disorders and gut-brain axis: What does the future hold? **World journal of gastroenterology**, v. 25, n. 5, p. 552, 2019.

NAKPHONG, M. K.; VON EHRENSTEIN, O. S. Intimate partner violence and childhood illnesses in Cambodia: a cross-sectional study. **Archives of disease in childhood**, v. 105, n. 3, p. 223-228, 2020.

NELSON, C. A. et al. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. **bmj**, v. 371, 2020.

NETTO, L. de A. et al. Social support networks for women in situations of violence by an intimate partner. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.

NIGHTINGALE, S.; SHARMA, A. Functional gastrointestinal disorders in children: What is new?. **Journal of Paediatrics and Child Health**, 2020.

NOVAKOVIC, B.; SAFFERY, R. The importance of the intrauterine environment in shaping the human neonatal epigenome. **Epigenomics**, n. 5, v.1, p. 1-4, 2013.

OLOFSSON, N. et al. Physical and psychological symptoms and learning difficulties in children of women exposed and non-exposed to violence: a population-based study. **International journal of public health**, v. 56, n. 1, p. 89-96, 2011.

OSOFSKY, J.D. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. **Clinical Child and Family Psychology Review**. v.6, n.3, p.161-70, 2003.

OUDENHOVE, L.V. et al. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders: How Central and Environmental Processes Contribute to the Development and Expression of Functional Gastrointestinal Disorders. **Gastroenterology**, n. 150, p. 1355-1367, 2016.

PAPADIMITRIOU, G. The " Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. **Psychiatrike= Psychiatriki**, v. 28, n. 2, p. 107-110, 2017.

PENSABENE, L. et al. Postinfectious functional gastrointestinal disorders in children: a multicenter prospective study. **The Journal of pediatrics**, v. 166, n. 4, p. 903-907. e1, 2015.

PERNEBO, K.; ALMQVIST, K. Young children exposed to intimate partner violence describe their abused parent: A qualitative study. **Journal of family violence**, v. 32, n. 2, p. 169-178, 2017.

PIERCE, M. C. et al. Bringing Back the Social History. **Pediatrics Clinics os North America**. N. 61, p. 889-905, 2014.

RASQUIN, A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. **Gastroenterology**, v. 130, n. 5, p. 1527-1537, 2006.

RASQUIN-WEBER, A. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. **Gut**, v. 45, n. suppl 2, p. II60-II68, 1999.

RECIFE, 2014. **Plano diretor do Recife**. 2004. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>> . Acesso em: 07/11/2017.

RIEDL, D. et al. Violence from childhood to adulthood: The influence of child victimization and domestic violence on physical health in later life. **Journal of psychosomatic research**, v. 116, p. 68-74, 2019.

ROME FOUNDATION. **The Rome Foundation**. 2021. Disponível em: <https://theromefoundation.org/about/>. Acesso em: 23 out. 2021.

ROTHMAN, E. F.; MANDEL, D. G.; SILVERMAN, J. G. Abusers' perceptions of the effect of their intimate partner violence on children. **Violence Against Women**, v. 13, n. 11, p. 1179-1191, 2007.

SANTOS, A. G.; MONTEIRO, C. F. S. Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

SAPS, M. et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Colombian school children. **Journal of Pediatrics**, v. 164, n. 3, p. 1–5, 2014.

SCOTT, K. L.; THOMPSON-WALSH, C.; NSIRI, A. Parenting in fathers who have exposed their children to domestic violence: Identifying targets for change. **International journal on child maltreatment: research, policy and practice**, v. 1, n. 1, p. 51-75, 2018.

SILVA, A. A. et al. Prevalence of non-communicable diseases in Brazilian children: follow-up at school age of two Brazilian birth cohorts of the 1990's. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 486, 2011.

SILVA, E. P. et al. Mental health of children exposed to intimate partner violence against their mother: a longitudinal study from Brazil. **Child abuse & neglect**, v. 92, p. 1-11, 2019.

SILVEIRA, P. P. et al. Origens desenvolvimentistas da saúde e da doença (DOHaD). **Jornal de Pediatria**, v. 83, p. 494-504, 2007.

SILVERMAN, J. G. et al. Maternal Experiences of Intimate Partner Violence and Child Morbidity in Bangladesh Evidence From a National Bangladeshi Sample. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 163(8):700-705, 2009.

SILVERMAN, J. G. et al. Family violence and maltreatment of women during the perinatal period: associations with infant morbidity in Indian slum communities. **Maternal and child health journal**, v. 20, n. 1, p. 149-157, 2016.

SIMRÉN, M. et al. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. **Gut**, n. 62, p. 159–176, 2013.

SLOBODA et al. **The fetal hypothalamic–pituitary–adrenal axis**: relevance to developmental origins of health and disease. In: GLUCKMAN, Peter; HANSON, Mark. *Developmental Origins of Health and Disease*. Cambridge University Press, UK. cap. 13, 2006.

SOARES, A. L. G. et al. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. **Child abuse & neglect**, v. 51, p. 21-30, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. O papel do pediatra na prevenção do estresse tóxico na infância: Manual de Orientação. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento N° 3, Junho de 2017.

SOUSA, C. et al. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. **Journal of interpersonal violence**, v. 26, n. 1, p. 111-136, 2011.

- STERNBERG, K. J. et al. Type of violence, age, and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: a meta-analysis. **Developmental Review**, v. 26, p. 89-112, 2006.
- SWANSTON, J.; BOWYER, L.; VETERE, A. Towards a richer understanding of school-age children's experiences of domestic violence: The voices of children and their mothers. **Clinical child psychology and psychiatry**, v. 19, n. 2, p. 184-201, 2014.
- TAYLOR, C. A. et al. Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. **American journal of public health**, v. 99, n. 1, p. 175-183, 2009.
- VANDENPLAS, Y.; HAUSER, B; SALVATORE, S. Functional gastrointestinal disorders in infancy: impact on the health of the infant and family. **Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition**, v. 22, n. 3, p. 207-216, 2019.
- VARNI, J. W. et al. Health-related quality of life in pediatric patients with functional and organic gastrointestinal diseases. **The Journal of pediatrics**, v. 166, n. 1, p. 85-90. e2, 2015.
- WATANABE, K.; PETRI, J.R.; William A. Environmental enteropathy: elusive but significant subclinical abnormalities in developing countries. **EBioMedicine**, v. 10, p. 25-32, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines**, 2013.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) et al. **Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence**. World Health Organization, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence info. **Intimate partner violence, 2017**. Disponível em: <https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence>. Acesso em 17/07/2020.
- WOUTERS, M. M.; BOECKXSTAENS, G. E. Is there a causal link between psychological disorders and functional gastrointestinal disorders?. **Expert review of gastroenterology & hepatology**, v. 10, n. 1, p. 5-8, 2016.
- WRIGHT, R. J. Prenatal maternal stress and early caregiving experiences: implications for childhood asthma risk. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 21, p. 8-14, 2007.
- YOUNT, K. M.; DIGIROLAMO, A. M.; RAMAKRISHNAN, U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 9, p. 1534-1554, 2011.
- ZABLAH, R. et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in school-aged children in El-Salvador. **Revista de Gastroenterologia de México**. n. 80, vol. 3, p. 186-191, 2015.

APÊNDICE A- QUADRO 02

Quadro 02- Prevalência de Desordens Gastrointestinais Funcionais em países da América Latina

Autores	Local do estudo	Características da amostra analisada	Critério diagnóstico	Prevalência dos diagnósticos - Total - Mais prevalentes	Fatores de risco associados
SAPS et al, 2014	Colômbia	373 escolares (ensino público e privado)	Roma III	Total dos DGIF's : 29% Mais prevalentes: Constipação funcional (14%) e SII (5,4%)	- Sexo feminino (p=0,03)
ZABLAH et al, 2015	El Salvador	395 escolares (ensino público e privado)	Roma III	Total dos DGIF's : 20% Mais prevalentes: Constipação funcional (10%) e SII (3,75%)	- Idade < 12 (p=0,04) - Estudar em escola privada (p=0,001)
JÁTIVA et al, 2016	Equador	417 escolares (ensino público e privado)	Roma III	Total dos DGIF's : 22,8% Mais prevalentes: Constipação funcional (11,8%) e SII (4,8%)	- Não foi encontrada associação estatisticamente significativa com as variáveis estudadas
LU et al, 2016	Panamá	321 crianças de 8-14 anos	Roma III	Total dos DGIF's : 28,7% Mais prevalentes: Constipação funcional (15,9%) e SII (5,6%)	- Não foi encontrada associação estatisticamente significativa com as variáveis estudadas
DHROOV E et al, 2017	México	362 escolares (ensino público e privado)	Roma III	Total dos DGIF's : 27,3% Mais prevalentes: Constipação funcional (12,6%) e SII (6,4%)	- Não foi encontrada associação estatisticamente significativa com as variáveis estudadas
MEJÍA, VELASC O- BENÍTEZ, DIAZ, 2017	Nicaragua	300 crianças e adolescentes (8 a 18 anos)	Roma III	Total dos DGIF's : 13,4% Mais prevalentes: Constipação funcional (10%) e SII (7%)	- Não foi encontrada associação estatisticamente significativa com as variáveis estudadas
NELISSE N et al, 2018	Argentina	483 adolescentes (12 a 18 anos de ensino público e privado)	Roma III	Total dos DGIF's : 17% Mais prevalentes: Enxaqueca abdominal (16,4%) e SII (7%)	- Sexo feminino (p=0,003) - Estudar em escola privada (p=0,05)

Fonte: a autora (2021)

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIOS DA MULHER E DA CRIANÇA

**PESQUISA SOBRE SAÚDE E EXPERIÊNCIAS DE
VIDA DAS MULHERES E DAS CRIANÇAS**

QUESTIONÁRIO

**ESTUDO CONDUZIDO PELO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA E
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

CONFIDENCIAL (uma vez preenchido)

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

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

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

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

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

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

140	Qual o motivo que levou este seu último casamento ou relacionamento a terminar? <i>(ACEITE UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. VOCÊ NÃO SENTIA MAIS AMOR POR ELE 02. VOCÊ NÃO TINHA MAIS ATRAÇÃO SEXUAL POR ELE 03. VOCÊ ENCONTROU OUTRA PESSOA 04. INFIDELIDADE DO PARCEIRO 05. INCOMPATIBILIDADES / NÃO SE ENTENDIAM 06. COMPANHEIRO FAZIA USO DE ÁLCOOL E/OU DROGAS 07. COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS DO PARCEIRO 08. OUTRO: 88. Não aplicável 89. Não quis responder	
141	Quem tomou a iniciativa da separação?	01. VOCE 02. SEU PARCEIRO 03. AMBOS, VOCÊ E SEU PARCEIRO 04. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
142	Pensando no seu relacionamento atual / mais recente, quando vocês casaram / foram viver juntos:	01. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DO PARCEIRO 02. VOCÊ SE MUDOU PARA CASA DA FAMÍLIA DO PARCEIRO 03. O PARCEIRO SE MUDOU PARA SUA CASA 04. O PARCEIRO SE MUDOU PARA CASA DE SUA FAMÍLIA 05. VOCÊS FORAM MORAR SOZINHOS 06. OUTRO: _____ 88. Não aplicável 89. Não quis responder 99. Não sabe / Não lembra	
143	Quanto tempo você está ou ficou com o pai de _____ (nome da criança)?	Nº DE ANOS [][] OU Nº DE MESES [][] OU Nº DE DIAS [][]	
144	Você fuma ou já fumou cigarro nos últimos 7 anos?	00. Nunca fumou ⇒ passe para Q.147 01. Sim, fuma 03. Atualmente não fuma mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.147	
145	Com que frequência você fuma ou fumava? Você diria que:	01. QUASE TODOS OS DIAS 02. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA 03. 1- 3 VEZES POR MÊS 04. PELO MENOS UMA VEZ POR MÊS 05. RARAMENTE / OCASIONALMENTE 89. Não quis responder 88. Não aplicável	
146	Quantos cigarros você costuma fumar por dia?	Número de cigarros por dia [][] Não aplicável88 Não quis responder89	
147	Você bebe ou bebeu nos últimos 7 anos?	00. Nunca bebeu ⇒ passe para Q.151 01. Sim, bebe. 02. Atualmente não bebe mais 89. Não quis responder ⇒ passe para Q.151	

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

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

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

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

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

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

SEÇÃO 9 – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA		
901	Nome completo:	
902	Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar	IDADE: ____ anos e ____ meses
903	Sexo	Masc. [] Fem. [] Se gemelar, colocar: 1º gemelar e 2º gemelar
904	A senhora tem outros filhos além de _____ (nome da criança)?	01. Sim 02. Não Se SIM, QUANTOS? _____
905	Qual a posição de _____ (nome da criança) na prole?	01. PRIMEIRO FILHO 02. SEGUNDO FILHO 03. TERCEIRO FILHO 04. OUTRA: _____
906	_____ (nome da criança) frequentou creches?	00. Não ⇒ passe para Q.908 01. Sim
907	Se sim, qual a idade?	De ____ meses a ____ anos
908	_____ (nome da criança) frequentou pré-escola?	00. Não ⇒ passe para Q.910 01. Sim
909	Se sim, qual a idade?	De ____ anos a ____ anos
910	_____ (nome da criança) frequenta ou frequentou a escola?	00. Não 01. Sim, frequenta 02. Sim, frequentou
911	Qual idade que entrou na escola formal?	De ____ anos e ____ meses
912	Qual a série que ele(ela) está ou estava cursando?	_____
913	a) Qual o tipo de escola que _____ (nome da criança) está frequentando? b) Qual o nome da escola? c) Qual o endereço da escola?	01. PREFEITURA (municipal) 02. ESTADO (estadual) 03. PARTICULAR 04. OUTRA: _____ ESCOLA _____ Rua _____ _____
914	_____ (nome da criança) tem bolsa-escola?	00. Não 01. Sim

As próximas questões são sobre os órgãos da barriga de seu (sua) filho (a) e problemas que podem estar acontecendo com ele. Alguns problemas podem estar acontecendo com seu (sua) filho (a) e outros não. Por favor, tente responder *todas* as perguntas da melhor forma possível. Se você *não conseguir* responder alguma pergunta, por favor responda “eu não sei”.

SEÇÃO 11 A

DOR E SENSÇÃO DE DESCONFORTO NA PARTE DA BARRIGA QUE FICA PARA CIMA DO UMBIGO

- A parte pintada da **figura 1 do BOX D** mostra a região acima do umbigo de seu (sua) filho (a) onde ele (ela) pode sentir dor ou sensação de desconforto algumas vezes. Algumas palavras para essas sensações são estômago embrulhado, enjoo, inchaço na barriga, barriga cheia ou não ter fome mesmo comendo muito pouco.
- As perguntas agora são sobre dor e sensação de desconforto **PARA CIMA** do umbigo que seu (sua) filho (a) pode ter sentido **nos últimos 2 meses**. Crianças podem ter dor e sensação de desconforto em mais de uma parte da barriga. Depois será perguntado sobre as outras partes ao redor e para baixo do umbigo de seu (sua) filho (a).

1101A	Nos últimos 2 meses, quantas vezes seu (sua) filho (a) sentiu dor ou desconforto na parte da barriga que fica <i>para cima do umbigo</i> ?	00. NUNCA 01. 1 A 3 VEZES NO MÊS 02. 1 VEZ NA SEMANA 03. VÁRIAS VEZES NA SEMANA 04. TODOS OS DIAS	
<i>Se a criança não teve dor ou sensação de desconforto para cima do umbigo nos dois últimos meses, por favor, vá para a ⇒ SEÇÃO B.</i>			
1102A	O que seu (sua) filho (a) sente na parte da barriga que fica <i>para cima do umbigo</i> ? <i>(PODEM SER MARCADAS UMA OU MAIS RESPOSTAS)</i>	01. DOR 02. ENJOO 03. INCHAÇO NA BARRIGA 04. BARRIGA CHEIA 05. NÃO TER FOME MESMO COMENDO MUITO POUCO	
1103A	Qual a força da dor ou do desconforto na parte da barriga que fica <i>para cima do umbigo</i> que seu (sua) filho (a) sentiu nos últimos 2 meses?	01. FRACA 02. NEM FRACA, NEM FORTE 03. FORTE 04. MUITO FORTE 99. EU NÃO SEI	
1104A	Quando seu (sua) filho (a) sente dor ou desconforto na parte da barriga que fica <i>para cima do umbigo</i> , quanto tempo isso dura?	01. MENOS DE 1 HORA 02. 1 A 2 HORAS 03. 3 A 4 HORAS 04. A MAIOR PARTE DO DIA 05. O DIA TODO	
1105A	Faz quanto tempo que seu (sua) filho (a) sente dor ou sensação de desconforto na parte da barriga que fica <i>para cima do umbigo</i> ?	01. 1 MÊS OU MENOS 02. 2 MESES 03. 3 MESES 04. 4 A 11 MESES 05. 1 ANO OU MAIS	

<i>Circule um número para cada pergunta abaixo.</i>		0% do tempo	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo	
Nos últimos 2 meses, quando seu (sua) filho (a) sente dor ou desconforto na parte da barriga que fica para cima do umbigo		NUNCA	UMA VEZ PERDIDA	ALGUMAS VEZES	VÁRIAS VEZES	SEMPRE	Eu não sei
1106A	A dor ou sensação de desconforto passa depois que seu (sua) filho (a) faz cocô?	0	1	2	3	4	99
1107A	O cocô de seu (sua) filho (a) fica mais ralo ou mais líquido do que o normal?	0	1	2	3	4	99
1108A	O cocô do seu (sua) filho (a) fica mais duro do que o normal ou como cocô de cabra?	0	1	2	3	4	99
1109A	Seu (sua) filho (a) faz cocô mais vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	99
1110A	Seu (sua) filho (a) faz cocô menos vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	99
1111A	Seu (sua) filho (a) sente a barriga inchada?	0	1	2	3	4	99
1112A	Seu (sua) filho (a) sente dor de cabeça?	0	1	2	3	4	99
1113A	Seu (sua) filho (a) tem dificuldade para dormir?	0	1	2	3	4	99

1114A	Seu (sua) filho (a) tem dor nos braços, nas pernas ou nas costas?	0	1	2	3	4	99	
1115A	Seu (sua) filho (a) sente fraqueza ou tontura?	0	1	2	3	4	99	
1116A	Seu (sua) filho (a) falta a escola ou pára de fazer as atividades (brincadeiras, estudo)?	0	1	2	3	4	99	

SEÇÃO 11 B	
DOR NA BARRIGA AO REDOR DO UMBIGO E NA PARTE BARRIGA QUE FICA PARA BAIXO DO UMBIGO	
As perguntas aqui são sobre as partes ao redor do umbigo e na parte da barriga que fica para baixo do umbigo de seu (sua) filho (a). Essas partes estão pintadas nas figuras abaixo. Crianças às vezes sentem a barriga dolorida ou dor na barriga. Barriga dolorida é mais fraco do que dor na barriga. Algumas vezes as crianças chamam a barriga dolorida ou a dor na barriga de "dor de barriga".	
1101B	Nos últimos 2 meses, quantas vezes seu (sua) filho (a) sentiu a barriga dolorida ou dor ao redor do umbigo ou para baixo do umbigo? 00. NUNCA 01. 1 A 3 VEZES NO MÊS 02. 1 VEZ NA SEMANA 03. VÁRIAS VEZES NA SEMANA 04. TODOS OS DIAS
<i>Se a criança não teve a barriga dolorida ou dor na barriga nas partes ao redor ou abaixo do umbigo nos dois últimos meses, por favor, vá para a ⇒ SEÇÃO C.</i>	
1102B	Qual a força da dor que seu (sua) filho (a) sente ao redor ou para baixo do umbigo nos últimos 2 meses? 01. FRACA 02. NEM FRACA, NEM FORTE 03. FORTE 04. MUITO FORTE 99. EU NÃO SEI
1103B	Quando seu (sua) filho (a) sente dor ou desconforto ao redor ou para baixo do umbigo, quanto tempo isso dura? 01. MENOS DE 1 HORA 02. 1 A 2 HORAS 03. 3 A 4 HORAS 04. A MAIOR PARTE DO DIA 05. O DIA TODO
1104B	Faz quanto tempo que seu (sua) filho (a) sente a barriga dolorida ou dor ao redor ou para baixo do umbigo? 01. 1 MÊS OU MENO 02. 2 MESES 03. 3 MESES 04. 4 A 11 MESES 05. 1 ANO OU MAIS

Circule um número para cada pergunta abaixo.		0% do tempo	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo		
Nos últimos 2 meses, quando seu (sua) filho (a) tem dolorimento ou dor ao redor ou para baixo do umbigo		NUNCA	UMA VEZ PERDIDA	ALGUMAS VEZES	A MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE	Eu não sei	
1105B	A dor ou sensação de desconforto passa depois que seu (sua) filho (a) faz cocô?	0	1	2	3	4	99	
1106B	O cocô de seu (sua) filho (a) fica mais ralo ou mais líquido do que o normal?	0	1	2	3	4	99	
1107B	O cocô do seu (sua) filho (a) fica mais duro ou como cocô de cabra do que o normal?	0	1	2	3	4	99	

1108B	Seu (sua) filho (a) faz cocô mais vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	99
1109B	Seu (sua) filho (a) faz cocô menos vezes do que o normal?	0	1	2	3	4	99
1110B	Seu (sua) filho (a) sente a barriga inchada?	0	1	2	3	4	99
1111B	Seu (sua) filho (a) sente dor de cabeça?	0	1	2	3	4	99
1112B	Seu (sua) filho (a) tem dificuldade para dormir?	0	1	2	3	4	99
1113B	Seu (sua) filho (a) tem dor nos braços, nas pernas ou nas costas?	0	1	2	3	4	99
1114B	Seu (sua) filho (a) sente fraqueza ou tontura?	0	1	2	3	4	99
1115B	Seu (sua) filho (a) falta a escola ou pára de fazer as atividades (brincadeiras, estudo)?	0	1	2	3	4	99

1116B	No último ano, quantas vezes seu (sua) filho (a) sentiu uma dor muito forte ao redor do umbigo, que durou 2 horas ou mais e fez ele (a) parar tudo aquilo que estava fazendo?	00. NUNCA ⇒ passe a SEÇÃO 11C 01. 1 VEZ 02. 2 VEZES
1116B a	Durante essa dor muito forte, o que seu (sua) filho (a) sentiu?	01. FICOU SEM APETITE 02. ALGUMA COISA NO ESTÔMAGO 03. VÔMITO 04. FICOU PÁLIDO 05. DOR DE CABEÇA 06. NÃO AGUENTAVA LUZ NOS OLHOS
1116B b	Entre uma crise de dor muito forte e outra, seu (sua) filho (a) fica sem se queixar de nada por muitas semanas ou mais tempo?	00. ___ NÃO 01. ___ SIM

SEÇÃO 11 C		
FAZER COCÔ (“fezes”, “número 2”)		
Essa parte pergunta sobre o cocô de seu (sua) filho (a). Existem muitas palavras para falar cocô como “eliminar fezes”, “defecar” ou “fazer número 2”. Sua família pode dizer outras palavras para falar sobre cocô.		
1101C	Quantas vezes seu (sua) filho (a) faz cocô na maioria das vezes, nos últimos 2 meses?	01. 2 OU MENOS VEZES NA SEMANA 02. 3 A 6 VEZES NA SEMANA 03. UMA VEZ NO DIA 04. 2 A 3 VEZES NO DIA 05. MAIS DE 3 VEZES NO DIA 99. Eu não sei
1102C	Como é o cocô de seu (sua) filho (a) nos últimos 2 meses?	01. MUITO DURO 02. DURO 03. NEM DURO, NEM MOLE ⇒ passe para 1103C 04. MUITO PASTOSO OU MOLE ⇒ passe para 1103C 05. MAIS LÍQUIDO ⇒ passe para 1103C 06. DEPENDE (seu cocô nem sempre é o mesmo) 99. Eu não sei
1102C a	Se o cocô de seu (sua) filho (a) fica duro, há quanto tempo ele está ficando duro?	00. MENOS DE 1 MÊS 01. 1 MÊS 02. 2 MESES 03. 3 MESES OU MAIS
1103C	Seu (sua) filho (a) se queixa de dor quando o cocô está saindo nos últimos 2 meses?	01. Não 02. Sim 99. Eu não sei

Circule um número para cada pergunta abaixo. Nos últimos 2 meses		0% do tempo	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo	Eu não sei
		NUNCA	UMA VEZ PERDIDA	ALGUMAS VEZES	A MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE	
1104C	Ele (a) teve que ir às pressas para o sanitário para fazer cocô?	0	1	2	3	4	99
1105C	Ele (a) teve que se espremer (fazer muita força) para fazer o cocô sair?	0	1	2	3	4	99
1106C	Seu (sua) filho (a) coloca catarro (branco, amarelado ou visguento) no cocô?	0	1	2	3	4	99
1107C	Seu (sua) filho (a) sente que ainda tem cocô no bumbum mesmo quando termina de fazer cocô (como se tivesse mais cocô para sair)?	0	1	2	3	4	99

1108C	Nos últimos 2 meses, seu (sua)filho (a) fez um cocô tão grande que entupiu o sanitário?	01. Não 02. Sim
1109C	Algumas crianças prendem o cocô mesmo quando tem um banheiro perto. Elas podem endurecer o corpo ou cruzar as pernas. Nos últimos 2 meses, quantas vezes seu (sua) filho (a) tentou prender o cocô quando estava em casa?	00. NUNCA 01. 1 A 3 VEZES NO MÊS 02. UMA VEZ NO MÊS 03. VÁRIAS VEZES NA SEMANA 04. TODOS OS DIAS
1110C	Um médico ou uma enfermeira já examinou seu (sua) filho (a) e disse que ele (a) tinha muito cocô na barriga?	01. Não 02. Sim
1111C	Quantas vezes seu (sua) filho (a) manchou ou sujou a roupa de cocô nos últimos 2 meses?	00. NUNCA ⇒ passe Seção D 01. 1 A 3 VEZES NO MÊS 02. UMA VEZ NO MÊS 03. VÁRIAS VEZES NA SEMANA 04. TODOS OS DIAS
1111C a	Como é a mancha ou o sujo na roupa de seu (sua) filho (a)?	01. A ROUPA FICA SÓ MANCHADA (SEM COCÔ) 02. FICA UM POUCO DE COCÔ NA ROUPA 03. FICA MUITO COCÔ NA ROUPA
1111C b	Faz quanto tempo que seu (sua) filho (a) mancha ou suja a roupa de cocô?	01. 1 MÊS OU MENO 02. 2 MESES 03. 3 MESES 04. 4 A 11 MESES 05. 1 ANO OU MAIS

SEÇÃO D. OUTROS SINTOMAS							
Circule um número para cada pergunta abaixo.		0% do tempo	25% do tempo	50% do tempo	75% do tempo	100% do tempo	
Nos últimos 2 meses, seu(sua) filho(a)		NUNCA	UMA VEZ PERDIDA	ALGUMAS VEZES	A MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE	Eu não sei
1101D	Arrota várias vezes sem querer?	0	1	2	3	4	99
11D00	Solta gases (pum) muitas vezes?	0	1	2	3	4	99
1103D	Fica com a barriga inchada de dia (você nota a barriga inchada)?	0	1	2	3	4	99
1104D	Engole ar? (você escuta um barulho quando ele engole)	0	1	2	3	4	99

1105D	Quantas vezes seu (sua) filho (a) vomitou <i>várias vezes sem parar durante 2 horas ou mais nos últimos 12 meses?</i>	00. NUNCA ⇒ passe para a Q.11D06 01. UMA VEZ 02. 2 VEZES 03. 3 VEZES 04. 4 VEZES OU MAIS					
1105Da	Faz quanto tempo que seu (sua) filho (a) tem esses vômitos várias vezes sem parar?	01. 1 MÊS OU 02. 2 MESES 03. 3 MESES 04. 4 A 11 MESES 05. 1 ANO OU MAIS					
1105Db	Seu (sua) filho (a) sente enjojo quando ele (a) vomita várias vezes sem parar?	00. Não 01. Sim					
1105Dc	Seu (sua) filho (a) fica sem se queixar de nada muitas semanas ou mais entre as crises de vômitos que acontecem várias vezes sem parar?	00. Não 01. Sim					
1106D	Quantas vezes a comida volta para a boca de seu (sua) filho (a) depois dele (a) comer nos últimos 2 meses?	00. NUNCA. ⇒ passe para SEÇÃO 12 01. 1 A 3 VEZES NO MÊS 02. UMA VEZ NA SEMANA 03. VÁRIAS VEZES NA SEMANA 04. TODOS OS DIAS					
1106Da	Isso acontece em menos de uma hora depois de seu (sua) filho (a) comer?	00. Não 01. Sim					
1106Db	A comida volta para a boca de seu (sua) filho (a) quando ele (a) está dormindo?	00. Não 01. Sim					
1106Dc	Seu (sua) filho (a) sente enjojo e vomita quando a comida volta para a boca dele (a)?	00. Não 01. Sim					
1106Dd	Seu (sua) filho (a) sente dor quando a comida volta para a boca dele (a)?	00. Não 01. Sim					
1106De	O que seu (sua) filho (a) faz quando a comida volta para a boca dele (a)?	00. ENGOLE 01. COSPE PARA FORA					

SEÇÃO 15 – SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DA CRIANÇA		
1501	Exposição pré-natal	a) A mãe refere que sofreu violência pelo parceiro íntimo durante a gravidez
		Informação já coletada na primeira entrevista
As questões 1502 a 1512 referem-se a Exposição pós-natal da criança à violência e deverão ser perguntadas independente de relatos de violência pela mãe na Seção 7.		

1502 - OUVIR															
	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) ouviu algum tipo de desentendimento entre você e seu parceiro	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto. (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
1	Seu(sua) filho(a) ouviu discussão, com agressões verbais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Seu(sua) filho(a) ouviu seu parceiro gritando com você	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Seu(sua) filho(a) ouviu seu parceiro ameaçando você	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Seu(sua) filho(a) ouviu seu parceiro quebrando objetos	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

5	Seu(sua) filho(a) ouviu situações em que o seu parceiro proibiu você de fazer determinadas coisas, como: estudar, trabalhar, usar certo tipo de roupa, etc.	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
6	Seu(sua) filho(a) ouviu situações de agressão física	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
7	Seu(sua) filho(a) ouviu situações de seu parceiro forçá-la a ter relações sexuais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1503 - VER															
	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) viu algum tipo de desentendimento entre você e seu parceiro	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto. (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
1	Seu(sua) filho(a) viu discussão, com agressões verbais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

2	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro gritando com você	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro ameaçando você com palavras	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro ameaçando você com alguma arma	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5	Seu(sua) filho(a) viu seu parceiro quebrando objetos	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
6	Seu(sua) filho(a) viu situações em que o seu parceiro proibiu você de fazer determinadas coisas, como: estudar, trabalhar, usar certo tipo de roupa, etc.	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
7	Seu(sua) filho(a) viu situações de agressão física	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
8	Seu(sua) filho(a) viu situações de seu parceiro força-la a ter relações sexuais	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1504 - INTERVIR															
	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) tentou intervir nos desentendimentos entre você e seu parceiro:	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto. (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
1	Pedindo para seu parceiro parar de agredir	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Tentando fisicamente, parar a briga entre você e seu parceiro	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Pedindo ajuda a alguém (vizinhos, parentes, polícia, etc) para parar a briga entre você e seu parceiro	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Cria situações para parar o evento violento, como chorar, gritar, dizer que está doente (dor de cabeça, dor de barriga, etc)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1505 - PARTICIPAR															
	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a)	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto. (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Foi forçado a se juntar ao seu parceiro para lhe agredir verbalmente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Foi forçado a se juntar ao seu parceiro para lhe agredir fisicamente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Voluntariamente se juntou ao seu parceiro para lhe agredir verbalmente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Voluntariamente se juntou ao seu parceiro para lhe agredir fisicamente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5	Se aliou a seu parceiro para servir de espião e controlar os seus passos	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1506 - TORNAR-SE A PRÓPRIA VÍTIMA															
	Nos últimos 12 meses durante os desentendimentos entre você e seu parceiro:	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto. (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de (nome da criança) quando essa situação aconteceu? (ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA)	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Você insultou, chamou palavrões, xingou seu filho de propósito	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Você insultou, chamou palavrões, xingou seu filho sem querer	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Seu parceiro insultou, chamou palavrões, xingou seu filho de propósito	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Seu parceiro insultou, chamou palavrões, xingou seu filho sem querer	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5	Foi alvo de ameaças por parte do seu companheiro	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

6	Foi fisicamente atingido(a), de propósito, por você (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
7	Foi fisicamente atingido(a), de propósito, pelo seu companheiro (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
8	Foi fisicamente atingido(a), sem querer, por você (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
9	Foi fisicamente atingido(a), sem querer, pelo seu companheiro (por exemplo, com tapas ou objetos atirados)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
10	Seu companheiro deixou de atender as necessidades de seu filho, quando necessário (por exemplo comprar alimentos, roupas, medicamentos)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1507 – OBSERVAR AS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS

	A) (Se sim, passe para B) Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de (nome da criança) quando essa situação aconteceu? ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA	F) Quem foi o agressor?
	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1 Você chorando	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2 Você machucada	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3 Coisas de casa ou pertences seus quebrados	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4 Você ir para o hospital	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5 Você ser socorrida em ambulância	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
6 A polícia ser chamada ou procurada	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1508 - VIVENCIAR OUTRAS CONSEQUÊNCIAS															
	Durante os últimos 12 meses seu (sua) filho(a) vivenciou	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? <i>ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA</i>	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Você com depressão	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Você mudar seu comportamento em relação a ele(ea)	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Separação do pai	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
4	Separação do companheiro atual ou mais recente	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
5	Mudança de casa por causa da violência	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1509 - ESCUTAR COMENTÁRIOS DOS ADULTOS															
	Durante os últimos 12 meses seu(sua) filho(a) ouviu conversas sobre a violência vivenciada por você	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? <i>ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA</i>	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Ouviu você, os irmãos, outros parentes, amigos falarem sobre os acontecimentos da violência	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

1510 - DESCONHECER APARENTEMENTE															
	Durante os últimos 12 meses a violência ocorreu:	A) (Se sim, passe para B. Se não, passe para C)			B) Nos últimos 12 meses, você diria que isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			C) Isto aconteceu alguma vez após o parto? (Se SIM, passe para D. Se NÃO, passe para a linha seguinte)			D) Após o parto, isso aconteceu uma, poucas ou muitas vezes?			E) Qual a idade de _____ (nome da criança) quando essa situação aconteceu? <i>ACEITAR MAIS DE UMA RESPOSTA</i>	F) Quem foi o agressor?
		Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas	Não	Sim	NA	Uma	Poucas	Muitas		
1	Fora de casa	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
2	Quando _____ (nome da criança) não estava em casa	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais 99. Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____
3	Quando você achava que _____ (nome da criança) estava dormindo	00	01	88	01	02	03	00	01	88	01	02	03	01. 0 a 11 meses 02. 1 a 2 anos 03. 3 a 5 anos 04. 6 anos ou mais Não sabe	01. O pai da criança 02. Outro parceiro. Quantos? [] [] I) _____ II) _____ III) _____

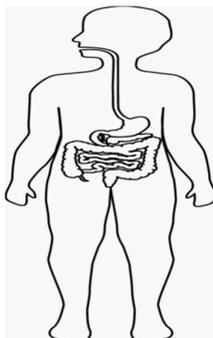
**APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO SOBRE SINTOMAS GASTROINTESTINAIS
PEDIÁTRICOS,
VERSÃO ROMA III (QPGS-RIII)**

VERSÃO FINAL IDIOMA PORTUGUÊS

Questionário sobre Sintomas Gastrointestinais Pediátricos,
Versão Roma III (QPGS-RIII)

(Adaptado do Questionário sobre Sintomas Gastrointestinais Pediátricos, Walker, Caplan-Dover, & Rasquin-Weber, 2000)

Formulário de Registro dos Pais
(Crianças de 4 anos ou mais)



Instruções

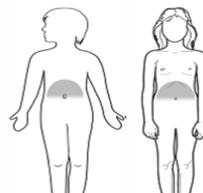
Este questionário trata do sistema digestivo de seu filho (a) (esôfago, estômago, intestino delgado e cólon) e dos problemas associados que se pode ter. Alguns problemas podem se aplicar a seu filho (a) e outros não.

Por favor, tente responder todas as perguntas da melhor maneira que puder. Se não for possível responder uma questão em particular, por favor, responda “Não sei” no campo indicado.

Caso tenha alguma pergunta, o assistente de pesquisa ficará feliz em ajudar!

Seção A. Dor e Desconforto no Abdome Superior Acima do Umbigo

A linha pontilhada na figura abaixo mostra uma área ACIMA do umbigo do seu filho (a), onde às vezes as crianças se machucam sentem dor ou têm sensação de desconforto. Algumas palavras para essas sensações são dores de barriga, náusea, inchaço, sensação estar cheio ou não ter fome após comer muito pouco.



Acima do Umbigo

As perguntas nesta parte são sobre dor e sensações de desconforto ACIMA do umbigo que seu filho (a) pode ter sentido nos últimos 2 meses. As crianças podem sentir dor e

desconforto em mais de uma área da barriga. Em uma parte diferente do questionário, serão feitas perguntas sobre as áreas ao redor e abaixo do umbigo do seu filho (a).

1. Nos últimos 2 meses, quantas vezes seu filho (a) teve dor ou desconforto na parte superior do abdômen, acima do umbigo?

0. ___ Nunca
 1. ___ 1-3 vezes ao mês
 2. ___ Uma vez por semana
 3. ___ Várias vezes por semana
 4. ___ Todo dia

Se seu filho (a) não teve nenhuma dor ou desconforto acima do umbigo nos últimos 2 meses, por favor, vá para a Seção B.

2. Quais das sensações a seguir seu filho (a) sentiu acima do umbigo? (Você pode marcar uma ou mais de uma opção).

- | | | |
|----------------------------------------|------------|------------|
| a. Dor | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| b. Náusea | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| c. Inchaço | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| d. Sensação de estar cheio | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| e. Não ter fome após comer muito pouco | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |

3. Nos últimos 2 meses, quanto seu filho (a) sentiu dor ou desconforto acima do umbigo?

1. ___ Pouca
 2. ___ Alguma (entre pouca e muita)
 3. ___ Muita
 4. ___ MUITÍSSIMA
 5. ___ Não sei

4. Quando seu filho (a) sentiu dor ou desconforto acima do umbigo, por quanto tempo isso durou?

1. ___ Menos de uma hora
 2. ___ 1-2 horas
 3. ___ 3-4 horas
 4. ___ Maior parte do dia
 5. ___ O tempo todo

5. Há quanto tempo seu filho (a) sente dor ou desconforto acima do umbigo?

1. ___ 1 mês ou menos
 2. ___ 2 meses
 3. ___ 3 meses
 4. ___ 4-11 meses
 5. ___ 1 ano ou mais

Circule um número para indicar sua resposta a cada pergunta abaixo.	0% Do tempo	25% Do tempo	50% Do tempo	75% Do tempo	100% Do tempo	
Nos últimos 2 meses, quando sua criança sentiu dor ou desconforto acima do umbigo, com que frequência:	<u>Nunca</u>	De vez em quando	Às vezes	Maior parte das vezes	<i>Sempre</i>	Não sei (Marcar este campo)
6. A dor ou sensação de desconforto melhorou após seu filho (a) fazer cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Os cocôs do seu filho (a) eram mais moles ou mais pastosos ou mais líquidos que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

8. Os cocôs do seu filho (a) eram mais duros que o normal ou em forma bolinhas?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Seu filho (a) fez mais cocô que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Seu filho (a) fez menos cocô que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Seu filho (a) sentiu a barriga inchada?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Seu filho (a) teve dor de cabeça?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
13. Seu filho (a) teve dificuldade para dormir?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
14. Seu filho (a) sentiu dores nos braços, pernas ou costas?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
15. Seu filho (a) sentiu fraco ou tonto?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
16. Seu filho (a) perdeu aula na escola ou parou de fazer atividades com brincar ou estudar?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

Seção B.**Dor na Barriga e Dor Abdominal ao redor e abaixo do umbigo**

As perguntas nesta seção tratam das áreas AO REDOR e ABAIXO do umbigo de seu filho (a). Essas áreas estão identificadas por uma linha pontilhada nas imagens abaixo. As crianças, às vezes, sentem desconforto ou dor de barriga nessas áreas. O desconforto na barriga é, às vezes, mais suave do que a dor. Algumas crianças chamam o desconforto ou dor na barriga por ‘dor de estômago’ ou ‘dor de barriga.’



Ao redor do umbigo



Abaixo do umbigo

1. Nos últimos 2 meses, quantas vezes seu filho (a) teve dor ou desconforto na área ao redor ou abaixo do umbigo?

0. ___ Nunca
1. ___ Uma a três vezes ao mês
2. ___ Uma vez por semana
3. ___ Várias vezes por semana
4. ___ Todo dia

Se seu filho (a) não teve nenhum incômodo ou dor na barriga ao redor ou abaixo do umbigo nos últimos 2 meses, por favor, siga para seção C

2. Nos últimos 2 meses, quanta dor seu filho (a) sentiu na área ao redor ou abaixo do umbigo?

1. ___ Pouca
2. ___ Alguma (entre pouca e muita)

3. ___ Muita

4. ___ Muitíssima

5. ___ Não sei

3. Quando seu filho (a) sentiu dor ou desconforto ao redor ou abaixo do umbigo, quanto tempo durou?

1. ___ Menos de uma hora

2. ___ 1-2 horas

3. ___ 3-4 horas

4. ___ Maior parte do dia

4. Há quanto tempo seu filho (a) tem dor ou desconforto ao redor ou abaixo do umbigo?

1. ___ 1 mês ou menos

2. ___ 2 meses

3. ___ 3 meses

4. ___ 4 - 11 meses

5. ___ 1 ano ou mais

Circule um número para indicar sua resposta a cada pergunta abaixo.	0%	25%	50%	75%	100%	Não sei (Marcar este campo)
	Do tempo	Do tempo	Do tempo	Do tempo	Do tempo	
Nos últimos 2 meses, quando sua criança sentiu dor ou desconforto em torno ou abaixo do umbigo, com que frequência:	Nunca	De vez em quando	Às vezes	Maior parte das vezes	<i>Sempre</i>	
5. A dor ou sensação de desconforto melhorou após seu filho (a) fazer cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Os cocôs do seu filho (a) eram mais moles ou mais pastosos ou mais líquidos que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Os cocôs do seu filho (a) eram mais duros que o normal ou em forma de bolinhas?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
8. Seu filho (a) fez mais cocô que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
9. Seu filho (a) fez menos cocô que o normal?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
10. Seu filho (a) sentiu a barriga inchada?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
11. Seu filho (a) teve dor de cabeça?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
12. Seu filho (a) teve dificuldade para dormir?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
13. Seu filho (a) sentiu dores nos braços, pernas ou costas?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

14. Seu filho (a) sentiu fraco ou tonto?	0	1	2	3	4
15. Seu filho (a) perdeu aula na escola ou parou de fazer atividades com brincar ou estudar?	0	1	2	3	4

□

16. No último ano, quantas vezes seu filho (a) teve um episódio de dor intensa e grave ao redor do umbigo que tenha durado duas horas ou mais e que tenha feito seu filho (a) parar de fazer tudo o que ele/ela estava fazendo?

0. ___ Nenhuma (se nenhuma, favor seguir para a próxima seção)
 1. ___ 1 vez
 2. ___ 2 vezes
 3. ___ 3-5 vezes
 4. ___ 6 ou mais vezes

16a. Durante o episódio de dor intensa e grave, seu filho (a) apresentou algum dos sintomas abaixo?

- | | | |
|--------------------------|------------|------------|
| a. Sem apetite | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| b. Enjoo | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| c. Vômito | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| d. Palidez | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| e. Dor de cabeça | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |
| d. Olhos sensíveis à luz | 0. ___ Não | 1. ___ Sim |

16b. Entre uma crise e outra de dor intensa e grave, seu filho (a) volta à saúde normal por várias semanas ou mais?

0. ___ Não 1. ___ Sim

Seção C. Evacuação (“Cocô”, “Fezes”, “Número 2”)

Esta parte traz perguntas sobre a evacuação de seu filho (a). Existem muitas palavras para evacuação, tais como ‘cocô’, ‘fezes’, ‘defecar’ e ‘ir ao banheiro fazer o número 2’. Pode ser que sua família use outra palavra especial ao falar de cocô.

1. Nos últimos 2 meses, quantas vezes seu filho (a) normalmente fez cocô?

1. ___ 2 vezes na semana ou com menos frequência
 2. ___ 3-6 vezes na semana
 3. ___ Uma vez ao dia
 4. ___ 2-3 vezes ao dia
 5. ___ Mais de 3 vezes ao dia
 ___ Não sei

2. Nos últimos 2 meses, como geralmente era o coco da sua criança?

1. ___ Muito duro
 2. ___ Duro
 3. ___ Nem muito duro nem muito mole
 4. ___ Muito mole e pastoso
 5. ___ Líquido
 6. ___ Depende (os cocôs nem sempre são iguais)

Não sei

2a. Se os cocôs do seu filho (a) eram normalmente duros, há quanto tempo os cocôs são duros?

0. ___ Menos de 1 mês
 1. ___ 1 mês
 2. ___ 2 meses
 3. ___ 3 meses ou mais

3. Nos últimos 2 meses, doeu quando seu filho (a) fez cocô?

0. ___ Não
 1. ___ Sim
 ___ Não sei

Circule um número para indicar sua resposta a cada pergunta abaixo.	0%	25%	50%	75%	100%	Não sei (marque este campo)
	Do tempo <u>Nunca</u>	Do tempo De vez em quando	Do tempo Às vezes	Do tempo Maior parte do tempo	Do tempo <u>Sempre</u>	
Nos últimos 2 meses, com que frequência:						
4. Seu filho (a) teve que correr para o banheiro para fazer cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
5. Seu filho (a) ficou tenso (fez força) para fazer o cocô sair?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
6. Seu filho (a) evacuou muco ou catarro (material branco, amarelado, pegajoso ou viscoso) no cocô?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
7. Seu filho (a) teve a sensação de não ter terminado depois de fazer cocô (como se tivesse mais que não quis sair)?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

8. Nos últimos 2 meses, seu filho (a) fez um cocô tão grande que entupiu a privada?

0. ___ Não
 1. ___ Sim

9. Algumas crianças seguram o cocô mesmo quando há banheiro disponível. Elas podem fazer isso esticando o corpo ou cruzando as pernas. Nos últimos 2 meses, enquanto estava em casa, quantas vezes seu filho (a) tentou segurar o cocô?

0. ___ Nunca
 1. ___ 1-3 vezes por mês
 2. ___ Uma vez por semana
 3. ___ Várias vezes por semana
 4. ___ Todo dia

10. Algum médico ou enfermeira já examinou seu filho (a) e disse que ela tinha um cocô enorme dentro dela?

0. ___ Não
 1. ___ Sim

11. Nos últimos 2 meses, quantas vezes a cueca ou calcinha do seu filho (a) ficou manchada ou suja com cocô?

0. ___ Nunca (Se nunca, por favor vá para Seção D)

1. ___ Menos de uma vez ao mês
2. ___ 1-3 vezes ao mês
3. ___ Uma vez por semana
4. ___ Várias vezes por semana

11a. Quando seu filho (a) manchou ou sujou a cueca ou calcinha, o quanto de mancha ou suja ficou?

1. ___ Ficou manchada (sem cocô)
2. ___ Uma quantidade pequena de cocô na roupa (menos que um cocô inteiro)
3. ___ Grande quantidade de cocô na roupa (um cocô inteiro)

11b. Há quando tempo seu filho (a) mancha ou suja a cueca ou calcinha?

1. ___ 1 mês ou menos
2. ___ 2 meses
3. ___ 3 meses
4. ___ 4-11 meses
5. ___ 1 ano ou mais

Seção D. Outros Sintomas

Circule um número para cada uma das perguntas

Nos últimos 2 meses, com que frequência Seu filho (a):	Nunca	1-3 vezes por mês	Uma vez por semana	Várias vezes por semana	Todo dia	Não sei (marcar este campo)
1. Arrotou repetidas vezes sem querer?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
2. Soltou muitos gases com muita frequência?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
3. Ficou com a barriga claramente inchada durante o dia (dava para ver que estava inchada)?	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
4. Engoliu ar extra? (Dá para ouvir um barulho de clique quando seu filho (a) engole)	0	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

5. NO ANO PASSADO, quantas vezes seu filho (a) vomitou várias vezes sem parar por duas horas ou mais?

0. ___ Nunca (Se nunca, por favor, siga para pergunta 6)
1. ___ Uma vez
2. ___ 2 vezes
3. ___ 3 vezes
4. ___ 4 ou mais vezes

5a. Há quanto tempo seu filho (a) vomita várias vezes sem parar?

1. ___ 1 mês ou menos
2. ___ 2 meses
3. ___ 3 meses
4. ___ 4-11 meses
5. ___ 1 ano ou mais

5b. Seu filho (a) normalmente ficava enjoado quando vomitava várias vezes seguidas sem parar?

- 0. Não
- 1. Sim

5c. Seu filho (a) fica sem se queixar de nada por várias semanas ou mais entre as crises de vômito repetidos?

- 0. Não
- 1. Sim

6. Nos últimos 2 meses, quantas vezes a comida voltava para a boca do seu filho (a) depois que ele comia?

- 0. Nunca (se nunca, você pode para neste ponto)
- 1. 1-3 vezes por mês
- 2. Uma vez por semana
- 3. Várias vezes por semana
- 4. Todo dia

6a. Isso, normalmente, acontecia menos de uma hora após seu filho (a) comer?

- 0. Não
- 1. Sim

6b. Isso acontece enquanto seu filho (a) está dormindo?

- 0. Não
- 1. Sim

6c. Seu filho (a) geralmente sente náusea e vomita quando isso acontece?

- 0. Não
- 1. Sim

6d. Geralmente seu filho (a) sente dor quando a comida volta para a sua boca?

- 0. Não
- 1. Sim

6e. O que seu filho (a) geralmente faz com a comida que volta para sua boca?

- 0. Engolia.
- 1. Cuspia.

APÊNDICE D - TABELAS DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS COVARIÁVEIS E A EXPOSIÇÃO

Tabela 07– Associação entre as características gerais da amostra e o número de tipos de exposições da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.

(continua)

Variáveis	N=626 n (%)	Tipos de exposição			P
		Sem exposição n(%)	1-3 tipos n(%)	Quatro tipos ou mais n(%)	
Características socioeconômicas e demográficas da mulher					
Idade (anos)					
≥ 28	544 (86,9)	235 (89,7)	164 (85,4)	145 (84,3)	0,07
≤ 27	82 (13,1)	27 (10,3)	28 (14,6)	27 (15,7)	
Escolaridade (anos de estudo)					
> 9	316 (50,5)	139 (53,1)	107 (55,7)	70 (40,7)	0,27
≤ 9	310 (49,5)	123 (46,9)	85 (44,3)	102 (59,3)	
Renda					
≥ 1 salário mínimo	211 (33,7)	78 (29,8)	72 (37,5)	61 (35,5)	0,07
Sem renda/<1 salário mínimo	415 (66,3)	184 (70,2)	120 (62,5)	111 (64,5)	
Situação conjugal					
Com companheiro	508 (81,1)	227 (86,6)	146 (76,0)	135 (78,5)	0,002
Sem companheiro	118 (18,9)	35 (13,4)	46 (24,0)	37 (21,5)	
Companheiro é o pai da criança					
Sim	401 (64,1)	214 (81,7)	92 (47,9)	95 (55,2)	<0,001
Não	225 (35,9)	48 (18,3)	100 (52,1)	77 (44,8)	
Características socioeconômicas e demográficas do parceiro					
Idade (anos) ^a					
≥ 28	545 (89,9)	241 (94,9)	161 (88,0)	143 (84,6)	0,002
≤ 27	61 (10,1)	13 (5,1)	22 (12,0)	26 (15,4)	
Escolaridade (anos de estudo) ^b					
> 9	283 (53,0)	133 (59,1)	84 (52,2)	66 (44,6)	0,02
≤ 9	251 (47,0)	92 (40,9)	77 (47,8)	82 (55,4)	
Renda ^c					
≥ 1 salário mínimo	398 (72,8)	177 (73,8)	123 (74,1)	98 (69,5)	0,60
Sem renda/<1 salário mínimo	149 (27,2)	63 (26,2)	43 (25,9)	43 (30,5)	
Características comportamentais e estilo de vida da mulher					
Uso de álcool					
Não	357 (57,0)	170 (64,9)	98 (51,0)	89 (51,7)	0,01
Sim	269 (43,0)	92 (35,1)	94 (49,0)	83 (48,3)	
Uso de drogas					
Não	595 (95,1)	254 (96,9)	183 (95,3)	158 (91,9)	0,06
Sim	31 (4,9)	8 (3,1)	9 (4,7)	14 (8,1)	
Transtornos mentais comuns					
Não	425 (67,9)	208 (79,4)	129 (67,2)	88 (51,2)	<0,001
Sim	201 (32,1)	54 (20,6)	63 (32,8)	84 (48,8)	

Tabela 07– Associação entre as características gerais da amostra e o número de tipos de exposições da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.

(continuação)

Características comportamentais e estilo de vida do parceiro					
Uso de álcool ^d					
Não	208 (33,4)	114 (44,0)	50 (26,2)	44 (25,6)	
Sim	414 (66,6)	145 (56,0)	141 (73,8)	128 (74,4)	<0,001
Uso de drogas ^e					
Não	567 (94,2)	244 (95,7)	178 (96,7)	145 (88,9)	
Sim	35 (5,8)	11 (4,3)	6 (3,3)	18 (11,1)	0,18
Envolvimento com brigas^f					
Não	563 (90,7)	247 (95,7)	178 (93,2)	138 (80,2)	
Sim	58 (9,3)	11 (4,3)	13 (6,8)	34 (19,8)	<0,001
Características demográficas da criança					
Idade (anos completos)					
8-9	320 (51,1)	151 (57,6)	109 (56,8)	60 (34,9)	
6-7	306 (48,9)	111(42,4)	83 (43,2)	112 (65,1)	0,005
Sexo					
Masculino	317 (50,6)	132 (50,4)	88 (45,8)	97 (56,4)	
Feminino	309 (49,4)	130 (49,6)	104 (54,2)	75 (43,6)	0,91
Possui irmãos					
Não	132 (21,1)	63 (24,1)	42 (21,9)	27 (15,7)	
Sim	494 (78,9)	199 (75,9)	150 (78,1)	145 (84,3)	0,12
Quantidade de irmãos					
Nenhum	132 (21,1)	63 (24,0)	42 (21,9)	27 (15,7)	
1 ou 2	262 (41,8)	116(44,3)	76 (39,6)	70 (40,7)	
3 ou mais	232 (37,1)	83 (31,7)	74 (38,5)	75 (43,6)	0,04
Posição na prole					
Primeira ou segunda	444 (70,9)	194 (74,1)	142 (74,0)	108 (62,8)	
Terceira ou mais	182 (29,1)	68 (25,9)	50 (26,0)	64 (37,2)	0,14
Série					
≥2ª série	401 (64,1)	170(64,9)	130 (67,7)	101 (58,7)	
Alfabetização / 1ª série	225 (35,9)	92 (35,1)	62 (32,3)	71 (41,3)	0,71
Tipo de escola ^g					
Privada	298 (47,8)	142 (54,2)	82 (42,7)	74 (43,5)	
Pública	326 (52,2)	120 (45,8)	110 (57,3)	96 (56,5)	0,006

^a 20 valores perdidos ^b 92 valores perdidos ^c 79 valores perdidos ^d quatro valores perdidos ^e vinte e quatro valores perdidos ^f cinco valores perdidos ^g dois valores perdidos

Fonte: a autora (2021)

Tabela 08 – Associação entre as características gerais da amostra e a idade de início da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.

(continua)

Variáveis	Idade de início de exposição					P
	N=626	Sem exposição	Pré-natal	0-2 anos	≥3 anos	
	n (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n (%)	
Características socioeconômicas e demográficas da mulher						
Idade (anos)						
≥ 28	544 (86,9)	235 (89,7)	120 (86,3)	74 (84,1)	115 (83,9)	0,08
≤ 27	82 (13,1)	27 (10,3)	19 (13,7)	14 (15,9)	22 (16,1)	
Escolaridade (anos de estudo)						
> 9	316 (50,5)	139 (53,0)	60 (43,2)	46 (52,3)	71 (51,8)	0,27
≤ 9	310 (49,5)	123 (47,0)	79 (56,8)	42 (47,7)	66 (48,2)	
Renda						
≥ 1 salário mínimo	211 (33,7)	78 (29,8)	45 (32,4)	30 (34,1)	58 (42,3)	0,07
Sem renda/<1 salário mínimo	415 (66,3)	184 (70,2)	94 (67,6)	58 (65,9)	79 (57,7)	
Situação conjugal						
Com companheiro	508 (81,1)	227 (86,6)	105 (75,5)	73 (82,9)	103 (75,2)	0,002
Sem companheiro	118 (18,9)	35 (13,4)	34 (24,5)	15 (17,1)	34 (24,8)	
Companheiro é o pai da criança						
Sim	401 (64,1)	214 (81,7)	70 (50,4)	36 (40,9)	81 (59,1)	<0,001
Não	225 (35,9)	48 (18,3)	69 (49,6)	52 (59,1)	56 (40,9)	
Características socioeconômicas e demográficas do parceiro						
Idade (anos) ^a						
≥ 28	545 (89,9)	241 (94,9)	114 (85,1)	76 (87,4)	114 (87,0)	0,001
≤ 27	61 (10,1)	13 (5,1)	20 (14,9)	11 (12,6)	17 (13,0)	
Escolaridade (anos de estudo) ^b						
> 9	283 (53,0)	133 (59,1)	56 (45,9)	38 (50,7)	56 (50,0)	0,01
≤ 9	251 (47,0)	92 (40,9)	66 (54,1)	37 (49,3)	56 (50,0)	
Renda ^c						
≥ 1 salário mínimo	398 (72,8)	177 (73,7)	84 (72,4)	53 (74,6)	84 (70,0)	0,64
Sem renda/<1 salário mínimo	149 (27,2)	63 (26,3)	32 (27,6)	18 (25,4)	36 (30,0)	
Características comportamentais e estilo de vida da mãe						
Uso de álcool						
Não	357 (57,0)	170 (64,9)	70 (50,4)	44 (50,0)	73 (53,3)	0,001
Sim	269 (43,0)	92 (35,1)	69 (49,6)	44 (50,0)	64 (46,7)	
Uso de drogas						
Não	595 (95,1)	254 (96,9)	127 (91,4)	84 (95,5)	130 (94,9)	0,006
Sim	31 (4,9)	8 (3,1)	12 (8,6)	4 (4,5)	7 (5,1)	
Transtornos mentais comuns						
Não	425 (67,9)	208 (79,4)	68 (48,9)	54 (61,4)	95 (69,3)	<0,001
Sim	201 (32,1)	54 (20,6)	71 (51,1)	34 (38,6)	42 (30,7)	

Tabela 08 – Associação entre as características gerais da amostra e a idade de início da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.

(continuação)

Características comportamentais e estilo de vida do parceiro						
Uso de álcool ^d						
Não	208 (33,4)	114 (44,0)	32 (23,2)	25 (28,4)	37 (27,0)	
Sim	414 (66,6)	145 (56,0)	106 (76,8)	63 (71,6)	100 (73,0)	<0,001
Uso de drogas ^e						
Não	567 (94,2)	244 (95,7)	118 (90,1)	77 (93,9)	128 (95,5)	
Sim	35 (5,8)	11 (4,3)	13 (9,9)	5 (6,1)	6 (4,5)	0,18
Envolvimento com brigas ^f						
Não	563 (90,7)	247 (43,9)	109 (19,4)	83 (14,7)	124 (22,0)	
Sim	58 (9,3)	11 (19,0)	29 (50,0)	5 (8,6)	13 (22,4)	<0,001
Características demográficas da criança						
Idade (anos completos)						
8-9	320 (51,1)	151 (57,6)	68 (48,9)	40 (45,5)	61 (44,5)	
6-7	306 (48,9)	111 (42,4)	71 (51,1)	48 (54,5)	76 (55,5)	0,006
Sexo						
Masculino	317 (50,6)	132 (50,4)	75 (54,0)	37 (42,0)	73 (53,3)	
Feminino	309 (49,4)	130(49,6)	64 (46,0)	51 (58,0)	64 (46,7)	0,91
Possui irmãos						
Não	132 (21,1)	63 (24,1)	18 (13,0)	22 (25,0)	29 (21,2)	
Sim	494 (78,9)	199(75,9)	121 (87,0)	66 (75,0)	108 (78,8)	0,12
Quantidade de irmãos						
Nenhum	132 (21,1)	63 (24,0)	18 (13,0)	22 (25,0)	29 (21,1)	
1 ou 2	262 (41,8)	116 (44,3)	58 (41,7)	32 (36,4)	56 (40,9)	0,04
3 ou mais	232 (37,1)	83 (31,7)	63 (45,3)	34 (38,6)	52 (38,0)	
Posição na prole						
Primeira ou segunda	444 (70,9)	194 (74,0)	93 (66,9)	58 (65,9)	99(72,3)	
Terceira ou mais	182 (29,1)	68 (26,0)	46 (33,1)	30 (34,1)	38 (27,7)	0,14
Série						
≥2ª série	401 (64,1)	170 (64,9)	90 (64,8)	50 (56,8)	91 (66,4)	
Alfabetização / 1ª série	225 (35,9)	92 (35,1)	49 (35,2)	38 (43,2)	46 (33,6)	0,71
Tipo de escola ^g						
Privada	298 (47,8)	142 (54,2)	56 (40,6)	36 (40,9)	64 (47,1)	
Pública	326 (52,2)	120 (45,8)	82 (59,4)	52 (59,1)	72 (52,9)	0,006

^a20 valores perdidos ^b92 valores perdidos ^c79 valores perdidos ^dquatro valores perdidos ^evinte e quatro valores perdidos ^fcinco valores perdidos ^gdois valores perdidos

Fonte: a autora (2021)

Tabela 09– Associação entre as características gerais da amostra e o perpetrador da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.

(continua)

Variáveis	N=626 n (%)	Perpetrador da exposição			p
		Sem exposição n (%)	Pai n (%)	Outro companheiro da mãe n (%)	
Características socioeconômicas e demográficas da mulher					
Idade (anos)					
≥ 28	544 (86,9)	235(89,7)	289 (85,5)	20 (76,9)	0,07
≤ 27	82 (13,1)	27 (10,3)	49 (14,5)	6 (23,1)	
Escolaridade (anos de estudo)					
> 9	316 (50,5)	139 (53,1)	165 (48,8)	12 (46,2)	0,27
≤ 9	310 (49,5)	123 (46,9)	173 (51,2)	14 (53,8)	
Renda					
≥ 1 salário mínimo	211 (33,7)	78 (29,8)	125 (37,0)	8 (30,8)	0,07
Sem renda/<1 salário mínimo	415 (66,3)	184 (70,2)	213 (63,0)	18 (69,2)	
Situação conjugal					
Com companheiro	508 (81,1)	227 (86,6)	260 (77,0)	21 (80,8)	0,003
Sem companheiro	118 (18,9)	35 (13,4)	78 (23,0)	5 (19,2)	
Companheiro é o pai da criança					
Sim	401 (64,1)	214 (81,7)	184(54,4)	3 (11,5)	<0,001
Não	225 (35,9)	48 (18,3)	154 (45,6)	23 (88,5)	
Características socioeconômicas e demográficas do parceiro					
Idade (anos) ^a					
≥ 28	545 (89,9)	214 (94,9)	287 (87,8)	17 (68,0)	0,001
≤ 27	61 (10,1)	13 (5,1)	40 (12,2)	8 (32,0)	
Escolaridade (anos de estudo) ^b					
> 9	283 (53,0)	133 (59,1)	141 (48,8)	9 (45,0)	0,01
≤ 9	251 (47,0)	92 (40,9)	148 (51,2)	11 (55,0)	
Renda ^c					
≥ 1 salário mínimo	398 (72,8)	177 (73,8)	203 (71,2)	18 (81,8)	0,64
Sem renda/<1 salário mínimo	149 (27,2)	63 (26,2)	82 (28,8)	4 (18,2)	
Características comportamentais e estilo de vida da mãe					
Uso de álcool					
Não	357 (57,0)	170 (64,9)	173 (51,2)	14 (53,8)	0,001
Sim	269 (43,0)	92 (35,1)	165 (48,8)	12 (46,2)	
Uso de drogas					
Não	595 (95,1)	254 (96,9)	317 (93,8)	24 (92,3)	0,06
Sim	31 (4,9)	8 (3,1)	21 (6,2)	2 (7,7)	
Transtornos mentais comuns					
Não	425 (67,9)	208 (79,4)	203 (60,0)	14 (53,8)	<0,001
Sim	201 (32,1)	54 (20,6)	135 (40,0)	12 (46,2)	

Tabela 09– Associação entre as características gerais da amostra e o perpetrador da exposição da criança à violência pelo parceiro íntimo da mãe.

(Continuação)

Características comportamentais e estilo de vida do parceiro					
Uso de álcool ^d					
Não	208 (33,4)	114 (44,0)	85 (25,2)	9 (36,0)	
Sim	414 (66,6)	145 (56,0)	253 (74,8)	16 (64,0)	<0,001
Uso de drogas ^e					
Não	567 (94,2)	244 (95,7)	300 (93,2)	23 (92,0)	
Sim	35 (5,8)	11 (4,3)	22 (6,8)	2 (8,0)	0,18
Envolvimento com brigas ^f					
Não	563 (90,7)	247 (95,7)	296 (87,6)	20 (80,0)	
Sim	58 (9,3)	11 (4,3)	42 (12,4)	5 (20,0)	<0,001
Características demográficas da criança					
Idade (anos completos)					
8-9	320 (51,1)	151 (57,6)	156 (46,1)	13 (50,0)	
6-7	306 (48,9)	111 (42,4)	182 (53,9)	13 (50,0)	0,006
Sexo					
Masculino	317 (50,6)	132 (50,4)	172 (50,9)	13 (50,0)	
Feminino	309 (49,4)	130 (49,6)	166 (49,1)	13 (50,0)	0,91
Possui irmãos					
Não	132 (21,1)	63 (24,1)	66 (19,5)	3 (11,5)	
Sim	494 (78,9)	199 (75,9)	272 (80,5)	23 (88,5)	0,12
Quantidade de irmãos					
Nenhum	132 (21,1)	63 (24,0)	66 (19,5)	3 (11,5)	
1 ou 2	262 (41,8)	116 (44,3)	137 (40,5)	9 (34,6)	
3 ou mais	232 (37,1)	83 (31,7)	135 (40,0)	14 (53,9)	0,04
Posição na prole					
Primeira ou segunda	444 (70,9)	194 (74,0)	230 (68,0)	20 (76,9)	
Terceira ou mais	182 (29,1)	68 (26,0)	108 (32,0)	6 (23,1)	0,14
Série					
≥2ª série	401 (64,1)	170 (64,9)	217 (64,2)	14 (53,8)	
Alfabetização / 1ª série	225 (35,9)	92 (35,1)	121 (35,8)	12 (46,2)	0,71
Tipo de escola ^g					
Privada	298 (47,8)	142 (54,2)	146 (43,5)	10 (38,5)	
Pública	326 (52,2)	120 (45,8)	190 (56,5)	16 (61,5)	0,006

^a 20 valores perdidos ^b 92 valores perdidos ^c 79 valores perdidos ^d quatro valores perdidos ^e vinte e quatro valores perdidos ^f cinco valores perdidos ^g dois valores perdidos

Fonte: A autora (2021)

**ANEXO A- CARTA DE APROVAÇÃO DA *ROME FOUNDATION* - TRADUÇÃO DO
QUESTIONNAIRE ABOUT PEDIATRIC GASTROINTESTINAL SYMPTOMS, ROMA
III VERSION PARENT-REPORT**



BOARD OF DIRECTORS

Jan Tack, MD PhD
President
Leuven, Belgium

Douglas A. Drossman, MD
President Emeritus
Chief Operating Officer
Chapel Hill, NC USA
Giovanni Barbara, MD
Bologna, Italy
Lin Chang, MD
Los Angeles, CA USA
William Chey, MD
Ann Arbor, MI, USA
Xiucui Fang, MD
Beijing, China
Laurie Keefer PhD
New York, NY USA
Brian E. Lacy, MD, PhD
Jacksonville, FL, USA
Sam Nurko, MD, MPH
Boston, MA, USA
Max Schmulson, MD
Mexico City, Mexico
Magnus Simrén, MD, PhD
Gothenburg, Sweden
Ami Sperber, MD MSPH
Beer-Sheva, Israel

FORMER BOARD MEMBERS

Fernando Aspiroz, MD, PhD
Barcelona, Spain
2008-2017
Robin C. Spiller, MD, MSc
Nottingham, England
2000-2014
Nicholas J. Talley, MD, PhD
Colloghan, Australia
1990-2011
Enrico Corazzari, MD
Rome, Italy
1989-2010
W. Grant Thompson, MD
Ottawa, Canada
1989-2008
Michel Delvaux, MD, PhD
Nancy, France
1999-2006
William E. Whitehead, PhD
Chapel Hill, NC USA
1992-2018
John Kellow, MD, FRACP
New South Wales, Australia
2007-2020

Executive Director

Johannah Ruddy, M. Ed.
Wake Forest, NC USA
jruddy@theromefoundation.org

Finance Director

Debra Wideman
Charlotte, NC USA
dwideman@theromefoundation.org
Marketing Director/Copyrights
Mark Schmitter
New York, NY USA
mschmitter@theromefoundation.org
Sales & Event Coordinator
Michelle Berry
Wake Forest, NC USA
mberry@theromefoundation.org
Operations Manager/Exec. Assist.
Jennie Rambo
Raleigh, NC USA
jrambo@theromefoundation.org

December 21, 2020

Prof. Ana Bernarda Ludermir
Department of Social Medicine
Federal University of Pernambuco, Brazil

Re: Rome Foundation Approval of Translation

Dear Prof. Lubemir,
We have received your documentation relating to the translation of the Rome Foundation's Rome III Pediatric Questionnaire age 4+ into Portuguese for Brazil. Thank you for this excellent job and important contribution to the body of translated Rome Foundation material. We are pleased to extend official Rome Foundation approval of the translation.

The Rome Foundation maintains all copyrights for the translated document. This material cannot be used without its approval, including licensing and usage fees when applicable.

Sincerely,

Ami D. Sperber, MD, MSPH
Head, Rome Translation Project

14460 Falls of Neuse Rd Suite 149-116; Raleigh, NC 27614
www.theromefoundation.org

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFPE

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Ana Bernarda Ludermir

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12147512.6.0000.5208

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas de Pernambuco

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 194.672

Data da Relatoria: 06/02/2013

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

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

Objetivo Secundário:

A) Relacionados às mulheres:

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

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

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



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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

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

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

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

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Recomendamos a aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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