



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Letícia Quaresma Paolino

**Violência contra a criança e práticas alimentares no décimo terceiro mês de
vida**

Rio de Janeiro

2020

Letícia Quaresma Paolino

Violência contra a criança e práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Helena Hasselmann

Coorientadora: Dra. Gabriela Vasconcellos de Barros Vianna

Rio de Janeiro

2020

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

P212 Paolino, Letícia Quaresma.
Violência contra a criança e práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida / Letícia Quaresma Paolino. – 2021.
87 f.

Orientadora: Maria Helena Hasselmann
Coorientadora: Gabriela Vasconcellos de Barros Vianna
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Nutrição.

1. Crianças – Maus-tratos – Teses. 2. Hábitos alimentares infantil – Teses.
3. Criança – Teses. I. Hasselmann, Maria Helena. II. Vianna, Gabriela
Vasconcellos de Barros. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade
de Nutrição. IV. Título.

bs

CDU 616.3

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Letícia Quaresma Paolino

Violência contra a criança e práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 28 de julho de 2020.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Maria Helena Hasselmann (Orientadora)
Instituto de Nutrição – UERJ

Prof.^a Dra. Claudia Leite de Moraes
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Raquel de Souza Mezzavilla
Instituto de Nutrição – FASE

Rio de Janeiro

2020

DEDICATÓRIA

Ao meu avô João Quaresma (*in memoriam*) e aos meus queridos pais, que me ensinaram a buscar todas as formas de sabedoria e bondade, acreditando que o caminho com amor é a melhor opção.

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus e a minha Nossa Senhora das Graças, meus grandes protetores, pela minha vida, por estarem presentes em todos os momentos, pela proteção, pela família maravilhosa que pertenço, pelas pessoas que estão comigo na caminhada da vida e pelas grandes oportunidades que me são concedidas.

À minha amada família, por todo amor, crença e incentivo que sempre tiveram comigo, sem meus queridos pais (Chico e Juju), irmão (Biel), afilhada (Malu) e avôs (João e Giovanni) eu certamente não teria chegado até aqui. Amo muito vocês e obrigada por tudo sempre!

Ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde e aos seus professores por todo conhecimento compartilhado e construído em conjunto.

Às minhas queridas professoras orientadoras Maria Helena Hasselmann e Gabriela Vianna, pelas quais tenho uma grande admiração e carinho. Agradeço por todos os ensinamentos, incentivo, carinho, amizade, cafés e por me mostrarem que “a vida tem que fazer sentido”.

À todos do grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia Social da Nutrição Materno-Infantil (NESNUMI), que me acolheram desde pequena (logo assim que entrei na UERJ, no primeiro período), que me apresentaram à pesquisa e despertaram em mim um amor, carinho e desejo de seguir com eles. Quando estou com eles todo conhecimento e ensinamento adquiridos, todos os momentos, me fazem pensar que a dedicação e esforço valem a pena.

Aos amigos que fiz aqui, são verdadeiros "presentes que a UERJ me deu" e espero levá-los para toda a vida.

Gostaria de agradecer a todos que compartilharam comigo esta grande e linda caminhada, que certamente deixaram suas contribuições e me ajudaram a construir quem eu sou.

MUITO OBRIGADA!

Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor lembre-se: se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistará o mundo.

Albert Einstein

RESUMO

PAOLINO, L. Q. **Violência contra a criança e práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida**. 2020. 87f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Esta dissertação tem como objetivo central investigar a associação da violência contra a criança (VCC) com as práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida. Os dados analisados são originários de uma coorte prospectiva, que acompanhou o crescimento durante o primeiro ano de vida de recém-nascidos acolhidos em quatro unidades de saúde do Rio de Janeiro entre 2005 e 2009. O presente estudo faz uma análise seccional de 348 crianças que participaram da entrevista do décimo terceiro mês de vida (média de idade = $13,01 \pm 1,30$ meses). As práticas alimentares das crianças foram investigadas a partir de Recordatório de 24 horas e o desfecho principal (oferta de diversidade dietética mínima e leite materno) definido com base em um indicador proposto pela Organização Mundial da Saúde (2008). Já a VCC foi investigada por meio da versão em português do instrumento *Parent-Child Conflict Tactics Scales*. Outras variáveis, indicadas pela literatura, relacionadas à mãe, à criança e ao ambiente em que vivem, também foram incluídas nas análises como variáveis de ajuste. Por meio de regressões logísticas binária e multinomial, as associações entre a VCC e as práticas alimentares das crianças foram estimadas com base nas razões de chances (RC) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Utilizou-se um ponto de corte de p-valor $\leq 0,05$ como indicativo de significância estatística. Os resultados deste estudo mostram que a VCC (punição corporal e maus tratos físicos globais simultaneamente) aumentou em aproximadamente 2,5 vezes as chances de não ofertar leite materno (RC=2,47; IC95%=1,31–4,65; p=0,005) e em aproximadamente quatro vezes as chances de não ofertar diversidade dietética mínima e leite materno (RC=3,90; IC95%=1,04–14,61; p=0,043) no décimo terceiro mês de vida. Esses resultados indicam que a VCC se relaciona com as práticas alimentares nos primeiros anos de vida e ressaltam a importância do acompanhamento das práticas alimentares infantis e a necessidade de investimentos e práticas em identificação, acolhimento e aconselhamento em diversos aspectos da saúde das famílias, entre elas a violência.

Palavras-chave: Violência contra criança. Práticas alimentares infantil. Criança.

ABSTRACT

PAOLINO, L. Q. **Violence against children and feeding practices in the thirteenth month of life.** 2020. 87 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The aim of this dissertation is to investigate the association of violence against children (VAC) and feeding practices of infants in the thirteenth month of life. The analyzed data comes from a prospective cohort that evaluated the growth during the first year of life of newborns followed at health facilities in Rio de Janeiro between 2005 and 2009. The present study makes a cross-sectional analysis of 348 children who participated in the thirteenth month of life interview (mean age = 13.01 ± 1.30 months). Feeding practices were investigated with a 24-hour dietary recall and the main outcome (Minimum dietary diversity and breast milk supply) defined based on an indicator proposed by the World Health Organization in 2008. VAC was investigated through the portuguese version of the Parent-Child Conflict Tactics Scales. Other variables indicated by the literature related to the mother, children and the environment in which they live were also included in the analyzes as possible confounders. Associations between VAC and infants feeding practices were verified through binary and multinomial logistic regression, where crude and adjusted odds ratios (OR) and their 95% confidence intervals (95%CI), were estimated. A $p\text{-value} \leq 0.05$ was indicative of statistical significance. The study results show that VAC (corporal punishment and global physical abuse simultaneously), increased by approximately 2.5 times the chances of not offering breast milk (OR=2.47; IC95%=1.31–4.65; $p=0.005$) and increased by approximately four times the chances of not offering minimum dietary diversity and breast milk (OR=3.90; IC95%=1.04–14.61; $p=0.043$) in the thirteenth month of life. These results indicate that VAC relates to feeding practices in first years of life and highlight the importance of monitoring feeding practices of infants and the need for investments and practices in identifying and providing advice on various aspects of family health, including violence.

Keywords: Violence against children. Feeding practices of infants. Child.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Alimentação entre 1 e 2 anos de idade de crianças amamentadas.....	18
Figura 2 –	Alimentação entre 1 e 2 anos de idade de crianças não amamentadas.....	19
Quadro 1 –	Estudos que utilizaram o indicador de diversidade dietética mínima proposto pela OMS (2008)	21
Quadro 2 –	Tipos de violência contra a criança.....	29
Figura 3 –	Diagrama do estudo “O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte”, 2005-2009.....	41
Figura 4 –	Modelo teórico.....	44
Figura 5 –	Modelo operacional.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características da população do estudo no décimo terceiro mês de vida (N=348 crianças com 13,01 meses $\pm$ 1,30 meses), Rio de Janeiro, 2005-2009.....	48
Tabela 2 –	Prevalência de desfechos da população de estudo (N=348), análises brutas: associação entre maus-tratos físicos globais contra a criança e práticas de alimentação infantil no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005- 2009.....	50
Tabela 3 –	Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e oferta de leite materno no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009.....	52
Tabela 4 –	Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e diversidade dietética mínima no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009.....	53
Tabela 5 –	Análises brutas e ajustadas da associação entre as estratégias de disciplina infantil e leite materno e diversidade dietética mínima no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	<i>AdequateIntake</i>
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CTS-PC	Parent-Child Conflict Tactics Scales
DDM	Diversidade DietéticaMínima
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IC	Intervalo de Confiança
LA	Leite Artificial
LM	LeiteMaterno
MS	Ministério da Saúde
MTF	Maus Tratos Físicos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das NaçõesUnidas
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RC	Razão de Chances
RDA	<i>RecommendedDietaryAllowances</i>
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
VCC	Violência Contra a Criança
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	13
1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Práticas alimentares nos primeiros anos de vida.....	15
1.2	Panorama atual das práticas alimentares infantis no mundo e no Brasil.....	20
1.3	Fatores associados às práticas alimentares.....	24
1.4	Violência contra a criança: Definições, magnitude e as principais consequências para a saúde e para o desenvolvimento infantil.....	28
1.4.1	<u>Definições.....</u>	<u>28</u>
1.4.2	<u>Magnitude, caracterização e consequências.....</u>	<u>32</u>
1.5	Violência contra a criança e sua relação com as práticas alimentares...	34
2	JUSTIFICATIVA.....	37
3	OBJETIVOS.....	39
3.1	Objetivo Geral.....	39
3.2	Objetivos Específicos.....	39
4	MÉTODOS.....	40
4.1	Contexto do estudo.....	40
4.2	Desenho e população do estudo.....	41
4.3	Coleta e aferição de dados.....	41
4.3.1	<u>Desfecho: práticas alimentares de crianças.....</u>	<u>42</u>
4.3.2	<u>Exposição central: violência contra a criança.....</u>	<u>43</u>
4.3.3	<u>Variáveis de confundimento (covariáveis).....</u>	<u>44</u>
4.4	Processamento e análise dos dados.....	46
4.5	Questões éticas.....	47
4.6	Financiamento.....	47
5	RESULTADOS.....	48
6	DISCUSSÃO.....	58
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
	REFERÊNCIAS.....	65
	ANEXO A – Instrumento para aferição de práticas alimentares.....	81

ANEXO B – Instrumento para aferição da violência contra a criança.....	82
ANEXO C – Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	84
ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	85

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é parte de um estudo mais abrangente denominado “O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia Social da Nutrição Materno-Infantil (NESNUMI), do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob coordenação da professora Maria Helena Hasselmann. O NESNUMI possui como objetivo central, desenvolver investigações sobre os determinantes psicossocioculturais do estado nutricional e crescimento infantil e das práticas alimentares do grupo materno-infantil.

Esta dissertação se propõe a investigar a relação entre a violência contra a criança e suas práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida. Este tema despertou meu interesse, pois a literatura mostra que o ambiente familiar conflituoso pode influenciar a alimentação da família e de suas crianças, mas ainda são escassos estudos quantitativos sobre o assunto.

O conteúdo desta dissertação está organizado em seis seções. A primeira seção é composta por uma revisão da literatura acerca dos seguintes temas: práticas alimentares nos primeiros anos de vida da criança; panorama atual dessas práticas no mundo e no Brasil; fatores associados às mesmas; violência contra a criança, suas definições, magnitude, caracterização e as principais consequências para a saúde e para o crescimento infantil; e, finalmente, sobre a sua relação com as práticas alimentares infantis.

A segunda seção compreende as justificativas para a elaboração desta dissertação, abordando a importância do tema estudado e a pouca literatura acerca dos determinantes psicossociais da alimentação complementar e sobre os efeitos da violência contra a criança nas práticas alimentares. A terceira seção pontua o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo, sendo seguida pela quarta seção, que descreve a metodologia empregada para o desenvolvimento da pesquisa.

Na quinta seção encontram-se os resultados deste estudo, que exploram a relação da violência contra a criança e as práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida. Logo após, encontra-se a discussão dos resultados e, por fim, na sétima seção, são expostas algumas considerações finais sobre os assuntos investigados, destacando a grande importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil, da visibilidade das situações de violências, do vínculo entre os serviços de saúde e a população e aconselhamentos para famílias acerca de saúde, violência e nutrição.

As referências bibliográficas são apresentadas no final do documento, seguidas pelos anexos, os quais incluem: os instrumentos utilizados para aferição de práticas alimentares e da violência contra a criança; o parecer do comitê de ética em pesquisa que autorizou a realização do projeto e o modelo do termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos respondentes.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Práticas alimentares nos primeiros anos de vida

Nos dois primeiros anos de vida de uma criança ocorrem, em rápida velocidade, grandes saltos de desenvolvimento e crescimento, tendo a alimentação um papel fundamental para assegurar que tais fenômenos ocorram de forma adequada (BRUTTA et al 2008; LAMBERTI et al, 2011; HORTA, 2015; VICTORA et al, 2015; LAMBERTI et al, 2016; VICTORA et al, 2016; BRASIL, 2019). A qualidade e a quantidade de alimentos consumidos pela criança neste período serão responsáveis por repercussões ao longo de toda a vida, associando-se ao perfil de saúde e nutrição na vida adulta (WHO, 2013).

O Ministério da Saúde do Brasil (MS), bem como a Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatizam a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida do bebê, e sua manutenção até pelo menos os dois anos de idade. A partir do sexto mês, o leite materno necessita ser complementado com outros alimentos, devido ao fato deste não conseguir suprir sozinho as necessidades de alguns nutrientes, como por exemplo o ferro (WHO, 2011; BRASIL, 2019).

Ainda assim, entre os 6 e os 12 meses de vida, o leite materno pode contribuir com cerca de metade da energia necessária para a criança nesta faixa etária; e entre os 12 e os 24 meses, contribui com um terço da energia requerida. Deste modo após o 6º mês de idade, o aleitamento materno (AM) continua sendo uma fonte importante de energia, nutrientes e fatores imunológicos para as crianças, o que reduz também riscos de morbidade e mortalidade (WHO, 2009).

O AM possui muitas vantagens tanto para o bebê quanto para a mãe, principalmente quando iniciado na primeira hora após o nascimento, mantido de forma exclusiva pelos primeiros seis meses de vida da criança e complementado até os dois anos de vida ou mais. Tais recomendações, contribuem para proteção contra infecções, alergias, como também para a redução de mortes neonatais (WHO, 2009).

Após os seis meses de idade, quando a criança necessita de outros alimentos para atender à demanda de energia e nutrientes para seu crescimento saudável, recomenda-se introdução de refeições com alimentos variados para contribuir com a formação dos hábitos alimentares,

garantir o aporte dos diferentes micronutrientes, além de evitar a monotonia alimentar (BRASIL, 2019).

A OMS recomenda que, a partir dos 6 meses de idade, as crianças devem consumir, no mínimo, quatro ou mais dos sete grupos de alimentos, são eles: 1. Grãos, tubérculos e raízes; 2. Leguminosas e nozes; 3. Produtos lácteos (leite, iogurte e queijo); 4. Carnes (carne, peixe, aves e miúdos); 5. Ovos; 6. Frutas e vegetais ricos em vitamina A; 7. Outras frutas e legumes (WHO,2008). Na falta de uma diversidade dietética mínima suficiente, as demandas por determinados nutrientes podem não ser atendidas, impactando o crescimento e o desenvolvimento adequado dessas crianças (WHO,2008; UNICEF,2019). Estudos apontam a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e a alimentação complementar inadequada como um dos fatores associados à desnutrição infantil e à deficiência de certos micronutrientes, como também ao sobrepeso e a obesidade na infância (VICTORA et al, 2010; PEARCE; TAYLOR; LANGLEY-EVANS, 2013; WHO, 2013; CORDERO et al, 2015; GRUBE et al, 2015).

De acordo com Victora e colaboradores (2016) práticas de aleitamento materno e alimentação complementar apropriadas desempenham um papel significativo na melhoria da saúde e nutrição das crianças, sendo responsáveis pela proteção contra infecções, má oclusão e reduções no risco de desenvolvimento de excesso de peso e diabetes. A alimentação complementar adequada e oportuna, associada à amamentação contínua por até dois anos de idade, poderiam salvar vidas de milhões de crianças menores de cinco anos de idade por ano (CORDERO et al, 2015).

A prática adequada de aleitamento materno e alimentação complementar influência não apenas a melhoria da saúde e nutrição enquanto crianças, mas também conferem benefícios expressivos a longo prazo durante a adolescência e idade adulta (BLACK, 2008; GUILHERME; NASCIMENTO,2013).

A introdução da alimentação complementar precocemente, tardiamente ou de maneira inadequada também pode causar danos. A introdução antecipada pode aumentar a morbidade e deixar as crianças mais suscetíveis à contaminação e infecções associadas, diminuindo também o tempo de aleitamento materno exclusivo, fator este associado ao desenvolvimento de doenças atópicas, obesidade, anemia e Diabetes *Mellitus* tipo I. Por sua vez, a introdução tardia de alimentos complementares atrasa o crescimento da criança e facilita a deficiência de micronutrientes (WHO, 1998; BALABAN; SILVA, 2004; ANTUNES et al, 2008; NASCIMENTO, DE SOUZA, DE SOUZA,2009; WHO,2009; CAETANO ET AL, 2010; BRASIL, 2019).

A introdução inadequada de alimentos à dieta da criança pode resultar em consequências danosas para a saúde, principalmente quando a oferta é realizada antes do completo desenvolvimento fisiológico (BRUTTA et al 2008; BRASIL,2019) e a falta de diversidade dietética mínima é um problema crítico para bebês e crianças pequenas, pois estes precisam de alimentos ricos em energia e diferentes nutrientes para crescer e se desenvolver de forma saudável tanto físico quanto mentalmente. Por esses motivos, a diversidade alimentar está incluída como uma recomendação específica nas orientações para alimentação complementar da criança amamentada com idades entre 6 e 23 meses (WHO, 2014; BRASIL, 2019).

A alimentação complementar é considerada apropriada quando é oportuna, ou seja, inicia-se quando a necessidade de nutrientes supera o que é oferecido pela amamentação exclusiva; adequada, quando fornece energia e nutrientes que garantam o crescimento e o desenvolvimento adequado da criança; segura, quando há uma garantia de higiene durante todo o processo de seleção, preparo e armazenamento de alimentos e utensílios utilizados pela criança; e conveniente, quando os sinais do apetite da criança são respeitados (WHO,2003a; BRASIL, 2015).

Após o décimo segundo mês de vida, a criança já pode receber a refeição básica igual à da família: comida com (pouco) sal, carnes ou ovo, feijões, frutas e água (BRASIL, 2019). Deste modo, as crianças que pertencem à faixa etária estudada nesta dissertação, estão participando ativamente da rotina da família, e compartilhando as mesmas refeições e alimentos da família.

Seguem abaixo os quadros com os esquemas alimentares recomendados para crianças entre 1 e 2 anos de idade que são amamentadas (Figura 1) e para as que não são amamentadas (Figura 2).

Figura 1 –Alimentação entre 1 e 2 anos idade de crianças amamentadas

Alimentação entre 1 e 2 anos de idade - Crianças Amamentadas	
Café da manhã	Fruta e Leite Materno OU Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e Leite Materno OU Raízes e Tubérculos (aipim, batata doce, inhame) e Leite Materno
Lanche da manhã	Fruta e Leite Materno
Almoço e Jantar	1 Alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; 1 Alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; 1 alimento do grupo das carnes e ovos; Quantidade aproximada - 5 à 6 colheres de sopa no total, respeitando as características individuais de cada criança; Junto a refeição pode ser dado um pequeno pedaço de fruta;
Lanche da Tarde	Fruta e Leite Materno OU Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e Leite Materno OU Raízes e Tubérculos (aipim, batata doce, inhame) e Leite Materno
Antes de Dormir	Leite Materno

Fonte: BRASIL, 2019

Figura 2 – Alimentação entre 1 e 2 anos idade de crianças não amamentadas

Alimentação entre 1 e 2 anos de idade - Crianças Não Amamentadas	
Café da manhã	Fruta e Leite de Vaca Integral OU Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e Leite de Vaca Integral OU Raízes e Tubérculos (aipim, batata doce, inhame) e Leite de Vaca Integral
Lanche da manhã	Fruta
Almoço e Jantar	1 Alimento do grupo dos cereais ou raízes e tubérculos; 1 Alimento do grupo dos feijões; 1 ou mais alimentos do grupo dos legumes e verduras; 1 alimento do grupo das carnes e ovos; Quantidade aproximada - 5 à 6 colheres de sopa no total, respeitando as características individuais de cada criança; Junto a refeição pode ser dado um pequeno pedaço de fruta;
Lanche da Tarde	Fruta e Leite de Vaca Integral OU Cereal (pães caseiros ou processados, aveia, cuscuz de milho) e Leite de Vaca Integral OU Raízes e Tubérculos (aipim, batata doce, inhame) e Leite de Vaca Integral
Antes de Dormir	Leite de Vaca Integral

Fonte: BRASIL, 2019

Os alimentos complementares devem atender aos requerimentos nutricionais, necessários para o crescimento físico e o desenvolvimento cognitivo adequado (WHO, 2003).

No primeiro ano de vida até a idade de 2 anos, é o momento em que a criança apresenta rápido crescimento e desenvolvimento, e o papel dos nutrientes ingeridos é de grande importância, inclusive como forma de estabelecer o adequado hábito alimentar no presente e como investimento em seu futuro (WHO, 2002; ADAIR, 2012).

Um estudo de Arimond e Ruel (2004) revela que as crianças entre 6 a 23 meses, que consomem dietas mais diversas, possuem maior probabilidade de atender às suas necessidades nutricionais, além disso, sugere que a diversidade alimentar pode refletir em uma maior qualidade da dieta e estar associada ao estado nutricional infantil.

As práticas alimentares quando inadequadas são bases para a desnutrição infantil e uma das principais influências para a ocorrência de doenças entre crianças menores de 2 anos de

idade em muitos países em desenvolvimento (WHO, 1998; MONTE; GIUGLIANI; VICTORA, 2000; DEWEY; ADU-AFARWUAH, 2008; CAETANO et al, 2010; BLACK, et al, 2013; WHO, 2014; MENON, et al, 2015).

Ao redor do mundo, a desnutrição das crianças é um grande problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil (BLACK, et al, 2013). A OMS em 2016, estimou que 52 milhões de crianças menores de 5 anos estavam em quadros de desnutrição e 17 milhões severamente desnutridas (UNICEF; WHO, 2018).

A incidência de desnutrição tem aumentado acentuadamente entre a idade de 6 a 18 meses na maior parte dos países do mundo, e a introdução à alimentação complementar constitui um período em que as crianças passam a fazer uma transição gradual para ingerir alimentos que fazem parte da alimentação da família, requerendo muita atenção, pois as deficiências adquiridas neste momento são difíceis de compensar mais tarde na infância (WHO, 2002).

De acordo com o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos (BRASIL, 2019), existem muitos fatores que influenciam as práticas alimentares das crianças nos dois primeiros anos de vida, destacando-se os que possuem relação com o ambiente familiar em que a criança está inserida, como ambientes que favorecem a ingestão de alimentos ultraprocessados, falta de tempo da família para o preparo das refeições, e a falta de apoio às mulheres trabalhadoras e suas famílias acerca dos cuidados com as crianças.

O crescimento e o desenvolvimento infantil dependem de características próprias da criança, mas também de sua relação com o meio social (BRASIL, 2019). Neste contexto destaca-se a forte influência de características familiares na formação de hábitos alimentares (TORIGOE, et al, 2012; CAMPAGNOLO, et al, 2012). No 13º mês de vida, a criança compartilha as rotinas da família, fazendo as refeições nos mesmos horários e comendo dos mesmos alimentos, deste modo o ambiente familiar é importante para a promoção da saúde da criança e seu desenvolvimento integral, devendo proporcionar interações e fortalecer vínculos entre a criança e os demais membros da família; ser seguro, acolhedor e propiciar alimentação adequada e saudável.

1.2 Panorama atual das práticas alimentares infantis no mundo e no Brasil

Um estudo realizado pela OMS no período de 2007 a 2014, sinalizou que cerca de 36% dos bebês de 0 a 6 meses em todo o mundo foram exclusivamente amamentados com leite

materno. Paralelamente, muitas crianças não receberam a alimentação ideal, a alimentação complementar começou precoce ou tardiamente, e os alimentos foram muitas vezes nutricionalmente impróprios e inseguros. Ao redor do mundo, apenas um terço das crianças amamentadas entre o 6º e o 23º mês de idade receberam alimentos variados e com frequência adequada para a sua idade neste período (WHO, 2014).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizou em 2011 um estudo com diversos países em desenvolvimento, o qual demonstrou, que a alimentação complementar ainda é um desafio para uma boa nutrição em crianças de 6 a 23 meses. Na Índia, por exemplo, apenas 54,5% das crianças entre os 6 e os 8 meses receberam alimentos complementares no dia anterior à investigação. Quando foi avaliada a oferta de leite materno vinculada à oferta de alimentos de forma adequada para crianças encontrou-se um cenário ainda pior: na Nigéria, apenas 21% das crianças atendiam às recomendações; na Índia, apenas 7%; e na Etiópia, apenas 4,2%.

Muitos estudos também utilizaram o indicador de diversidade dietética mínima proposto pela OMS (2008), segue abaixo o quadro 1 com alguns destes estudos demonstrando um panorama dos achados acerca da diversidade mínima da dieta em crianças de 6 a 23 meses em alguns países.

Quadro 1 – Estudos que utilizaram o indicador de diversidade dietética mínima proposto pela OMS (2008)

Local do estudo (Autores e ano de publicação)	Resultados
Bangladesh (KABIR et al, 2012)	- Menos da metade das crianças entre 6 e 23 meses (41,9%) atendiam aos critérios mínimos de diversidade alimentar; - Na faixa etária de 6 a 11 meses, apenas 19,8% atendiam aos mesmos critérios.
Indonésia (NG et al, 2012)	- 68% das crianças entre 6 e 23 meses consumiam uma diversidade mínima de alimentos
Sri Lanka (SENARATH et al, 2012)	- 71% das crianças de 6 a 23 meses consumiam o número mínimo de grupos de alimentos.
Nepal (JOSHI et al, 2012)	- 70% das crianças de 6 a 8 meses receberam alimentos sólidos, semissólidos ou macios;

	- 34% das crianças entre 6 e 23 meses consumiam uma diversidade mínima de alimentos
--	---

Fonte: O autor, 2020.

No cenário brasileiro, os últimos anos são marcados por avanços nas políticas públicas voltadas à alimentação complementar. Em 2012, o Ministério da Saúde lançou, durante o Congresso Mundial de Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva – *World Nutrition* Rio 2012, a "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", que teve como finalidade qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta estratégia foi resultado da integração de duas ações importantes do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).

Recentemente, o Ministério da Saúde, com a intenção de que sejam atendidas as necessidades nutricionais e fisiológicas das crianças nos dois primeiros anos de vida, elaborou o "Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos". Este guia traz recomendações e informações sobre alimentação de crianças nos dois primeiros anos de vida e tem como objetivo promover saúde, crescimento e desenvolvimento para que elas alcancem todo o seu potencial (BRASIL, 2019).

Porém, mesmo com o desenvolvimento de políticas públicas, o Brasil possui um cenário próximo ao mundial, as práticas alimentares também não são adequadas, com alimentos sendo introduzidos precocemente, oferecidos de maneira monótona e com alta frequência do uso de mamadeiras (ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014; COELHO et al, 2015).

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, já no primeiro mês de vida da criança observou-se introdução precoce de líquidos, sendo que 13,8% consumiam água, 15,3% chás e 17,8% outros leites. A pesquisa detectou também que cerca de um quinto das crianças (20,7%) entre o terceiro e sexto mês de vida já consumia comida salgada, e um quarto (24,4%) delas, recebia frutas. No entanto, 26,8% das crianças entre o sexto e nono mês, período no qual se recomenda a introdução de alimentos sólidos/semisólidos, não recebiam comida salgada, já em relação aos marcadores de alimentação não saudável, encontrou-se um consumo elevado de café (8,7%), de refrigerante (11,6%) e, especialmente, de bolachas e/ou salgadinhos (71,7%) (BRASIL, 2009).

Baseado nos achados desta pesquisa citada acima, o Guia Alimentar para menores de dois anos (BRASIL, 2019), considera que as crianças desde os primeiros anos de vida têm consumido pouca variedade de alimentos saudáveis e encontram-se expostas a alimentos ultraprocessados, estes fatos podem prejudicar a saúde, nutrição e desenvolvimento infantil, tendo como consequências o sobrepeso, obesidade e desnutrição infantil.

Um estudo realizado com dados secundários das cinco macrorregiões brasileiras (contexto urbano e rural) oriundos da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006-2007), verificou que 30% das crianças entre o 6º e 59º mês consumiram proteína de origem animal em todos os dias da semana anterior à investigação; 66,2% consumiram feijão; 77,4%, arroz; 44,6%, frutas; 12,7%, verduras e folhosos; 21,8%, legumes; 21,4%, doces; 46,3%, biscoitos; 8,5%, salgadinhos; e 22,1%, refrigerantes. Nesta mesma faixa etária, 53,2% das crianças não consumiram verduras/folhosos; 25,3%, legumes; e 11,5%, frutas em nenhuma ocasião da semana anterior (BORTOLINI; GUBERT; SANTOS, 2012).

O estudo de Oliveira e colaboradores (2014) analisou as tendências temporais das práticas de alimentação complementar entre crianças menores de 1 ano de idade na cidade do Rio de Janeiro, de 1998 a 2008, e observou que mais da metade das crianças em todos os períodos estudados tiveram uma introdução precoce (antes dos seis meses) de qualquer outro alimento além do leite materno. Acerca da alimentação complementar, evidenciou-se também a diminuição do consumo de alimentos ricos em ferro e refeições com consistência adequada para idade. Em contrapartida, observou-se um aumento do consumo de frutas ao longo dos anos estudados. Sobre a diversidade alimentar, permaneceu estável durante os anos. Analisou-se também a diversidade e a consistência apropriadas em crianças de 6 a 11,9 meses de idade, as quais apresentaram uma tendência de queda significativa, respectivamente, 67,7% e 33,2% em 1998; e 56,5% e 25,2%, em 2008.

Em um estudo seccional com 218 crianças entre 6-24 meses, no ano de 2013 em Macaé (RJ), encontrou-se que 72,3% crianças entre o 6º e 12º mês consumiam hortaliças; 75,3%, frutas; 63,4%, carnes; 23,8%, alimento à base de açúcar (mel, melaço, açúcar simples e açúcar de cana não refinado); 34,7%, suco industrializado; e 17,8%, refrigerantes. Entre as crianças de 12 a 18 meses, 77,6% consumiam hortaliças; 77,4%, frutas; 86,3%, carnes; 58,6%, sucos industrializados; e 50%, refrigerantes. Já entre aquelas de 18 a 24 meses de idade, 89,9% consumiam verduras; 83,1%, frutas; 96,7%, carne; 33,9%, alimentos à base de açúcar; 69,5%, sucos industrializados; e 55,5%, refrigerantes (MARINHO et al, 2016).

Schincaglia e colaboradores (2015), em um estudo em Goiânia, identificaram que no primeiro mês de vida, 32,6% das crianças consumiam chás e 19,1% água. No 4º mês de vida,

54,1% consumiam água; 31,5%, chás; 18%, outros leites; e 11,5%, sucos. Já no 6º mês de vida, 62,7% consumiam frutas; 57,2%, sucos; e 55,1% comida de sal.

Estudo transversal realizado em 2015 em Montes Claros, demonstrou que, no terceiro mês de vida, 56,8% das crianças recebiam água; 15,5%, suco natural e fórmula infantil; e 10,6%, leite de vaca. Aos 12 meses de idade, 31,1% haviam consumido suco artificial, 50% já consumiam doces, e 25% já consumiam macarrão instantâneo (LOPES et al, 2018).

De Freitas e colaboradores (2016), um estudo em Porto Alegre, identificaram que, dentre as crianças inseridas na pesquisa com um ano de vida, 68% consumiam verduras e legumes; 76%, frutas; 73%, carne; 72%, feijão; 74%, comida de panela. Também evidenciaram que 53% das crianças consumiam refresco em pó ou suco industrializado, e 46%, refrigerante.

Estudo multicêntrico transversal com 1.567 crianças de 12 a 59 meses de idade residentes em 48 municípios participantes do plano Brasil Sem Miséria da Região Sul do Brasil, verificou a introdução de alimentos não recomendados para 47,8% das crianças antes do quarto mês, e introdução de açúcar para 35,5% delas. Antes do sexto mês de vida, já havia sido introduzido biscoito doce/salgado na alimentação de 20,4% das crianças, queijo *petitsuisse* para 24,8%, e gelatina para 13,8%. Adicionalmente, cerca de 21,9% das crianças entre 8 e 12 meses consumiram bala/pirulito (DALLAZEN et al, 2018).

O estudo de Oliveira e colaboradores (2017) em Barra Mansa no Rio de Janeiro, observou que, no segundo semestre de vida, apenas 35,5% das crianças estudadas receberam alimentação diversificada, 57,3% das crianças recebiam água ou alimentos por mamadeira, 60,2% estavam sendo amamentadas e 99,7% recebiam produtos lácteos. Além disso, 78,7% consumiam sopa/papa de legumes; 77,8%, feijão; menos de 60%, carne; 84,7%, frutas ou sucos de frutas; e menos da metade (48,4%) recebiam comida de panela, ou seja, comiam a mesma comida que a família.

Como indicado pelos estudos mencionados acima, a alimentação complementar ainda é observada como uma prática iniciada precoce e de forma inadequada, sendo necessário compreender os determinantes dessas práticas, e desenvolver ações e políticas de promoção às práticas de alimentação infantil adequadas a fim de diminuir a ocorrência de morbidades e mortalidades de crianças ao redor do mundo.

1.3 Fatores associados às práticas alimentares

O consumo de alimentos nos primeiros anos de vida repercute ao longo da vida do indivíduo, associando-se ao seu perfil de saúde e nutrição. Na infância o hábito alimentar é formado, determinando preferências e rejeições alimentares, que podem se prolongar até a vida adulta.

Preferências e hábitos alimentares são construídos a partir de combinações de alguns fatores tanto genéticos, quanto ambientais (NEUTZLING et al, 2012). Durante o processo de aprendizagem da alimentação infantil, a família em que a criança se insere tem um importante papel, de forma que os hábitos dos pais, os estilos parentais e a interação entre pais e filhos são determinantes para a formação dos hábitos alimentares das crianças (MELLER; ARAÚJO; MADRUGA, 2014; GERARDS; KREMERS, 2015; SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016).

Os pais são grandes influenciadores na formação dos hábitos alimentares infantis (BAEK; PAIK; SHIM, 2014), e suas escolhas alimentares em relação à quantidade e qualidade dos alimentos podem contribuir para o comportamento alimentar das crianças (SILVA; COSTA; GIUGLIANI, 2016).

Para a promoção da saúde é fundamental uma alimentação saudável na infância, a qual sofre forte influência do contexto familiar, deste modo é importante investigar os aspectos envolvidos na alimentação infantil, os quais vão determinar as práticas alimentares (SHERRY, et al, 2004; SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007).

Em relação à transição do aleitamento materno para a alimentação complementar, a aceitação das crianças é influenciada por elementos inatos e por decisões dos cuidadores em relação à dieta, além da preferência da criança por determinados sabores e associações ao contexto social (BIRCH, 1998; FARIAS; OSÓRIO, 2005).

Na transição alimentar, a mãe, seguida da avó, foram as pessoas mais presentes no momento da alimentação das crianças, como mostrou um estudo realizado em Recife (Brasil) com mães atendidas em Serviço de Puericultura (SANTOS; LIMA; JAVORSKI, 2007).

De acordo com o estudo de Corrêa et al. (2009), mães que residem em domicílios com mais de quatro pessoas, que possuem escolaridade inferior a oito anos de estudo e as que exercem atividade fora do lar apresentam mais chances de oferecer alimentos do grupo das gorduras, doces, lácteos, amido, panificação, vegetais e frutas antes dos seis meses, interrompendo o aleitamento materno antes do momento preconizado.

Em um estudo transversal realizado em Porto Alegre, identificou-se que o maior nível de escolaridade materno se associou ao menor consumo de biscoito/salgadinho, açúcar/mel, café e feijão, e maior frequência de consumo de legumes/verduras e carne entre os lactentes com idade a partir dos seis meses (CAMPAGNOLO et al, 2012).

Segundo Lim et al (2016), os padrões alimentares das crianças de 6 a 12 meses foram associados a fatores sociodemográficos maternos. Observou-se a maior escolaridade materna associada à transição mais saudável da amamentação para introdução de alimentos.

A partir de uma amostra de 48 municípios participantes do plano Brasil Sem Miséria, evidenciou-se uma elevada prevalência de introdução de alimentos não recomendados no décimo terceiro mês de vida entre crianças de 12 a 59 meses, e esta prática foi associada ao menor nível de escolaridade materna e à menor renda mensal familiar (DALLAZEN, 2018).

Na Indonésia, o aumento da escolaridade materna e o fato de a mãe ter recebido informação nutricional sobre alimentação da criança foram associados à melhoria da diversidade alimentar e aumentaram as probabilidades de a criança consumir uma dieta mínima aceitável (CROOKSTON, 2018).

Em um estudo transversal com 545 crianças em Montes Claros, Brasil, investigou-se informações familiares; menor idade materna; menor escolaridade materna e menor renda familiar, os quais foram considerados fatores associados negativamente à alimentação das crianças nos primeiros dois anos de vida (LOPES, 2018).

Rinaldi e Conde (2019), a partir de dados secundários oriundos da PNDS (2006/2007) e Pesquisa Nacional de Saúde (2013), observaram que a ingestão de alimentos in natura foi positivamente associada ao índice de riqueza para crianças até dois anos tanto em 2006 quanto em 2013. Em contrapartida, o consumo de leite, água e mingau não foi associado ao índice de riqueza em nenhum dos anos estudados.

Em diferentes estudos, os padrões alimentares considerados saudáveis durante a infância foram positivamente associados às mães com maior nível educacional, menor IMC, maior renda familiar e que são multíparas. Em contraste, os padrões alimentares infantis não saudáveis estão associados a mães mais jovens (ROBINSON, et al, 2007; YSTROM, et al, 2009; SMITHERS, et al, 2012; BETOKO, et al, 2013; KIEFTE-DE JONG, et al, 2013; ODDY et al, 2013; WEN, et al, 2014; ANDERSEN, et al, 2015; LIORET, et al, 2015).

Estudos apontam também a existência de outros fatores de risco para a introdução de alimentos de forma inadequada, como a falta de rede de apoio familiar/amigos, a depressão e/ou a desmotivação para amamentar, o trabalho materno atual, fatores culturais, valores e crenças, o sistema de assistência à saúde de mães e seu filhos, a experiência anterior negativa em relação à amamentação, e o desconhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno e sobre uma adequada introdução de alimentos (ALMEIDA, 2004; BRUNKEN; SILVA; VENÂNCIO, 2008; LINDSAY, et al, 2008; COELHO et al, 2015).

O estudo de Morgado et al (2009), que utilizou a mesma população desta dissertação e investigou a rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida, observou que em crianças no quarto mês de vida inseridas em uma família com alto apoio social, alto apoio emocional/informação e com um número maior de parentes com quem a mãe pode contar, implica em uma maior chance de aleitamento materno exclusivo e que a mãe que se sente mais apoiada para cuidar e alimentar o bebê é um possível fator para o sucesso do aleitamento materno e práticas alimentares futuras.

Outros estudos também demonstram que mães com sintomas depressivos possuem menores chances de brincar com seus filhos, e maiores chances de introduzir cereais, sucos e água antes do quarto mês de vida, além de oferecer uma alimentação aos seus filhos mais forçada, restritiva, ou indulgente e não envolvida, quando comparadas às mães sem sintomas (HURLEY, et al., 2008; MCLEARN et al., 2008; WOLFORD; MCWEY, 2019).

Em relação aos fatores psicossociais associados às práticas alimentares das crianças nos primeiros anos de vida, a interação entre pais e filhos afetam o comportamento alimentar das crianças, tendo como destaque as estratégias que os pais utilizam na hora de oferecer o alimento e as experiências alimentares relacionadas à sensação de fome e saciedade (SILVERMAN et al 2006; HAIRE-JOSHU et al., 2008; BIRCH; DOUB, 2014).

Estudos apresentam o contexto socioafetivo como um grande fator de influência e de aprendizagem da criança, no qual ela associará o alimento ao contexto em que lhe é apresentado. Os pais fornecem ambientes e experiências com a comida e alimentação para seus filhos e as crianças se inspiram nos comportamentos alimentares dos seus pais, estilo de vida, atitudes relacionadas à alimentação e satisfação ou insatisfação em relação à imagem corporal (BIRCH; FISHER, 1998; VIANA, 2002; POULAIN, 2003; FAITH, 2005; CUELLAR; JONES; STERRETT, 2015; SCAGLIONI et al, 2018).

Um ambiente familiar positivo pode ser parte de um processo que estabelece e promove comportamentos benéficos de saúde para toda família, além do fornecimento de alimentos saudáveis e apoio ao envolvimento em comportamentos alimentares também considerados saudáveis (VANDEWEGHE et al, 2016).

A capacidade das crianças de aprender por observação e imitar as ações dos outros, em particular de seus pais e cuidadores, poderia explicar as práticas alimentares desenvolvidas. As crianças refletem a experiência da vida familiar diária, as rotinas de comportamento e padrões de interação dentro da família, incluindo conceitos psicossociais, como funcionamento familiar, coesão, conflitos, comunicação, práticas parentais e estilo parental (NIERMANN et al, 2014).

As características do ambiente familiar, como características psicossociais dos componentes da família, acessibilidade e/ou disponibilidade de gêneros alimentícios e refeições familiares com interação com os filhos são de grande importância na vida da criança (FAYET-MOORE et al, 2016).

A introdução alimentar necessita de uma influência efetiva e afetiva dos pais e cuidadores. No décimo terceiro mês de vida é de grande importância o estímulo gradativo a experimentar alimentos que fazem parte da cultura e também a disponibilização de alimentos adequados e saudáveis em um ambiente familiar agradável e propício (RAMOS; STEIN, 2000; VIANA, 2002; TORIGOE et al, 2012; COELHO et al, 2015; SCAGLIONI et al, 2018).

Considerando que as práticas alimentares possuem diversos fatores associados, destaca-se a importância do ambiente familiar em que a criança está inserida, bem como a interação entre pais e filhos nos momentos de oferta da alimentação, que permitirão às crianças construir referências e preferências alimentares que irão perpetuar em seu padrão alimentar ao longo da vida.

1.4 Violência contra a criança: Definições, magnitude e as principais consequências para a saúde e para o desenvolvimento infantil

No cenário do Brasil e ao redor do mundo, a violência é um problema de saúde pública que viola os direitos humanos, possuindo diversas causas nos ambientes sociais, estando presente nas relações entre diferentes sociedades e culturas (LANSFORD et al., 2014; WHO, 2014; DODGE, 2015; SANTINI; WILLIAMS, 2016; MINAYO et al., 2018).

Entre a população adulta, estima-se que ao menos um em cada quatro indivíduos tenha sofrido abuso físico em sua infância. Em relação às mulheres, uma a cada cinco foi exposta à violência sexual quando criança e uma a cada três acometida por violência física ou sexual em algum momento da vida por parceiro íntimo (WHO, 2014).

1.4.1 Definições

Os maus-tratos infantis são definidos pela Organização Mundial de Saúde como "o abuso e a negligência de crianças menores de 18 anos de idade. Inclui todos os tipos de maus tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência e exploração comercial ou outra, que resulte em dano real ou potencial à saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder" (WHO, 2014, p.70).

A violência contra a criança (VCC) no Brasil, é definida como “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2010b, p.28), e pode ser representada pela negligência; maus-tratos psicológicos, ou disciplina verbal severa; maus-tratos físicos, incluindo a punição corporal; e o abuso sexual.

A violência cometida contra a criança necessita especial atenção, pois as condições de desenvolvimento na infância colocam as crianças em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade (NUNES; SALES, 2014).

No Brasil, as situações de maus-tratos infantis ganharam visibilidade no final da década de 1980. Foi nesse momento que a Constituição Federal, de 1988, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, passaram a exigir a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência infantil. Assim, as ações violentas tornaram-se objeto de estudo e intervenção direta em diferentes segmentos sociais.

Abaixo segue o quadro 2 com as definições dos tipos de violência contra a criança.

Quadro 2 –Tipos de violência contra crianças

Negligência	Qualquer ato de omissão do cuidador em fornecer as necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança/adolescente, como exemplos: os cuidados com a higiene e a saúde, incluindo privação de medicamentos; ausência de proteção de condições climáticas (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola; falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual; e o abandono, este último sendo considerado a forma mais extrema de negligência (Sociedade Brasileira de Pediatria/FIOCRUZ/Ministério da Justiça, 2001; BRASIL, 2006). Deve ser diferenciada de circunstâncias de pobreza, pois a negligência somente pode ser assim denominada nos casos em que a família
-------------	---

	possui recursos razoáveis disponíveis para o cuidado com a criança (KRUG et al., 2002; BRASIL, 2010b).
Maus-tratos psicológicos	Toda ação que possa colocar em risco ou causar dano à identidade, à autoestima ou ao desenvolvimento da criança/adolescente. Esta violência pode ser manifestada por rejeição, desrespeito, depreciação, cobrança exagerada, discriminação, punições excessivas e humilhantes, uso da culpa, manipulação emocional para controle da situação e a utilização da criança/adolescente para atender às necessidades psíquicas de outros (Sociedade Brasileira de Pediatria/FIOCRUZ/Ministério da Justiça, 2001; BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b; UNICEF, 2010). O testemunho da violência é considerado como maus-tratos psicológicos. Podendo ocorrer em situações em que a criança/adolescente presencia ou toma conhecimento da violência em sua própria casa, na escola, na rua, na comunidade que está inserida, o que pode ser mais grave quando a criança/adolescente está ameaçada ou quando as situações presenciadas ocorrem com pessoas próximas e queridas a ela (BRASIL, 2010c).
Maus-tratos físicos	“Uso da força física de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente, deixando ou não marcas evidentes” (Sociedade Brasileira de Pediatria/FIOCRUZ/Ministério da Justiça, 2001, p.11). De acordo com o Ministério da Saúde, “pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações” (BRASIL, 2010b, p.30). A utilização de meios físicos com as crianças, como a punição corporal, castigo corporal ou forçar as crianças/adolescentes a fazerem algo, é considerada uma forma de violência (KRUG et al., 2002; BRASIL, 2010b; UNICEF, 2010). Porém algumas destas práticas ocorrem com frequência ao redor do mundo, pois são socialmente e legalmente aceitas como ferramentas pedagógicas para colocar limites nas crianças/adolescentes, além de muitos países terem estas práticas violentas permitidas em escolas,

	sistemas penais para jovens e em outras instituições (KRUG et al., 2002; BRASIL, 2010b). No ano de 2014 sancionou-se a lei nº13.010, conhecida como “Lei Menino Bernardo”, ou “Lei da Palmada”, que alterava o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), estabelecendo que toda criança e adolescente têm o direito de “ser educado e cuidado sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los” (BRASIL, 2014, Art. 18-A, pág.1).
Abuso sexual	Todo ato ou jogo sexual com a intenção de estimular sexualmente a crianças/adolescente, com o objetivo de satisfação sexual do autor da violência, este estando em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a vítima (Sociedade Brasileira de Pediatria/FIOCRUZ/Ministério da Justiça, 2001; BRASIL, 2010b). Pode-seter práticas desde atos sem o contato sexual, como o exibicionismo e voyeurismo (obtenção de prazer sexual por meio da observação), e diferentes atos com contato sexual, com ou sem penetração; como o assédio sexual; jogos sexuais; manipulação de genitália, mamas e ânus; estupro e incesto. Existe também a exploração sexual com intenção de lucro, como o tráfico, prostituição, pornografia (Sociedade Brasileira de Pediatria/FIOCRUZ/Ministério da Justiça, 2001; BRASIL, 2006; BRASIL, 2010b). Este tipo de abuso ocorre em relações homo e heterossexuais, podendo ser imposto às crianças/adolescentes com ameaças e violência física (Sociedade Brasileira de Pediatria/FIOCRUZ/Ministério da Justiça, 2001; BRASIL, 2010b). O abuso sexual parece ocorrer predominantemente dentro do lar da criança/adolescente, sendo os principais abusadores; companheiros das mães, pais, avôs, tios, mães, avós, tias e outros que mantêm com a criança uma relação de dependência, afeto ou confiança (BRASIL, 2010b).

	A Lei nº 12.015/2009, que dispõe sobre crimes contra a dignidade sexual, considera crime qualquer tipo de relacionamento sexual com crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos, ou a prática de tais atos diante dos mesmos (BRASIL, 2009).
--	---

Fonte: O autor, 2020.

1.4.2 Magnitude, caracterização e consequências

A violência contra as crianças está disseminada por todos os países e sociedades e é reconhecida pela OMS como um problema global, afetando, a cada ano, milhões de crianças, familiares e comunidade. Em todas as suas formas, a violência contra a criança é prejudicial, impactando de diversas formas na vida de uma criança, ocorrendo uma violação dos direitos humanos fundamentais de todas as crianças (WHO, 2002; UNICEF, 2017).

A violência é um evento complexo que tem ocorrido ao longo da história, considerada um problema de saúde pública ao redor do mundo. O grupo de crianças e adolescentes é considerado especialmente vulnerável dado que possui dependência física, emocional e financeira dos pais e cuidadores (KRUG et al., 2002).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), mais de 80% das duas bilhões de crianças ao redor do mundo sofrem punições físicas, sendo um terço delas consideradas severas. Além disso, aproximadamente 53 mil crianças morrem a cada ano como resultado desta violência. Em relação à violência sexual, é estimado que 225 milhões de crianças, sendo 150 milhões meninas, sofram a cada ano em todo o mundo (ONU, 2006; PINHEIRO, 2006). Estima-se que a cada ano aproximadamente 58% das crianças com idade entre 0 e 17 anos na América Latina e no Caribe, ou seja, mais de 99 milhões, são acometidas por violência física, sexual ou emocional (HILLIS; et al, 2016).

No Brasil, a morte de crianças de zero a nove anos de idade possui como a quarta causa externa, a violência. De acordo com dados do Sistema Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) de 2013-2014, no ano de 2013, registraram-se 29.784 notificações de violências contra crianças de zero a 9 anos, sendo 13.867 meninos e 15.917 meninas, e 91,7% das vítimas residentes da zona urbana. Entre as notificações, 24,3% relataram ser vítimas de violência de repetição, e 66,7% das ocorrências foram observadas dentro da residência. Em relação ao tipo de violência notificada, 50,1% foram de negligência; 28,6% violência física; 28,4% violência

sexual e 17,5% psicológica/moral. O meio de agressão mais utilizado, com 20,5% de prevalência, foi a força corporal, seguido por 9,7% de ameaça e 4,0%, queimaduras. Com relação à localização da lesão, as regiões do corpo mais atingidas foram 16,8% cabeça/face; 12,1% órgãos genitais/ânus e 8,1% múltiplos órgãos/regiões (BRASIL, 2017).

De acordo com a revisão da literatura realizada por Nunes e Sales (2016), quanto menor a idade, maior a vulnerabilidade e o risco de violência, devido ao fato da dependência que a criança possui do seu cuidador para as atividades básicas de sobrevivência nesta faixa etária, observou-se também que 75% dos estudos analisados nesta revisão relataram que o agressor é um dos membros da família.

Segundo Ferreira e colaboradores (2019), a violência contra as crianças exige ações imediatas e eficazes para seu enfrentamento, pois esta constitui um fenômeno presente em todo o mundo, sendo complexo e endêmico, que ocorre todos os dias no próprio domicílio da criança, local onde é considerado socialmente um ambiente de proteção, segurança e afeto. Este estudo analisou 179 crianças envolvidas nos processos de denúncias de violências praticadas contra crianças, onde foi relatado que 56% tinham idade até cinco anos, ou seja, crianças menores parecem ser mais acometidas pela violência dentro de sua própria casa.

Mais recentemente, Devries e colaboradores (2019), identificaram que a violência dos cuidadores contra as crianças possui padrão semelhante em todas as idades (de 0 a 17 anos), independente do sexo. Neste estudo, observou-se que a violência física acomete em maior número as crianças mais novas, de 2 a 3 anos de idade, com cerca de 50 a 60% de meninos e meninas acometidos. Já em relação à violência emocional, encontrou-se resultados diferentes, com prevalências de 40 a 55% entre crianças mais jovens até 3 anos, e permanecendo constante com o aumento da idade.

As crianças podem ser expostas à violência a cada estágio do seu crescimento. No entanto, a natureza da violência e seus possíveis impactos serão diferentes de acordo com o nível emocional, cognitivo de uma criança e desenvolvimento físico (KNOW VIOLENCE IN CHILDHOOD, 2017). A violência que ocorre no momento da infância é responsável por prejuízos e consequências de ordem física e psicossocial às crianças. Quando a exposição da violência ocorre nos primeiros meses de vida, esta pode prejudicar o crescimento e desenvolvimento das crianças e ocasionar consequências imediatas e permanentes na saúde mental e física (SERVIN et al., 2015; WHO, 2016; PLATT et al., 2018).

As crianças acometidas pela violência dentro da sua própria casa podem apresentar consequências prejudiciais a curto prazo, como pesadelos repetitivos, raiva, culpa, vergonha, medo, quadros fóbico-ansiosos e depressivos agudos, queixas psicossomáticas, isolamento

social e sentimentos de estigmatização; e em longo prazo, aumento significativo na incidência de transtornos psiquiátricos, dissociação afetiva, pensamentos invasivos, ideação suicida, fobias mais agudas, níveis intensos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, raiva, hostilidade e culpa, sensação crônica de perigo e confusão, pensamento ilógico, imagens distorcidas do mundo, dificuldade de perceber a realidade e dificuldade para resolver problemas interpessoais (DIAS, 2013; UNICEF, 2017).

Estudos apontam que a exposição ao estresse prolongado causado pelas punições corporais, pode alterar o desenvolvimento cerebral durante a infância, conferindo danos duradouros aos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, que, por sua vez, afetam o crescimento físico, cognitivo, emocional e social da criança (BUTCHART et al, 2006; ANDA et al., 2010; LEEB; LEWIS; ZOLOTOR, 2011; DANESE; MCEWEN, 2012; EHLERT, 2013).

Durante o período da infância, os maus tratos podem estar associados à redução do volume nas regiões cerebrais envolvidas na aprendizagem e na memória (TEICHER; SAMSON, 2013). Segundo Bick e colaboradores (2015), crianças que recebem cuidados inadequados, em especial na faixa etária até 2 anos de vida, são mais sensíveis aos efeitos do estresse e tendem a desenvolver mais problemas comportamentais quando comparadas às crianças que recebem cuidados adequados.

A exposição de crianças à disciplina violenta e outros abusos pode ter sérias consequências para seu estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, as quais variam de impactos imediatos a danos em longo prazo que as crianças carregam para a vida adulta.

1.5 Violência contra a criança e sua relação com as práticas alimentares

No período de introdução aos alimentos, o comportamento alimentar, não é apenas determinado pelas necessidades biológicas, mas também possui influência de fatores emocionais, interações com o alimento, fatores socioeconômicos, culturais e experiências da família (AGUIRRE et al, 2002).

O comportamento familiar possui influências na introdução da alimentação complementar da criança e este fato tem consequências no desenvolvimento infantil. A família e/ou cuidadores das crianças possuem papel decisivo no aprendizado de hábitos alimentares, na formação de novos hábitos, na ingestão alimentar e na formação de padrão de comportamento alimentar, pois o ambiente familiar, o estilo de vida dos pais e/ou cuidadores, as relações dentro

da família, o apoio e rede social em que a família está inserido, podem influenciar na alimentação e nas preferências alimentares das crianças (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; BROILO et al, 2013).

A interação entre pais/cuidadores e suas crianças durante a alimentação impactam diretamente na forma como a criança irá lidar com os alimentos e são de grande importância para a formação dos hábitos alimentares infantis, que podem repercutir de forma positiva ou negativa na nutrição e no crescimento e desenvolvimento cognitivo e social da criança (BENTLEY; WASSER; CREED-KANASHIRO, 2011; CHAIDEZ; TOWNSEND; KAISER, 2011; KHANDPUR, et al, 2014).

O contexto em que a alimentação da criança ocorre é de grande relevância. De acordo com a literatura é importante que a criança se sinta confortável e que os pais/cuidadores estejam plenamente envolvidos no ato, estejam dispostos a realizar refeições compartilhadas e apresentar alimentos saudáveis, de forma que permita que a criança diferencie os sabores e texturas. Em suma, um ambiente prazeroso à criança, que propicie a ingestão de alimentos é fundamental para a nutrição adequada na infância (ABOUD; SHAFIQUE; AKHTER, 2009).

Alguns estudos mostram que a qualidade da maternagem e a habilidade dos pais em lidar com as necessidades da criança são comprometidas em ambientes domésticos violentos (HOLT; BUCKLEY; WHELAN, 2008; D’AFFONSECA; WILLIAMS, 2011).

Bair-Merritt e colaboradores (2008), evidenciaram que mulheres que se encontram em ambientes conflituosos, são menos prováveis de cuidarem adequadamente dos seus filhos e os levam menos ao serviço de saúde para serem imunizados. Segundo Gage e Silvestre (2010), mulheres que vivem em ambientes com violências apresentam maior risco de usarem o castigo físico como forma de punição de seus filhos.

Helton e colaboradores (2019), em um estudo nos Estados Unidos com 2330 famílias, observaram que 16% estavam em situação de insegurança alimentar, a qual estava associada ao uso de agressões físicas e psicológicas dos pais com seus filhos.

A tese de Vianna (2018) utilizou a mesma população do presente estudo e investigou a violência entre parceiros íntimos, violência contra a criança e o excesso de peso durante o primeiro ano de vida, verificando que é possível uma relação entre violência familiar (entre parceiros íntimos e contra criança) e o estado nutricional infantil. Os resultados demonstraram que a violência familiar possui impactos no desenvolvimento do excesso de peso no início da vida, precisamente no primeiro ano de vida.

O estudo de Mezzavilla, 2015, que também utilizou a mesma população e investigou a relação da violência física entre parceiros íntimos e práticas alimentares de lactentes, mostrou

que casais onde a violência física ocorre, apresentaram duas vezes mais chances de não ofertarem leite materno, cinco vezes mais chances de ofertarem leite artificial e duas vezes mais chances de usarem mamadeira para alimentar seus filhos, comparados aos casais que não se agredem. Em relação à alimentação complementar mínima, evidenciou que, nos domicílios em que existe violência física entre o casal, as chances das crianças em aleitamento materno não receberem alimentação complementar mínima são de mais de quatro vezes comparados aos domicílios onde não há violência física. Também foi observado que a violência entre parceiros íntimos estava associada significativamente à não oferta de alimentação complementar mínima para crianças que recebem leites artificiais.

A alimentação infantil é fortemente influenciada pelo contexto familiar, sociocultural e ambiental, sendo necessário o entendimento destes fatores para auxiliar nas possíveis melhorias no cenário da alimentação infantil (OLIVEIRA, 2016).

O ambiente familiar é muito importante na alimentação e crescimento das crianças, porém, pouco se sabe sobre a relação da violência contra a criança e as práticas de alimentação das crianças.

Sendo assim, a relação entre a violência contra a criança e as práticas alimentares não é clara e precisa ser mais explorada e investigada. É válido ressaltar a falta de estudos que avaliam os impactos da violência contra a criança na prática alimentar em crianças próximas ao primeiro ano de vida. A grande parte dos estudos existentes abordam violência contra crianças maiores de um ano e/ou adolescentes, e a relação da violência entre parceiros íntimos e aleitamento materno. Deste modo, chama a atenção a relevância da geração de conhecimento e a elaboração de propostas de ação para prevenção da violência contra criança e as consequências na saúde da criança.

2 JUSTIFICATIVA

Nos dois primeiros anos de vida, uma alimentação que não atenda às recomendações preconizadas pode gerar riscos para o crescimento e desenvolvimento da criança. O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e a introdução adequada de alimentos de maneira oportuna, segura e oferecida com frequência, consistência e diversidade adequadas à faixa etária da criança são fundamentais para a saúde e desenvolvimento desta criança.

No Brasil, o cenário das práticas alimentares infantis causa preocupação devido ao fato da alimentação complementar ser introduzida em alguns casos precocemente, e em outros tardiamente. Pesquisas realizadas em todo o país mostram que muitas vezes água, chás e outros leites são introduzidos já no primeiro mês de vida da criança e comida salgada e frutas oferecidos antes do sexto mês. E ainda, há alguns autores que observaram crianças com idade acima de seis meses não recebendo uma alimentação sólida e/ou semissólida com variedade de alimentos ou recebendo alimentos não recomendados para a faixa etária, como bebidas adoçadas e ultraprocessados, ricos em gorduras, sal, açúcar e aditivos químicos.

É necessário conhecer os fatores associados às práticas alimentares até o segundo ano de vida para que seja possível a criação de medidas que possam viabilizar ações de saúde pública para a promoção e a incorporação de práticas alimentares saudáveis ao longo da infância.

Historicamente, os conhecimentos sobre os fatores associados às práticas de alimentação nos primeiros anos de vida de uma criança giravam em torno das condições econômicas, ambientais e sociais, tais como: a menor idade materna, a baixa escolaridade materna; o desconhecimento acerca de uma alimentação infantil adequada; a falta de apoio familiar; o retorno ao trabalho materno e o sistema de assistência à saúde. No entanto, estes fatores não são suficientes para explicar as práticas alimentares infantis, devido a sua complexidade.

Estudos vêm apontando para a existência de uma associação de violência contra a criança e o crescimento e desenvolvimento infantil, porém, poucas investigações epidemiológicas acerca da violência familiar e a alimentação da criança foram realizadas e, consequentemente, pouco se sabe sobre o problema.

A violência contra a criança encontra-se difundida ao redor do mundo e é um grande problema de saúde pública, pois é responsável por inúmeras consequências negativas para a saúde das crianças.

Compreendendo que a partir do primeiro ano de vida as crianças interagem e participam ativamente do ambiente familiar, ingerindo a mesma comida que a família e realizando suas refeições em conjunto com a família, um ambiente familiar conflituoso, principalmente quando há violência contra a criança, pode interferir nos cuidados dos responsáveis com seus filhos e, conseqüentemente, pode influenciar na introdução e oferta de alimentos. O meio social em que a criança está inserida possui grande influência no estado de saúde, crescimento e nutrição da criança.

Tendo em vista estas questões e reconhecendo que não há clareza da relação entre a violência contra criança e a alimentação infantil, a presente dissertação tem como objetivo central explorar a associação da violência contra a criança com as práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida.

Espera-se melhorar a compreensão desta relação, podendo deste modo contribuir para construção de ações que tenham como objetivo promover a cultura da paz, para prevenção da violência contra a criança e, conseqüentemente, seus impactos na saúde e nutrição infantil.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a relação da violência contra a criança e as práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida de crianças atendidas em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as práticas alimentares de crianças no décimo terceiro mês de vida;
- b) Estimar a prevalência da violência contra a criança no décimo terceiro mês de vida;
- c) Investigar a associação entre a violência contra a criança e as práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida.

4 MÉTODOS

4.1 Contexto do estudo

As informações analisadas neste estudo são provenientes de um estudo de coorte, denominado “O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte” (HASSELMANN, 2005).

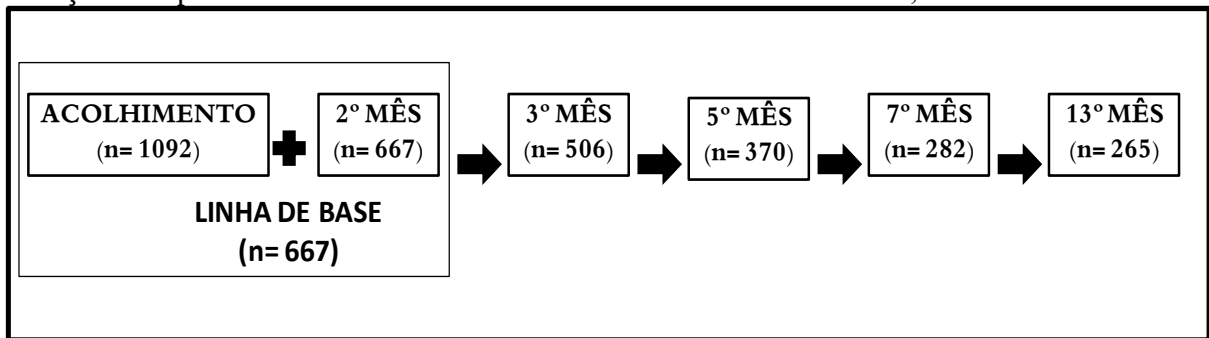
Entre junho de 2005 e dezembro de 2009, a coorte acompanhou o crescimento durante o primeiro ano de vida de recém-nascidos acolhidos em quatro Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro.

As quatro unidades de saúde foram escolhidas juntamente com a gerência do programa de saúde da criança da Secretaria Municipal de Saúde, levando em consideração o tempo de implantação e a qualidade do programa "Acolhimento Mãe-Bebê", o número médio de recém-nascidos que iniciavam o acompanhamento mensal no programa e a variabilidade geográfica, de modo a contemplar diferentes grupos populacionais. Foram selecionadas as seguintes unidades, Posto de Atendimento Médico Rodolpho Rocco, em Del Castilho; Posto de Atendimento Médico Hélio Pellegrino, na Praça da Bandeira; Centro Municipal de Saúde Ariadne de Menezes Lopes, em Engenho da Rainha; Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão, em Engenho de Dentro.

O convite às mães para participação no estudo era feito no momento da recepção dos recém-nascidos para realização do teste do pezinho e/ou vacinação, com poucos dias de vida da criança. Neste momento inicial era aplicado o primeiro questionário, referente à entrevista de acolhimento. Crianças com anomalias congênitas e paralisia cerebral não foram incluídas na pesquisa.

Com o objetivo de aumentar a adesão, apenas as crianças que participaram da entrevista de acolhimento e da entrevista realizada logo após iniciar o segundo mês de vida compuseram a linha de base da coorte e foram acompanhadas. Os participantes da pesquisa foram acompanhados e reexaminados no terceiro, quinto, sétimo e décimo terceiro mês de vida (Figura 3). Ainda com o intuito de diminuir as perdas de seguimento, as datas agendadas para consultas na puericultura e/ou pediatria (Programa Acolhimento Mãe-Bebê) e o calendário de vacinação da criança foram utilizados como base para a marcação das entrevistas.

Figura 3 - Diagrama do estudo “O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte”, 2005-2009.



Fonte: O autor, 2019

Devido ao número de participantes faltosos ao longo da coorte, a partir do ano de 2007, perdurando até o final do estudo de coorte, realizou-se um estudo transversal aninhado, com o intuito operacional de verificar se a população daquela idade, atendida nas mesmas unidades de saúde e no mesmo período, possuía as mesmas características da população acompanhada pelo estudo de coorte, deste modo eram selecionadas mães de criança na mesma faixa etária de cada onda da coorte (1º, 2º, 3º, 5º, 7º e 13º mês de vida) e aplicava-se o mesmo questionário.

4.2 Desenho e população do estudo

Estudo transversal com amostra composta por 348 crianças não gemelares e seus respectivos responsáveis que haviam completado a entrevista do décimo terceiro mês de vida (participantes da coorte e do transversal aninhado; média de idade = 13,01 meses $\pm$ DP = 1,30 meses) e apresentaram dados sobre o consumo alimentar nas 24 horas antecedentes à entrevista e dados sobre a violência contra a criança.

4.3 Coleta e aferição de dados

As informações utilizadas foram coletadas por meio de entrevistas realizadas com as mães das crianças em consultórios fechados para que fosse mantida a privacidade da entrevistada e o sigilo das informações coletadas.

A equipe de entrevistadores foi previamente treinada visando a padronização da abordagem e do preenchimento dos questionários.

Durante toda a etapa de coleta de informações foram realizadas supervisões contínuas dos entrevistadores e retreinamento sistemático, além de reuniões semanais para sanar dúvidas e questões acumuladas na fase de campo.

4.3.1 Desfecho: Práticas alimentares de crianças

Para avaliar as práticas alimentares das crianças, aplicou-se um Recordatório de 24 horas adaptado dos utilizados nos inquéritos em dias de Campanhas Nacionais de Multivacinação, que contém questões sobre o consumo — nas últimas 24 horas — de leite materno, outros tipos de leite, outros alimentos e líquidos, como água, chá e sucos (Anexo A).

O desfecho principal do estudo foi a diversidade dietética mínima combinada à oferta de leite materno. A diversidade dietética mínima foi construída com base em um indicador proposto pela OMS (WHO, 2008) denominado “*Minimum Dietary diversity*”, o qual avalia a diversidade da dieta e preconiza que crianças de 6 a 23 meses de idade, amamentadas ou não, recebam alimentos de pelo menos quatro dos sete grupos de alimentos durante o dia anterior ao relato/entrevista. Os grupos de alimentos são:

1. grãos, tubérculos e raízes
2. leguminosas e nozes;
3. produtos lácteos (leite, iogurte e queijo)
4. carnes (carne, peixe, aves e miúdos)
5. ovos
6. frutas e vegetais ricos em vitamina A
7. outras frutas e legumes

No presente estudo, a diversidade dietética mínima foi caracterizada como o consumo de cinco grupos de alimentos nas 24 horas antecedentes à entrevista: legumes; frutas; feijões; carnes e ovos; leite (materno ou outro). Esta adaptação foi necessária, pois o recordatório de 24 horas aplicado nas entrevistas não contemplava todos os grupos alimentares propostos pela OMS. O mesmo modelo foi previamente utilizado por Oliveira e colaboradores (2014) e Oliveira e colaboradores (2017) e o consumo destes cinco grupos são recomendados pelo Guia Alimentar para menores de dois anos (BRASIL, 2019) para crianças entre 1 e 2 anos de idade

que são amamentadas e que não são amamentadas. Este desfecho foi tratado de forma dicotômica, com as respostas categorizadas em: 0 = a criança recebeu de zero à quatro desses grupos de alimentos nas últimas 24 horas, e 1 = a criança recebeu os cinco grupos de alimentos nas últimas 24 horas.

A oferta de leite materno também foi tratada de forma dicotômica, com as respostas categorizadas em: 0 = a criança consumiu leite materno nas últimas 24 horas, e 1 = a criança não consumiu leite materno nas últimas 24 horas.

O desfecho diversidade dietética mínima e leite materno foi tratado de forma multinominal, com quatro categorias: 0 = recebeu leite materno e diversidade dietética mínima; 1 = não recebeu leite materno, mas recebeu diversidade dietética mínima; 2 = recebeu leite materno, mas não recebeu diversidade dietética mínima e 3 = não recebeu leite materno nem diversidade dietética mínima.

Também foi investigada a oferta dos grupos de alimentos como desfechos complementares, os quais foram tratados de forma dicotômica, com as respostas categorizadas em: 0 e 1: leite artificial, sopa/papa de legumes, comida da família, fruta amassada ou em pedaços, carne, ovo, feijão, e oferta de líquidos/alimentos por mamadeira.

4.3.2 Exposição central: Violência contra a criança

Para a obtenção dos dados referentes à violência contra a criança, as mães foram questionadas sobre estratégias de disciplina infantil utilizadas por elas e seus companheiros para resolução de possíveis momentos em que as crianças fizeram coisas que são erradas, desobedecem, ou em momentos em que os pais ficaram zangados com seus filhos. O instrumento utilizado para a coleta dessas informações foi a versão em português *Parent-Child Conflict Tactics Scales* (CTS-PC; Anexo B) (REICHENHEIM; MORAES, 2003), cujo módulo básico compreende vinte e dois itens que identificam três táticas que os pais utilizam para lidar com as situações de conflito com seus filhos:

a) Disciplina não-violenta (itens a, b, e, q – atos como: explicar porque o que a criança está fazendo é errado; dar à criança outra coisa para fazer; colocar de castigo; tirar regalias);

b) Agressão psicológica (itens f, j, l, n, u – falar alto, berrar ou gritar; chamar de estúpido, burro, preguiçoso ou algo parecido; xingar/praguejar contra a criança; dizer que iria expulsá-la de casa; ameaçar dar um tapa, mas não dar);

c) Agressão física, subdividida em: c.1) atos de gravidade menor, ou punição corporal (itens d, h, p, r – dar beliscão; palmada no bumbum; tapa na mão, no braço ou na perna; ou bater no bumbum com cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro);

c.2) atos graves, ou maus-tratos físicos menores (itens g, o, t, v – bater em parte do corpo diferente do bumbum com algum objeto duro; dar tapa no rosto, cabeça ou orelhas; jogar a criança no chão; ou bater com a mão fechada ou dar chute com força);

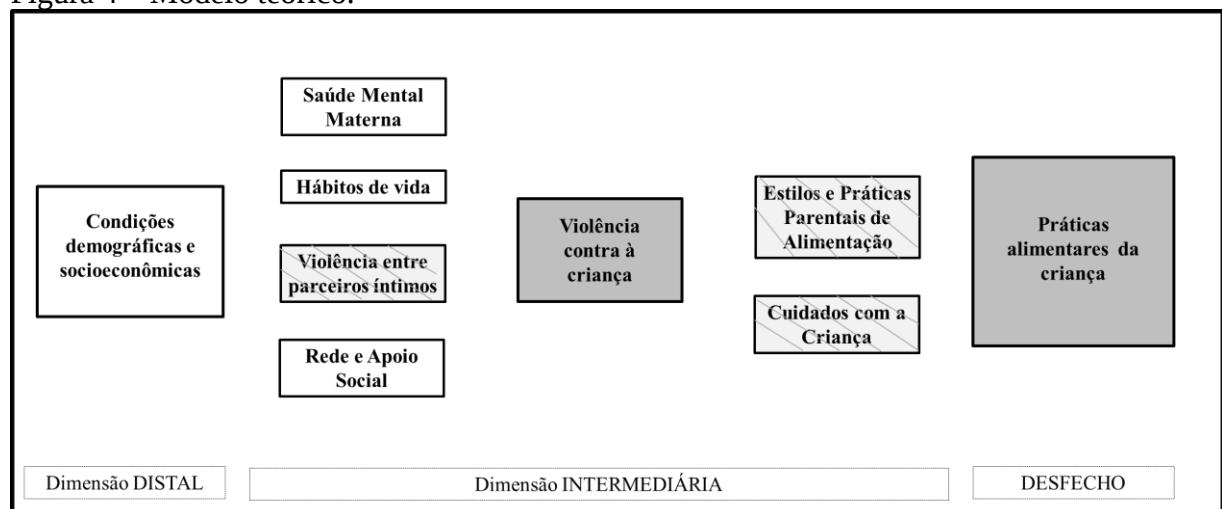
c.3) atos muito graves, ou maus-tratos físicos graves (itens c, i, k, m, s – sacudir; agarrar pelo pescoço e sacudir; bater muito sem parar; queimar ou derramar líquido quente na criança de propósito; ou ameaçar com arma ou faca).

A violência contra a criança foi classificada como presente nos casos em que pelo menos um dos relacionamentos adulto/criança tivesse envolvido pelo menos uma resposta positiva a um dos itens das escalas de maus-tratos físicos menores ou graves (MTF Globais) ou punição corporal.

4.3.3 Variáveis de confundimento (covariáveis)

Este estudo foi baseado em teorias que sugerem que as práticas alimentares na infância são resultantes de uma combinação de fatores psicossocio demográficos (SHERRY, et al, 2004; SILVERMAN et al 2006; SAVAGE; FISHER; BIRCH, 2007; HAIRE-JOSHU et al., 2008; BIRCH; DOUB, 2014; NIERMANN et al, 2014; MEZZAVILLA 2015), incluindo traumas emocionais e físicos, como representado pelo modelo teórico ilustrado na Figura 4.

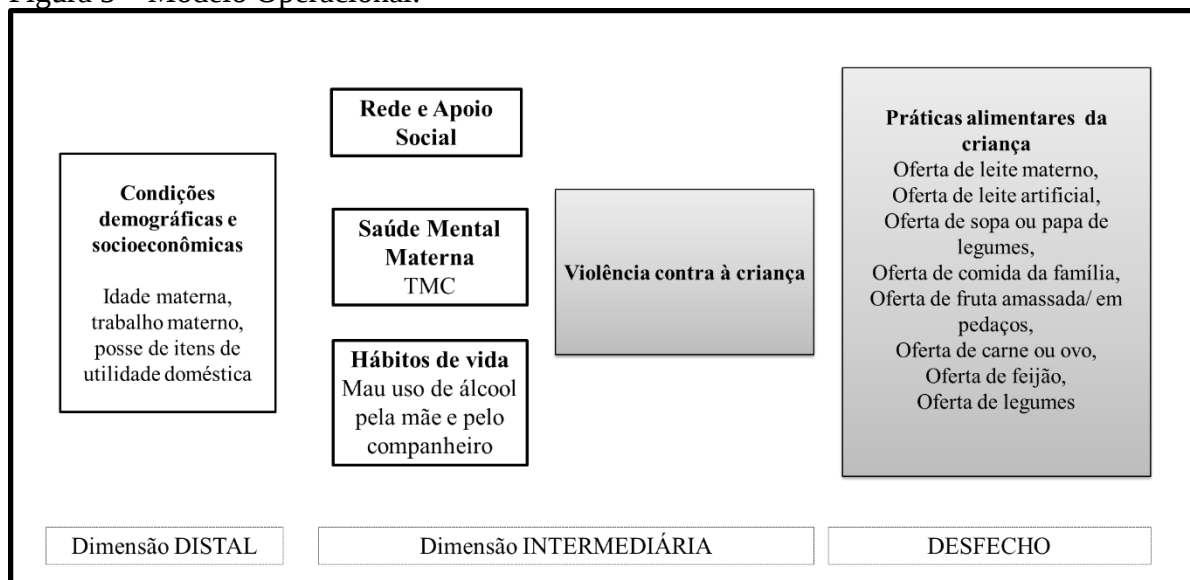
Figura 4 – Modelo teórico.



Fonte: O autor, 2020.

A partir do modelo teórico, foi possível criar o modelo operacional (Figura 5). As variáveis violência entre parceiros íntimos, estilos e práticas parentais de alimentação e cuidados com a criança não participaram do modelo operacional.

Figura 5 – Modelo Operacional.



Fonte: O autor, 2020.

Seguindo o modelo acima, variáveis que correspondem a fatores referentes à mãe, ao bebê e ao ambiente em que vivem, também foram investigadas como possíveis confundidoras da relação entre violência contra à criança (exposição) e as práticas alimentares no 13º mês de vida da criança (desfecho), são elas:

a) Características demográficas, compreendendo sexo da criança e idade materna (< 20 anos; entre 20 e 34 anos ou ≥ 35 anos);

b) Condições socioeconômicas, representadas pelo trabalho atual materno e pela posse de itens de utilidade doméstica (categorizada em ≤ 10 utensílios ou > 10 utensílios a partir do questionamento sobre a posse de rádio, ferro elétrico, bicicleta, gravador, fogão a gás 4 ou 6 bocas, televisão a cores, aparelho de som 3 em 1, liquidificador, geladeira, motocicleta, automóvel, outros veículos automotores, enceradeira, aparelho videocassete, máquina de lavar, secadora de roupas, ferro a vapor, forno elétrico, freezer, multiprocessador de alimentos, aspirador de pó, batedeira, forno de micro-ondas, aparelho de CD, secadora de pratos, computador e aparelho de DVD).

c) Apoio social, representado pela rede social e pelo apoio social percebido pela mulher.

A rede social foi medida utilizando questões referentes à quantidade de amigos e parentes com quem a mulher pode contar, e categorizada como: 0, 1, 2 ou 3 ou mais parentes e/ou amigos (CHOR et al, 2001).

Para avaliação do apoio social percebido pela mãe, fez-se uso de uma escala adotada no *Medical Outcomes Study* (SHERBOURNE, STEWART, 1991), adaptada para o português (GRIEP et al, 2005), que inclui dezenove questões que cobrem cinco dimensões de apoio social auto percebido: material (provisão de recursos e ajuda material), emocional (receber demonstrações de afeto e empatia, e ser encorajado a expressar sentimentos), afetivo (demonstração físicas de carinho e afeto), de informação (oferta de informações, aconselhamento e *feedback*) e de interação social positiva (contar com pessoas para relaxar e se distrair). As opções de resposta receberam uma pontuação de um (nunca) a cinco (sempre) e a soma dos pontos obtidos em cada dimensão foi dividida pelo escore máximo possível para a mesma dimensão. O resultado dessa razão foi multiplicado por 100 e uma variável global foi obtida a partir da soma dos escores de cada uma das dimensões, dividido por cinco (total de dimensões), sendo dicotomizada em insatisfatório ou satisfatório a partir da mediana das respostas dadas.

d) Saúde mental materna, ilustrada pelas variáveis de suspeição de transtornos mentais, investigados através da aplicação do *General Health Questionnaire* (GHQ-12), modalidade adaptada para o português (MARI; WILLIAMS, 1985) com doze itens que refletem sentimentos de depressão, ansiedade, falta de confiança e incapacidade de lidar com situações habituais. Cada item apresentava quatro opções de resposta, sendo as duas primeiras classificadas como ausência do sintoma (0 pontos atribuído) e as duas últimas como presença do sintoma (1 ponto atribuído). Após o somatório, obtivemos um escore que variou entre 0 a 12 e, a partir dessa escala, os transtornos mentais foram tratados de forma dicotômica, com as respostas categorizadas em: transtornos mentais comuns (presente quando ≥ 3 respostas positivas) e ausente (< 3 respostas positivas) (HASSAN; WERNECK; HASSELMANN, 2016).

e) Hábitos de vida, aqui expressos pelo mau uso de álcool pela mãe e pelo parceiro, investigado com auxílio do CAGE (*cut down; annoyed; guilty eye-opened*) (CAPRIGLIONE, MONTEIRO, MASUR, 1985), instrumento com quatro itens que avalia o uso inadequado de álcool. Considerando mau uso de álcool o ponto de corte de duas ou mais respostas positivas.

4.4 Processamento e análise dos dados

Todos os questionários foram checados e codificados pela coordenadora de campo e digitados por um técnico contratado para essa tarefa. Utilizou-se o programa Epiinfo 6.04 (DEAN et al, 1994) para o armazenamento dos dados e o programa Stata 12.1 (STATACORP, 2011) para realização das análises estatísticas.

A estratégia de análise iniciou-se com a descrição das características da população, das práticas de alimentação infantil e das estratégias de resolução de conflitos entre pais e filhos.

Por meio de modelos de regressão logística binária e multinomial foram estimadas razões de chances (RC) brutas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança para verificar as associações da violência contra a criança com as práticas alimentares no décimo terceiro mês de vida. Em seguida, as análises foram ajustadas pelas potenciais variáveis de confundimento da relação entre a VCC e as práticas alimentares no 13º mês de vida apontadas no modelo operacional (Figura 5), com base na revisão da literatura, e associadas ao desfecho com p-valor $< 0,05$. Foi considerado indicativo de significância estatística um p-valor $\leq 0,05$.

4.5 Questões éticas

O estudo de coorte foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Anexo C) e, afim de serem inseridos no estudo, os participantes precisavam assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D). Antes de iniciar as entrevistas, todos os participantes receberam informações sobre serviços públicos que acompanhavam famílias afetadas pela violência no município do Rio de Janeiro.

4.6 Financiamento

O projeto foi apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo: 50.6194/2004-3) e pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ – processo: E-26/170.848/2005).

5 RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização da população do estudo, onde é possível observar que aproximadamente 16,5% das mães possuíam menos de 20 anos de idade, 11,9% possuíam 35 anos ou mais e 34% estavam trabalhando fora de casa no momento da entrevista. Verifica-se também que um pouco mais de um terço das famílias possuía dez ou menos itens de utilidade doméstica, um potencial indicador de condições de moradia inadequadas.

Chama a atenção que aproximadamente 20,8% das mulheres possuíam apenas um ou nenhum parente/amigo com quem pudessem contar, 42,1% apresentavam uma baixa percepção de apoio social, e cerca de 42,9%, das mulheres apresentavam suspeita de transtornos mentais comuns. Adicionalmente, por volta de 10,4% relataram mau uso de álcool, bem como quase 17,6% informaram mau uso de álcool por parte de seus companheiros.

Em relação às estratégias de disciplina infantil, quase todos os pais utilizavam táticas de disciplina não-violenta para lidar com o comportamento de seus filhos, no entanto, 63,5% também cometiam atos de violência psicológica, 57,2% puniam corporalmente suas crianças, e quase 19% relataram maus-tratos físicos globais. Os maus tratos físicos globais foram inflados pela prática de sacudir a criança, considerada maus-tratos físicos graves em crianças menores de dois anos de idade (STRAUS et al, 1998).

Dentre as crianças que sofriam alguma agressão física, 41,4% sofriam somente punição corporal, atos como: dar tapa na mão; dar beliscão; dar palmada ou bater no bumbum com objetos como cinto e chinelo, ou sofriam somente atos de maus tratos físicos, tais como: dar tapa no rosto, cabeça ou orelhas; sacudir; bater em alguma parte do corpo diferente do bumbum com algum objeto duro; queimar ou derramar líquido quente na criança e, adicionalmente, 17,2% das crianças sofriam, atos de punição corporal e atos de maus tratos físicos globais, simultaneamente.

Tabela 1 – Características da população do estudo no décimo terceiro mês de vida (N = 348 crianças com $13,01 \pm 1,30$ meses), Rio de Janeiro, 2005-2009 (Continua)

Variáveis	N* (%)	Total
Sexo da criança		

Masculino	176 (50,57)	348
Feminino	172 (49,43)	
Idade materna		
< 20 anos	57 (16,47)	
20 – 34 Anos	248 (71,68)	346
≥ 35 anos	41 (11,85)	
Trabalhomaterno		
Não	228 (66,09)	345
Sim	117 (33,91)	
Posse de itens de utilidade doméstica		
> 10	230 (66,86)	344
≤ 10	114 (33,14)	
Rede social (parentes e/ou amigos)		
0	13 (4,59)	
1	46 (16,25)	283
2	55 (19,43)	
≥ 3	169 (59,72)	
Apoio social		
Satisfatório	164 (57,95)	283
Insatisfatório	119 (42,05)	
Transtornos mentais comuns		
Não	280 (81,63)	343
Sim	63 (18,37)	
Mau uso de álcool Mãe		
Não	309 (89,57)	345
Sim	36 (10,43)	
Mau uso de álcool Companheiro		
Não	277 (82,44)	336
Sim	59 (17,56)	
Disciplina Não-Violenta		
Não	10 (2,87)	348
Sim	338 (97,13)	
AgressãoPsicológica		
Não	127 (36,49)	348
Sim	221 (63,51)	
Punição Corporal		
Não	149 (42,82)	348
Sim	199 (57,18)	
Maus-Tratos Físicos Globais		
Não	283 (81,32)	348
Sim	65 (18,68)	

Legenda: *Totais podem variar devido à presença de valores faltantes em algumas variáveis.

Tabela 1 – Características da população do estudo no décimo terceiro mês de vida (N = 348 crianças com $13,01 \pm 1,30$ meses), Rio de Janeiro, 2005-2009(Conclusão)

Variáveis	N* (%)	Total
Maus-Tratos Físicos Menores		
Não	340 (97,70)	348

Sim	8 (2,30)	
Maus-Tratos Físicos Graves		
Não	287 (82,47)	
Sim	61 (17,53)	348
Agressão Física contra a criança		
Nenhuma	144 (41,38)	
Só Punição Corporal ou Só MTF Globais	144 (41,38)	348
Ambos	60 (17,24)	

Legenda: *Totais podem variar devido à presença de valores faltantes em algumas variáveis.

Em relação às práticas de alimentação infantil, a tabela 2 apresenta as prevalências de alimentos oferecidos às crianças nas 24 horas antecedentes à entrevista do décimo terceiro mês de vida, onde é possível observar que 46,3% das mães não ofertavam leite materno aos seus filhos e 87,1% ofertavam leite artificial. Acerca da alimentação complementar observa-se que 72,4% das crianças recebiam sopa ou papa de legumes; 86,2%, comida da família; 75,6%, fruta amassada ou em pedaços; 96,6%, carne ou ovo; 90,5%, feijão; 27,6%, legumes; e 68,7% recebiam algum líquido/alimento por mamadeira. Verifica-se também que 87% recebiam refeição com consistência adequada, apenas um pouco mais de um quinto (21,6%) das crianças recebiam diversidade dietética mínima, e apenas 11,2% das crianças recebiam leite materno e diversidade dietética mínima simultaneamente.

Na tabela 2, também são apresentados os resultados das análises brutas entre maus-tratos físicos (MTF) globais contra a criança e práticas de alimentação infantil no décimo terceiro mês de vida. Observa-se que, nas análises brutas, os MTF globais contra a criança aumentaram em duas vezes as chances de não ofertar leite materno (associação estatisticamente significativa) e o aumento de três vezes nas chances de não ofertar leite materno e também não ofertar diversidade dietética mínima simultaneamente, ainda que tenha apresentado um p-valor limítrofe (p-valor= 0,052).

Tabela 2 – Prevalência de desfechos da população do estudo (N = 348), análises brutas: associação entre maus-tratos físicos globais contra a criança e práticas de alimentação infantil no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009.

Desfechos	N (%)	Análises Brutas	
		RC (IC 95%)	p-valor
Oferta de leite materno			
Sim	187 (53,74)	1	

Não	161 (46,26)	1,98 (1,14 – 3,43)	0,015
Oferta de leite artificial			
Sim	303 (87,07)	1	
Não	45 (12,93)	0,64 (0,26 – 1,57)	0,328
Oferta de sopa ou papa de legumes			
Sim	252 (72,41)	1	
Não	96 (27,59)	0,83 (0,45 – 1,54)	0,553
Oferta de comida da família			
Sim	300 (86,21)	1	
Não	48 (13,79)	0,58 (0,24 – 1,44)	0,242
Oferta de fruta amassada/em pedaços			
Sim	263 (75,57)	1	
Não	85 (24,43)	0,73 (0,38 – 1,42)	0,358
Oferta de carne ou ovo			
Não	12 (3,45)	1	
Sim	336 (96,55)	2,59 (0,33 – 20,41)	0,367
Oferta de feijão			
Não	33 (9,48)	1	
Sim	315 (90,52)	1,74 (0,60 – 5,14)	0,315
Oferta de legumes			
Não	252 (72,41)	1	
Sim	96 (27,59)	0,83 (0,45 – 1,54)	0,553
Oferta de mamadeira			
Não	109 (31,32)	1	
Sim	239 (68,68)	1,66 (0,88 – 3,11)	0,115
Consistência adequada da refeição			
Não	33 (13,04)	1	
Sim	220 (86,96)	1,86 (0,62 – 5,58)	0,265
Diversidade mínima			
Não	273 (78,45)	1	
Sim	75 (21,55)	0,70 (0,34 – 1,41)	0,316
Diversidade mínima e oferta de leite materno			
0 (LM=sim e DM=sim)	39 (11,21)	1	
1 (LM=não e DM=sim)	36 (10,34)	2,11 (0,56 – 7,93)	0,268
2 (LM=sim e DM=não)	148 (42,53)	1,53 (0,49 – 4,73)	0,462
3 (LM=não e DM=não)	125 (35,92)	3,01 (0,99 – 9,13)	0,052

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança.

A tabela 3 apresenta os resultados das análises brutas e ajustadas de associação entre as características da população do estudo e oferta de leite materno no décimo terceiro mês de vida.

Observa-se que a punição corporal contra a criança aumentou em 1,7 vezes as chances de não oferecer leite materno; os maus tratos físicos globais aumentaram em 2 vezes as chances; e os maus tratos físicos graves, em 1,9%; e a agressão física contra a criança (punição corporal e maus tratos físicos globais simultaneamente) em 2,4 vezes as chances de não ofertar leite materno (todas associações estatisticamente significativas) na análise bruta.

Após o ajuste pela idade materna, trabalho materno e posse de itens de utilidade doméstica (variáveis com p-valor menores que 0,25), as associações entre punição corporal, maus tratos físicos globais, maus tratos físicos graves e agressão física contra a criança (punição

corporal e maus tratos físicos globais simultaneamente) com a não oferta de leite materno se mantiveram estatisticamente significativas.

Tabela 3 – Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e não oferta de leite materno no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009 (Continua)

Características da População	N (%)	Análises Brutas		Análises Ajustadas*	
		RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor
Sexo da criança					
Masculino	187 (53,74)	1			
Feminino	161 (46,26)	1,17 (0,77 – 1,79)	0,462	-	-
Idade materna					
< 20 anos	57 (16,47)	1,62 (0,90 - 2,89)	0,106		
20 – 34 anos	248 (71,68)	1		-	-
≥ 35 anos	41 (11,85)	0,55 (0,27 – 1,10)	0,092		
Trabalho materno					
Não	228 (66,09)	1			
Sim	117 (33,91)	0,68 (0,43 – 1,06)	0,091	-	-
Posse de itens de utilidade doméstica					
> 10	230 (66,86)	1			
≤ 10	114 (33,14)	1,50 (0,95 – 2,35)	0,080	-	-
Rede social (parentes e/ou amigos)					
0	13 (4,59)	1			
1	46 (16,25)	0,48 (0,14 - 1,70)	0,255	-	-
2	55 (19,43)	0,48 (0,14 - 1,67)	0,250		
≥ 3	169 (59,72)	0,51 (0,16 - 1,63)	0,255		

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança; análise ajustada* por variáveis com p-valor menores que 0,25: idade materna, trabalho materno e posse de itens de utilidade doméstica.

Tabela 3 – Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e não oferta de leite materno no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009 (Continua)

Características da População	N (%)	Análises Brutas		Análises Ajustadas*	
		RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor
Apoio social					
Satisfatório	164 (57,95)	1			
Insatisfatório	119 (42,05)	1,07 (0,67 – 1,72)	0,776	-	-
Transtornos mentais comuns					
Não	196 (57,14)	1			
Sim	147 (42,86)	1,09 (0,71 – 1,68)	0,685	-	-
Mau uso de álcool Mãe					
Não	309 (89,57)	1			
Sim	36 (10,43)	1,05 (0,53 – 2,10)	0,885	-	-
Mau uso de álcool					
Companheiro					
Não	277 (82,44)	1		-	-
Sim	59 (17,56)	0,81 (0,46 – 1,42)	0,461		
Disciplina Não-Violenta					
Não	10 (2,87)	1		1	
Sim	338 (97,13)	1,30 (0,36 – 4,69)	0,688	1,47 (0,40 – 5,40)	0,566
Agressão Psicológica					
Não	127 (36,49)	1		1	
Sim	221 (63,51)	1,40 (0,90 – 2,18)	0,132	1,37 (0,87 – 2,17)	0,172
Punição Corporal					
Não	149 (42,82)	1		1	
Sim	199 (57,18)	1,68 (1,09 – 2,59)	0,018	1,69 (1,08 – 2,63)	0,021
Maus-Tratos Físicos Globais					
Não	283 (81,32)	1		1	
Sim	65 (18,68)	1,98 (1,14 – 3,43)	0,015	2,05 (1,17 – 3,60)	0,013
Maus-Tratos Físicos Menores					
Não	340 (97,70)	1		1	
Sim	8 (2,30)	3,58 (0,71 – 17,99)	0,122	3,48 (0,68 – 17,81)	0,134
Maus-Tratos Físicos Graves					
Não	287 (82,47)	1		1	
Sim	61 (17,53)	1,87 (1,06 – 3,27)	0,029	1,92 (1,08 – 3,41)	0,026

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança; análise ajustada* por variáveis com p-valor menores que 0,25: idade materna, trabalho materno e posse de itens de utilidade doméstica.

Tabela 3 – Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e não oferta de leite materno no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009 (Conclusão)

Características da População	N (%)	Análises Brutas		Análises Ajustadas*	
		RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor
Agressão Física contra a criança					
Nenhuma	144 (41,38)	1		1	
Só Punição					
Corporal ou só MTF Globais	144 (41,38)	1,53 (0,96– 2,45)	0,075	1,54 (0,95– 2,50)	0,080
Ambos	60 (17,24)	2,43 (1,31– 4,50)	0,005	2,47 (1,31– 4,65)	0,005

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança; análise ajustada* por variáveis com p-valor menores que 0,25: idade materna, trabalho materno e posse de itens de utilidade doméstica.

Em relação a oferta de diversidade dietética mínima, a tabela 4 apresenta os resultados das análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e oferta de diversidade dietética mínima.

Nesta tabela, é possível observar nas análises brutas e nas análises ajustadas pela posse de itens de utilidade doméstica, mau uso de álcool pela mãe e pelo companheiro (variáveis com p-valor menores que 0,25), que não houve associação entre VCC e diversidade dietética mínima.

Tabela 4 – Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e não oferta de diversidade dietética mínima no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009 (Continua)

Características da População	N (%)	Análises Brutas		Análises Ajustadas*	
		RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor
Sexo da criança					
Masculino	187 (53,74)	1			
Feminino	161 (46,26)	0,93 (0,56 – 1,55)	0,780	-	-
Idade materna					
< 20 anos	57 (16,47)	1,01 (0,50 - 2,04)	0,989		
20 – 34 Anos	248 (71,68)	1		-	-
≥ 35 anos	41 (11,85)	1,38 (0,65 – 2,94)	0,401		
Trabalho materno					
Não	228 (66,09)	1			
Sim	117 (33,91)	1,21 (0,70 – 2,10)	0,502	-	-
Posse de itens de utilidade doméstica					
> 10	230 (66,86)	1			
≤ 10	114 (33,14)	1,55 (0,91 – 2,65)	0,105	-	-

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança; análise ajustada* por variáveis com p-valor menores que 0,25: posse de itens de utilidade doméstica, mau uso de álcool pela mãe e pelo companheiro.

Tabela 4 – Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e não oferta de diversidade dietética mínima no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009 (Continua)

Características da População	N (%)	Análises Brutas		Análises Ajustadas*	
		RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor
Rede social (parentes e/ou amigos)					
0	13 (4,59)	1			
1	46 (16,25)	1,2 (0,32 - 4,51)	0,787		
2	55 (19,43)	0,50 (0,13 - 1,95)	0,319	-	-
≥ 3	169 (59,72)	0,55 (0,16 - 1,88)	0,338		
Apoio social					
Satisfatório	164 (57,95)	1			
Insatisfatório	119 (42,05)	1,04 (0,59 – 1,84)	0,883	-	-
Transtornos mentais comuns					
Não	196 (57,14)	1			
Sim	147 (42,86)	0,91 (0,54 – 1,54)	0,732	-	-
Mau uso de álcool Mãe					
Não	309 (89,57)	1			
Sim	36 (10,43)	1,95 (0,93 – 4,12)	0,079	-	-
Mau uso de álcool Companheiro					
Não	277 (82,44)	1		-	-
Sim	59 (17,56)	1,77 (0,95 – 3,32)	0,074		
Disciplina Não-Violenta					
Não	10 (2,87)	1 (omitted)	-	1 (omitted)	-
Sim	338 (97,13)				
Agressão Psicológica					
Não	127 (36,49)	1		1	
Sim	221 (63,51)	1,03 (0,60 – 1,75)	0,920	0,91 (0,53 – 1,59)	0,746
Punição Corporal					
Não	149 (42,82)	1		1	
Sim	199 (57,18)	1,01 (0,60 – 1,69)	0,976	1,04 (0,60 – 1,78)	0,899
Maus-Tratos Físicos Globais					
Não	283 (81,32)	1		1	
Sim	65 (18,68)	0,70 (0,34 – 1,41)	0,316	0,73 (0,34 – 1,54)	0,408
Maus-Tratos Físicos Menores					
Não	340 (97,70)	1 (omitted)	-	1 (omitted)	-
Sim	8 (2,30)				
Maus-Tratos Físicos Graves					
Não	287 (82,47)	1		1	
Sim	61 (17,53)	0,77 (0,38 – 1,56)	0,463	0,78 (0,37 – 1,67)	0,527

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança; análise ajustada* por variáveis com p-valor menores que 0,25: posse de itens de utilidade doméstica, mau uso de álcool pela mãe e pelo companheiro.

Tabela 4 – Análises brutas e ajustadas da associação entre as características da população do estudo e não oferta de diversidade dietética mínima no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009 (Conclusão)

Características da População	N (%)	Análises Brutas		Análises Ajustadas*	
		RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor
Agressão Física contra a criança					
Nenhuma	144 (41,38)	1		1	
Só Punição					
Corporal ou só	144 (41,38)	1,23 (0,73– 2,20)	0,401	1,29 (0,72– 2,29)	0,388
MTF Globais					
Ambos	60 (17,24)	0,67 (0,30– 1,51)	0,336	0,70 (0,29– 1,66)	0,416

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança; análise ajustada* por variáveis com p-valor menores que 0,25: posse de itens de utilidade doméstica, mau uso de álcool pela mãe e pelo companheiro.

A tabela 5 apresenta os resultados das análises brutas e ajustadas da associação entre as estratégias de disciplina infantil e oferta simultânea de leite materno e diversidade dietética mínima. É de grande importância destacar que as estratégias de disciplina não violenta e Maus-Tratos Físicos menores, não foram avaliados nestas análises pelo fato de quase todos os pais utilizarem táticas de disciplina não-violenta para lidar com o comportamento de seus filhos (97,1%) e pelo fato dos maus tratos físicos globais serem inflados pela prática de sacudir a criança, considerada maus-tratos físicos graves em crianças menores de dois anos de idade (STRAUS et al, 1998), deste modo MTF menores representa 2,30% das estratégias.

Na tabela 5, pode-se observar que os MTF globais, na análise bruta, parecem aumentar em 3 vezes as chances de não ofertar leite materno e diversidade, sendo uma associação que possui significância estatística. No entanto, após o ajuste pelo sexo da criança, idade materna, trabalho materno, posse de itens de utilidade doméstica, apoio social, mau uso de álcool pela mãe e pelo companheiro (variáveis com p-valor menores que 0,25 na análise bivariada), a associação perdeu a significância estatística.

A partir desta tabela, é possível observar nas análises brutas, que a agressão física contra a criança, onde ocorria simultaneamente a punição corporal e atos de maus tratos físicos, parece aumentar em aproximadamente 4 vezes as chances de não ofertar leite materno e não ofertar diversidade dietética mínima. No entanto, após o ajuste pelo sexo da criança, idade materna, trabalho materno, posse de itens de utilidade doméstica, apoio social, mau uso de álcool pela mãe e pelo companheiro (variáveis com p-valor menores que 0,25), a associação perdeu sua significância estatística.

Tabela 5 – Análises brutas e ajustadas da associação entre as estratégias de disciplina infantil e leite materno e diversidade dietética mínima no décimo terceiro mês de vida. Rio de Janeiro, 2005-2009.

Estratégias de disciplina infantil	Não oferta leite materno e oferta de diversidade				Oferta de leite materno e não oferta de diversidade				Não oferta de leite materno e não oferta de diversidade			
	Análises Brutas		Análises Ajustadas*		Análises Brutas		Análises Ajustadas*		Análises Brutas		Análises Ajustadas*	
	RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor	RC (IC 95%)	p-valor
Agressão Psicológica												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	1,25 (0,48 - 3,22)	0,644	1,37 (0,45 - 4,15)	0,575	0,92 (0,44 - 1,89)	0,814	1,08 (0,46 - 2,56)	0,858	1,33 (0,63 - 2,80)	0,456	1,31 (0,54 - 3,18)	0,548
Punição Corporal												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	1,08 (0,43 - 2,70)	0,866	0,88 (0,29 - 2,64)	0,819	0,77 (0,38 - 1,57)	0,477	0,56 (0,23 - 1,34)	0,191	1,47 (0,71 - 3,07)	0,300	1,00 (0,41 - 2,46)	0,994
Maus-Tratos Físicos Globais												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	2,11 (0,56 - 7,93)	0,268	1,16 (0,21 - 6,33)	0,864	1,53 (0,49 - 4,73)	0,462	0,68 (0,17 - 2,82)	0,600	3,01 (0,99 - 9,13)	0,052	1,57 (0,39 - 6,23)	0,523
Maus-Tratos Físicos Graves												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	2,11 (0,56 - 7,93)	0,268	1,27 (0,23 - 6,96)	0,781	1,45 (0,47 - 4,49)	0,523	0,64 (0,15 - 2,66)	0,534	2,64 (0,87 - 8,06)	0,087	1,48 (0,37 - 5,94)	0,579
Só Punição Corporal ou só MTF Globais												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	0,91 (0,35 - 2,42)	0,857	0,68 (0,21 - 2,13)	0,505	0,59 (0,28 - 1,25)	0,168	0,49 (0,20 - 1,20)	0,119	1,05 (0,49 - 2,28)	0,895	0,78 (0,31 - 1,98)	0,596
Ambos												
Não	1		1		1		1		1		1	
Sim	2,29 (0,48 - 10,88)	0,299	1,43 (0,20 - 10,41)	0,724	1,53 (0,41 - 5,77)	0,527	0,64 (0,12 - 3,60)	0,617	3,90 (1,04 - 14,61)	0,043	1,92 (0,36 - 10,43)	0,448

Legenda: RC = Razão de Chances; IC = Intervalo de Confiança; consumiu leite materno e diversidade dietética mínima como categoria de referência. Análise ajustada* por variáveis com p-valor menores que 0,25: sexo da criança, idade materna, trabalho materno, posse de itens de utilidade doméstica, apoio social, mau uso de álcool pela mãe e pelo companheiro.

6 DISCUSSÃO

Historicamente, estudos que investigam maus tratos contra crianças encontram que o ambiente doméstico é o principal local para a ocorrência de violência e “Pai/Mãe” como o tipo de agressor mais frequente (MASCARENHAS et al, 2010; APOSTÓLICO et al, 2012; ASSIS et al, 2012; RATES et al, 2015; MALTA et al, 2017; FERREIRA; CÔRTEZ; GONTIJO, 2019; OLIVEIRA, 2020). Segundo Malta e colaboradores (2017) a “Negligência/Abandono” foi classificada como o tipo de violência mais cometida contra às crianças na faixa etária de 2 a 5 anos.

A faixa etária analisada nesta dissertação, ainda é pouco estudada pela literatura, porém existem estudos que afirmam que as crianças que possuem até 5 anos de idade são as mais acometidas pelos maus tratos de seus cuidadores. Muitas são as dificuldades encontradas em tentativas de se elaborar estratégias de prevenção no contexto familiar, porque os autores de maus-tratos também são a fonte de educação para as crianças (WHO, 2006), o que ressalta a importância desta dissertação e a necessidade de atenção e cuidados com estas crianças e famílias.

A violência cometida, dentro da família, por adultos contra as crianças, em especial as crianças menores de 5 anos, é uma das formas menos visíveis de maus-tratos infantis, porém este tipo de violência é muito prevalente em todas as sociedades. Estudos evidenciam que os cuidadores justificam os maus-tratos infantis contra suas crianças, devido a falta de controle e desobediências dos menores, mostrando que a violência muitas vezes é utilizada como forma de disciplina infantil (MARIÑO, 2009; BOLIVAR; RUIZ; SOLARTE, 2019).

Em relação as prevalências de VCC neste estudo verificou-se que, 63,5% dos cuidadores agrediam psicologicamente suas crianças, 57,2% puniam corporalmente, 18,7% cometiam maus-tratos físicos globais e 17,2% cometiam ambas formas de agressão física. Esses achados apontam para importância do problema nos nossos serviços de atenção básica de saúde. Ainda que comparações com resultados de outras pesquisas no Rio de Janeiro e no Brasil (ROCHA; MORAES, 2011; FERREIRA, et al, 2019) não sejam recomendadas dado as diferentes populações, faixa etárias distintas e as diversas estratégias e instrumentos utilizados, outros estudos também mostram que o problema é importante no mundo e também no Brasil.

Segundo a WHO (2017), com base em dados de 30 países, quase metade das crianças de 12 a 23 meses são submetidos a punição corporal em casa. Uma outra investigação junto ao Programa Saúde da Família no município de Niterói, composta por 278 crianças, identificou

que a violência psicológica ocorria em 96,7% dos domicílios, 93,8% das crianças estudadas recebiam punições corporais, 51,4% eram vítimas de maus-tratos físicos, sendo em 19,8% dos casos, considerados maus-tratos graves (ROCHA; MORAES, 2011). Acrescenta-se que o estudo *Know Violence in Childhood* (2017), observou que 7 em cada 10 crianças (67%) da América do Sul e do Caribe, com idades entre 1 e 14 anos, já sofreram punições corporais. E no Brasil, 68% das crianças brasileiras com até 14 anos – o equivalente a 30,3 milhões de crianças – já sofreram violência corporal em casa. Em um estudo de coorte retrospectiva de Ferreira e colaboradores (2019) com 179 crianças vítimas de violência, 30,3% eram vítimas de violência física, e 2,2% psicológica.

Considerando que a literatura e o presente estudo apontam para importantes prevalências de VCC no mundo e no Brasil, é preciso chamar atenção para possíveis estratégias para enfrentamento do problema, no Brasil é possível identificar que iniciativas foram implementadas para promoção e prevenção da violência, como a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com a finalidade de garantir uma infância e juventude protegidas e construir métodos que propiciem a cultura da paz e a disciplina não violenta, porém é necessário que sejam realizados mais esforços nesta direção (ECA; BRASIL, 1990).

No que tange a oferta de alimentos para as crianças deste estudo, observa-se que 46,3% das crianças no 13º mês de vida não consumiam leite materno e 78,5% não recebiam diversidade dietética mínima de alimentos nas vinte quatro horas anteriores à entrevista. Analisando a diversidade alimentar das crianças, na qual, além do leite materno a criança deve receber refeições de sal para suprir suas necessidades energéticas e de nutrientes, verificou-se que apenas 11,2% das crianças seguiam a recomendação dos órgãos responsáveis de que as crianças do sexto mês até o segundo ano de vida, ou seja, incluindo esta faixa etária do estudo, aos 13 meses, devam receber o leite materno e comida da família, incluindo todos os grupos alimentares (WHO 2002; WHO, 2003b; BRASIL, 2019).

Mesmo com todos os incentivos e campanhas para a promoção do aleitamento materno e práticas de alimentação complementar (WHO, 2003b; BRASIL, 2019) os resultados deste estudo indicam altas prevalências de práticas inadequadas de alimentação das crianças participantes. Vale lembrar, que este estudo foi realizado a partir de dados de uma coorte realizada entre 2005 e 2009, deste modo esperava-se que, ao passar dos anos, este cenário de práticas alimentares apresentasse melhorias significativas com o avanço das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação das crianças. Porém, estudos mais recentes (ressaltando que população e instrumentos de mensuração são diferentes), como o estudo de 2016, no Rio Grande do Sul, 46% das crianças (na faixa etária de 1 a 3 anos) não

recebiam uma diversidade alimentar mínima, o que indica que o cenário permanece diferente do esperado (NEVES; MADRUGA, 2019). Atualmente, no contexto da pandemia mundial de COVID-19 que estamos vivenciando, as práticas alimentares provavelmente se revelam ainda piores (FORE, 2020).

Deste modo, deve-se continuar desenvolvendo iniciativas para qualificar as ações de promoção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar, por meio do aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde que atuam na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (MARTINELLI et al, 2014; CARVALHO et al, 2016).

Segundo estudos, a amamentação e o comportamento dos pais e cuidadores nos primeiros anos da infância de suas crianças desempenham papéis significativos no estabelecimento da alimentação ao longo prazo, as crianças que são amamentadas possuem um impacto positivo no comportamento alimentar posterior (MENNELLA; BEAUCHAMP, 1998; MENNELLA; GRIFFIN; BEAUCHAMP, 2004; BIRCH; SAVAGE; VENTURA, 2007; HUGHES, et al, 2017).

O ambiente em que a criança se insere, o cuidado e a interação de mães e/ou cuidadores com as crianças são tão importantes quanto a alimentação em si. Estudos apontam que o desenvolvimento cerebral do ser humano é influenciado pela qualidade do ambiente onde a criança vive e pelas relações cuidador-criança estabelecidas na primeira infância, estes quando incluem atitudes emocionalmente positivas, sensibilidade, responsividade e não uso de punições físicas, tornam-se facilitadores do desenvolvimento social e emocional, além de influenciadoras na alimentação das criança e do futuro adulto (WHO,2002; ZAMBERLAN, 2002 IRWIN; SIDDIQI; HERTZMAN, 2007; WALKER, 2011; HUGHES, et al, 2017).

Nessa perspectiva era esperado encontrar no presente estudo uma relação entre VCC e diversidade dietética mínima. No entanto, o que os achados evidenciaram foi que VCC se apresenta somente associada a não oferta de leite materno. Ainda que esses resultados sejam inéditos - até o presente momento não se identificou estudos acerca desta tema - evidências de investigações correlatas mostram que a violência doméstica contra a criança tem impacto na má nutrição na infância - o excesso de peso e desnutrição (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006; RAHMAN et al., 2012; SALAZAR et al, 2012; WIDOM et al, 2012; MONNAT; CHANDLER, 2015; CHAI et al., 2016; NEAMAH et al, 2018; VIANNA, 2018).

Adicionalmente, recente revisão sistemática da literatura afirma que há evidência que a violência entre parceiros íntimos seja um fator associado/risco para interrupção precoce de aleitamento materno exclusivo (MEZZAVILLA et al., 2018). Nesse sentido, parece possível

conjecturar que os resultados dessa dissertação descortinam um novo caminho de pesquisa a ser trilhado em busca da compreensão das conexões possíveis entre as violências na família, especialmente contra criança, e alimentação e nutrição na infância. Merece comentar que Hughes e colaboradores (2017) abordaram a exposição às experiências adversas na infância, incluindo a violência, como potencial fator de impacto para a alimentação e o estado nutricional das crianças.

Uma hipótese que pode ser plausível no sentido de compreender a relação da ocorrência pesquisada, é sobre a violência familiar diminuir a disponibilidade dos responsáveis para cuidarem das crianças, isto engloba também o aleitamento materno e o cuidado com a alimentação destas crianças, principalmente nos primeiros anos de vida. O estudo de Moraes e colaboradores (2011) encontrou que a violência física grave entre parceiros íntimos durante a gravidez pode ser um importante fator de risco na cessação precoce do aleitamento materno exclusivo. Um ambiente violento propicia mais estresse para adultos e crianças, as quais quanto menor a idade, mais dependente são dos cuidados dos responsáveis (NUNES; SALES, 2014; BICK, et al, 2015).

O reconhecimento da relação entre VCC e a oferta do leite materno no décimo mês de vida, a partir dos resultados aqui demonstrados, é um passo de grande importância para a definição do contexto para compreensão desta relação, o aconselhamento e a intervenção.

Evidencia-se que este estudo possui limitações, sendo uma delas, referente à aferição dos desfechos, os quais foram mensurados utilizando o recordatório de 24 horas, o qual se refere ao dia anterior, conseguindo identificar apenas o consumo atual, e não captando um consumo habitual. Este instrumento também possui possibilidades reduzidas de identificar a ingestão de todos alimentos que o indivíduo faz, devido ao fato de apresentar alimentos pré-definidos e opções de respostas fechadas. Também não é possível obter informações sobre número e frequência das refeições, todos os grupos alimentares e questões relacionadas à segurança alimentar. Dessa forma, conjectura-se que o consumo de alimentos e de leite materno pode ser maior ou menor do que foi encontrado neste estudo nas crianças expostas à VCC em relação às não expostas (BARR; MURPHY; POOS, 2002; BERTIN, et al, 2006; CAVALCANTE, et al, 2006; ANJOS; SOUZA; ROSSATO, 2009; BUENO; CZEPIELEWSKI, 2010; BARBOSA, et al, 2012; SILVA, et al, 2012; CARVALHO, et al, 2016).

No entanto, a utilização do recordatório de 24 horas possui pontos positivos, pois a pouca variedade na alimentação das crianças nos primeiros anos de vida torna este instrumento bom para avaliar o consumo desta faixa etária, além disto, com a utilização de dados atuais acerca da alimentação infantil minimiza possíveis erros relacionados à memória do informante,

neste caso, responsável ou/e cuidador (BUZZARD, 1998; CARVALHAES, 1998). Vale ressaltar que o recordatório era aplicado em entrevistas, realizadas em dias de vacinação ou em consultas de pericultura, o que pode indicar que estas crianças provavelmente não estavam doentes, o que poderia ter modificado o padrão alimentar da criança para um não habitual.

Além disto, é preciso chamar atenção à outra limitação, referente ao desenho do estudo transversal, que impossibilita a confirmação de uma relação de causa e efeito entre os eventos investigados, porém é importante ressaltar os achados originais do presente estudo, mesmo que de forma inicial, investigando as crianças no décimo terceiro mês de vida, já há um indício de uma relação entre a violência contra a criança e as práticas alimentares inadequadas, principalmente em relação ao consumo de leite materno, trazendo contribuições importantes no sentido de uma maior atenção à saúde e à alimentação das crianças, incorporando aspectos do ambiente doméstico – especificamente a VCC – como mais uma questão a ser considerada para o alcance de um estado nutricional saudável.

É de suma relevância mencionar que a identificação da violência contra a criança e sua relação com as práticas alimentares, crescimento e desenvolvimento infantil é de grande importância para o planejamento de intervenções de maior efetividade.

Por fim, o presente trabalho serve como base para a realização de outros estudos que também possam auxiliar na compreensão acerca da violência contra a criança e os contextos que mediam as práticas de alimentação nos primeiros anos de vida e outros desfechos potencialmente danosos para o desenvolvimento infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como é possível observar, o impacto da violência no ambiente doméstico – em especial a estudada nesta dissertação, a violência contra a criança – pode se deslocar por diversos caminhos e pode representar consequências a curto e longo prazo para a vida das crianças envolvidas.

Esta dissertação contribui para o conhecimento sobre a relação da violência contra a criança e a alimentação nos primeiros anos de vida, mostrando que a violência apresenta associação com as práticas alimentares já no início da vida, sendo mais um aspecto a ser considerado no processo de determinação da interrupção da oferta de leite materno.

Apesar das melhorias na saúde, nutrição e educação nas últimas décadas, quando levamos em consideração o contexto que vivemos em nosso país, as crianças enfrentam um futuro incerto, devido a existência de desigualdades sociais cada vez maiores e ao fato de muitos políticos não priorizarem o investimento em crianças, nem as enxergarem como a base para melhorias sociais mais amplas. Atualmente muitas crianças brasileiras crescem marcadas pela violência e insegurança, excluídas de receber o básico: saúde, alimentação e educação (NUNES; SALES, 2016; BOLIVAR; RUIZ; SOLARTE, 2019; UNICEF, 2019).

É importante ressaltar que investimentos em saúde, educação e desenvolvimento têm benefícios a curto e longo prazo para a vida do indivíduo, para o futuro das crianças e da sociedade. A saúde e nutrição desde o pré-natal e nos primeiros anos de vida da criança são bases para uma vida saudável (CLARK et al., 2020).

Deve-se destacar que, além da existência da relação entre violência e práticas alimentares nos primeiros anos de vida, como descrito neste trabalho, a violência é um dos principais problemas de saúde pública em diversos países do mundo, que afeta diversos grupos, como crianças, adolescentes e mulheres, tendo inúmeras consequências.

Esta dissertação aponta para um grande problema, pouco visível em nossa sociedade, as situações de violências e suas consequências. Deste modo, destaca-se a necessidade de desmistificar e desnaturalizar os conceitos de disciplina, punição e violência em suas mais diversas manifestações e a importância da sensibilização das equipes que lidam com esta temática, como por exemplo os profissionais que atuam em hospitais, para que todos estejam capacitados para identificar sinais de alerta e conhecer os caminhos possíveis para as notificações.

É importante ressaltar o momento atual que estamos vivenciando, de pandemia do coronavírus, denominado SARS-CoV-2 (COVID-19) no mundo e no Brasil, a qual possui o distanciamento social como uma das medidas recomendadas para o combate à doença. Neste cenário, é de grande preocupação as relações interpessoais entre parceiros íntimos, pais e filhos

e famílias em geral, devido ao aumento do risco de violência doméstica, podendo ser ocasionado por diversos fatores, como redução da vida social da família, demanda maior de cuidados com as crianças dentro do domicílio, sobrecarga de trabalho dos pais, situações socioeconômicas vulneráveis, e irritabilidade e desobediências das crianças. Deste modo, reforça-se o enfrentamento da VCC nesta ocasião, e posteriormente, pois o ambiente familiar conflituoso, incluindo a VCC e a violência entre parceiros íntimos, impacta na oferta de aleitamento materno e práticas de alimentação adequadas e saudáveis (MARQUES et al., 2020).

Vale pensar também, que é de grande importância estabelecer vínculos entre os serviços de saúde e a população para a identificação de casos de violência e apoio para o enfrentamento da situação, favorecendo assim uma cultura de paz. Quando se cria este vínculo, consegue-se assim abordar diferentes assuntos, tanto sobre violência, táticas de resolução de problemas não-violentas, quanto sobre a promoção de alimentação saudável, proporcionar informações sobre gestação, aleitamento materno e cuidados com bebês e crianças.

Por fim, mesmo que as evidências que aqui foram expostas não esgotem o tema abordado, espera-se que esta dissertação dê mais visibilidade ao problema e que auxilie na compreensão acerca da relação da violência contra a criança e as práticas alimentares nos primeiros anos de vida. Tendo nesta dissertação uma colaboração para futuras explorações e intervenções eficientes.

REFERÊNCIAS

ABOUD, F.E.; SHAFIQUE, S.; AKHTER S. A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. **The Journal of Nutrition**, v.139, p.1738-1743, 2009.

ADAI, L.S. How could complementary feeding patterns affect the susceptibility to NCD later in life. **Nutrition, Metabolism e Cardiovascular Diseases**, v.22, n.10, p.765-769, 2012.

AGUIRRE, A.N.C. et al. Constipação em lactentes: influência do tipo de aleitamento e da ingestão de fibra alimentar. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 3, p. 202-208, 2002.

AIRMOND, M.; RUEL, M. T. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 Demographic and Health Surveys. **The Journal of Nutrition**, v. 134, n. 10, p. 2579-2585, 2004.

ALLEO, L. G.; SOUZA, S. B.; SZARFARC, S.C. Feeding practices in the first year of life. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 24, n. 2, p.195-200, 2014.

ALMEIDA, J. A. G.; Amamentação: um híbridonatureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80,n. 5, p. 119-125, 2004.

ANDA, R. F. et al. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 39, n. 1, p. 93-98, 2010.

ANDERSEN, C. et al. Advancing early childhood development: from science to scale. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 70-90, 2016.

ANJOS, L. A.; SOUZA, D. R.; ROSSATO, S. L. Desafios na medição quantitativa da ingestão alimentar em estudos populacionais. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2009.

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciências&SaúdeColetiva**, v.13, n. 1, p. 103-110, 2008.

APOSTÓLICO, M.R. et al. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.2, 2012.

ASSIS, S.G. et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, 2012.

BAEK, Y.J.; PAIK, H.J.; SHIM, J.E. Association between family structure and food group intake in children. **Nutrition Research and Practice**, v.8, n.4, p. 463-468, 2014.

BAIR-MERRITT, M. H. et al. Impact of intimate partner violence on children's well-childcare and medical home. **Pediatrics**, v. 121, n. 3, p. 473 - 480, 2008.

BALABAN, G.; SILVA, G.A.P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a obesidade infantil. **The Journal of Pediatrics**, v. 80, n. 1, p. 7-16, 2004.

BARALDI, N.G. **A vivência do aleitamento materno em um contexto de situação de violência por parceiro íntimo e a rede de suporte social**. 2017. 196f. (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo, 2017.

BARBOSA, L. et al. Como medir a ingestão alimentar? **Revista Eletrônica Univar**, v. 1, n. 8, p. 33-39, 2012.

BARR, S. I.; MURPHY, S. P.; POOS, M. I. Interpreting and Using the Dietary References Intakes in Dietary Assessment of Individuals and Groups. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 102, n. 6, p. 780-788, 2002.

BELL, L. K. et al. Dietary patterns of Australian children aged 14 and 24 months, and associations with socio-demographic factors and adiposity. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, n.6, p. 638-645, 2013.

BENTLEY, M. E.; WASSER, H.M.; CREED-KANASHIRO, H.M.; Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries. **The Journal of Nutrition**, v. 141, n. 3, p. 502-507, 2011.

BENVINDO, V. V. et al. Indicadores de saúde e nutrição de crianças menores de dois anos de idade: uma realidade para a implantação da estratégia amamenta e alimenta brasil na atenção básica de governador Valadares-MG. **Demetra**, v.14, 2019.

BERTIN, R. L. et al. Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n.4, p. 383-390, 2006.

BETOKO, A. et al. Infant feeding patterns over the first year of life: influence of family characteristics. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, n.6, p. 631-637, 2013.

BHUTTA, Z.A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **Lancet**, v. 371, n. 9610, p. 417-440, 2008.

BICK, J. et al. Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter development: a randomized clinical trial. **JAMA Pediatrics**, v.169, n. 3, p. 211-219, 2015.

BIRCH, L.L. Psychological influences on the childhood diet. **The Journal of Nutrition**, v.128, n.2, p. 407-410, 1998.

_____. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **Lancet**, v. 382, n. 9890, p. 427-451, 2013.

_____. Learning to Eat: Behavioral and Psychological Aspects. Fewtrell MS, Haschke F, Prescott SL (eds): Preventive Aspects of Early Nutrition. **Nestlé Nutrition Institute Workshop London**, v. 85, p. 125–134, 2016.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 5-22, 2008.

BOLIVAR, S. M. Z.; RUIZ, J. A. H.; SOLARTE, J. C. M. Correlation Among Knowledge, Motivations, and Skills Related to Child Abuse and Socio-demographic Factors in Cali, Colombia. **Revista Colombiana de Psiquiatria**, v. 48, n. 3, 2019.

BORTOLINI, G. A.; GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 59 meses. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1759 - 1771, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563. Retificada em 27 set. 1990. Seção 1, p. 18551.

_____. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei no 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário do Senado Federal**, Brasília, DF, 14 set. 2004. p. 29238.

_____. Lei nº 12.318, de 26 de agosto de 2010. Dispõe sobre a alienação parental e altera o art. 236 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2010. Seção 1, p. 3. Retificada em 31 ago. 2010c. Seção 1, p. 5.

_____. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de ser educado e cuidado sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2014. Seção 1, p. 2. Retificado em 4 jul. 2014. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS); Organização Pan-Americana de Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 2. ed.

_____. Ministério da Saúde (MS). **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Brasília**: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Sistema de Informação Para Infância e Adolescência SIPIA Conselho Tutelar Brasília**: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos., 2019. 2. ed.

_____. **Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes**: Ministério da Saúde; 2002.

_____. ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno Do Tutor / Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar – IBFAN Brasil. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019, 270 p.

_____. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 104 p.

_____. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional–SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

_____. **Saúde da criança:** nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno de atenção básica, n. 23. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 2ed. 184p.

_____. **Violência faz mal à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.

BROILO, M.C. et al. Maternal perception and attitudes regarding healthcare professionals' guidelines on feeding practices in the child's first year of life. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n.5, p. 485-491, 2013.

BRUNKEN, G. S. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, v. 82, n. 6, 2006.

BUENO, A. L.; CZEPIELEWSKI, M. A. O recordatório de 24 horas como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 1, 2010.

BUTCHART, A. et al. (Eds.) Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2006. 102 p.

BUZZARD, M. **24-hours dietary recall and food record methods.** In: Nutritional Epidemiology. Willett, W.C. 2nd.ed. Oxford: Oxford University Press; 1998. p.50-73.

CAETANO, M. C. et al. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. **The Journal of Pediatrics**, v. 86, n. 3, p. 196-201, 2010.

CAMPAGNOLO, P. D. B. et al. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista de Nutrição**, v. 25, n.4, 2012.

CAPRIGLIONE, M. J.; MONTEIRO, M. G.; MASUR, J. Aplicação do questionário CAGE para detecção da síndrome de dependência do álcool em 700 adultos na cidade de São Paulo. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 7, [s.n.], p. 50-53, 1985.

CARVALHAES, M.A.B.L. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno em área urbana do Sudeste do Brasil: utilização de metodologia simplificada. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 430-436, 1998.

CARVALHO, C. A. et al. Metodologias de identificação de padrões alimentares a posteriori em crianças brasileiras: revisão sistemática. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 21, n. 1, p. 143-154, 2016.

CARVALHO, R.A.S. et al. Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n.2, 2016.

CAVALCANTE, A. A. M. et al. Consumo alimentar e estado nutricional de crianças atendidas em serviços públicos de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 3, 2006. doi.org/10.1590/S1415-52732006000300003. Disponível: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300003>, acessado em 18 de junho de 2020.

CHAI, J. et al. Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, [s.n.], p. 331-339, 2016.

CHAIDEZ, V.; TOWNSEND, M.; KAISER, L.L. Toddler-feeding practices among Mexican American mothers. A qualitative study. **Appetite**, v.56, n. 3, p. 629-632, 2011.

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

CLARK, H. et al. A Future For The World's Children? A Who–Unicef–Lancet Commission. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 605-658, 2020.

COELHO, L. C. et al. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional/SISVAN: conhecendo as práticas alimentares de crianças menores de 24 meses. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 727-738, 2015.

CORDERO, M. J. A. et al. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: revisión sistemática. **Nutricion Hospitalaria**, v, 31, n. 2, p. 606-620, 2015.

CORRÊA, E. N. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 3, p. 258-264, 2009.

CROOKSTON B. T. Increased maternal education and knowledge of nutrition and reductions in poverty are associated with dietary diversity and meal frequency in an observational study of Indonesian children. **International Journal of Child Health and Nutrition**, v.7, n. 4, p.132-138, 2018.

CUELLAR, J.; JONES, D. J.; STERRETT, E. Examining parenting in the neighborhood context: a review. **Journal of Child and Family Studies**, v. 24, n.1, p. 195-219, 2015.

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

DALLAZEN, C. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados em crianças de baixo nível socioeconômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n.2, 2018.

DANESE, A.; MCEWEN, B.S. Adverse childhood experiences, allostasis, load, and age-related disease. **Physiology & Behavior**, v. 106, n. 1, p. 29-39, 2012.

DEAN, A. et al. Epiinfo: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Version 6.04. Atlanta: Centers for Disease Control, 1994.

DEVRIES, K. et al. Violence against children in Latin America and the Caribbean: What do available data reveal about prevalence and perpetrators. **Revista Panam Salud Publica**, v. 43, 2019.

DEWEY, K.G.; ADU-AFARWUAH S. Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. **Maternal and Child Nutrition**, v. 4, n. 1, p.24-85, 2008.

DODGE, K. A. et al. Hostile attributional bias and aggressive behavior in global context. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 112, n. 30, 2015.

EARCE, J.; TAYLOR, M. A.; LANGLEY-EVANS, S. C. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. **International Journal of Obesity**, v. 37, n. 10, p. 1295-1306, 2013.

EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. **EFSA Journal**, v. 7, n. 12, p. 1423-1461, 2009.

EHLERT, U. Enduring psychobiological effects of childhood adversity. **Psychoneuroendocrinology**, v. 38, n. 9, p. 1850-1857, 2013.

FAITH, M. S.; KERNS. J. Infant and child feeding practices and childhood overweight: the role of restriction. **Maternal & Child Nutrition**, v.1, n. 3, p. 164-168, 2005.

FARIAS, J. G.; OSORIO, M. M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 6, p. 793-802, 2005.

FAYET-MOORE, F. et al. Impact of breakfast skipping and breakfast choice on the nutrient intake and body mass index of Australian children. **Nutrients**, v. 8, n. 8, p.487, 2016.

FERREIRA, C. L. S; CÔRTEZ, M. C. J. W.; GONTIJO, E.D. Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, 2019.

FORE, H. H. A wake-up call: COVID-19 and its impact on children's health and wellbeing. **Lancet**, [online], v. 8, n.7, p. e861-e862, 2020. Doi: 10.1016/S2214-109X (20)30238-2. Disponível: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7217644/>>, acessado em: 30 de junho de 2020.

FREITAS, L.G. et al. Consumo alimentar de crianças com um ano de vida num serviço de atenção primária em saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2016.

GAGE, A. J.; SILVESTRE, E. A. Maternal violence, victimization, and child physical punishment in Peru. **Child Abuse & Neglect**, v.34, n. 34, p. 523-533, 2010.

GERARDS, S. M.; KREMERS, S.P. The role of food parenting skills and the home food environment in children's weight gain and obesity. **Current Obesity Reports**, v.4, n.1, p.30-36, 2015.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Journal of Pediatrics**, v. 76, n. 3, p. 253-262, 2000.

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

GRUBE, M. M. et al. Does breastfeeding help to reduce the risk of childhood overweight and obesity? A propensity score analysis of data from the KiGGS. **Plos One**, v. 10, n. 3, 2015.

GUILHERME, J. P.; NASCIMENTO, M. B. R. O leite humano – Anatomia e fisiologia da lactação. In: Santiago L. B. (Org.). Manual de Aleitamento Materno. **Barueri: Manole**; 2013. p. 1-19.

HAIRE-JOSHU, D. et al. High 5 for Kids: the impact of a home visiting program on fruit and vegetable intake of parents and their preschool children. **Preventive medicine**, v. 47, n. 1, p. 77-82, 2008.

HASSAN, B. K.; WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H. Saúde mental materna e estado nutricional de crianças aos seis meses de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 7, 2016.

HASSELMANN, M. H. **O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil**: um estudo de coorte (Projeto de pesquisa). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição, Rio de Janeiro, 2005.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. **Pediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 20, [s.n.], p. 299-311, 2006.

HELTON, J. J. et al. Household food insecurity and parent-to-child aggression. **Child Maltreatment**, v.23, n.2, p. 213-221, 2019.

HILLIS, S. et al. GLOBAL prevalence of pastyear violence against children: A systematic review and minimum estimates. **Pediatrics**, v. 137, n. 3, 2016.

HOLT, S.; BUCKLEY, T.; WHELAN, S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. **Child Abuse & Neglect**, v. 32, n. 8, p. 797-810, 2008.

HORTA, B.L.; MOLA, C.L.; VICTORA, C.G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v.104, n. 467, p. 30-37, 2015.

HURLEY, K. M. et al. Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to non-responsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. **The Journal of Nutrition**, v. 1, n. 2, p.799-805,2008.

KABIR, I. et al. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in infant and young children in Bangladesh: secondary data analysis of Demographic Health Survey 2007. **Maternal & Child Nutrition**, v. 8, n. 1, p. 11-27, 2012.

KHANDPUR, N. et al. Fathers' child feeding practices: a review of the evidence. **Appetite**, v.78, [s.n.], p. 110-121, 2014.

KIEFTE-DE JONG, J. C. et al. Socio-demographic and lifestyle determinants of 'Western-like' and 'Health conscious' dietary patterns in toddlers. **British Journal of Nutrition**, v. 109, n. 1, p. 137-147, 2013.

KNOW VIOLENCE IN CHILDHOOD. **Ending Violence in Childhood**. Global Report:

New Delhi, India, 2017, 172p.

KRAMER, M.S.; KAKUMA, R. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: systematic review**. Geneva: WHO; 2002.

KRUG, E.G.etal. (Eds.) Violence by intimate partners. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, p. 87-121, 2002.

JOSHI, N. et al. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in young children in Nepal: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2006. **Maternal & Child Nutrition**, v. 8, n. 1, p. 45-59, 2012.

LAMBERTI, L. M. et al. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. **BMC Public Health**, v. 11, Suppl 3: S15, 2011.

LAMBERTI, L. M. et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 13, Suppl 3: S18, 2016.

LANSFORD, J. E. et al. Attitudes justifying domestic violence predict endorsement of corporal punishment and physical and psychological aggression towards children: a study in 25 low- and middle-income countries. **The Journal of Pediatrics**, v. 164, n.5, 2014.

LEEB, T.R.; LEWIS, T.; ZOLOTOR, A. J. A review of physical and mental health consequences of child abuse and neglect and implications for practice. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 5, n. 5, p. 454-468, 2011.

LIM, G. H. et al. Dietary pattern trajectories from 6 to 12 months of age in a multi-ethnic Asian cohort. **Nutrients**, v. 8, n. 6, 2016.

LINDSAY, A.C. et al. Influence of social context on eating, physical activity, and sedentary behaviors of Latina mothers and their preschool-age children. **Health Education & Behavior**, v. 36, n. 1 p. 81-96, 2009.

LIORET, S. et al. Dietary patterns track from infancy to preschool age: cross-sectional and longitudinal perspectives. **The Journal of Nutrition**, v.145, n. 4, p. 775-782, 2015.

LIORET, S. et al. Dietary patterns track from infancy to preschool age: cross-sectional and longitudinal perspectives. **The Journal of Nutrition**, v. 145, n. 4, p. 775-782, 2015.

LOPES, W. C. et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 2, p. 164-170, 2018.

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

MADRUGA, S. W. et al. Manutenção dos padrões alimentares da infância à adolescência. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 376-386, 2012.

MALTA, D.C. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.22, n.9, 2017.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. **Psychological medicine**, v.15, n. 3, p. 651-659, 1985.

MARIANO, L. M. B. et al. Aleitamento materno exclusivo e autoeficácia materna entre mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2016.

MARINHO, L. M. F. et al. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p.977-986,2016.

MARGOLIN, G. Children's exposure to violence: exploring developmental pathways to diverse outcomes. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 20, n. 1, p. 72-81, 2005.

MARIÑO, V. et al. Factores de riesgo asociados al maltrato infantil intrafamiliar en alumnos del Seminternado "Roberto Rodríguez Sarmiento". **Medisan**, v. 13, n. 5, 2009.

MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, [s.p.], 2020. doi: 10.1590/0102-311x00074420. Disponível: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&tlng=pt>, acessado em: 15 de junho de 2020.

MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n.2, p.56-64, 2014.

MASCARENHAS, M.D.M. et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26, n.2, 2010.

MCLEARN, M.C. et al. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**. v.160, n. 3, p. 279-284, 2006.

MELLER, F.O.; ARAÚJO, C. L. P.; MADRUGA, S.W. Fatores associados ao excesso de peso em crianças brasileiras menores de cinco anos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 943-955, 2014.

MENNELLA, J. A.; BEAUCHAMP, G.K. Early Flavor Experiences: Research Update. **Nutrition Reviews**, v. 56, n. 7, p. 205-211, 1998.

MENNELLA, J. A.; GRIFFIN, C. E.; BEAUCHAMP, G.K. Flavor programming during infancy. **Pediatrics**, v. 113, n. 4, p. 840-845, 2004.

MEZZAVILLA, R. S. Violência entre parceiros íntimos e práticas de aleitamento materno: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 3, p. 226-237, 2018.

MEZZAVILLA, R. S. **Violência física entre parceiros íntimos e práticas alimentares de lactentes**. 2015. 122 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2015.

MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência e Saúde coletiva**, v.23, n.6, 2018.

MONTE, C.M.G.; GIUGLIANI, E.R.J.; Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **Journal of Pediatrics**, v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004.

MONNAT, S.M.; CHANDLER, R.F. Long term physical health consequences of adverse childhood experiences. **The Sociological Quarterly**, v. 56, n. 4, p. 723–752, 2015.

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

MORGADO, C. M. C. **Rede e apoio social e práticas alimentares de crianças no quarto mês de vida**. 2009. 94 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2009.

NASCIMENTO, D.D.G; OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

NASCIMENTO, V.G.; DE SOUZA, J.M.P.; DE SOUZA, S.B. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p.60-69, 2009.

NEAMAH, H. H. et al. Intimate partner violence, depression, and child growth and development. **Pediatrics**, v. 142, n. 1, [s.p.], 2018.

NEVES, A. M.; MADRUGA, S. W. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, 2019. doi.org/10.5123/s1679-

49742019000100019.Disponível:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222019000100311&script=sci_arttext>, acessado em: 20 de junho de 2020.

NIERMANN, C. et al. Family Health Climate scale (FHC-scale): development and validation. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 11, n. 1, ,2014.

NÓBREGA, V.C.F. et al. As redes sociais de apoio para o Aleitamento Materno: uma pesquisa-ação. **Saúde em debate**, v.43, n. 121, 2019.

NUNES, A. J. SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n. 3, p. 871-880, 2016.

NG, C. S.; DIBLEY, M. J.; AGHO, K. E. Complementary feeding indicators and determinants of poor feeding practices in Indonesia: a secondary analysis of 2007 Demographic and Health Survey data. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 5, p. 827-839, 2012.

ODDY, W. H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, 2013.

OLIVEIRA, D. A.; CASTRO, I. R. R.; JAIME, P. C. Padrões de alimentação complementar no primeiro ano de vida no Município do Rio de Janeiro, Brasil: tendência temporal (1998-2008). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 8, 2014.

OLIVEIRA, J. A. N. et al. A influência da família na alimentação complementar: relato de experiências. **Demetra: alimentação e nutrição e saúde**, 2016.

OLIVEIRA, M. I. C.; RIGOTTI, R. R.; BUCCOLINI, C. S. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 65-72, 2017.

OLIVEIRA, N.F. et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n.1, 2020.

PINHEIRO, P.S. Violência contra crianças: informe mundial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, 2006.

PLATT, V. B. et al. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 23, n.4, 2018.

POULAIN, J. P.; PROENÇA, R. P. C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 4, p. 365-386, 2003.

RAHMAN, M. et al. Maternal exposure to intimate partner violence and the risk of undernutrition among children younger than 5 years in Bangladesh. **American Journal of Public Health**, v. 102, [s.n.], p. 1336-1345, 2012.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Development children's eating behavior. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n.3, p. 229-237, 2000.

RAZERA, J.; CENCI, C. M.; FALCKE, D. Violência doméstica e transgeracionalidade: um estudo de caso. **Revista de Psicologia da IMED**, v.6, n. 1, p. 47-51, 2014.

RATES, S.M.M. et al. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, p.3285-3296, 2011.

REICHENHEIM, M. E.; HARPHMAN, T. Perfil intracomunitário da deficiência nutricional: estudo de crianças abaixo de 5 anos numa comunidade de baixa renda do Rio de Janeiro (Brasil). **Revista de SaúdePública**, v. 24, n. 1, p. 69-79, 1990.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC), an instrument used to identify parental violence against children. **Cadernos de SaúdePública**, v. 19, n. 6, p. 1701-1712, 2003.

RINALDI, A. E. M.; CONDE, W. L. Socioeconomic inequality in dietary intake begins before 24 months in Brazilian children. **Revista de SaúdePública**, v.53, 2019.

ROBINSON, S. et al. Dietary patterns in infancy: the importance of maternal and family influences on feeding practice. **British Journal of Nutrition**, v. 98, n. 5, p. 1029-1037, 2007.

ROCHA, P.C.X.; MORAES, C.L. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.3, 2015.

SALDAN, P.; C. et al. Interação nos momentos da alimentação entre mães e crianças desnutridas menores de dois anos. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 20, n. 1, 2015.

SANTINI, P. M.; WILLIAMS, L. C. A. Parenting Programs to Prevent Corporal Punishment: a Systematic Review. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 26, n.63, 2016.

SANTOS, C. S.; LIMA, L. S.; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 4, p. 373-380, 2007.

SANTOS, I. S. et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de SaúdePública**, v. 23, [s.n.], p. 2577-2588, 2007.

SAVAGE, J.S.; FISHER, J.O.; BIRCH, L.L. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. **The Journal of Law, Medicine & Ethic**, v. 35, n. 1, p. 22-34, 2007.

SCAGLIONI S. Determinants of children's eating behavior. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 94, n. 6, p. 2006-2011, 2011.

SCAGLIONI, S. et al. Factors influencing children's eating behaviours. **Nutrients**, v. 10, n. 6, p.706, 2018.

SCHINCAGLIA, R.M, Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação Complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 465-474, 2015.

SERVIN, A. E. et al. Vulnerabilities faced by the children of sex workers in two Mexico-US border cities: a retrospective study on sexual violence, substance use and HIV risk. **AIDS Care**, v. 27, n. 1, 2014.

SENARATH, U. et al. Determinants of inappropriate complementary feeding practices in young children in Sri Lanka: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2006-2007. **Maternal & Child Nutrition**, v. 8, n. 1, p. 60-77, 2012.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Social Science & Medicine**, v. 38, [s.n.], p. 705-714, 1991.

SHERRY, B. et al. Attitudes, practices, and concerns about child feeding and child weight status among socioeconomically diverse white, Hispanic, and African American mothers. **Journal of The American Dietetic Association**, v. 104, n. 2, p. 215-221, 2004.

SHLOIM N. et al. Parenting styles, feeding styles, feeding practices, and weight status in 4-12-year-old children: a systematic review of the literature. **Frontiers in Psychology**, v.14, n. 6, p. 1849, 2015.

SILVA, C. C. S. et al. Associação entre consumo alimentar e (in)segurança alimentar e nutricional em São José dos Ramos – PB. **Brazilian Journal of Food Technology**, v. 15, [s.n.], 2012. doi.org/10.1590/S1981-67232012005000036.
Disponível: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-67232012000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>, acessado em: 18 de junho de 2020.

SILVA, G.A.; COSTA, K.A.; GIUGLIANI E. R. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de Pediatria**, v.92, v.3, p. S2-S7, 2016.

SILVA, L. M. P; VENÂNCIO, S. I.; MARCHIONI, D. M. L. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 6, 2010.

SILVERMAN, J. G. et al. Intimate partner violence around the time of pregnancy: association with breastfeeding behavior. **Journal of Women's Health**, v. 15, n. 8, p.924-940, 2006.

SLEDDENS, E. F. C. et al. General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: a review. **International Journal of Pediatric Obesity**, v. 6, n.2, p. e12–e27, 2011.

SMITHERS, L.G. et al. Associations between dietary patterns at 6 and 15 months of age and sociodemographic factors. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 66, n. 6, p. 658-666, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA; FIOCRUZ; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; FIOCRUZ; Ministério da Justiça, 2001. 44p.

TEICHER, M. H.; SAMSON, J.A. Childhood maltreatment and psychopathology: a case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. **American Journal of Psychiatry**, v.170, n. 10, p. 1114-1133, 2013.

TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G.; SILVA, L.W.S. A prática da amamentação no cotidiano familiar - um contexto intergeracional: influência das mulheres-avós. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n.3, p. 205-221, 2011.

TENNANT, D. R.; DAVIDSON, J.; DAY, A. J. Phytonutrient intakes in relation to European fruit and vegetable consumption patterns observed in different food surveys. **British Journal of Nutrition**, v. 112, n. 7, p. 1214-1225, 2014.

TORIGOE, C. Y. et al. Influence of the nutritional intervention in complementary feeding practices in infants. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 1, 2012.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. MENON, P. et al. Age-appropriate infant and young child feeding practices are associated with child nutrition in India: insights from nationally representative data. **Maternal e Child Nutrition**, v. 11, n. 1, p. 73-87, 2015.

_____. **Child disciplinary practices at home**: Evidence from a range of low- and middle-income countries. New York: UNICEF, 2010. 124 p.

_____. **Situação Mundial da Infância 2019. Crianças, alimentação e nutrição. Crescendo saudável em um mundo em transformação**. New York: UNICEF, 2019. 23 p.

_____. **Violence in the lives of children and adolescents**. New York: UNICEF, 2017. 100 p.

_____. **WORLD HEALTH ORGANIZATION. Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2018 Edition of the Joint child malnutrition estimates**. Geneva: World Health Organization; 2018, p 16.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2012. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/roteiro_uerj_web.pdf>.

VANDEWEGHE, L. et al. Perceived effective and feasible strategies to promote healthy eating in young children: focus groups with parents, family childcare providers and daycare assistants. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1045, 2016.

VIANA, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. **Análise Psicológica**, v. 20, n. 4, p. 611-624, 2002.

VIANNA, G. V. B. **Violência entre parceiros íntimos, violência contra a criança e o excesso de peso durante o primeiro ano de vida**. 2018. 113 f. Tese (Doutorado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2018.

VICTORA, C.G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **Lancet Glob Health**, v. 3, n.4, p. 199-205, 2015.

VICTORA C. G. et al. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions. **Pediatrics**, v.125, n. 3, p.473-480, 2010.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**, v. 30, n. 387, p. 475-490, 2016.

WALKER, S.P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet**, v.378, n. 9799, p.1325-1338, 2011.

WEN, X. et al. Sociodemographic differences and infant dietary patterns. **The Journal of Pediatrics**, v. 134, n. 5, p. 1387-1398, 2014.

WINDON, C.S. et al. A Prospective Investigation of Physical Health Outcomes in Abused and Neglected Children: New Findings from a 30-year Follow-Up. **American Journal of Public Health**, v. 102, n.6, p. 1135-1144, 2012.

WOLFORD, S. N.; COOPER, A.N.; MCWEY, L. M. Maternal depression, maltreatment history, and child outcomes: the role of harsh parenting. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 89, n. 2, p. 181-191, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva: World Health Organization; 1998.228 p.

_____. **Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. Geneva: World Health Organization, 2002, 24 p.

_____. **Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition**. Geneva: World Health Organization, 2013.146 p.

_____. **Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere.** Geneva: World Health Organization, 2011.

_____. **Gender equality and food security—women’s empowerment as a tool against hunger.** Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank; 2013.114 p.

_____. **Global status report on violence prevention.** Geneva: World Health Organization; 2014. 292 p.

_____. **Global strategy for infant and young child feeding.** Geneva: World Health Organization, 2003a.30 p.

_____. **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.** Geneva: World Health Organization, 2003b, 40p.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices part 1: definitions,** Geneva:World Health Organization, 2008. 26p.

_____. **Infant and young child feeding:** model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization, 2009. 112p.

_____. **Infant and young child feeding.** Geneva: World Health Organization,2014. 112 p.

_____. **Infant and young child nutrition:** global strategy on infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization, 2002, 37p.

_____. **Inspire. Seven Strategies for Ending Violence Against Children.** Washington, D.C., 2016.

_____. **Preventing child maltreatment:** a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2006. 90p.

YSTROM, E.; NIEGEL, S.; VOLLRATH, M.E. The impact of maternal negative affectivity on dietary patterns of 18-month-old children in the Norwegian mother and child cohort study. **Maternal & Child Nutrition**, v.5, n.3, p. 234-242, 2009.

ZAMBERLAN, M.A.T. Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, n.2, p.399-406, 2002.

ZAMBON, M.P. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.4, 2012.

ANEXO A – Instrumento para aferição de práticas alimentares

Com relação a alimentação do seu bebê... A Sra. (Sr.) pode me dizer quais alimentos (nome da criança) tomou ou comeu desde ontem quando acordou até hoje quando acordou? Eu vou falando o nome de cada alimento e a Sra. (Sr.) me responde sim ou não, está bem?

- 21) Leite de peito? ____ 1- Sim 2- Não
- 22) Se tomou leite de peito, quantas vezes? ____ vezes
- 23) Leite em pó? ____ 1- Sim 2- Não se sim, qual a marca? _____
- 24) Outro leite sem ser leite de peito ou leite em pó? ____ 1- Sim 2- Não
- 25) Mingau? ____ 1- Sim 2- Não
- 25A) Usou algum tipo de leite nesta preparação? ____ 1- Sim 2- Não
- 26) Sopa ou papa de legumes? ____ 1- Sim 2- Não
- 26A) Na hora de dar para (nome da criança) esta sopa ou papa de legumes estava...
- 1- Em pedaços 2- Amassada 3- Liquidificada
- 27) (Se tomou papa ou sopa) tinha carne? ____ 1- Sim 2- Não
- 27A) Que tipo de carne? 1- Vaca/Boi 2- Frango 3- Peixe 4- Outras: _____
- 27B) Tinha feijão? ____ 1- Sim 2- Não
- 28) E ovo, você já deu? ____ 1- Sim 2- Não Só a gema? Ou todo? _____
- 29) Comida com sal? ____ 1- Sim 2- Não
- 30) (Se comeu comida com sal), tinha carne? ____ 1- Sim 2- Não
- 30A) Que tipo de carne? 1- Vaca/Boi 2- Frango 3- Peixe 4 – Outras: _____
- 30B) Tinha feijão? ____ 1- Sim 2- Não
- 31) Água pura? ____ 1- Sim 2- Não
- 32) Água com açúcar? ____ 1- Sim 2- Não
- 33) Chá? ____ 1- Sim 2- Não
- 34) Suco de frutas? ____ 1- Sim 2- Não
- 35) Fruta (em pedaço ou amassada)? ____ 1- Sim 2- Não
- 36) Algum desses alimentos foi dado por mamadeira ou chuquinha? ____ 1- Sim 2- Não

ANEXO B – Instrumento para aferição da violência contra a criança

“A gente sabe que crianças muitas vezes fazem coisas que são erradas, desobedecem, ou fazem os pais ficarem zangados. A gente gostaria de saber o que a Sra. e seu companheiro costumam fazer quando (nome da criança) faz alguma coisa errada, ou faz os senhores ficarem zangados. Eu vou ler algumas coisas que os senhores podem ter feito nestas horas. Eu gostaria de saber se, desde que o neném nasceu, essas coisas aconteceram.”

TIPO DE REAÇÃO	Companheiro e Criança	Mãe e Criança
a) Seu companheiro/você explicou a (nome da criança) por que o que ele(a) estava fazendo estava errado.		
b) Seu companheiro/você colocou- o (a) de castigo do tipo: mandou-o(a) ficar em seu quarto ou em qualquer outro lugar.		
c) Seu companheiro/você sacudiu o(a) (nome da criança)		
d) Seu companheiro/você bateu no bumbum dele(a) com alguma coisa como: um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro.		
e) Seu companheiro/você deu a ele(a) outra coisa para fazerem vez daquilo que ele(a) estava fazendo de errado.		
f) Seu companheiro/você falou alto berrou ou gritou com (nome da criança)		
g) Seu companheiro/você bateu com a mão fechada ou deu um chute com força nele(a).		
h) Seu companheiro/você deu uma palmada no bumbum dele(a)		
i) Seu companheiro/você agarrou-o(a) pelo pescoço e o(a) sacudiu		

j) Seu companheiro/você xingou ou praguejou, quer dizer,rogou praga, contra ele(a).		
k) Seu companheiro/você bateu muito em (nome dacriança), ou seja, bateu nele(a) sem parar, o máximo queconseguiu.		
l) Seu companheiro/você disse alguma vez que iriaexpulsá-lo(a) de casa ou colocá-lo(a) para fora de casa.		
m) Seu companheiro/você queimou-o(a) ou derramoulíquido quente nele(a) de propósito.		
n) Seu companheiro/você ameaçou dar um tapa nele(a), mas não deu.		
o) Seu companheiro/você bateu em alguma parte do corpo dele(a) diferente do bumbum com alguma coisa como um cinto, chinelo, escova de cabelo, vara ou outro objeto duro.		
p) Seu companheiro/você deu um tapa na mão, no braço, ou na perna de (nome da criança).		
q) Seu companheiro/você tirou as regalias dele(a) ou deixou-o(a) sem sair de casa.		
r) Seu companheiro/você deu um beliscão nele(a).		
s) Seu companheiro/você ameaçou-o(a) com uma faca ou arma.		
t)Seu companheiro/você jogou (nome da criança) no chão.		



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Blocos D e E - Maracanã
CEP: 20559-900 - Rio de Janeiro - RJ - BRASIL
TELS: (0-xx-21) 2587-73 03/2587-7540/2587-7422/2587-7572
FAX: (0-xx-21) 2264-1142
<http://www.ims.uerj.br>

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que o projeto "O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte", foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião realizada no dia 13/01/05.

Rio de Janeiro, 17 de janeiro de 2005.

JOSÉ UELERES BRAGA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do IMS/UERJ

"O impacto da violência familiar, dos cuidados maternos com a criança e do apoio social no crescimento infantil: um estudo de coorte"

Pesquisadora Principal: Maria Helena Hasselmann

Para que serve esta pesquisa?

Para estudar como os conflitos familiares e as reações dos familiares a estes conflitos, os cuidados maternos com a criança e o apoio social recebido pela família interferem no crescimento infantil.

Como irei participar?

1. Respondendo a perguntas sobre minha situação socioeconômica, idade, história da minha gestação e hábitos do meu dia a dia, reações a situações de conflitos familiares, meu jeito de cuidar o meu filho, apoio social que eu e minha família recebemos entre outras.
2. Autorizando avaliação do crescimento do meu filho através de medidas de peso e comprimento.

Para responder as perguntas e fazer as medidas, comprometo-me a retornar a esse serviço em 4 consultas que serão agendadas pela equipe de pesquisadores/serviço de saúde ou no agendamento da vacina do meu filho durante o período máximo de 1 ano.

Fui informada que as medidas a serão feitas com balança e antropômetro (régua para medir o bebê) e que nenhum desses instrumentos apresentam risco para saúde do meu filho, nem a curto nem longo prazo, não sendo perigosos.

O tempo para responder as perguntas e fazer as medidas é de aproximadamente 50 minutos

Quais as vantagens?

Conhecer e acompanhar o crescimento do bebê e a relação entre o ambiente familiar, os cuidados maternos e a importância do apoio social neste processo são relevantes para que a criança possa se desenvolver feliz e saudável.

Sigilo

Fui informada de que toda informação fornecida será guardada em segredo e utilizada apenas para pesquisa. O meu nome em nenhum momento será revelado.

Meu Consentimento

Minha participação é de livre e espontânea vontade. Tenho liberdade para continuar ou recusar em qualquer momento a participar da pesquisa.

O atendimento do meu filho no Serviço de Saúde não será em momento algum afetado pela minha recusa.

Eu concordo em participar deste estudo e estou totalmente esclarecida de todos os riscos e benefícios que poderão surgir desta pesquisa, uma vez que tenho em mãos este documento e oportunidade de lê-lo.

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida ou esclarecimento contatar Comitê de Ética da IMS/UERJ (tel: 2587-7303, Prof. José Ueleres Braga).