



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Nutrição

Ana Carolina Ferreira e Silva Valverde

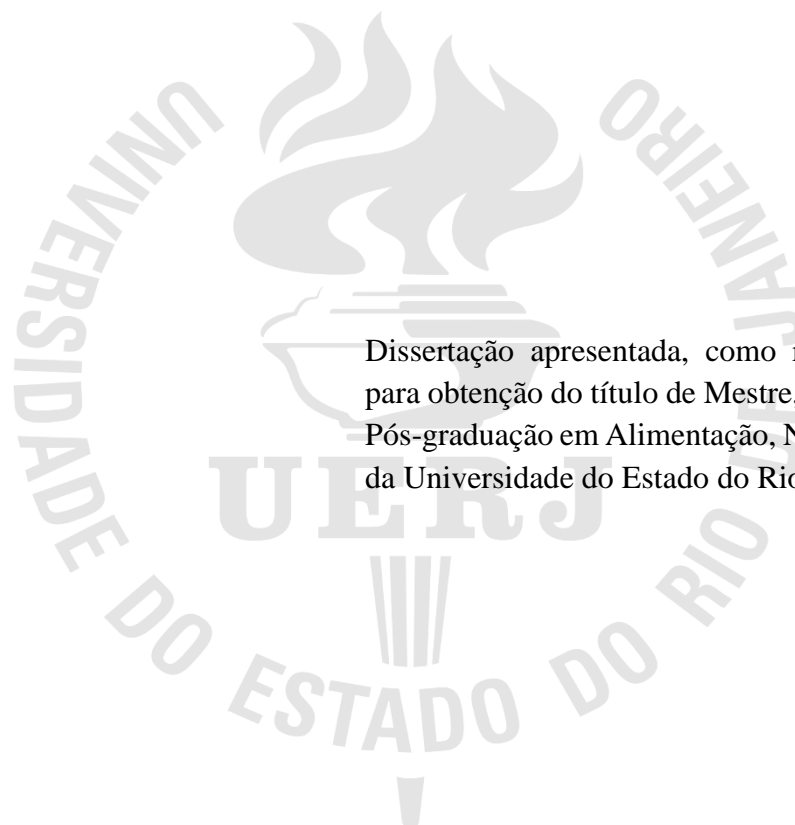
**Exposição a violência entre parceiros íntimos e alimentação inadequada na
infância**

Rio de Janeiro

2020

Ana Carolina Ferreira e Silva Valverde

Exposição a violência entre parceiros íntimos e alimentação inadequada na infância



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: Profa. Dra. Maria Helena Hasselmann

Co-orientadora: Profa. Dra. Emanuele Souza Marques

Rio de Janeiro

2020

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

V215 Valverde, Ana Carolina Ferreira e Silva.
Exposição a violência entre parceiros íntimos e alimentação inadequada na
infância / Ana Carolina Ferreira e Silva Valverde. – 2020.
65 f.

Orientador: Maria Helena Hasselmann
Co-orientadora: Emanuele Souza Marques
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Nutrição.

1. Nutrição – Teses. 2. Criança – Teses. 3. Violência conjugal – Teses. I.
Valença, Marcelo Mello. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Nutrição. III. Título.

es CDU 612.3

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

Assinatura

Data

Ana Carolina Ferreira e Silva Valverde

Exposição a violência entre parceiros íntimos e alimentação inadequada na infância

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 27 de julho de 2020.

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Maria Helena Hasselmann
Instituto de Nutrição - UERJ

Prof. Dr. Cristiano Boccolini
Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz

Profª. Dra. Cláudia Valéria Cardim da Silva
Instituto de Nutrição – UERJ

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais por todo incentivo para que eu iniciasse o mestrado, por serem minha eterna fonte de inspiração e me apoiarem em todas as minhas decisões, sem vocês eu não teria chegado até aqui.

Ao meu marido por ter acreditado na minha capacidade mesmo quando eu mesma duvidei, por toda paciência, carinho e torcida que dedicou a mim nesses dois anos de estudo.

A minha professora e orientadora Maria Helena pela oportunidade de começar essa jornada e por compartilhar todo seu conhecimento sempre com gentileza, paciência, bom humor e humildade, sempre serei grata por esses dois anos de aprendizado e trocas diárias.

A minha coorientadora, professora Emanuele que me acolheu de braços (e sorriso) abertos e contribuiu com todo seu conhecimento para engrandecer esse trabalho.

A todos os professores que ajudaram a contribuir de alguma forma com a minha formação, a dedicação de vocês em continuar lutando mesmo com todas as adversidades que universidade passa é inspiradora.

A Letícia Quaresma que foi minha companheira nessa jornada e dividiu comigo as dúvidas, angústias e me ofereceu apoio e ânimo quando precisei.

As minhas amigas por todo companheirismo, por me oferecem ouvidos atentos, torcida e distrações nos momentos necessários.

E por fim, agradeço pela oportunidade de ter o Instituto de Nutrição da UERJ como minha segunda casa desde a graduação, com toda certeza todas as experiências que vivi nesse lugar contribuíram não só para minha formação acadêmica mas pra minha formação pessoal.

RESUMO

VALVERDE, Ana Carolina. *Exposição a violência entre parceiros íntimos e alimentação inadequada na infância*. 2020. 65 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

O consumo de alimentos saudáveis deve ser estimulado desde os primeiros anos de vida, pois uma alimentação adequada e variada na infância além de auxiliar no crescimento saudável da criança, pode influenciar na formação do paladar e na relação da criança com a alimentação. Diretrizes alimentares recomendam que alimentos *in natura* ou minimamente processados, variados e predominantemente de origem vegetal sejam a base da alimentação infantil e, que o consumo de alimentos ultraprocessados (AUP) seja evitado. Os conhecimentos gerados sobre os fatores associados as práticas de alimentação infantil são complexos e envolvem aspectos biopsicossociais, dentre eles a violência entre parceiros íntimos. A violência entre parceiros íntimos é um problema recorrente e global, que além das consequências imediatas, pode resultar em desfechos negativos à saúde ao longo da vida da vítima. Casais que vivenciam a violência também podem ter suas habilidades em lidar com as necessidades dos filhos comprometidas, incluindo os cuidados com a alimentação, resultando em uma alimentação inadequada para idade. O presente estudo tem como objetivo central investigar a associação entre exposição infantil à VPI e alimentação inadequada em crianças de 3 a 5 anos atendidas em uma clínica da família. Os dados que foram analisados são provenientes de um estudo seccional mais abrangente realizado com crianças atendidas em uma Clínica de Saúde da Família no Rio de Janeiro. Neste trabalho, a alimentação das crianças foi aferida por meio de um questionário estruturado, que continha diferentes tipos de alimentos, desde alimentos *in natura* de diferentes grupos até AUP. A diversidade alimentar foi avaliada com base na proposta da Organização Mundial de Saúde e classificada em diversidade satisfatória (≥ 4 grupos alimentares) e insatisfatória (< 4 grupos alimentares) e o consumo de AUP foi classificado como alto quando foi ≥ 5 AUP. A violência entre parceiros foi investigada por meio da versão em português do instrumento *Conflict Tactics Scales – 2*. Outras variáveis relacionadas à mãe, à criança e ao ambiente em que vivem também foram incluídas nas análises como possíveis confundidoras. Os resultados do presente estudo mostram que a prevalência de violência psicológica nos relacionamentos é alta, cerca de 80% das mulheres relataram ter vivido pelo menos um episódio dessa violência no último ano. Já a taxa de violência física entre casais foi de quase 25%. Em relação a alimentação infantil, os resultados mostram que quase a totalidade das crianças (96,7%) apresentou uma diversidade alimentar satisfatória, no entanto, 44,5% delas apresentou um elevado consumo de AUP. A violência psicológica entre o casal aumentou em mais de três vezes as chances de um elevado consumo de AUP pela criança (OR= 3,852; IC95% = 0,986-15,050; $p=0,052$). Esses resultados evidenciam uma associação positiva entre violência conjugal e consumo de AUP na infância. Estudos futuros são necessários para elucidar a relação entre a violência e a alimentação infantil. Compreender essa relação é de suma importância para proposição de políticas públicas de saúde que levem em consideração não só a alimentação e crescimento infantil, mas também diferentes aspectos do contexto familiar, entre eles a presença da violência em suas vidas.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo. Comportamento alimentar. Criança. Exposição a violência.

ABSTRACT

VALVERDE, Ana Carolina. *Exposure to violence between intimate partners and inadequate nutrition in childhood*. 2020. 65 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The consumption of healthy foods should be encouraged from the first years of life, as an adequate and varied diet in childhood, in addition to helping the child's healthy growth, can influence the formation of taste and the child's relationship with food. Dietary guidelines recommend that fresh or minimally processed, varied and predominantly plant-based foods be the basis of infant nutrition and that the consumption of ultra-processed foods (AUP) be avoided. The knowledge generated about the factors associated with infant feeding practices is complex and involves biopsychosocial aspects, including intimate partner violence. Violence between intimate partners is a recurring and global problem, which in addition to the immediate consequences, can result in negative health outcomes throughout the victim's life. Couples who experience violence may also have their skills in dealing with the needs of their children compromised, including taking care of their food, resulting in an inappropriate diet for their age. The present study aims to investigate the association between childhood exposure to IPV and inadequate nutrition in children aged 3 to 5 years attended at a family clinic. The data that was analyzed comes from a more comprehensive sectional study conducted with children seen at a Family Health Clinic in Rio de Janeiro. In this work, children's food was measured using a structured questionnaire, which contained different types of food, from fresh foods from different groups to AUP. Food diversity was evaluated based on the Proposal of the World Health Organization and classified as satisfactory diversity (≥ 4 food groups) and unsatisfactory (< 4 food groups) and the consumption of AUP was classified as high when it was ≥ 5 AUP. Violence between partners was investigated using the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales - 2 instrument. Other variables related to the mother, the child and the environment in which they live were also included in the analyzes as possible confounders. The results of the present study show that the prevalence of psychological violence in relationships is high, about 80% of women reported having experienced at least one episode of this violence in the last year. The rate of physical violence among couples was almost 25%. Regarding infant feeding, the results show that almost all children (96.7%) had a satisfactory dietary diversity, however, 44.5% of them had a high consumption of AUP. Psychological violence between the couple increased the chances of a high consumption of AUP by the child more than three times (OR = 3.852; 95% CI = 0.986-15.050; $p = 0.052$). These results show a positive association between conjugal violence and consumption of AUP in childhood. Future studies are needed to elucidate the relationship between violence and infant feeding. Understanding this relationship is of paramount importance for proposing public health policies that take into account not only child nutrition and growth, but also different aspects of the family context, including the presence of violence in their lives.

Keywords: Intimate partner violence. Feeding Behavior. Child. Exposure to Violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUP	Alimentos ultraprocessados
CTS-1	<i>Conflict Tactics Scales – Form R</i>
CTS-2	<i>Conflict Tactics Scales</i>
IC	Intervalo de confiança
NESNUMI	Núcleo de estudos sobre Epidemiologia Social da nutrição materno-infantil
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VCM	Violência contra mulher
VPI	Violência entre parceiros íntimos
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da população de estudo, Rio de Janeiro, 2015/2017.	33
Tabela 2 - Frequência de consumo de cada grupo alimentar pelas crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.....	34
Tabela 3 - Frequência de consumo de AUP/dia pelas crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.....	34
Tabela 4 - Descrição do consumo da diversidade alimentar mínima da população e do consumo de alimentos ultraprocessados.....	35
Tabela 5 - Frequência das táticas de conflitos utilizadas entre parceiros íntimos referidas por mulheres atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017	35
Tabela 6 - Associação entre o alto consumo de AUP (≥ 5 alimentos) e cada covariável	36
Tabela 7 - Análises brutas e ajustadas: diferentes formas de violência entre parceiros íntimos e alto consumo de alimentos ultraprocessados (≥ 5 alimentos) em crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.....	37
Tabela 8 - Análises brutas e ajustadas: diferentes formas de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e alto consumo de alimentos ultraprocessados (≥ 5 alimentos) em crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.....	37

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	9
1	REVISÃO DA LITERATURA	10
1.1	Alimentação infantil	10
1.2	Diversidade alimentar mínima	11
1.3	Consumo de industrializados na infância	15
1.4	Violência entre parceiros íntimos: definição e magnitude	17
1.5	Violência entre parceiros íntimos e suas consequências à saúde da criança	19
1.6	Violência entre parceiros íntimos e alimentação da criança	21
2	JUSTIFICATIVA	24
3	OBJETIVOS	25
3.1	Objetivo geral	25
3.2	Objetivos específicos	25
4	MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1	Desenho e população de estudo	26
4.2	Contexto do estudo	26
4.3	Coleta e aferição de dados	26
4.3.1	<u>Desfecho: diversidade alimentar mínima</u>	27
4.3.2	<u>Desfecho: consumo de alimentos ultraprocessados</u>	28
4.3.3	<u>Desfecho: alimentação inadequada da criança</u>	28
4.3.4	<u>Exposição central: Violência entre parceiros íntimos</u>	28
4.3.5	<u>Modelo teórico e apresentação das co-variáveis</u>	29
4.4	Processamento e análise de dados	31
4.5	Questões éticas	32
4.6	Financiamento	32
5	RESULTADOS	33
6	DISCUSSÃO	38
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO A - Termo de consentimento para participação na pesquisa	58
	ANEXO B - Questionário de Frequência Alimentar da Criança	59
	ANEXO C - Violência entre parceiros íntimos	62

APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação faz parte de um estudo maior intitulado “Violência familiar, estilos e práticas parentais de alimentação e excesso de peso na infância”, que teve como objetivo aprofundar o conhecimento acerca dos determinantes sociais do crescimento infantil. Este estudo foi conduzido pelo Núcleo de Estudos sobre Epidemiologia Social da Nutrição Materno-Infantil (NESNUMI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, coordenado pela professora Maria Helena Hasselmann.

Este núcleo tem por objetivo central investigar sobre os determinantes socioculturais, psicológicos e biológicos do estado nutricional e das práticas alimentares da população materno-infantil.

Esta Dissertação aborda a exposição à violência entre parceiros íntimos e sua possível relação com a alimentação infantil. O interesse por esse tema surgiu a partir do conhecimento que o ambiente familiar conflituoso e o estresse causado pela experiência da violência podem gerar consequências na saúde física, mental e na alimentação da criança, no entanto, tais consequências ainda não estão totalmente elucidadas.

A apresentação da Dissertação está dividida em 7 seções. A primeira seção, compreende uma revisão de literatura que aborda a importância de uma alimentação saudável desde o início da vida, abrangendo também os conceitos da diversidade alimentar e dos AUP. Também nesta seção são abordados a definição de violência entre parceiros íntimos, sua magnitude no país e no mundo, suas consequências para saúde da mulher e da criança, e os possíveis caminhos de associação entre este tipo de violência e a alimentação infantil.

Nas seções 2 e 3 são apresentadas, respectivamente, a justificativa para elaboração da Dissertação e os objetivos geral e específicos. A seção seguinte (4) descreve a metodologia empregada neste estudo.

A seção 5 apresenta os resultados do estudo, em seguida a seção 6 traz a discussão e por fim, as considerações finais do trabalho são descritas na seção 7.

As referências são apresentadas no final do trabalho, assim como os anexos, que incluem: o Termo de Consentimento Livre Esclarecido para participação na pesquisa, o Questionário estruturado sobre a alimentação da criança e o questionário para aferição da violência entre parceiros íntimos.

A formatação desta Dissertação seguiu as orientações do “Roteiro para apresentação de teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro” (UERJ, 2012).

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Alimentação infantil

A alimentação é reconhecidamente, um fator determinante na saúde dos seres humanos. O consumo de alimentos saudáveis deve ser estimulado desde os primeiros anos de vida, pois a forma e a variedade que os alimentos são ofertados na infância influenciam na formação do paladar e na relação da criança com a alimentação. A criança que tem uma alimentação saudável e adequada durante a infância, tem mais chances de se tornar um adulto consciente sobre suas escolhas alimentares (BEAUCHAMP; MENNELLA, 2009; BRASIL, 2019a).

Enquanto uma alimentação adequada e variada auxilia no crescimento saudável da criança, a ingestão inadequada - insuficiente ou excessiva - de determinados nutrientes nesta etapa de vida pode favorecer o surgimento de diversos problemas de saúde, tais como problemas de aprendizagem, de comportamento e atraso escolar, bem como baixo peso e estatura, diminuição da força física, surgimento precoce de doenças crônicas e até mesmo aumento do risco de mortalidade infantil (DIETZ, 1998; MICHAELSEN *et al.*, 2000; LACERDA; SAUNDERS; ACCIOLY, 2002; WHO, 2009; BRASIL, 2013b).

As recomendações de alimentação saudável para crianças são pautadas na adequada oferta de todos os grupos alimentares, pois acredita-se que um consumo diversificado de alimentos garante a ingestão de nutrientes essenciais, promovendo assim, a manutenção da saúde (RUEL, 2003; BRASIL, 2019a). Além disso, as diretrizes alimentares ressaltam a importância de priorizar alimentos frescos e preparações baseadas neles, evitando-se alimentos industrializados (BRASIL, 2014).

No entanto, de acordo com os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) atualmente no mundo, uma em cada três crianças menores de 5 anos não está recebendo a nutrição necessária para crescer bem. O déficit de crescimento ainda atinge 149 milhões de crianças com menos de 5 anos e quase 50 milhões têm baixo peso; 340 milhões de crianças sofrem com a fome oculta – deficiências de vitaminas e minerais. Em contrapartida, as taxas de sobrepeso e obesidade estão subindo rapidamente (UNICEF, 2019).

Ainda de acordo com a UNICEF, devido a globalização dos sistemas alimentares está havendo um aumento da disponibilidade de alimentos processados, que são ricos em calorias, mas pobres em nutrientes (UNICEF, 2019). Em concordância com isso, estudos têm demonstrado uma tendência a introdução precoce de alimentos industrializados na dieta de

crianças, antes mesmo dos 12 meses de idade (LONGO-SILVA *et al.*, 2017; RELVAS; BUCCINI; VENANCIO, 2019; GIESTA *et al.*, 2019).

Apesar da importância de uma alimentação adequada no início da vida, infelizmente, no Brasil nem todas as crianças têm acesso à alimentos saudáveis. O país ainda convive com desigualdades no acesso a alimentos, o que dificulta inúmeras famílias a consumirem e comprarem alimentos saudáveis na variedade e quantidade necessárias (BRASIL, 2019a). Além disso, a idade pré-escolar, que inclui crianças de 3 a 5 anos, é caracterizada por desaceleração do crescimento, condicionando uma redução do apetite, o que pode impactar em recusas alimentares e/ou redução das porções de consumo, também favorecendo uma alimentação inadequada (LACERDA; SAUNDERS; ACCIOLY, 2002).

1.2 Diversidade alimentar mínima

A maioria dos estudos que avaliam as práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas ainda são focados principalmente nas práticas de amamentação. A falta de evidências e consenso sobre indicadores simples de avaliação da alimentação infantil, tem dificultado a melhor identificação de condições de risco e na proposição de melhorias no estado nutricional de bebês e crianças pequenas (WHO, 2008).

Assim, os indicadores dietéticos vêm sendo estudados como uma alternativa para avaliar e guiar a ingestão individual e de populações, e também para entender a relação entre hábitos alimentares e diversos desfechos em saúde (KOURLABA; PANAGIOTAKOS, 2009; VOLP *et al.*, 2010). Nesse contexto e visando contribuir na avaliação das práticas de alimentação infantil a Organização Mundial de Saúde criou em 2007 um conjunto de indicadores dietéticos, dentre eles destaca-se a diversidade alimentar mínima, que tem sido utilizado para apreciar a situação das práticas de alimentação infantil, a adequação de micronutrientes da dieta e a variedade/equilíbrio da dieta (FANTA, 2006; STEYN *et al.*, 2006; WHO, 2008; MOURSI *et al.*, 2008).

A diversidade alimentar mínima pode ser definida como o número de diferentes alimentos ou grupos de alimentos consumidos durante um determinado período de referência e pressupõe que nenhum alimento específico, ou um único grupo alimentar é suficiente para atender a todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e saúde (RUEL, 2003; BRASIL, 2006a).

A OMS propôs sete grupos alimentares para o cálculo da diversidade mínima da dieta, e 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 legumes ricos em vitamina A; 7. outras frutas e legumes. A ingestão de pelo menos 4 desses 7 grupos alimentares é considerada como mínimo aceitável (WHO, 2008).

A diversidade alimentar mínima é um proxy para a ingestão adequada de micronutrientes. Dados alimentares de crianças residentes de países em desenvolvimento mostraram que o consumo de alimentos de pelo menos 4 diferentes grupos alimentares no dia anterior significou que, na maioria das populações, a criança teve maior probabilidade de consumir pelo menos um alimento de origem animal e pelo menos uma fruta ou vegetal, além de um alimento básico (cereais, raízes e tubérculos) (WORKING GROUP ON INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING INDICATORS, 2006).

O indicador para avaliação da diversidade alimentar foi construído para verificar o consumo dos grupos alimentares pela criança, durante as 24 horas anteriores. No entanto, existem alguns autores que já utilizaram outros prazos para o recordatório, como os de 3, 7 ou 15 dias anteriores (RUEL, 2003; KENNEDY; BALLARD; DOP, 2010). Vale salientar que este indicador não tem como objetivo capturar informações quantitativas sobre o consumo alimentar e não indica estado nutricional (WHO, 2008).

De acordo com levantamento realizado pela UNICEF baseado em 71 países, cerca de 29% das crianças (menos de 1 em cada 3 crianças) de 6 a 23 meses consomem alimentos do número mínimo de grupos alimentares. Nas regiões rurais e nos lares mais pobres, essa porcentagem cai para 21% (1 em cada 5 crianças) (UNICEF, 2019).

Já no Brasil, os dados sobre diversidade alimentar mínima são escassos. Um estudo realizado em Barra Mansa no ano de 2006 relatou que 64,5% das crianças no segundo semestre de vida não recebiam alimentos diversificados adequadamente (OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017). Outro estudo realizado com base nos dados da Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros de 2008, com lactentes nascidos com baixo peso, relatou que apenas 29% das crianças de 6 a 12 meses apresentavam uma diversidade alimentar satisfatória (ORTELAN; NERI; BENÍCIO, 2020). No entanto, de acordo com dados mais atuais do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) em 2015, 73% das crianças de 6 a 23 meses atendidas em unidades básicas de saúde, localizadas em municípios brasileiros apresentaram uma diversidade alimentar mínima satisfatória (BRASIL, 2016). Entretanto tais dados necessitam ser interpretados com cautela, uma vez que o SISVAN ainda apresenta uma cobertura baixa, além disso a participação do Programa Bolsa Família como fonte de dados para a vigilância alimentar e nutricional dificulta a extrapolação dos resultados para outros cenários (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2017).

Os fatores que influenciam a diversidade alimentar em crianças são discutidos por alguns autores (OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017; RAKOTONIRAINY *et al.*, 2018; SANTOS, 2018). Um estudo conduzido em 2006, em Barra Mansa, Sudeste do Brasil encontrou associação entre ausência de alimentação diversificada e a criança não estar acompanhada pela mãe durante a imunização, os autores supõem que “crianças não acompanhadas para um cuidado à saúde, como a imunização, podem ter a mãe menos presente também para outros cuidados, recebendo, assim, uma alimentação menos diversificada” (OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017, p.70). A escolaridade materna inferior ao segundo grau completo, o trabalho materno, o baixo peso ao nascer, a criança ter idade de 6 a 8 meses e ter sido internada previamente por alguma patologia também foram associados a uma alimentação pouco diversificada. Em relação a hospitalização prévia, os autores ressaltam que não é possível estabelecer se ela foi responsável por uma mudança na alimentação da criança ou se a ausência de diversidade alimentar que foi responsável pela internação (OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017).

Outro estudo que avaliou os determinantes de uma alimentação pouco diversificada em crianças de 6 a 59 meses em Madagascar, constatou que a baixa escolaridade materna está significativamente associada a uma diversidade alimentar insatisfatória nas crianças, isso porque nos primeiros anos de vida a qualidade da dieta das crianças depende do comportamento e das decisões dos responsáveis que cuidam das crianças (RAKOTONIRAINY *et al.*, 2018).

Em ambos os estudos, a idade da criança se demonstrou associada a diversidade alimentar, com crianças mais velhas apresentando uma maior diversidade alimentar. Rakotonirainy justifica esse achado alegando que crianças mais velhas já se alimentam da mesma comida que a família (OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017; RAKOTONIRAINY *et al.*, 2018).

O Quadro 1. apresenta uma síntese dos estudos sobre diversidade alimentar infantil, que inclui os grupos de alimentos que foram utilizados para classificar a diversidade alimentar e os principais fatores associados a essa diversidade.

Quadro 1 - Síntese dos estudos que avaliaram a diversidade alimentar em crianças (continua)

AUTOR/ANO/LOCAL DE ESTUDO/ FAIXA ETÁRIA DAS CRIANÇAS	GRUPOS ALIMENTARES	CLASSIFICAÇÃO	PRINCIPAIS RESULTADOS ASSOCIADOS A DIVERSIDADE ALIMENTAR
OLIVEIRA; RIGOTTI; BOCCOLINI, 2017. Brasil. Crianças menores de 1 ano.	1. Água 2. Chá 3. Leite materno 4. Outro leite 5. Mingau 6. Produto lácteo 7. Suco de fruta 8. Fruta 9. Legumes 10. Carne 11. Feijão 12. Comida de panela	Diversidade da dieta foi considerada insatisfatória quando a criança consumiu <5 grupos alimentares, sendo eles: leite (materno ou outro), carnes, frutas, legumes e feijão nas últimas 24 horas.	Criança não estar acompanhada da mãe na imunização; Internação hospitalar prévia;
GAUSMAN <i>et al.</i>, 2018. Índia. Crianças de 6 a 23 meses.	1. Grãos, raízes e tubérculos 2. Leguminosas e nozes 3. Produtos Lácteos 4. Alimentos à base de carne 5. Ovos 6. Frutas e legumes ricos em vitamina A 7. Outras frutas e legumes	Scores baseados no R24hrs: Score 0 - diversidade muito baixa Score 7 - diversidade muito alta	Condição socioeconômica; Escolaridade materna; Emprego materno;
JIANG <i>et al.</i>, 2018. China. Crianças de 3 a 7 anos.	1. Cereais, raízes e tubérculos 2. Frutas e verduras ricas em vitamina A 3. Outras frutas 4. Outras verduras 5. Leguminosas e nozes 6. Óleos e gorduras 7. Carne, frango e peixe 8. Laticínios 9. Ovos 10. Outros alimentos	Média dos scores dos grupos alimentares consumidos, baseada no R24hrs.	Condição socioeconômica; Morar em áreas rurais; Dinheiro gasto com a alimentação infantil; Refeições realizadas fora do domicílio.
RAKOTONIRAINY <i>et al.</i>, 2018. Madagascar. Crianças de 6 a 59 meses.	1. Grãos, raízes e tubérculos 2. Leguminosas e nozes 3. Produtos lácteos 4. Alimentos à base de carne (carne, peixe, aves e vísceras) 5. Ovos 6. Frutas e legumes ricos em vitamina A 7. Outras frutas e legumes	Diversidade alimentar < 4 = baixa diversidade alimentar Diversidade alimentar > 4 = diversidade alimentar adequada	Escolaridade materna; Condição socioeconômica.
JIEYING BI <i>et al.</i>, 2019. China. Crianças de 3 ou 5 anos.	1. Grãos ricos em amido 2. Vegetais folhosos verde-escuros 3. Frutas e vegetais ricos em vitamina A 4. Outras frutas e vegetais 5. Vísceras 6. Carnes e peixes 7. Ovos 8. Leguminosas, nozes e sementes 9. Produtos lácteos	Média dos scores, baseada no R24hrs.	Nível de escolaridade do cuidador; Conhecimento nutricional do cuidador; Conhecimento nutricional dos professores. Treinamento nutricional para criança e para o diretor da escola.

1.3 Consumo de industrializados na infância

De acordo com Monteiro e colaboradores (2010), os alimentos podem ser classificados de acordo com seu grau de processamento. A partir dessa classificação, os alimentos são alocados em quatro diferentes grupos, sendo eles: alimentos *in natura* ou minimamente processados - como frutas, legumes, carnes, arroz, feijão, etc.; ingredientes culinários processados - que são substâncias extraídas de alimentos e usadas no preparo e cozimento de pratos compostos, como por exemplo: sal, açúcar, óleos e gorduras, etc.; alimentos processados - este grupo inclui produtos fabricados com a adição de sal, açúcar, óleo, vinagre ou outro ingrediente processado a um alimento *in natura* ou minimamente processado, como por exemplo, peixe em conserva, frutas em calda, queijos e pães; e por fim o grupo de AUP- formulações industriais feitas tipicamente com cinco ou mais ingredientes, que com frequência incluem aditivos, estabilizantes, conservantes, excesso de sal, como por exemplo, refrigerantes, embutidos, balas, produtos congelados prontos para aquecer, entre outros.

Por serem alimentos nutricionalmente desequilibrados, densos em energia e por promoverem um consumo excessivo, os AUP são importantes causas alimentares do ganho de peso e do desenvolvimento de doenças crônicas. A alta ingestão de produtos pobres em nutrientes e ricos em açúcar, gordura e sal, a ingestão rotineira de bebidas açucaradas e a inatividade física são considerados os principais fatores que promovem o ganho de peso e a obesidade, assim como as doenças não transmissíveis associadas (PAHO, 2015).

O consumo desses alimentos no início da vida é particularmente crítico, pois é nesse período que o indivíduo desenvolve o seu hábito alimentar (BRASIL, 2019a). Estudos têm demonstrado que o elevado consumo de alimentos industrializados e a baixa ingestão de alimentos *in natura*, como frutas, legumes e alimentos ricos em fibras têm contribuído para o desenvolvimento de excesso de peso já na infância (MONDINI *et al.*, 2007; RAJ; KUMAR, 2010; UNICEF, 2019). Além disso, o elevado consumo desses alimentos está associado a dislipidemia, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes (RAUBER *et al.*, 2015, BRASIL, 2019a).

Estudos com foco no consumo de bebidas açucaradas - refrigerantes, sucos industrializados, chás acrescidos de açúcar- por crianças demonstram sua associação com a maior probabilidade de sobrepeso e obesidade, como um resultado provável do alto teor de açúcar e baixa capacidade de saciedade desse tipo de bebida em comparação com outros alimentos, fornecendo calorias acima das necessidades de energia e levando ao ganho de peso (PAN; HU, 2011; LAVERTY *et al.*, 2015, GONZALEZ-PALACIOS, 2019).

O último guia alimentar para população brasileira direcionado ao público a partir de 2 anos de idade, recomenda que alimentos *in natura* ou minimamente processados, variados e predominantemente de origem vegetal sejam a base da alimentação e, que o consumo de AUP seja evitado (BRASIL, 2014). Já o último Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos recomenda que nenhum AUP seja ofertado à criança até 24 meses de idade (BRASIL, 2019a). Apesar da importância da alimentação na infância, no Brasil, os dados atualizados de abrangência nacional que abordem a questão são escassos, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada com crianças menores de 5 anos em 2006/2007, observou um baixo consumo diário de alimentos *in natura* - como verduras, legumes e carnes -, além da introdução precoce de alimentos industrializados na alimentação das crianças (BRASIL, 2006b).

Uma análise do consumo alimentar de crianças entre 6 e 23 meses, que considerava os alimentos ingeridos no dia anterior a visita ao pediatra em unidades básicas de saúde em municípios brasileiros, constatou que 56% das crianças participantes consumiram AUP no período de referência, o consumo de bebidas adoçadas foi de 40%, o de macarrão instantâneo de 27% e o de biscoito recheado de 32%. Já em relação ao consumo de ferro, apenas 14% das crianças consumiram alimentos ricos em ferro (BRASIL, 2016).

Outros estudos, realizados em diferentes estados do Brasil corroboram com os resultados obtidos pela PNDS (LEAL *et al.*, 2015, MELLO; BARROS; MORAIS, 2016).

Uma revisão da literatura realizada por Mello, Barros e Moraes (2016), com o objetivo de revisar estudos sobre a alimentação do lactente e do pré-escolar brasileiro, verificou que crianças de diferentes estados do Brasil apresentaram uma baixa frequência de consumo de legumes, verduras, frutas e carnes. Em contrapartida, a ingestão de doces, refrigerantes, guloseimas, frituras e sal foi excessiva.

Outro estudo conduzido em Pelotas, Rio Grande do Sul, com crianças entre 2 a 5 anos constatou que as crianças apresentaram consumo de verduras e legumes abaixo do recomendado, enquanto os alimentos do grupo dos óleos e gorduras, bem como alimentos ricos em açúcar, balas, chocolates e salgadinhos foram consumidos em excesso (LEAL *et al.*, 2015).

Além das consequências negativas do consumo excessivo e AUP, estudos sugerem que o consumo desses alimentos interfere negativamente no consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, que são considerados essenciais para manutenção da saúde (KARNOPP *et al.*, 2017, BRASIL, 2019a).

1.4 Violência entre parceiros íntimos: definição e magnitude

A violência entre parceiros íntimos refere-se a qualquer comportamento que cause ou tenha a intenção de causar dano físico, sexual ou psicológico, incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores (WHO, 2014). Recentemente, a internet e as redes sociais têm sido utilizadas como um meio de perpetrar esta violência, como por exemplo, algumas formas de violência sexual, agressão psicológica, incluindo táticas coercivas e perseguição (CDC, 2017).

A violência entre parceiros é um problema recorrente e global, que acontece em todas as fases da vida, e em todos os grupos sociais, econômicos, culturais e étnicos (WHO, 2013). Este tipo de violência costuma ter início a partir da adolescência e nos primeiros anos da vida adulta e normalmente é cometida por pessoas que mantêm ou mantiveram algum vínculo afetivo com a vítima, como atuais ou ex-companheiros, cônjuges e namorados e que vivam ou não no mesmo ambiente (OMS, 2012; BREIDING *et al.*, 2015).

Geralmente, os episódios de violência não ocorrem isoladamente, ou seja, acontecem mais de uma vez ao longo do relacionamento. Além disso, diferentes formas de violência supracitadas podem coexistir (MCCLOSKEY; FIGUEREDO; KOSS, 1995; KRUG *et al.*, 2002).

A violência entre parceiros íntimos pode ser perpetrada tanto por homens, quanto por mulheres, no entanto, afeta desproporcionalmente as mulheres, que têm muito mais probabilidade de serem feridas ou mortas por um parceiro íntimo, em comparação com os homens. Tal violência não se limita apenas a relações heterossexuais, pode estar presente também em relações compostas por parceiros do mesmo sexo (KRUG *et al.*, 2002; BLACK, 2011; BREIDING *et al.*, 2015).

Nas últimas décadas, a violência entre parceiros íntimos tem sido considerada um problema de saúde pública, por ser uma violação de direitos humanos, e ocasionar sérios prejuízos para a saúde física e psicológica das vítimas, além de afetar também seus familiares. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de um terço das mulheres em todo o mundo relatam já ter sido vítima de violência perpetrada pelo parceiro em algum momento da vida (WHO, 2013). No entanto, estudos sobre a prevalência de VPI no cenário brasileiro são poucos e estão desatualizados. O último estudo multicêntrico realizado pela WHO em 2005, revelou que cerca de 28,9% das mulheres brasileiras reportaram ter sofrido violência física e/ou sexual pelo parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida. Em relação a violência psicológica

41,9% das mulheres relataram já ter sofrido pelo menos algum ato de violência por parte do parceiro durante a vida (WHO, 2005).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras violências, no ano de 2011 no Brasil, dentre os indivíduos de 20 a 59 anos de idade, a violência física foi responsável por mais de 80% das notificações nesta faixa etária, e o provável autor da agressão foi uma pessoa com relação afetiva com a vítima (39,6%) (BRASIL, 2013a).

Em relação a violência contra mulher, o último boletim epidemiológico foi publicado em 2019, com dados referentes as notificações que aconteceram entre 2011 e 2018. Os resultados mostram que a residência foi o principal local de ocorrência das violências contra mulher, em todas as faixas etárias. Nas faixas etárias de 15 a 29 e 30 a 59 anos houve destaque para a violência física, com proporções de 60,3% e 62,3%, respectivamente, sendo os parceiros íntimos os principais prováveis agressores em ambas as faixas etárias (BRASIL, 2019b).

No entanto, é preciso ter atenção ao utilizar dados provenientes de sistemas de notificação, uma vez que não são os mais adequados para a monitorização da situação, pois uma parcela significativa de vítimas da violência não chega a procurar ajuda e sofre em silêncio (WHO, 2005).

A maior parte dos estudos existentes focam na mulher como vítima dos abusos e os homens como os agressores, poucos são os estudos que apresentam a mulher no papel de perpetradora da violência. Com o objetivo de investigar a prevalência de violência entre parceiros íntimos no Brasil, foi realizado um estudo de base populacional conduzido em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2002/2003. Este estudo evidenciou que cerca de $\frac{3}{4}$ das mulheres relataram ter vivenciado pelo menos um ato de agressão psicológica nos últimos 12 meses, sendo como vítima ou perpetradora da agressão. A prevalência de abuso físico menor foi de 21,5% e de abuso físico grave foi de 12,9%. O estudo comparou também as taxas de agressão física de acordo com a idade das mulheres e com as regiões estudadas. Foi observado que a violência física é mais frequente em casais compostos por mulheres mais jovens (< 25 anos) e nas regiões Norte e Nordeste em comparação as outras regiões. Já em relação a escolaridade, a violência física entre o casal foi mais prevalente entre casais em que a mulher apresentava menor nível de escolaridade do que o homem. Quando comparadas por sexo, as agressões físicas menores foram mais perpetradas por mulheres, em contrapartida, os homens apresentaram maiores prevalências de agressões físicas graves contra suas parceiras (REICHENHEIM *et al.*, 2006).

Mais recentemente, um estudo transversal desenvolvido no Rio de Janeiro envolvendo mães de bebês menores de seis meses evidenciou que aproximadamente 14% das participantes reportaram já ter sido vítimas ou perpetradoras de pelo menos um ato de agressão física grave entre parceiros íntimos desde o nascimento do bebê (MORAES; OLIVEIRA; REICHENHEIM, 2016).

Além das consequências imediatas, a violência praticada pelo parceiro íntimo pode resultar em desfechos negativos à saúde ao longo da vida da vítima, como por exemplo, alterações no sistema gastrointestinal; sistema reprodutor; maior risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis; presença de comportamentos de risco, como abuso de álcool e drogas, além de prejuízos à saúde mental, como depressão, transtorno de estresse pós traumático, que podem levar até a consequências fatais, como o suicídio (KRUG *et al.*, 2002; WHO, 2014). Ademais, evidências sugerem que a influência do abuso pode persistir por muito tempo após a interrupção dele e parece existir um efeito dose-resposta da violência; conforme a frequência e a gravidade da violência aumentam, os seus impactos na saúde das vítimas também se tornam cada vez mais severos (KOSS *et al.*, 1991; BLACK, 2011).

Apesar das consequências deletérias, grande parte das vítimas de violência apresentam dificuldades em sair do relacionamento abusivo, seja pela dependência econômica e/ou emocional, pela crença de que o parceiro irá mudar, pelo estigma sofrido pela sociedade e pela falta de apoio social, pela culpa por impedir a convivência dos filhos com o pai, ou até mesmo, pelo medo de represálias e ameaças sofridas contra vítima e contra os próprios filhos (BRASIL, 2002).

1.5 Violência entre parceiros íntimos e suas consequências à saúde da criança

Por serem muito dependentes de seus cuidadores as crianças pequenas são frequentemente expostas a violência praticada pelo casal (BEDI; GODDARD, 2007; YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011; SOUSA, 2013). Essa exposição da criança à violência pode acontecer no período pré-natal, quando há um trauma físico ou um ambiente uterino alterado devido à violência vivenciada pela gestante. Crianças também podem ser vítimas da violência conjugal quando são expostas a cenas de violência contra seus cuidadores, como por exemplo, ver ou ouvir cenas de agressão e/ou observar as consequências da violência, como os hematomas e comportamentos depressivos da vítima após o episódio de violência. E podem sofrer também por outras consequências posteriores a violência, como maior rotatividade de

locais de moradia, detenção de um dos cuidadores, parentalidade alterada (GANLEY; SCHECHTER, 1996 *apud* EDLENSON *et al.*, 2007).

Diferentes formas de violência entre parceiros, principalmente a violência contra mulher, afetam não somente a saúde da vítima, mas podem resultar também em diversos desfechos desfavoráveis para saúde e bem-estar da criança, incluindo prejuízos nutricionais. Tais consequências podem ser vistas até mesmo antes do nascimento da criança, por exemplo, alguns estudos demonstram que mulheres que vivenciam a VPI durante a gravidez tem maiores chances de não realizar ou realizar de forma inadequada o pré-natal, seja pelo início tardio e/ou pela realização de menor número de consultas (YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011; CARNEIRO; VALONGUEIRO; ARAÚJO *et al.*, 2016). A prematuridade e baixo peso da criança ao nascer também são consequências negativas que têm sido associadas com o uso de violência entre o casal (ASLING-MONEMI; NAVED; PERSSON, 2009; OMS, 2012; MEZZAVILLA; HASSELMANN, 2016). Além disso, a experiência materna a violência física grave foi associada a uma redução no número de visitas pediátricas aos serviços de saúde entre as crianças mais vulneráveis se comparadas a filhos de mulheres que não relataram a presença de violência (MORAES; OLIVEIRA; REICHENHEIM, 2016). Outros estudos também apontam a desnutrição crônica (*stunting*) que diz respeito ao *déficit* altura/idade; e a desnutrição aguda (*wasting*) que diz respeito ao *déficit* peso/altura, como consequências da violência entre parceiros íntimos para saúde da criança (HASSELMANN; REICHENHEIM, 2006; CHAI; FINK; KAYA, 2016; OMS, 2019)

Um estudo realizado na Nova Zelândia constatou que crianças menores de 6 anos que viviam em lares que a violência física entre parceiros foi relatada apresentavam maior número de consultas médicas por motivo de doença ou devido a algum tipo de acidente do que crianças que não foram expostas à violência (SCHLUTER; PATERSON, 2009).

Além dos prejuízos à saúde física da criança, testemunhar episódios de violência entre parceiros pode desencadear também uma série de problemas emocionais e comportamentais, incluindo ansiedade, depressão, baixo desempenho escolar, baixa autoestima, desobediência, pesadelos e problemas com agressividade (MCCLOSKEY; FIGUEREDO; KOSS, 1995; DURAND *et al.*, 2011; IZAGUIRRE; CALVETE, 2015, GARTLAND *et al.*, 2019).

A exposição da criança à violência entre parceiros também é apontada como um importante fator de risco para a vivenciar a violência na vida adulta, seja como perpetrador ou como vítima (CDC, 2017; FORK *et al.*, 2019). Crianças que crescem expostas a violência entre parceiros parecem ter maior risco de também serem vítimas de abuso e negligência do que aquelas que crescem em lares não violentos (BOECKEL *et al.*, 2013).

1.6 Violência entre parceiros íntimos e alimentação da criança

Ainda existem poucas evidências sobre a influência direta da violência conjugal na alimentação infantil. Um estudo publicado em 2018 que procurou documentar a relação da violência doméstica contra a mulher e o bem-estar de seus filhos menores de 5 anos no Vietnã, demonstrou que as crianças que vivem em lares onde a violência entre parceiros está presente têm menos chances de ter leite, suco e iogurte disponíveis para consumo, o que poderia refletir no peso e estatura desta criança (BUI; HOANG; LE, 2018). No entanto, alguns estudos sustentam uma possível relação entre VPI e a alimentação da criança (HURLEY *et al.*, 2015; BUI; HOANG; LE, 2018).

Nos primeiros anos de vida os pais assumem um papel crucial na alimentação de seus filhos, devido a dependência da criança para se alimentar e porque têm controle sobre o tipo de alimento que vão ofertar, bem como a forma de preparo, a quantidade e os horários que tais refeições serão consumidas. Os pais são também os principais modelos de aprendizagem dos filhos, influenciando também o comportamento alimentar da criança (KOIVISTO, 1999; HUGHES *et al.*, 2005; KOURLABA *et al.*, 2009). A atenção, afeição e envolvimento do cuidador são de fundamental importância para prover uma alimentação adequada e saudável para criança (MICHAELSEN *et al.*, 2000). A forma como os pais se alimenta na frente dos filhos, e como interagem com eles, demonstrando os benefícios e o prazer de se alimentar de forma saudável e instruindo em relação à comida, também influencia positivamente o consumo infantil de alimentos saudáveis (YEE, 2017).

Apesar da grande importância que os pais exercem na alimentação da criança, casais que vivenciam a violência podem ter suas habilidades em lidar com as necessidades dos filhos comprometidas (BUI; HOANG; LE, 2018).

A VPI pode ter consequências negativas na saúde mental da vítima, principalmente para mulheres, que são acometidas pela violência de forma desproporcional (BOECKEL *et al.*, 2013; GARTLAND, 2019). A saúde mental materna pode ser um importante caminho de associação entre a violência e os déficits nutricionais na criança, estudos demonstram que filhos de mães que sofrem de transtornos mentais mais graves tem maiores chances de apresentarem inadequações do estado nutricional (SANTOS *et al.*, 2011; SURKAN *et al.*, 2011; HASSAN; WERNECK; HASSELMANN, 2016). Os potenciais mecanismos que explicariam a associação da saúde mental materna e estado nutricional infantil, ainda não estão completamente elucidados. Um estudo demonstra que o estresse e a depressão da mãe, que ainda é considerada a principal cuidadora e responsável pela alimentação da criança, podem prejudicar uma

interação positiva da mãe com a criança, inclusive no momento das refeições, resultando em menor ingestão de alimentos pela criança (TOVAR *et al.*, 2012). Problemas na saúde mental materna podem resultar inclusive na oferta insuficiente de alimentos e na menor disponibilidade de alimentos variados para criança (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002; HURLEY *et al.*, 2015). Assim, além de causar prejuízos à saúde mental, a violência afeta a disposição da mulher para cuidar de si mesma e pode torná-la menos disponível para atender as demandas da casa e dos filhos de uma forma geral, incluindo a alimentação (MICHAELSEN *et al.*, 2000; LOURENÇO; DESLANDES, 2008; HOLMES, 2013).

Ter uma rede de apoio social, que forneça suporte para lidar com o abuso sofrido, parece amenizar os impactos negativos que a violência causa na saúde mental da vítima (COKER *et al.*, 2002). No entanto, as vítimas de violência parecem possuir níveis de apoio social mais baixos do que pessoas que não vivenciaram experiências violentas (RODRIGUEZ *et al.*, 2008).

A violência entre parceiros aumenta as chances de comportamentos de risco (por exemplo: abuso de álcool, cigarro, drogas e medicamentos controlados) por parte da vítima (BREIDING; BLACK; RYAN, 2008; HOLMES, 2013; MACHISA; CHRISTOFIDES; JEWKES, 2017). O hábito de fumar e o abuso de álcool impactam negativamente a saúde dos cuidadores e conseqüentemente, nas suas habilidades para cuidar da criança (MICHAELSEN *et al.*, 2000). Pais que estão sob influência de drogas tendem a ter interações insatisfatórias com seus filhos e serem emocionalmente menos responsivos, é provável que os efeitos negativos do abuso de substâncias prejudiquem a capacidade do cuidador de proporcionar para criança uma alimentação adequada (MCKEGANEY; BARNARD; MCINTOSH, 2002).

O parceiro que detém o poder de compra do alimento pode usá-lo como forma de controle e manipulação da vítima, dificultando o acesso a alimentos e provendo apenas os alimentos necessários para sua sobrevivência, prejudicando assim sua capacidade de fornecer os cuidados adequados aos filhos (CHAI *et al.*, 2016). A restrição alimentar por parte do parceiro abusivo também pode acontecer como uma forma de retaliação após o episódio conflituoso, de afirmar sua posição de superioridade em relação à vítima, e também como forma de punição, restringindo a alimentação dos filhos para causar sofrimento ao parceiro (LENTZ, 2018).

O ciúme do homem pela relação mãe e filho é outra questão que deve ser considerada, alguns estudos sugerem que os parceiros acreditam que há uma mudança na relação conjugal após o nascimento da criança e pode desenvolver uma postura agressiva em relação aos dois, o que possivelmente pode prejudicar o vínculo entre mãe e filho (SILVA, 2001 *apud* SOUZA, 2013).

Naturalmente, as crianças tendem a rejeitar alimentos novos, o que exige paciência e dedicação dos pais para conseguir estabelecer uma alimentação saudável e variada para a criança (BRASIL, 2019a). Além disso, a criança tende a associar o alimento que está sendo oferecido ao contexto, assim, se durante a oferta do alimento a criança vivenciar uma experiência prazerosa, interagindo positivamente com os pais, o alimento poderá ser bem aceito. No entanto, experiências não prazerosas, como por exemplo, em ambientes conflituosos, podem interferir negativamente na aceitação dos alimentos (ROSSI; MOREIRA; RAUEN, 2008).

Não apenas os pais influenciam na alimentação da criança, mas o ambiente doméstico também pode exercer grande influência na alimentação, no desenvolvimento das preferências alimentares, e afetar até mesmo a ingestão de alimentos da criança (GOLAN, 2002). A alimentação deve ser um momento de experiências positivas, aprendizado e afeto. Sendo assim, se as refeições forem realizadas em um ambiente hostil, onde a criança não sinta segurança e conforto, a ingestão alimentar pode ser prejudicada e insuficiente. A melhor situação alimentar para uma criança é um local familiar acolhedor, protegido de distrações e intrusões (MICHAELSEN *et al.*, 2000, BRASIL, 2019a).

A presente dissertação sugere que crianças que crescem expostas à VPI podem prejudicar o consumo de alimentos saudáveis e diversificados.

2 JUSTIFICATIVA

O consumo de alimentos adequados e saudáveis nos primeiros anos de vida é fundamental para o desenvolvimento e crescimento satisfatórios na infância. Uma alimentação inadequada, pouco variada e que não forneça os nutrientes necessários para o pleno desenvolvimento da criança pode favorecer o surgimento de diversos problemas de saúde, que podem gerar consequências negativas por toda a vida.

Já foi apontado que condições socioeconômicas e ambientais precárias têm grande influência no consumo alimentar inadequado na infância. No entanto, apesar de importantes, estes fatores não são suficientes para explicar as práticas de alimentação infantil. Nesse sentido, é necessário conhecer os determinantes e fatores associados a uma alimentação infantil inadequada e compreender melhor as repercussões da violência no âmbito familiar para que seja possível a formulação de estratégias de promoção de escolhas alimentares saudáveis no início da vida, incorporando a violência como um possível fator a ser trabalhado nesta temática.

Estudos e diretrizes dietéticas já vêm apontando a importância de um ambiente familiar apropriado, com cuidadores que tenham não só a capacidade econômica, mas também emocional para dedicar a atenção que é necessária para proporcionar uma alimentação saudável para crianças pequenas. Além disso, evidências apontam uma associação entre violência entre parceiros íntimos e prejuízos à saúde mental da vítima e maiores chances de comportamentos de risco e uma série de consequências que podem interferir negativamente na capacidade de cuidados à criança, e provavelmente na capacidade de fornecer uma alimentação saudável.

No entanto, apesar da significativa prevalência de violência entre parceiros íntimos no cenário atual, no Brasil e no mundo, e das suas inúmeras consequências negativas à saúde mental, física e de prejuízos nutricionais já estudados para criança, pouco se sabe sobre a atuação na violência no consumo de alimentos pela criança e seus fatores associados. Com isso, utilizar o consumo de alimentos na infância como desfecho, como na presente Dissertação, traz um componente inovador nessa linha de investigação. Nesta perspectiva, torna-se pertinente investigar a associação entre a exposição da criança à violência entre parceiros íntimos e alimentação inadequada na infância.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo geral deste estudo foi investigar a associação entre exposição à violência entre parceiros íntimos e alimentação infantil inadequada.

3.2 Objetivos específicos

- a) Descrever o consumo dos grupos de alimentos e de alimentos ultraprocessados pelas crianças participantes do estudo;
- b) Identificar a prevalência de violência entre parceiros íntimos na população estudada;
- c) Avaliar a associação entre a violência entre parceiros íntimos e a diversidade alimentar insatisfatória em crianças de 3 a 5 anos;
- d) Avaliar a associação entre a violência entre parceiros íntimos e o elevado consumo de alimentos ultraprocessados por crianças de 3 a 5 anos.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho e população de estudo

O presente estudo é do tipo seccional, inserido na pesquisa intitulada Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância do Núcleo de Estudos Epidemiológicos sobre saúde Materno Infantil (NESNUMI). Tal estudo investigou a relação entre violência familiar, estilos e práticas parentais de alimentação e o excesso de peso infantil de crianças atendidas na Clínica de Saúde da Família Rodolpho Rocco em Del Castilho, município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2015 e 2017.

Os critérios de inclusão para realização da entrevista foram crianças na faixa etária de 2 a 6 anos que tinham cuidadores (pais, avós e tios), cadastradas pela Clínica de Saúde da Família. Cuidadores que não conheciam sobre a rotina alimentar da criança, cuidadores e crianças que possuíam deficiência na fala ou cognitiva com impacto no diagnóstico nutricional ou que incapacitasse a compreensão das questões da pesquisa foram excluídos.

A amostra contava com 181 crianças que se encontravam entre o terceiro e o quinto ano de vida, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: a criança ter sido acompanhada durante a entrevista pela mãe ou por uma responsável mulher que fosse capaz de responder o questionário sobre a alimentação da criança, a acompanhante ter vivenciado um relacionamento conjugal nos 12 meses anteriores, resultando em uma amostra de 148 crianças.

4.2 Contexto do estudo

O convite para participação do estudo foi feito aos responsáveis pela criança através do telefone, obtido através do cadastro da Clínica da Família, solicitando que comparecessem a unidade de saúde para realização da entrevista. Durante o contato telefônico as mães foram informadas sobre o conteúdo da pesquisa e sobre a não obrigatoriedade de participação. Outras ocasiões foram utilizadas para captar os responsáveis pelas crianças, por exemplo, as estratégias da Clínica da Família denominadas mutirões de vacinação e Bolsa Família.

4.3 Coleta e aferição de dados

Antes do início da coleta de dados, a equipe de campo foi treinada visando a padronização na coleta de informações.

A equipe de coleta foi formada por 1 coordenador de campo, 2 supervisores de campo, 4 entrevistadores graduados e 4 auxiliares de coleta bolsistas ou voluntários, discentes do curso de graduação em Nutrição. A função dos auxiliares foi realizar busca de contatos telefônicos de mães/responsáveis de crianças na faixa etária da pesquisa (2-6 anos incompletos) nos prontuários eletrônicos da Clínica da Família, realizar contatos telefônicos para convite de participação na pesquisa e agendamento de entrevistas e auxílio durante as entrevistas, realizando atividades lúdicas com as crianças no momento em que suas mães eram entrevistadas. Com intuito de manter a privacidade e o sigilo das informações coletadas, as entrevistas foram realizadas em consultórios fechados.

Durante todo o período da coleta de dados, foram realizadas reuniões mensais entre a coordenadora de campo e as supervisoras, entrevistadores, auxiliares e pesquisadores (professores colaboradores) para discussão de estratégias de adesão e resolução de casos pontuais de dúvidas de elegibilidade, e também realizada supervisão dos entrevistadores e antropometristas e retreinamento dos mesmos.

4.3.1 Desfecho: diversidade alimentar mínima

Para investigar o consumo alimentar da criança foi aplicado à mãe um questionário estruturado, que incluía perguntas sobre as práticas de alimentação nas últimas 24 horas. O questionário foi construído contendo diferentes alimentos, sendo eles: leite, iogurte, mingau, queijos, frutas frescas e suco de frutas, suco industrializado, refrigerante, legumes e verduras cozidos, feijão ou outros grãos, proteínas (carne, frango, peixe, ovo), pão, biscoitos e salgados fritos, hambúrguer e embutidos, doces, balas e guloseimas.

A OMS chama a atenção para importância da vitamina A e do ferro na alimentação infantil, visto que esses nutrientes são marcadores do crescimento e desenvolvimento infantil e a ingestão insuficiente desses micronutrientes nesta população é reconhecida como um problema de saúde pública (BRASIL, 2019a). Por isso, esses alimentos foram classificados em um grupo a parte, denominado “frutas e legumes ricos em vitamina A”, fizeram parte desse grupo as frutas manga, mamão e goiaba; e os legumes cenoura, abóbora e batata doce.

Os alimentos consumidos pelas crianças no dia anterior à pesquisa foram classificados com base nos sete grupos alimentares propostos pela OMS (WHO, 2007), sendo eles: grãos, tubérculos e raízes; leguminosas e nozes; produtos lácteos; carnes; ovos; frutas e legumes ricos em vitamina A e outras frutas e legumes. O desfecho “diversidade alimentar insatisfatória” foi tratado de forma binária, com as respostas categorizadas em: 0 = a criança recebeu 4 ou mais

grupos de alimentos pelo menos uma vez nas últimas 24 horas; 1 = a criança recebeu menos de quatro desses grupos de alimentos.

4.3.2 Desfecho: consumo de alimentos ultraprocessados

Para investigar o consumo de AUP pelas crianças participantes do estudo, os alimentos presentes no questionário estruturado foram divididos de acordo com seu grau de processamento com base na classificação de Monteiro e colaboradores que inclui itens sobre o consumo de 4 categorias de alimentos: *in natura* ou minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e AUP (MONTEIRO *et al.*, 2010).

O instrumento questiona sobre o consumo de 11 itens de AUP: suco industrializado (concentrado, pó ou de caixa); mate ou guaraná natural; refrigerantes; iogurte ou iogurte *petit suisse*; macarrão instantâneo; margarina; biscoito doce ou salgado; salgadinhos de pacote; doces, balas, pirulitos e outras guloseimas; doces a base de leite como sorvete, pudim e flan; e carnes processadas, como *nugget*, hambúrguer, salsicha e linguiça.

A partir do número de itens registrados ao dia, foi possível encontrar o escore de oferta de AUP. A partir desse escore, as respostas foram categorizadas em 0= a criança consumiu de 0 a 4 AUP e 1= a criança consumiu ≥ 5 AUP, considerando-se o consumo de a partir de 5 alimentos ao dia, como alto.

4.3.3 Desfecho: alimentação inadequada da criança

A alimentação da criança foi considerada inadequada quando a diversidade alimentar foi insatisfatória e/ou quando o consumo de AUP foi considerado alto.

4.3.4 Exposição central: Violência entre parceiros íntimos

O estudo investigou como exposição central a violência entre parceiros íntimos. Para a obtenção de dados referentes à VPI foi utilizada a versão em português do instrumento *Conflict Tactics Scales – CTS-2*. A CTS2 é um instrumento elaborado especificamente para identificar a violência entre os casais que tenham ou tiveram um relacionamento íntimo nos 12 meses anteriores à entrevista. Esse instrumento se propõe a mensurar as estratégias utilizadas pelos parceiros para resolver possíveis desavenças, dentre elas o uso da violência. O questionário foi aplicado por meio de entrevistas (MORAES; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2002). O

instrumento é composto por oitenta e duas questões que identificam 5 táticas para lidar com conflitos, são elas:

- a) Negociação: definida como ações tomadas para resolver um desacordo através da argumentação.
- b) Agressão psicológica: definida como o uso de atos verbais e não verbais que machucam simbolicamente o outro, ou o uso de ameaças para ferir o outro.
- c) Agressão física: definida como o uso de força física contra outra pessoa como meio de resolver conflitos.
- d) Coerção sexual: definida como um comportamento que visa obrigar o parceiro a praticar atividade sexual indesejada. A escala de coerção destina-se a cobrir uma série de atos coercitivos, desde a insistência verbal até a força física.
- e) Injúria: essa escala mede a lesão física infligida pelo parceiro, indicada por dano ósseo ou nos tecidos, necessidade de atenção médica ou dor durante um dia ou mais.

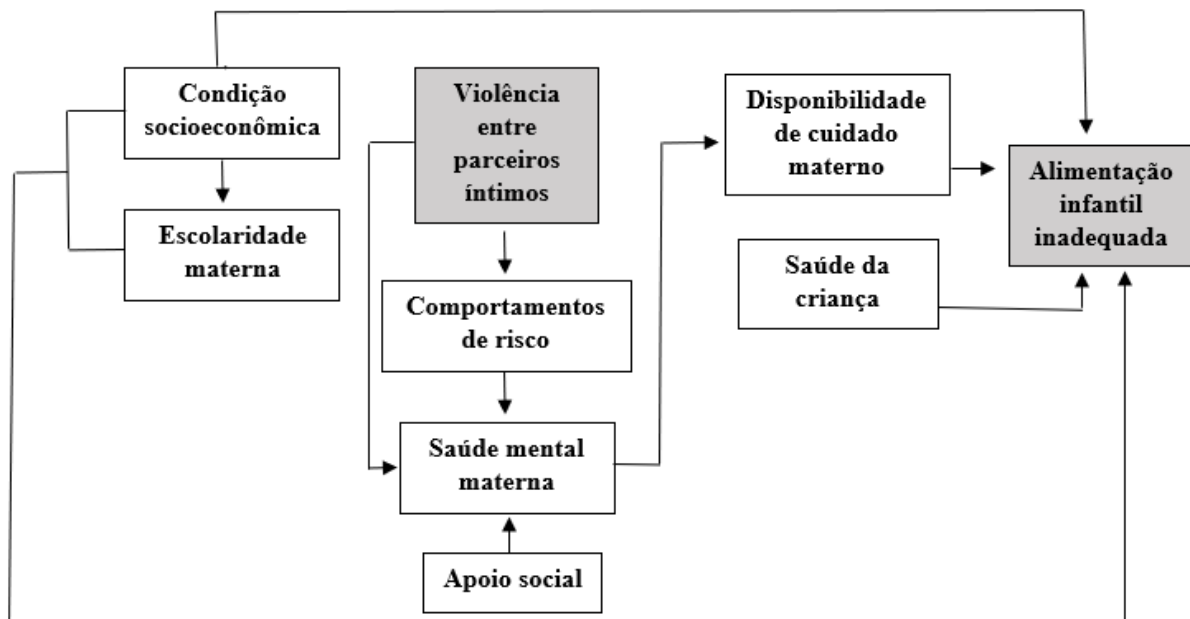
Foram apreciados os relacionamentos do homem em relação à mulher e o recíproco. Para avaliar as escalas de agressões psicológica, física menor e física grave nos últimos 12 meses, foram propostas as seguintes opções de resposta: não aconteceu, aconteceu uma vez e aconteceu mais de uma vez.

A violência entre parceiros íntimos (VPI) foi classificada como presente nos casos em que as mulheres responderam positivamente a pelo menos um dos itens de qualquer escala de agressão, como vítima ou perpetradora. Já a violência contra mulher (VCM) foi classificada como presente nos casos em que as mulheres responderam a pelo menos um dos itens de qualquer escala de agressão como vítimas.

4.3.5 Modelo teórico e apresentação das co-variáveis

O modelo teórico foi construído a priori com base na revisão da literatura e em estudos prévios que sugerem que a alimentação inadequada em crianças resulta de uma combinação de fatores, incluindo a violência entre parceiros íntimos, que pode influenciar na saúde mental materna e assim, na disponibilidade de cuidado materno, e conseqüentemente em uma ingestão inadequada de alimentos, como representado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo teórico subjacente à relação entre VPI e alimentação infantil inadequada.
Dimensão distal Dimensão intermediária Dimensão proximal Desfecho



Fonte: o autor, 2020.

Segundo o modelo acima foram ainda investigadas possíveis covariáveis referentes a responsável, à criança e ao ambiente em que vivem que podem interferir na alimentação infantil, como:

- Condição socioeconômica, representada pelas condições de moradia que foram verificadas com o auxílio de um sistema de escores (REICHENHEIM; HARPHMAN, 1990) e classificadas em inadequadas (escore < 9) ou adequadas (escore \geq 9) de acordo com características relacionadas ao domicílio (aglomeração, material de construção da habitação, saneamento interno, abastecimento de água, luz elétrica, e tipo de recolhimento do lixo);
- Escolaridade materna, representada pela escolaridade formal da mãe, medida por meio da pergunta sobre o nível escolar: até Ensino Fundamental até a 8ª série; Ensino Médio – do 1º até o 3º ano; ou Ensino Superior.
- Saúde mental materna, para avaliar essa variável foi utilizada a versão adaptada para o português do *General Health Questionnaire* com 12 itens (MARI; WILLINS, 1985). Este instrumento tem como período de referência as duas semanas anteriores ao preenchimento do questionário e reflete sentimentos de depressão e ansiedade, incapacidade de lidar com situações habituais e falta de confiança. Cada item contém quatro opções de resposta, sendo que as duas primeiras consideram a experiência recente do participante em relação a um sintoma ou comportamento particular como ausentes

(0 ponto atribuído) e as duas últimas como presentes (1 ponto atribuído). Assim, após o somatório dos pontos atribuídos às respostas de cada item, obtém-se uma escala de zero a 12 pontos possíveis. A saúde mental materna foi classificada da seguinte forma: presença de transtornos mentais comuns, definida a partir do ponto de corte de ≥ 3 respostas positivas; presença de transtornos mentais mais graves, identificada pelo ponto de corte de ≥ 5 respostas positivas; ou presença de sintomas de depressão utilizando-se o ponto de corte de ≥ 9 itens positivos (OZDEMIR; REMAKI, 2007).

- d) Apoio social, para avaliar essa variável utilizou-se a escala adotada no *Medical Outcomes Study* (SHERBOURNE; STEWART, 1991), adaptada para o português (GRIEP *et al.*, 2005), que inclui 19 itens com cinco dimensões de apoio social autopercebido: material, emocional, afetivo, de informação e de interação social positiva. As opções de resposta receberam uma pontuação de um (nunca) a cinco (sempre). A soma dos pontos obtidos em cada dimensão foi dividida pelo escore máximo 40 possível para a mesma dimensão. O resultado dessa razão foi multiplicado por 100. Uma variável global foi obtida para cada cuidador, a partir da soma dos escores de cada uma das dimensões, dividida por cinco (total de dimensões), sendo dicotomizada em <80 (insatisfatório) e ≥ 80 (satisfatório).
- e) Mau uso de álcool, para avaliar o mau uso de álcool pela mulher foi utilizado o instrumento TWEAK (*Tolerance Worry Eye-opener Amnesia/black-out Cut-down*) (RUSSEL *et al.*, 1996), esse instrumento possui cinco itens que avaliam o uso inadequado de álcool. Considerando mau uso de álcool o ponto de corte de duas ou mais respostas positivas. Já para avaliar o mau uso de álcool pelo companheiro, foi utilizado o instrumento CAGE (*cutdown; 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 de dados

Os questionários foram checados e codificados pelas supervisoras da pesquisa e foram digitados (dupla digitação) por bolsistas e mestrandos, entre julho e outubro de 2018. Foi utilizado o programa EpiData®, versão 3.1 para o armazenamento dos dados digitados.

O programa utilizado para análise dos dados foi o Stata versão 15.0. A estratégia de análise se iniciou com o cálculo das prevalências das características das crianças e das mães, e

das variáveis de exposição central (exposição da criança a violência entre o casal), variáveis de confundimento e desfechos (diversidade alimentar insatisfatória e alto consumo de AUP). Posteriormente, por meio de modelos de regressão logística (desfecho dicotômico) para estimar razões de chances brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, foram verificadas as associações da violência entre parceiros íntimos e da violência contra mulher com o elevado consumo de AUP. As variáveis descritas no modelo teórico foram consideradas potenciais variáveis de ajuste. Foi adotado o p-valor $\leq 0,05$ como indicativo de significância estatística.

4.5 Questões éticas

A pesquisa *Violência familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância* foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro e aprovação via Plataforma Brasil sob o protocolo de nº 1068427.

O ingresso no estudo foi feito mediante assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido e de um termo de assentimento esclarecido, para os menores de idade (ANEXO A).

Respeitando-se a legislação vigente, na possibilidade de haver mães/cuidadoras expostas à violência contra mulher, todas as mulheres entrevistadas receberam antes da entrevista folders com endereços de instituições que prestam atendimento às vítimas de violência doméstica.

4.6 Financiamento

A pesquisa maior da qual o presente trabalho faz parte, foi realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através de duas Bolsas de Doutorado (Código de Financiamento 001) e Bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior (Processo nº 88881.134357/2016-01) direcionadas à dois membros da equipe da pesquisa.

Além disso, o presente trabalho foi realizado com o apoio da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) através da Bolsa de Mestrado.

5 RESULTADOS

As características sociodemográficas das crianças e de suas responsáveis são apresentadas na Tabela 1. Das crianças participantes do estudo 53,4% eram do sexo masculino e a média de idade foi de 4,5 anos. Em relação as características das responsáveis pelas crianças, observa-se que cerca de metade delas estudou até o ensino médio e quase 17% das famílias viviam em condições de moradia consideradas inadequadas.

Ainda na Tabela 1, é possível perceber que mais de 50% das mulheres apresentaram algum tipo de transtorno mental. Quase 35% das mulheres apresentavam apoio social insatisfatório. Quanto ao mau uso de álcool, 29,5% e 31,5% das mulheres e seus companheiros apresentavam esta condição, respectivamente.

Tabela 1 - Características da população de estudo, Rio de Janeiro, 2015/2017.

Características	N*	%	IC (95%)
Sexo da criança			
Masculino	79	53,4	45,2-61,3
Feminino	69	46,6	38,6-54,7
Estado conjugal da responsável pela criança			
Vive com companheiro, pai da criança	107	77,0	69,1-83,2
Vive com companheiro, padrasto da criança	16	11,5	7,1-18,0
Não vive com companheiro há menos de um ano	6	4,3	1,9-9,3
Tem namorado há mais de um ano	4	2,9	1,0-7,5
Tem namorado há menos de um ano	6	4,3	1,9-9,3
Escolaridade da mulher			
Ensino Fundamental II – até a 8ª série	42	29,0	22,1-36,9
Ensino Médio – do 1º até o 3º ano	78	53,8	45,5-61,8
Ensino Superior	25	17,2	11,8-24,3
Apoio social da mulher			
Satisfatório	91	65,5	57,0-72,9
Insatisfatório	48	34,5	27,0-42,9
Saúde mental da mulher			
Sem presença de transtornos mentais	67	47,5	39,3-55,8
Presença de transtornos mentais comuns	35	24,8	18,3-32,7
Presença de transtornos mentais graves	31	21,9	15,8-29,6
Presença de sintomas depressivos	8	5,7	2,8-11,0
Condição socioeconômica da família			
Adequada	114	83,2	75,8-88,6
Inadequada	23	16,8	11,3-24,1
Mau uso de álcool			
Pela mulher	18	13,8	8,8-21,0
Pelo companheiro	16	25,4	15,9-37,8

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

A tabela 2 descreve o consumo infantil dos sete diferentes grupos alimentares propostos pela OMS, nas últimas 24 horas. Observa-se que o grupo de cereais, raízes e tubérculos foi o

mais consumido entre as crianças (97,16%), seguido pelo grupo de laticínios (94,5%). Em relação aos ovos e frutas e legumes ricos em vitamina A, 23,8% e 44,8% das crianças consumiram esses alimentos no período de referência, respectivamente.

Tabela 2 -Frequência de consumo de cada grupo alimentar pelas crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.

Grupo alimentar	N	%	IC 95%
Grupo de laticínios	129	94,5	88,9-97,4
Grupo de ovos	130	23,8	17,2-32,0
Grupo de frutas e legumes ricos em vitamina A	125	44,8	36,2-53,7
Grupo de outras frutas e legumes	126	79,3	71,2-85,6
Grupo de cereais, raízes e tubérculos	127	97,6	92,8-99,2
Grupo de carnes e vísceras	131	89,3	82,6-93,6
Grupo de leguminosas	131	87,0	80,0-91,8

A tabela 3 apresenta a frequência que cada AUP foi consumido pelas crianças participantes nas últimas 24 horas. Observando a tabela é possível perceber que dos 11 itens questionados, os biscoitos doces ou salgados foram os AUP de maior consumo, cerca de 80% das crianças consumiram esses alimentos no dia anterior à entrevista. Os iogurtes ou produtos tipo *petit suisse* e a margarina também foram alimentos amplamente consumidos, sendo consumidos por mais de 60% das crianças. Os sucos industrializados (como concentrado, de caixinha ou em pó) foram consumidos por mais da metade das crianças. Já o macarrão instantâneo foi o alimento de menor consumo nesta população, sendo consumido por cerca de 3% das crianças. Analisando os dados foi observado que 99,2% das crianças consumiram pelo menos 1 item de AUP/dia e mais da metade das crianças (51,9%) consumiu algum tipo de bebida açucarada no dia anterior. A média de consumo de AUP foi de 4 alimentos/por dia (resultados não apresentados na tabela).

Tabela 3 - Frequência de consumo de AUP/dia pelas crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.

Alimentos ultraprocessados	N**	%	IC 95%
Iogurtes*	131	63,4	54,6-71,2
Suco industrializado	129	54,3	45,5-62,7
Refrigerante	131	25,2	18,4-33,4
Mate/guaraná natural	131	26,7	19,7-35,0
Macarrão instantâneo	131	3,1	01,1-07,9
Alimentos embutidos	131	32,1	24,5-40,6
Doces a base de leite	131	14,5	09,3-21,7
Biscoito doce ou salgado	130	79,2	71,2-85,4
Salgadinhos de pacote	130	24,6	17,8-32,8
Bala/pirulito/guloseimas	130	44,6	36,2-53,3
Margarina	131	60,3	51,5-68,4

Legenda: *inclui iogurte *petit suisse*

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

A tabela 4 apresenta informações sobre os desfechos estudados. A diversidade alimentar mínima, segundo a classificação da OMS, se mostrou satisfatória para quase 97% das crianças, impossibilitando as análises de associação utilizando esse desfecho (N=4). Já em relação ao consumo de AUP, em média 45% das responsáveis relataram consumo de 5 ou mais AUP pela criança no período de referência.

Tabela 4 - Descrição do consumo da diversidade alimentar mínima da população e do consumo de alimentos ultraprocessados.

Variáveis de desfecho	N*	%	IC95%
Diversidade alimentar mínima satisfatória (OMS)			
Sim	116	96,7	91,3-98,7
Não	4	3,3	1,2-8,6
Consumo de alimentos ultraprocessados			
De 0 a 4 alimentos	70	55,5	46,6-64,1
≥ 5 alimentos	56	44,5	35,9-53,3

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

As informações sobre as táticas de conflitos utilizadas entre os parceiros íntimos são apresentadas na tabela 5. Observando a tabela é possível perceber que cerca de 80% e 33% dos casais utilizaram da agressão psicológica menor e grave para resolver seus conflitos, respectivamente. Quase 25% dos respondentes relataram a presença de violência física, sendo considerada grave em 15% dos relacionamentos. A injúria global (menor e maior), que mede a lesão física infligida pelo parceiro (a), demonstrou-se presente em cerca 15% dos relacionamentos. A tabela 5 também apresenta informações sobre violência contra mulher perpetrada pelo parceiro íntimo. A agressão psicológica menor e grave contra a mulher estava presente em cerca de 60% e 20% dos relacionamentos. Em relação a violência física, 13% das mulheres relataram já ter sofrido uma agressão física menor por parte de seus parceiros e quase 8% relataram já ter sido vítima de violência grave. A injúria menor se mostrou presente em 10% das respostas.

Tabela 5 - Frequência das táticas de conflitos utilizadas entre parceiros íntimos referidas por mulheres atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017

Tipos de violência	Violência entre parceiros íntimos			Violência contra mulher perpetrada pelo parceiro íntimo		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Agressão psicológica menor						
Ausente	24	19,8	13,5-28,0	45	37,2	28,9-46,2
Presente	97	80,2	71,9-86,4	76	62,8	53,7-71,0
Agressão psicológica grave						
Ausente	81	67,5	58,5-75,3	98	81,7	73,5-87,6
Presente	39	32,5	24,6-41,4	22	18,3	12,3-26,4
Agressão psicológica global						

Tabela 5 - Frequência das táticas de conflitos utilizadas entre parceiros íntimos referidas por mulheres atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017

Tipos de violência	Violência entre parceiros íntimos			Violência contra mulher perpetrada pelo parceiro íntimo		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
Ausente	23	19,2	13,0-27,3	41	34,2	26,1-43,2
Presente	97	80,8	72,6-86,9	79	65,8	56,7-73,8
Agressão física menor						
Ausente	94	77,7	69,2-84,3	105	86,8	79,3-91,7
Presente	27	22,3	15,6-30,7	16	13,2	8,2-20,6
Agressão física grave						
Ausente	103	85,1	77,4-90,4	112	92,6	86,2-96,1
Presente	18	14,9	9,5-22,5	9	7,4	03,8-13,7
Agressão física global						
Ausente	91	75,2	66,6-82,1	104	86,0	78,4-91,1
Presente	30	24,8	17,8-33,3	17	14,1	08,8-21,5
Injúria menor						
Ausente	105	86,8	79,3-91,7	109	90,0	83,2-94,3
Presente	16	13,2	8,2-20,6	12	10,0	05,6-16,7
Injúria grave						
Ausente	117	97,5	92,4-99,2	120	100,0	-
Presente	3	2,5	0,7-7,5	0	0	-
Injúria global						
Ausente	103	85,8	78,2-91,0	109	90,0	83,2-94,3
Presente	17	14,2	08,9-21,7	12	10,0	05,6-16,7

A Tabela 6 traz informações sobre os fatores associados ao alto consumo de AUP. Dentre as variáveis analisadas apenas o apoio social satisfatório mostrou-se um fator de proteção estatisticamente significativo contra o alto consumo infantil de AUP.

Tabela 6 - Associação entre o alto consumo de AUP (≥ 5 alimentos) e cada covariável

	Alto consumo de alimentos ultraprocessados		
	OR	IC (95%)	p-valor
Condição socioeconômica	1,338	0,498-3,594	0,563
Escolaridade materna	0,846	0,609-1,175	0,319
Saúde mental materna	0,839	0,578-1,218	0,357
Apoio social	0,433	0,197-0,949	0,037
Mau uso de álcool pela mãe	1,599	0,548-4,661	0,390
Mau uso de álcool pelo companheiro	1,472	0,418-5,182	0,546

A Tabela 7 apresenta os resultados das análises brutas e ajustadas da associação entre violência entre parceiros íntimos e elevado consumo de AUP pelas crianças participantes desse estudo. Observa-se que nas análises brutas todas as formas de violência psicológica aumentaram em mais de 2 vezes as chances de um alto consumo de AUP pela criança, no entanto, somente a violência psicológica maior se mostrou significativamente associada. Após ajuste pelas covariáveis, essa associação foi ainda maior, sendo significativa tanto para a violência psicológica maior, quanto para a menor.

Tabela 7 - Análises brutas e ajustadas: diferentes formas de violência entre parceiros íntimos e alto consumo de alimentos ultraprocessados (≥ 5 alimentos) em crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.

VPI	Análises Brutas			Análises Ajustadas*		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Psicológica menor	2,763	0,973- 7,844	0,056	4,662	1,177-18,462	0,028
Psicológica maior	2,969	1,237-7,125	0,015	6,302	1,837-21,613	0,003
Psicológica global	2,512	0,878-7,187	0,086	3,852	0,986-15,050	0,052
Física menor	0,899	0,348-2,320	0,826	0,979	0,335-2,858	0,970
Física maior	1,314	0,437- 3,945	0,626	2,081	0,568-7,627	0,268
Física global	1,021	0,415-2,534	0,956	1,253	0,450-3,491	0,665
Injúria menor	1,807	0,591- 5,522	0,299	2,982	0,780-11,401	0,110
Injúria maior	1	omitido	-	1	omitido	-
Injúria global	1,769	0,578-5,409	0,317	2,924	0,765-11,177	0,117

*Legenda: ajustada por condição socioeconômica, escolaridade materna, saúde mental materna, apoio social e mau uso de álcool pela mãe.

Ainda na Tabela 7 é possível notar que todas as formas de violência física e injúria menor também foram associadas com o elevado consumo de AUP, antes e após o ajuste, no entanto, essa associação não foi significativa. A violência física menor, teve um pequeno efeito protetor para o alto consumo de AUP, no entanto os resultados não foram significativos.

Observando a Tabela 8 é possível perceber que mesmo após ajuste, todas as formas de violência psicológica contra a mulher aumentaram em mais de 2 vezes as chances da criança ter um elevado consumo de AUP, sendo essa associação significativa. Nota-se também que a violência psicológica maior apresentou uma magnitude maior do que a violência psicológica menor, indicando um possível efeito dose-resposta. Já em relação as outras formas de violência contra mulher, todas mostraram uma associação positiva com o elevado consumo de AUP, antes e após ajuste, no entanto, nenhuma foi estatisticamente significativa.

Tabela 8 - Análises brutas e ajustadas: diferentes formas de violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo e alto consumo de alimentos ultraprocessados (≥ 5 alimentos) em crianças atendidas na Clínica da Família de Del Castilho, Rio de Janeiro, 2015/2017.

Violência contra a mulher	Análises Brutas			Análises ajustadas*		
	OR	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
Psicológica menor	2,482	1,063- 5,798	0,036	3,433	1,147- 10,265	0,027
Psicológica maior	3,952	1,300- 12,014	0,015	4,663	1,284-16,932	0,019
Psicológica global	2,578	1,085-6,124	0,032	3,477	1,155-10,464	0,027
Física menor	1,337	0,415- 4,300	0,626	2,051	0,494-8,513	0,322
Física maior	1,113	0,262-4,731	0,884	1,348	0,220-8,239	0,746
Física global	1,121	0,362-3,469	0,842	1,543	0,404-5,894	0,525
Injúria menor	1,112	0,335-3,736	0,855	1,569	0,338-7,283	0,565
Injúria maior	1	omitido	-	1	Omitido	-
Injúria global	1,112	0,335-3,736	0,855	1,569	0,338-7,283	0,565

*ajustada por condição socioeconômica, escolaridade materna, saúde mental materna, apoio social e mau uso de álcool pela mãe.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que mesmo após o ajuste pelas covariáveis, é possível observar que as crianças que foram expostas à violência psicológica entre parceiros íntimos e contra mulher tinham pelo menos duas vezes mais chances de apresentarem um elevado consumo de AUP. Estudos sugerem que situações de estresse, como a violência, podem comprometer a disponibilidade da mãe de cuidar da criança, e conseqüentemente da sua alimentação (LEVENDOSKY; LYNCH; GRAHAM-BERMANN, 2000; YOUNT; DIGIROLAMO; RAMAKRISHNAN, 2011).

Esse cenário de disponibilidade de cuidado materno prejudicado ainda é agravado pela nossa sociedade que designa à mulher o papel de principal, e muitas vezes, única cuidadora do lar e dos filhos, além da necessidade de trabalhar fora para ajudar no orçamento doméstico. Essa sobrecarga somada aos episódios de violência, podem transformar a tarefa de maternagem em uma árdua atividade, prejudicando assim o cuidado com a criança (LOURENÇO; DESLANDES, 2008).

Em relação a violência entre o casal, a maioria dos casais demonstraram se agredirem psicologicamente, quase 81% das respondentes relataram ter vivido pelo menos um episódio de violência psicológica nos últimos 12 meses, como vítima ou perpetradora, sendo o tipo violência de maior prevalência nessa população. Esse resultado corrobora com os encontrados em outros estudos que também constataram que a violência psicológica está presente em quase todos os relacionamentos íntimos. Colossi e colaboradores (2015) também utilizou a CTS-2 para investigar a violência conjugal em casais que eram oficialmente casados ou coabitavam, residentes da região metropolitana de Porto Alegre e encontrou uma prevalência de mais de 80% para violência psicológica menor. Vianna (2018) investigou a presença de violência entre o casal, nos doze meses anteriores, através do instrumento *Conflict Tactics Scales – Form R* (CTS-1) e constatou que quase todas as mulheres relataram o uso da argumentação, mas também atos de agressão verbal/psicológica entre o casal em momentos de conflito.

A violência física também esteve presente nesta população, 22,3% das mulheres relataram violência física menor nos últimos 12 meses, e cerca 15% relatou atos graves de violência, esse resultado corrobora com outros estudos que também identificaram taxas significativas de violência física entre casais. Vianna (2018) encontrou prevalência de violência física de cerca de 33%, sendo grave em 17% dos relacionamentos. Já Lindner e colaboradores (2015) investigaram a prevalência de violência física por parceiro íntimo em mulheres e homens adultos em qualquer momento de suas vidas, em uma amostra de base populacional, em

Florianópolis, e encontrou taxas de 17%, 16,6% e 7,3%, para qualquer violência física, violência física moderada e grave, respectivamente.

Neste estudo, as prevalências de vitimização da mulher pelo parceiro foram cerca de 66%, 14%, 10% para violência psicológica global, física global e injúria global, respectivamente. Esses resultados estão de acordo com outros estudos que buscaram descrever a prevalência de violência contra mulher no Brasil. Bhone e colaboradores (2019), em estudo realizado em Minas Gerais, encontraram uma taxa de vitimização da mulher pelo parceiro de 48,1% para violência psicológica, 10,81% para violência física e 4,67% para injúria, no entanto, o estudo investigou apenas os 3 meses anteriores a data da entrevista, o que pode justificar as taxas de violência um pouco mais baixas.

As diferenças nas populações estudadas, nos instrumentos de aferição utilizados, no período de referência investigado e até mesmo na classificação da violência, podem gerar resultados divergentes e dificultam a comparação entre os estudos. No entanto, mesmo com diferenças metodológicas, os estudos têm apontado que a magnitude da violência, tanto entre casais, quanto contra mulher é alta, soma-se a isso o fato da violência desencadear sérias consequências para saúde da vítima e de seus filhos. Portanto, são necessários esforços para combater a resolução de conflitos de forma violenta, incentivando o diálogo e a cultura da paz.

Em relação a diversidade alimentar, 96,7% das crianças deste estudo apresentaram uma diversidade alimentar satisfatória. Um estudo realizado em Madagascar, com crianças de 6 a 59 meses, também utilizou os 7 grupos alimentares propostos pela OMS e encontrou uma prevalência de 62,7% de diversidade alimentar satisfatória em crianças acima de 36 meses, em crianças mais novas essa prevalência de diversidade alimentar satisfatória se mostrou um pouco menor (RAKOTONIRAINY *et al.*, 2018). Já no Brasil, um estudo realizado em Pelotas, com pré-escolares de 2 a 5 anos, avaliou a variedade dieta através do instrumento índice de alimentação saudável adaptado para o Brasil e evidenciou que 57,4% das crianças consumiram 8 ou mais diferentes grupos de alimentos em um dia, sendo considerado uma variedade da dieta satisfatória (LEAL *et al.*, 2015). Como as crianças participantes do presente estudo são acompanhadas por uma unidade básica de saúde é possível que as responsáveis tenham maior informação e conhecimento nutricional, o que favorece escolhas alimentares mais saudáveis, resultando em uma diversidade alimentar mais variada quando comparada a outros estudos. Além disso, o estudo conduzido em Pelotas utilizou um maior número de grupos alimentares, o que possivelmente influenciou na menor prevalência de diversidade alimentar satisfatória.

Foi observado um consumo considerável de leite e derivados, já que 94,5% das crianças consumiram algum alimento desse grupo no dia anterior. Esse achado corrobora com estudo

feito por Leal e colaboradores (2015) que encontrou que 81,1% das crianças de 2 a 5 anos atingiram a recomendação diária de consumo para esse grupo. Outro estudo realizado com a mesma faixa etária na Paraíba, também evidenciou que mais de 80% das crianças consumiam leite diariamente (CAGLIARI *et al.*, 2009).

Em relação aos AUP, destaca-se seu alto consumo entre as crianças deste estudo. O consumo alimentar de mais de 5 AUP por dia foi observado por quase metade da população, esse consumo não está de acordo com às recomendações do Guia alimentar para população brasileira, que propõe evitar o consumo de alimentos ultraprocessados e priorizar o consumo de alimentos *in natura* (BRASIL, 2014). No entanto, os achados obtidos no grupo avaliado são compatíveis com outras investigações realizadas no Brasil. Um estudo realizado com crianças de 2 a 10 anos, que procuraram atendimento numa Unidade Básica de Saúde em Porto Alegre, Sul do Brasil, mostrou que em média 47% da energia consumida no dia anterior pelas crianças, era proveniente de AUP (SPARRENBERGER *et al.*, 2015).

No presente estudo, alguns dos AUP mais consumidos pelas crianças foram os biscoitos doces ou salgados, iogurtes, incluindo os do tipo *petit suisse*, margarina e bebidas açucaradas. Alguns desses alimentos aparecem também entre os mais consumidos em outros estudos, por exemplo, Leal e colaboradores (2015) evidenciaram que 99,6% das crianças em idade pré-escolar consumiram mais de uma porção de açúcares, balas, chocolates ou salgadinhos por dia. Gomes e colaboradores (2017) também estudaram o consumo de AUP em pré-escolares e encontrou que os iogurtes de frutas, suco artificial em pó, refrigerantes, salgadinhos de pacote e biscoito recheado estavam entre os AUP mais consumidos.

Essa concordância entre os alimentos mais consumidos pelas crianças pode ser explicada pela forte atuação das grandes indústrias de AUP na mídia, que influencia de forma negativa as preferências alimentares, com investimentos significativos em propagandas voltadas para o público infantil e também fisicamente através de embalagens atrativas e brindes em redes de *fast foods* (HENRIQUES; DIAS; BURLANDY, 2014). Esse cenário é agravado devido ao foco das propagandas na valorização do produto e não nas suas informações nutricionais, o que dificulta a compreensão dos consumidores sobre as implicações do consumo de tal alimento (MARINS; ARAÚJO; JACOB, 2011).

Silva e colaboradores (2019) encontraram uma associação positiva entre elevado consumo de AUP e maior poder aquisitivo das famílias de crianças pré-púberes. No presente estudo, 83% das famílias possuíam uma condição socioeconômica considerada adequada, no entanto, apesar dos resultados terem mostrado que a condição socioeconômica adequada aumenta em 1,3 as chances de elevado consumo de AUP, essa associação não foi significativa. Essa falta de

significância estatística pode ter sido influenciada pelo instrumento utilizado para classificar a condição socioeconômica da população, que verifica somente as características do domicílio, o que pode não expressar fielmente a condição socioeconômica da família. O pequeno tamanho amostral também deve ser considerado.

Visto que o consumo de AUP tem sido associado a diversos problemas de saúde, a prevalência de consumo de 5 ou mais AUP por cerca de 45% da população é preocupante. Soma-se a isso, o fato do questionário utilizado para registrar o consumo ter sido estruturado com uma lista restrita de 11 itens, o que pode subestimar o real consumo desses alimentos (ANJOS; SOUZA; ROSSATO, 2009).

A relação entre exposição a violência e alimentação inadequada parece ser bidirecional. Um estudo realizado nos Estados Unidos com uma amostra de quase 50 mil crianças, aponta a insegurança alimentar como um fator de risco para testemunhar a violência no lar. Seus resultados demonstram que crianças que vivem em lares com insegurança alimentar, seja por falta de alimentos em geral ou falta de uma alimentação saudável, têm maior chance de testemunhar violência física entre os responsáveis. Esse estudo relata também que apesar da saúde mental e do abuso de substâncias pelos responsáveis estarem associados com a violência entre parceiros, a insegurança alimentar por si só está significativamente associada ao testemunho da violência pela criança, pois o estresse causado pelo abastecimento alimentar limitado pode desencadear situações de violência (JACKSON; JOHNSON; VAUGHN, 2019). Além disso, as vítimas de insegurança alimentar são mais propensas a permanecer em uma relação abusiva devido a dependência na aquisição dos alimentos (DIAMOND-SMITH *et al.*, 2019).

Esse estudo não está isento de limitações, primeiramente a natureza transversal do estudo impossibilita inferir sobre a causalidade da questão. O viés de informação e o viés recordatório, condicionados ao autorrelato da ocorrência de episódios de violência, devem ser considerados, pois podem subestimar as prevalências e associações. Além disso, os diferentes instrumentos para aferição e as diferenças de classificação das variáveis estudadas podem dificultar a comparação das prevalências entre diferentes estudos.

Além disso, o instrumento utilizado para avaliar a diversidade alimentar infantil apresenta fragilidades, primeiramente, tal instrumento não leva em consideração os grupos que foram consumidos dentre os 7 que foram propostos, assim, não há como saber, por exemplo, se houve consumo de uma fonte de proteína animal, o que dificulta a avaliação da qualidade da dieta. Outra fragilidade é a faixa etária utilizada no presente estudo, o indicador da OMS foi inicialmente proposto para avaliar a alimentação de crianças pequenas (de 6 a 23 meses), as

crianças participantes deste estudo são mais velhas, e possivelmente já foram apresentadas a uma variedade de alimentos maior que as crianças menores, logo, a utilização desse instrumento pode ter subestimado o real consumo de alimentos dessas crianças. No entanto, vale pontuar que a adequação de micronutrientes e uma dieta variada, permanecem sendo importantes contribuintes para o crescimento e desenvolvimento saudável mesmo em crianças mais velhas.

A originalidade do tema, merece destaque. Os resultados apresentados chamam atenção para a necessidade de preparo de profissionais e políticas de saúde que sejam sensíveis a violência entre parceiros íntimos, e que estejam aptos a identificar a violência e agir, oferecendo apoio às vítimas para enfrentar a situação. O que beneficiaria também as gerações futuras, pois além de diminuir as chances de vitimização/perpetração nos anos seguintes, visto caráter intergeracional da violência, levaria a uma melhora na alimentação e nutrição infantil.

Por fim, ressalta-se a importância de estudos futuros, que auxiliem no aprofundamento da compreensão da relação entre violência entre parceiros e consumo alimentar infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação reforça estudos anteriores que indicam que a resolução de conflitos de forma violenta entre parceiros é um evento prevalente, além de apresentar uma associação positiva entre a presença de violência nos relacionamentos e alimentação inadequada na infância, especificamente o elevado consumo de AUP.

Esse trabalho aponta para a importância de estratégias que tenham ênfase na incorporação de hábitos alimentares saudáveis, estimulando a redução do consumo de produtos ultraprocessados e introdução de alimentos *in natura* na rotina alimentar das famílias. Para isso, faz-se necessário ações de educação nutricional direcionadas principalmente para os responsáveis, que proporcionem as informações e conhecimentos que são necessários para escolhas alimentares conscientes e saudáveis, visando melhorar as condições de vida e saúde das crianças.

Uma possível estratégia é promover espaços de confiança e acolhimento, como clínicas da família e até mesmo o ambiente escolar, para abordar ambos os temas, alimentação saudável e violência familiar, através de oficinas, grupos de apoio e palestras que estimulem o debate sobre a importância da alimentação saudável desde os primeiros anos de vida, destacando também a importância das relações familiares nesses momentos, e abordando o uso de táticas de comunicação não-violenta para lidar com conflitos.

Em relação a estratégias coletivas, investir em políticas eficazes de tributação de AUP é uma opção para elevar o valor de tais produtos e conseqüentemente diminuir seu consumo pela população (FORÇA-TAREFA DE POLÍTICA FISCAL DE SAÚDE, 2019). A regulamentação das propagandas de alimentos industrializados, também é uma importante ferramenta de proteção contra esse consumo, especialmente para o público infantil, que é mais vulnerável aos apelos publicitários (HENRIQUES; DIAS; BURLANDY, 2014). A Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Protetores de Mamilo (NBCAL) é dirigida à comercialização de alimentos e produtos voltados para crianças de até 6 anos, como fórmulas infantis, mamadeiras, bicos, chupetas e protetores de mamilo. Essa legislação proíbe exposições especiais desses produtos em estabelecimentos comerciais, assim como alertas de promoções, brindes, entre outras práticas que estimulem a compra desses produtos. Além disso, deve haver frases que alertem os cuidadores sobre os riscos do uso desses produtos (BRASIL, 2019a).

Como as crianças que possuem entre 3 e 5 anos geralmente frequentam escolas é importante reforçar políticas que promovam uma alimentação saudável e consciente no

ambiente escolar, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) que oferece alimentação adequada e saudável, além de ações de educação alimentar para os estudantes de todas as etapas da educação básica pública (BRASIL, 2009).

O momento atual é crítico e merece atenção especial, devido a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, foram adotadas medidas de combate à doença, dentre elas, o isolamento social (WHO, 2020). Entretanto, tal medida tem severas repercussões negativas para a economia e para a vida em sociedade. Com a necessidade de isolamento social, as taxas de violência doméstica, principalmente contra mulher e crianças, aumentaram em diferentes países, inclusive no Brasil (GALVANI, 2020). O maior tempo de convivência com o agressor e restrição de acesso à uma rede social de apoio, como família, igrejas e até serviços de saúde são fatores que têm contribuído com o aumento das taxas de violência interpessoal (MARQUES *et al.*, 2020).

Esse período é crítico não apenas para os relacionamentos interpessoais, as pessoas estão precisando adaptar também seus hábitos de vida, dentre eles, a alimentação. Apesar do confinamento proporcionar um maior tempo disponível para preparo das refeições e para desenvolver novas habilidades culinárias, esse confinamento pode gerar também uma dificuldade de acesso aos alimentos, principalmente os alimentos frescos. Soma-se a isso, os impactos econômicos gerados pela pandemia, com maiores taxas de desemprego e aumento dos preços dos alimentos, o que pode resultar em uma alimentação de pior qualidade. Além disso, devemos levar em consideração os impactos psicológicos da doença, com consequências na saúde mental da população, que pode acabar influenciando nas escolhas alimentares, com a escolha de alimentos mais calóricos em busca de prazer (RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020).

Portanto, é preciso reforçar e aperfeiçoar políticas que busquem enfrentar esses desafios resultantes do COVID-19, para proporcionar uma melhor qualidade de vida para a população, incluindo a alimentação.

Por fim, o presente estudo foi baseado em um desenho transversal. Pesquisas longitudinais são necessárias para auxiliar no entendimento sobre os processos relacionados à alimentação e à violência familiar, fornecendo informações adicionais sobre as relações causais e aprimorando o conhecimento já disponível sobre o tema, para que estratégias de prevenção à violência sejam traçadas de forma mais eficaz.

Apesar das limitações do estudo, esse trabalho contribui para elucidar a relação entre violência e alimentação infantil.

REFERÊNCIAS

- ANJOS, L.A.; SOUZA, D.R.; ROSSATO, S.L. Desafios na medição quantitativa da ingestão alimentar em estudos populacionais. *Revista de Nutrição*, [s.l.], v. 22, n.1, p.151-161, fev.2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/240770098_Desafios_na_medicao_quantitativa_da_ingestao_alimentar_em_estudos_populacionais. Acesso em: 02 de jul. 2020.
- ASLING-MONEMI, NAVED, PERSSON. Violence against women and the risk of fetal and early childhood growth impairment: a cohort study in rural Bangladesh. *Archives of disease in childhood*, [s.l.], v. 94, n.10, p. 775-779, out. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19224891>. Acesso em: 24 de abr. 2020.
- BEAUCHAMP, G.K.; MENNELLA, J.A. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, [s.l.], v. 48, n. 1, p. 25-30, mar. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19214055>. Acesso em: 04 de junho. 2018.
- BEDI, G.; GODDARD, C. Intimate partner violence: What are the impacts on children? *Australian Psychologist*, [s.l.], v. 42, n.1, p. 66-77, mar. 2007. Disponível em: <https://aps.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1080/00050060600726296>. Acesso em: 14 de maio. 2020.
- BHONA, F.; GEBARA, C.; NOTO, A. R.; VIEIRA, M.; LOURENÇO, L. Socioeconomic Factors and Intimate Partner Violence: A Household Survey. *Trends in Psychology*, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, jan./mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S235818832019000100205&lang=pt. Acesso em: 15 de jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de atenção Básica. nº 8. Série A - normas e manuais técnicos, nº 131). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 11 de jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Manual clínico de alimentação e nutrição na assistência a adultos infectados pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 16 de jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf. Acesso em: 09 de jan. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/11947.htm. Acesso em: 26 de nov. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico. *Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan - Brasil, 2011*, v. 44, n. 9, 2013a. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/BE-2013-44--9---VIVA-SINAN.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/10palimsa_guia13.pdf. Acesso em: 12 de junho. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para população brasileira*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 09 de jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. *Consumo alimentar de crianças até dois anos não é adequado*. Apresenta informações sobre a análise do consumo alimentar de crianças de 6 a 23 meses, 2016. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/51147-consumo-alimentar-de-criancas-ate-dois-anos-nao-e-adequado>. Acesso em 06 de maio. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de alimentação e nutrição. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 10 de jul. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de vigilância em saúde. Boletim epidemiológico. *Violências contra mulheres: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2018*, v. 50, n. 30, out. 2019b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/07/Boletim-epidemiologico-SVS-30.pdf>. Acesso em: 02 de jul. 2020.

BRASIL. Portaria interministerial nº 1.010, de 08 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Brasília. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1010_08_05_2006.html#:~:text=Institui%20as%20diretrizes%20para%20a,e%20privadas%2C%20em%20%C3%A2mbito%20nacional. Acesso em: 15 de set. 2020.

BREIDING, MJ; BLACK, MC; RYAN, GW. Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 U.S. states/territories, 2005. *Annals of epidemiology*, [s.l], v. 18, n. 7, p. 538-544, jul. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18495490>. Acesso em: 11 de jan. 2019.

BREIDING, M.J.; BASILE, K.C.; SMITH, S.G.; BLACK, M.C.; MAHENDRA, R.R. *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0*. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/intimatepartnerviolence.pdf>. Acesso em: 09 de jul. 2019.

BOECKEL, M.G., BLASCO-ROS, C., GRASSI-OLIVEIRA, R., MARTÍNEZ, R. Child abuse in the context of intimate partner violence against women. *Journal of Interpersonal*

Violence, [s.l.], v.29, n. 7, p. 1201-1227, 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260513506275>. Acesso em: 18 de maio. 2020.

BUI, Q. N.; HOANG, T. X.; LE, N. T. V. The effect of domestic violence against women on child welfare in Vietnam. *Children and Youth Services Review*, [s.l.], v. 94, p. 709-719, nov. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740918304912>. Acesso em: 13 de dez. 2018.

CAGLIARI, M. P. P.; PAIVA, A. A.; QUEIROZ, D.; ARAUJO, E. S. Consumo alimentar, antropometria e morbidade em pré-escolares de creches públicas de Campina Grande, Paraíba. *Nutrire: revista da sociedade brasileira de alimentação e nutrição*, São Paulo, SP, v. 34, n. 1, p. 29-43, abr. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2009/v34n1/a29-43.pdf>. Acesso em: 15 de jun. 2020.

CARNEIRO, J.; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado do pré-natal entre mulheres do Nordeste do Brasil. *Revista brasileira de epidemiologia*, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 243-255, abr./jun., 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-789569>. Acesso em: 11 de jan. 2019.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Nacional center for injury prevention and control. Division of violence prevention. *Preventing Intimate Partner Violence Across the Lifespan: A Technical Package of Programs, Policies, and Practices*, Atlanta, Georgia, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv-technicalpackages.pdf>. Acesso em: 16 de jul. 2019.

CHAI, J.; FINK, G.; KAYA, S.; DANAEI, G.; FAWZI, W.; EZZATI, M.; LIENERT, J.; FAWZI, M. C. Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. *Bulletin of the World Health Organization*, [s.l.], v. 94, p. 331-339, maio, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850526/>. Acesso em: 23 de jul. 2019.

COLOSSI, P.; RAZERA, J.; HAACK, K. R.; FALCKE, D. Violência conjugal: prevalência e fatores associados. *Contextos Clínicos*, [s.l.], v. 8, n. 1, Jan./Jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v8n1/v8n1a07.pdf>. Acesso em: 23 de jun. 2020.

COKER, A. L., SMITH, P. H., THOMPSON, M. P., MCKEOWN, R. E., BETHEA, L., DAVIS, K. E. Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, [s.l.], v. 11, n. 5, p. 465-476, jun. 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12165164/>. Acesso em: 11 de jun. 2020.

DIAMOND-SMITH, N.; CONROY, A.; TSAI, A.; NEKKANTI, M.; WEISER, S. Food insecurity and intimate partner violence among married women in Nepal. *Journal of Global Health*, [s.l.], v. 9, n.1, jun. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6359930/>. Acesso em: 17 de jun. 2020.

DIETZ, W. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, [s.l.], v. 101, n.3, p. 518-525, mar. 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12224658>. Acesso em: 28 de maio. 2018.

DURAND, J.; SCHRAIBER, L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; BARROS, C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Revista de Saúde*

Pública, São Paulo, v. 45, n. 2, abr., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000200014&lang=pt. Acesso em: 17 de jul. 2019.

FANTA - FOOD AND NUTRITION TECHNICAL ASSISTANCE. *Developing and Validating Simple Indicators of Dietary Quality and Energy Intake of Infants and Young Children in Developing Countries: Summary of findings from analysis of 10 data sets.* Washington, DC, 2006. Disponível em: https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/IYCF_Datasets_Summary_2006.pdf. Acesso em: 7 de mar. 2019.

FORÇA-TAREFA DE POLÍTICA FISCAL DE SAÚDE. *Impostos a favor da saúde para salvar vidas: adoção de eficazes impostos sobre consumo de tabaco, álcool, e bebidas açucaradas.* Coordenadores: Michael R. Bloomberg e Lawrence H. Summers. Nova York: Bloomberg Philanthropies. Disponível em <https://alimentacaosaudavel.org.br/wp-content/uploads/2020/06/impostos-a-favor-da-saude-para-salvar-vidas.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

GALVANI, G. Violência doméstica na quarentena: como se proteger de um abusador? CartaCapital 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/violencia-domestica-na-quarentena-como-se-proteger-de-um-abusador/>. Acesso em: 16 de set. 2020.

GAUSMAN, J.; PERKINS, J.; LEE, H.Y.; MEJIA-GUEVARA, I.; NAM, Y.S.; JUHWAN. Ecological and social patterns of child dietary diversity in India: a population-based study. *Nutrition*, [s.l.], v. 53, p. 77-84, set. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899900718300194?via%3Dihub>. Acesso em: 09 de jun. 2020.

GARTLANDA, D; GIALLOA, R; WOOLHOUSE, H; MENSAH, F; BROWN, S.J. Intergenerational Impacts of Family Violence - Mothers and Children in a Large Prospective Pregnancy Cohort Study. *EClinicalMedicine*, [s.l.], v.15, p.51-61, out. 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(19\)30147-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(19)30147-6/fulltext). Acesso em 12 de maio. 2020.

GIESTA, J; ZOCHE, E; CORRÊA, R; BOSA, V.L. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000702387. Acesso em 05 de maio. 2020.

GOLAN, M. Influência dos fatores ambientais domésticos no desenvolvimento e tratamento da obesidade infantil. *Anais Nestlé*, São Paulo, v. 62, p. 31-42, 2002. Disponível em: <http://www.hostlumen.com.br/sociedade/public/admin/files/artigos/Anais%20Nestle%202%20Obesidade%20na%20inf%20ncia.pdf>. Acesso em: 27 de fev. 2019.

GOMES, E.; ABREU, N.; COUTO, S.; RAMALHO, J. Consumo de alimentos ultraprocessados por pré-escolares de uma escola da rede municipal de ensino de Itaqui-RS. *Anais do VII Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão-Universidade Federal do Pampa*, Rio Grande do Sul, v.8, n.2, 2017. Disponível em: <http://200.132.146.161/index.php/siepe/article/download/17958/6786>. Acesso em: 18 de jun. 2020.

GONZALEZ-PALACIOS, S; NAVARRETE-MUÑOZ, E.M.; GARCÍA-DE-LA-HERA M.; TORRES-COLLADO, L.; SANTA-MARINA, L.; AMIANO, P.;LOPEZ-ESPINOSA, M.J.;

TARDON, A.; RIANO-GALAN, I.; VRIJHEID, M.; SUNYER, J.; VIOQUE J. Sugar-Containing Beverages Consumption and Obesity in Children Aged 4-5 Years in Spain: the INMA Study. *Nutrients*, [s.l.], v. 1, n. 11, ago. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31374897>. Acesso em: 27 de jan. 2020.

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*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/04.pdf>. Acesso em: 10 de maio. 2020.

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*, [s.l.], v. 50, n. 7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006237.pdf>. Acesso em: 25 de maio. 2020.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p. 1083-1093, jul/ago, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n4/16857.pdf>. Acesso em: 19 de junho. 2018.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatric and perinatal epidemiology*, [s.l.], v. 20, n.4, p. 299-311, jul. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16879502>. Acesso em: 9 de ago. 2019.

HENRIQUES, P.; DIAS, P.; BURLANDY, L. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1219-1228, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/0102-311X-csp-30-6-1219.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

HUGHES, S.; POWER, T.; ORLET FISHER, J.; MUELLER, S.; NICKLAS, T.A. Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite*, [s.l.], v. 44, n. 1, p. 83-92, fev. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15604035>. Acesso em: 18 de jun. 2018.

HURLEY, K. M.; BLACK, M. M.; MERRY, B. C.; CAULFIELD, L. E. Maternal mental health and infant dietary patterns in a statewide sample of Maryland WIC participants. *Maternal and Child Nutrition*, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 229-239, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6860248/>. Acesso em: 25 de maio. 2020.

IZAGUIRRE, A.; CALVETE, E. Children who are exposed to intimate partner violence: Interviewing mothers to understand its impact on children. *Child Abuse & Neglect*, [s.l.], v. 48, p. 58-67, out. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213415001593>. Acesso em: 02 de jul. 2019.

JIANG, H.; ZHAO, A.; ZHAO, W.; TAN, S.; ZHANG, J.; ZHANG, Y.; WANG, P. Do Chinese Preschool Children Eat a Sufficiently Diverse Diet? A Cross-Sectional Study in China. *Nutrients*, [s.l.], v. 10, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29925787>. Acesso em: 05 de fev. 2020.

JIEYING, B.; CHENGFANG, L.; SHAOPING, L.; ZHENYA, HE.; KEVIN, C.; RENFU, LUO.; ZIMEIYI, W.; YANYING, Y.; HAIQUAN, X. Dietary Diversity among Preschoolers: A Cross-Sectional Study in Poor, Rural, and Ethnic Minority Areas of Central South China. *Nutrients*, [s.l.], v. 11, n. 3, mar. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30845662>. Acesso em: 04 de fev.2020.

KARNOPP, E.; VAZ, J.; SCHAFER, A.; MUNIZ, L.; SOUZA, R.; SANTOS, I; GIGANTE, D; ASSUNÇÃO, M.C. Consumo alimentar de crianças menores de 6 anos conforme o grau de processamento. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 93, n.1, jan./fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572017000100070&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 11 de jul. 2019.

KENNEDY, G.; BALLARD, T.; DOP, M.C. *Guidelines for Measuring Household and Individual Dietary Diversity*, [s.l.]: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2010. Disponível em: <http://www.fao.org/3/a-i1983e.pdf>. Acesso em: 26 de fev. 2019.

KOIVISTO, U.K. Factors influencing children's food choice. *Annals of Medicine*, [s.l.], v. 31, n. 1, p. 26-32, abr. 1999. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10342497>. Acesso em: 18 de jun. 2018.

KOSS, M.P.; WOODRUFF, W.J.; KOSS, P.G. Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage. *Behavioral Sciences and the Law*, [s.l.], v.9, n.1, p.85-96, 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10148821>. Acesso em: 20 de jun. 2019.

KOURLABA, G.; KONDAKI, K.; GRAMMATIKAKI, E.; ROMA-GIANNIKOU, E.; MANIOS, Y. Diet quality of preschool children and maternal perceptions/misperceptions: the GENESIS study. *Public Health*, [s.l.], v. 123, n. 11, p. 738-42, nov. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19958913>. Acesso em: 18 de junho. 2018.

KOURLABA, G.; PANAGIOTAKOS, D.B. Dietary quality indices and human health: a review. *Maturitas*, [s.l.], v.62, n.1, jan. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19128905>. Acesso em: 7 de mar. 2019.

KRUG, E.; DAHLBERG, L.; MERCY, J.; ZWI, A.; LOZANO, R. (ed). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=DBC017F9A6A5225F8CB9E80865519676?sequence=1. Acesso em: 17 de jun. 2019.

LACERDA, E. M. A.; SAUNDERS, C; ACCIOLY, E. *Nutrição do Pré-escolar e do Escolar*. In: *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. 1ª edição. Editora Cultura Médica, 2002. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/arquivo/61053436/nutricao-em-obstetricia-e-pediatria-accioly>. Acesso em: 05 de maio. 2020.

LAVERTY, A.; MAGEE, L.; MONTEIRO, C.; SAXENA, S.; MILLETT, C. Sugar and artificially sweetened beverage consumption and adiposity changes: National longitudinal study. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, [s.l.], v. 12, n. 137, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624385/?report=reader#__ffn_sectitle. Acesso em: 27 de jan. 2020.

LEAL, K.; SCHNEIDER, B.; FRANÇA, G.V.; GIGANTE, D.; SANTOS, I.; ASSUNÇÃO, M.C. 2015. Qualidade da dieta de pré-escolares de 2 a 5 anos residentes na área urbana da

cidade de Pelotas, RS. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 310-317, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0310.pdf>. Acesso em: 3 de jun. 2020.

LENTZ, E. Complicating narratives of women's food and nutrition insecurity: Domestic violence in rural Bangladesh. *World Development*, [s.l.], v. 104, p. 271-280, abr. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X17303819>. Acesso em: 13 de dez. 2018.

LEVENDOSKY, A. A.; LYNCH, S. M.; GRAHAM-BERMANN, S. A. Mother's perceptions of the impact of woman abuse on their parenting. *Violence Against Women*, [s.l.], v. 6, n. 3, p. 247-271, 2000. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/249675515_Mothers'_Perceptions_of_the_Impact_of_Woman_Abuse_on_Their_Parenting. Acesso em: 23 de jun. 2020.

LINDNER, S.; COELHO, E.; BOLSONI, C.; ROJAS, P.; BOING, A.; Prevalência de violência física por parceiro íntimo em homens e mulheres de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 815-826, abr. 2015. Disponível em: <https://violenciaesaude.paginas.ufsc.br/files/2016/09/Artigo-c.-saúde-pública-publicado-Sheila.pdf>. Acesso em: 23 de jun. 2020.

LONGO-SILVA, G; SILVEIRA, J.A.; MENEZES, R.C.; TOLONI, M.H. Age at introduction of ultra-processed food among preschool children attending day-care centers. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 93, n. 5, p. 508-16, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jped/v93n5/pt_0021-7557-jped-93-05-0508.pdf. Acesso em: 05 de maio. 2020.

LOURENÇO, M.; DESLANDES, S. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 42, n.4, p. 615-21, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2008.v42n4/615-621/pt/>. Acesso em: 29 de maio. 2018.

MACHISA, M.; CHRISTOFIDES, N.; JEWKES, R. Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PlosOne*, [s.l.], v. 12, n.4, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5383260/pdf/pone.0175240.pdf>. Acesso em: 22 de maio. 2020.

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*, [s.l.], v.15, n.3, p.651-9, 1985. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4048323>. Acesso em: 25 de jul. 2019.

MARINS, B.; ARAÚJO, I.; JACOB, S. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo? *Ciências e Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 16, n. 9, p. 3873-3882, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a23v16n9.pdf>. Acesso em: 15 de jul. 2020.

MARQUES, E.; MORAES, C.; HASSELMANN, M.H.; DESLANDES, S.; REICHENHEIM, M.E. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cadernos de Saúde Pública*,

[s.l.], v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/1678-4464-csp-36-04-e00074420.pdf>. Acesso em: 16 de set. 2020.

MCKEGANEY, N.; BARNARD, M.; MCINTOSH, J. Paying the Price for their Parents' Addiction: meeting the needs of the children of drug-using parents. *Journal Drugs: Education, Prevention and Policy*, [s.l.], v. 9, n. 3, 2002. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09687630210122508>. Acesso em: 02 de jul. 2019.

MELLO, C; BARROS, K; MORAIS, M. Brazilian infant and preschool children feeding: literature review. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 92, n. 5, p. 451-463, set. /out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000600451. Acesso em: 21 de jan. 2020.

MEZZAVILLA, R.; HASSELMANN, M.H. Violência física entre parceiros íntimos e baixo peso ao nascer em recém nascidos atendidos em unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro. *Revista Nutrição*, Campinas, v. 29, n. 3, p. 357-366, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n3/1415-5273-rn-29-03-00357.pdf>. Acesso em: 24 de maio. 2018.

MICHAELSEN, K.; WEAVER, L.; BRANCA, F.; ROBERTSON, A. *Feeding and nutrition of infants and young children: Guidelines for the WHO European Region, with Emphasis on the Former Soviet Countries*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Publications, 2000. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98302/WS_115_2000FE.pdf. Acesso em: 29 de maio. 2018.

MONDINI, L; LEVY, R; SALDIVA, S; VENÂNCIO, S; AGUIAR, J; STEFANINI, M.L. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.8, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000800009&lng=en&nrm=iso&tlng=em. Acesso em: 27 de jan. 2020.

MONTEIRO, C.; CANNON, G.; LEVY, R.; MOUBARAC, J-C.; JAIME, P.; MARTINS, A.P.; CANELLA, D.; LOUZADA, M.; PARRA, D. NOVA. A estrela brilha. Classificação dos Alimentos. *World Nutrition*, [s.l.], v. 7, n. 1-3, p. 28-40, jan. / mar. 2010. Disponível em: <http://www.cookie.com.br/site/wp-content/uploads/2016/12/NOVA-Classifica%C3%A7%C3%A3o-dos-Alimentos.pdf>. Acesso em: 21 de jan. 2020.

MORAES, C.; HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan. /fev. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 de maio. 2019.

MORAES, C. L.; OLIVEIRA, A. G. S.; REICHENHEIM, M. E. Impact of intimate partner violence on primary health care use for children: evidences from Rio de Janeiro, Brazil. *Maternal and Child Health Journal*, [s.l.], v. 20, n. 10, p. 2065-2073, out., 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27324046>. Acesso em: 25 de jul. 2019.

MOURSI, M.M.; ARIMOND, M.; DEWEY, K.G.; TRÈCHE, S.; RUEL, M.T.; DELPEUCH, F. Dietary diversity is a good predictor of the micronutrient density of the diet of 6- to 23-

month-old children in Madagascar. *The Journal of Nutrition*, [s.l.], v. 138, n. 12, p. 2448-53, dez. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19022971>. Acesso em: 28 de fev. 2019.

NASCIMENTO, F.; SILVA, S.; JAIME, P. Cobertura da avaliação do estado nutricional no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional brasileiro: 2008 a 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, dez. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205010. Acesso em: 14 de jul. 2020.

OLIVEIRA, M.; RIGOTTI, R.; BOCCOLINI, C. Fatores associados à falta de diversidade alimentar no segundo semestre de vida. *Caderno de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 65-72, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n1/1414-462X-cadsc-25-1-65.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2019.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra mulher: ação e produção de evidência. São Paulo, 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 22 de maio. 2018.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Objetivos de desenvolvimento sustentável*. Apresenta informações sobre os Objetivos e Metas dos Indicadores da Saúde do Ministério da Saúde e Determinantes Sociais, 2019. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ods/ods2.html>. Acesso em: 04 de maio. 2019.

ORTELAN, N.; NERI, D.; BENÍCIO, M.H Práticas alimentares de lactentes brasileiros nascidos com baixo peso e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, jan. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100212&lng=en&tlng=pt. Acesso em: 09. Jun. 2020.

OZDEMIR, H.; REMAKI, M. General Health Questionnaire-12 for the detection of depression. *Turkish journal of psychiatry*, [s.l.], v.18, n.1, p.13-21, 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364264>. Acesso em: 25 de jul. 2019.

PAN, A.; HU, F.B. Effects of carbohydrates on satiety: differences between liquid and solid food. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, [s.l.], v. 14, n.4, p. 385-90, jul. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21519237>. Acesso em: 27 de jan. 2020.

RAKOTONIRAINY, N.; RAZAFINDRATOVO, V.; REMONJA, C.; RANDZA, R.; PIOLA, P.; RAHARINTSOA, C.; RANDREMANANA, R. Dietary diversity of 6-to 59-month-old children in rural areas of Moramanga and Morondava districts, Madagascar. *Plosone*, [s.l.], v. 13, n. 7, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6044523/pdf/pone.0200235.pdf>. Acesso em: 15 de jan. 2019.

RAJ, M; KUMAR, R. K. Obesity in children & adolescents. *Indian Journal of Medical Research*, [s.l.], v. 132, p. 598-607, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028965/#CIT35>. Acesso em: 27 de jan. 2020.

RAUBER, F; CAMPAGNOLO, P.D.; HOFFMAN, D. J.; VITOLO, M.R.; Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. *Nutrition, metabolism and cardiovascular diseases*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 116-122, jan. 2015.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25240690>. Acesso em: 21 de jan. 2020.

REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M.H.; SOUZA, E.; LOZANA, J.; FIGUEIREDO, V. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], vol.22, n.2, p.425-437, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 de abr. 2019.

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 Saúde Pública*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 69-79, 1990. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250042550_Perfil_intracomunitario_da_deficiencia_nutricional_estudo_de_criancas_abaixo_de_5_anos_numa_comunidade_de_baixa_renda_do_Rio_de_Janeiro_Brasil. Acesso em: 25 de jul. 2019.

RELVAS, G; BUCCINI, G; VENANCIO, S. Consumo de alimentos ultraprocessados entre crianças com menos de um ano na atenção primária à saúde em uma cidade da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 95, n.5, set./out., 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572019000600584&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B6. Acesso em: 05 de maio. 2020.

RIBEIRO-SILVA, R.D.C.; PEREIRA, M.; CAMPELLO, T.; ARAGÃO, E.; GUIMARÃES, J. M.; FERREIRA, A.; BARRETO, M.; SANTOS, S.M. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3421-3430/> Acesso em: 21 de setembro de 2020.

RODRIGUEZ, M.; HEILEMANN, M.; FIELDER, E.; ANG, A.; NEVAREZ, F.; MANGIONE, C. Intimate Partner Violence, Depression, and PTSD Among Pregnant Latina Women. *Annals of Family medicine*, [s.l.], v. 6, n. 1, jan./fev., 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2203409/pdf/0060044.pdf>. Acesso em: 11 de jun. 2020.

ROSSI, A.; MOREIRA, E.; RAUEN, M. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, n. 6, p. 739-748, nov./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n6/a12v21n6.pdf>. Acesso em: 09 de jul. 2019.

RUEL, M. Operationalizing Dietary Diversity: A Review of Measurement Issues and Research Priorities. *The Journal of Nutrition*, [s.l.], v. 133, n. 11, suppl. 2, p.3911-3926, nov.2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14672290>. Acesso em: 7 de mar. 2019.

RUSSELL, M.; MARTIER, S.S.; SOKOL, R.J.; MUDAR, P.; JACOBSON, S.; JACOBSON, J. Detecting risk drinking during pregnancy: a comparison of four screening questionnaires. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 10, p. 1435-1439, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380656/>. Acesso em: 26 de maio.2020.

SANTOS, D.S.; SANTOS, D.N.; SILVA, R.C.R.; HASSELMANN, M.H.; BARRETO, M.L. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control study. *Social*

Psychiatry and Psychiatry Epidemiology, [s.l.], v. 46, n. 7, p. 543-548, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/43183998_Maternal_common_mental_disorders_and_alnutrition_in_children_A_case-control_study>. Acesso em: 25 de maio. 2020.

SCHLUTER, P.; PATERSON, J. Relating intimate partner violence to health-care utilisation and injuries among Pacific children in Auckland: The Pacific Islands Families Study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, [s.l.], v. 45, n. 9, p. 518-524, set. 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-1754.2009.01554.x>. Acesso em: 04 de fev. 2020.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, [s.l.], v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035047>. Acesso em: 10 de maio. 2020.

SILVA, A.C; BORTOLINI, G.A; JAIME, P.C. Brazil's national programs targeting childhood obesity prevention. *International Journal of Obesity Supplements*, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 9-11, maio, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850565/>. Acesso em: 15 de set. 2020.

SILVA, M.; MILAGRES, L.; CASTRO, A.P.; FILGUEIRAS, M.; ROCHA, N.; HERMSDORFF, H.; LONGO, G.; NOVAES, J. O consumo de produtos ultraprocessados está associado ao melhor nível socioeconômico das famílias das crianças. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232019001104053&lang=pt. Acesso em: 18 de jun. 2020.

SPARRENBERGER, K.; FRIEDRICH, R.; SCHIFFNER M.; SCHUCH, I.; WAGNER, M. Ultra-processed food consumption in children from a Basic Health Unit. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 91, n. 6, p.535-542, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/147141/000989044.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 15 de jun. 2020.

STEYN, N.P.; NEL, J.H.; NANTEL, G.; KENNEDY, G.; LABADARIOS, D. Food variety and dietary diversity scores in children: are they good indicators of dietary adequacy? *Public Health Nutrition*, [s.l.], v. 9, n. 5, p. 644-50, ago. 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16923296>. Acesso em: 27 de mar. 2019.

SOUSA, T. S. Os filhos do silêncio: crianças e jovens expostos à violência conjugal um estudo de casos. 2013.133 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) -Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2013. Disponível em: http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5018/T%C3%A2nia_Sousa_Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1. Acesso em: 17 de jul. 2019.

SURKAN, P.J.; KENNEDY, C.E.; HURLEY, K.M.; BLACK, M.M. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of World Health Organization*, [s.l.], v. 89, n. 8, p. 607-15, ago. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21836759/>. Acesso em: 25 de maio. 2020.

TOVAR, A.; HENNESSY, E.; PIRIE, A.; MUST, A.; GUTE, D. M.; HYATT, R. R.; KAMINS, C.; HUGHES, S. O.; BOULOS, R.; SLIWA, S.; GALVÃO, H.; ECONOMOS, C. D. Feeding styles and child weight status among recent immigrant mother-child dyads.

International Journal of behavioral nutrition and physical activity. [s.l], v. 9, n. 62, maio, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22642962>. Acesso em: 5 de ago. 2019.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Crianças, alimentação e nutrição: crescendo saudável em um mundo em transformação. Nova York: UNICEF, out. 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/5566/file/Situacao_Mundial_da_Infancia_2019_ResumoExecutivo.pdf. Acesso em: 06 de maio. 2020.

VIANNA, G. *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 Nutrição) – Faculdade de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

VOLP, A.C.; ALFENAS, R.; COSTA, N.; MINIM, V.; STRINGUETA, P.C; BRESSAN, J. Índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 2, p.281-295, mar./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n2/v23n2a11.pdf>. Acesso em: 27 de mar. 2019.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/>. Acesso em: 15 de jan. 2019.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Conclusions of a consensus meeting held 6–8 november 2007 in Washington, DC, USA*. 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 16 de jan. 2019.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*. 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 29 de maio. 2018.

WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=A88F4D36C824D44C1E29D4AC69719E3C?sequence=1. Acesso em: 23 de maio. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women*. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112325/WHO_RHR_14.11_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 15 de jul. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Apresenta informações sobre o novo corona virus. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 16 de set. 2020.

WORKING GROUP ON INFANT AND YOUNG CHILD FEEDING INDICATORS.

Developing and validating simple indicators of dietary quality and energy intake of infants and young children in developing countries: Summary findings from analysis of 10 data sets. FANTA: Washington, D.C., agosto, 2006. Disponível em: https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/IYCF_Datasets_Summary_2006.pdf. Acesso em: 08 de jan. 2020.

YEE, Z. H. A.; LWIN, O. M.; HO, S. S. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, [s.l], v. 14, n. 1, abr. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28399881>. Acesso em: 5 de ago. 2019.

YOUNT, K. M., DIGIROLAMO, A. M., RAMAKRISHNAN, U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: A conceptual review of the pathways of influence. *Social Science & Medicine*, [s.l], v. 72, n.9, p. 1534–1554, maio, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21492979>. Acesso em: 18 de fev. 2020.

ANEXO A - Termo de consentimento para participação na pesquisa

“Violência Familiar, estilos e práticas alimentares parentais e excesso de peso na infância”.

Pesquisadora principal: Maria Helena Hasselmann

Para que serve esta pesquisa?

Para estudar como os conflitos familiares e as reações dos familiares a estes conflitos interferem nos estilos e práticas alimentares dos pais com seus filhos e no excesso de peso na infância.

Como irei participar?

1. Respondendo a perguntas sobre minha situação sócio econômica, idade, hábitos do meu dia-a-dia, estilos e práticas de alimentação, reações e situações de conflitos familiares, apoio social que eu e minha família recebemos, alimentação do meu filho, entre outras.
2. Autorizando a avaliação do estado nutricional do meu filho por meio de medidas de peso e estatura.

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

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

Quais as vantagens?

Conhecer o estado nutricional da criança. Refletir sobre a influência do ambiente familiar nos estilos e nas práticas alimentares e sobre as repercussões de práticas alimentares na saúde e na nutrição infantil.

Sigilo

Fui informada de que toda informação fornecida será guardada em segredo e utilizada apenas para a 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.

Investigador: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Participante: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Responsável: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Qualquer dúvida ou esclarecimento contatar Comitê de Ética da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 710 - Cidade Nova, email: cepsmsrj@yahoo.com.br ou a coordenadora da pesquisa Maria Helena Hasselmann, tel: 2334-0150, email: hasselm@ims.br).

ANEXO B - Questionário de Frequência Alimentar da Criança

Agora vamos falar um pouco sobre o que [nome da criança] comeu ontem, mas vou fazer perguntas específicas sobre alguns alimentos que estamos estudando. Pode parecer repetitivo para a Sra., mas é importante que a Sra. responda a todas as perguntas.

A senhora pode me dizer quais alimentos o (a) [nome da criança] tomou ou comeu desde ontem quando acordou até hoje quando acordou? Eu vou ler os alimentos e você me responde sim ou não.

- 1) Tomou leite de peito? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 2.

- 1.1) (Se sim), quantas vezes? _____ 1- Toda hora 777- NR 888-NS 999- NA
 2) Tomou água? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA
 3) Tomou chá? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA
 4) Tomou outro leite que não o de peito? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 5.

- 4.1)(Se sim), qual? 1- Leite de vaca 2- Outro (Se outro), qual? _____ 777- NR 888-NS 999- NA

- 4.2) Nesse leite tinha achocolatado? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

- 4.3) Nesse leite tinha fruta? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

- 4.4) Nesse leite tinha: 1- cremogema 2- mucilon 3- maisena 4- neston 5- sustagem6- outra farinha ou produto

(Se outro), qual? _____ 777- NR 888-NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou.

- 5) Iogurte ou outro produto “Danoninho”? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999-

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 6.

- 5.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

- 1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888-NS 999- NA

- 6) Comeu mingau com leite? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 7.

- 7) Comeu outro tipo de mingau? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 8.

- 8) Suco natural de fruta? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 9.

- 8.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido? (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

- 1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888-NS 999- NA

- 9) Suco industrializado, de caixa, garrafa ou em pó? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

- 9.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido? (ler as opções de resposta; pode marcar mais de

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 10.

uma)

1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou.

10) Refrigerante? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA QUESTÃO 11.

10.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido? (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

11) Mate ou guaraná natural? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA QUESTÃO 12.

11.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido? (ler as opções de resposta; pode marcar mais de uma)

1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888- NS 999- NA

12) Comeu algum alimento sólido, semissólido ou pastoso? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

13) Manga, mamão ou goiaba? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

14) Outras frutas que não manga, mamão ou goiaba? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

15) Comeu alimento adoçado com açúcar, mel, melado ou adoçante? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou.

16) Comeu comida de sal (de panela, papa, sopa)? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA QUESTÃO 17.

16.1) Quantas vezes? 1- 1 vez 2- 2 vezes 3- 3 vezes ou mais 777- NR 888- NS 999- NA

16.2) A comida oferecida foi (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma):

1- Igual à da família 2- Preparada só para criança 3- Industrializada (de potinho) 777- NR 888- NS 999- NA

16.3) Essa comida foi oferecida como (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma)?

1- Em pedaços 2- Amassada 3- Passada na peneira 4- Liquidificada 777- NR 888- NS 999- NA

17) Comeu arroz, batata, inhame ou aipim? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

18) Macarrão? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

19) Macarrão instantâneo tipo “miojo”? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

20) Comeu legumes, sem contar batata/inhame/aipim? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

21) Comeu cenoura, abóbora e batata doce? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

22) Verduras escuras como: couve, espinafre, taioba, brócolis? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

23) Outras verduras, sem contar couve, espinafre, taioba, brócolis? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

24) Feijão ou outros tipos de grãos como lentilha, ervilha? 1- Sim 2- Não 777- NR 888- NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULAR PARA QUESTÃO 25.

24.1) (Se sim), (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma): 1- Caldo 2- Caroço 777- NR 888- NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou.

25) Comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe ou outro)? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

26) Comeu fígado? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

27) Comeu miúdos como moela e coração? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

28) Comeu hambúrguer, alimento tipo nugget, salsicha, lingüiça, presunto ou mortadela? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou.

29) Ovo? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 30.

29.1) (Se sim), (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma): 1- Clara 2- Gema 777- NR 888-NS 999- NA

30) Doces a base de leite como: pudim, flan, sorvete, etc.? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 31.

30.1) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma)

1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888-NS 999- NA

31) Queijo? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

CASO A RESPOSTA SEJA NÃO, 777, 888 OU 999, PULARPARA QUESTÃO 32.

31.1) (Se sim), qual tipo? 1- Queijo prato 2- mussarela 3- minas 4- outro _____ 777- NR 888-NS 999- NA

31.2) (Se sim), em que momento do dia foi oferecido: (ler as opções de resposta, pode marcar mais de uma)

1- No almoço como sobremesa 2- No jantar como sobremesa 3- Em outro momento 777- NR 888-NS 999- NA

32) Pão? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

33) Biscoito doce ou salgado? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

34) Salgadinhos de pacote tipo fofura, fandangos, cheetos, etc.? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

Lembrando que as perguntas se referem aos alimentos que [nome da criança] comeu ou bebeu ontem, desde quando acordou até hoje quando acordou.

35) Bolo? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

36) Comeu bala, pirulito ou outras guloseimas? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

37) Margarina (tipo qaly, claybon, delicia, Doriana)? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

38) Manteiga? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

39) Tomou ou comeu outros alimentos? 1- Sim 2- Não 777- NR 888-NS 999- NA

Observação: _____

ANEXO C - Violência entre parceiros íntimos

64) “MUDANDO DE ASSUNTO... Gostaria de saber também como a sua família resolve brigas, discussões e problemas. Mesmo que um casal se relacione bem, tem vezes em que um discorda do outro, se chateia com o outro, quer coisas diferentes, ou discutem se agridem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer. Os casais também têm maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças.

Esta é uma lista de coisas que podem acontecer quando existem diferenças ou desavenças entre um casal. Por favor, eu gostaria de saber se a sra. e seu companheiro já fizeram cada uma dessas coisas. Para cada uma das coisas que eu vou dizer a seguir, eu gostaria que a sra. me dissesse se aconteceu nos últimos 12 meses.”

Categorias de resposta:

a) Violência psicológica e física: Isto já aconteceu? Nos últimos 12 meses, isso aconteceu mais de uma vez?

0- Não aconteceu 777- NR

1- Aconteceu 888- NS

11- Aconteceu uma vez 999- NA

12- Aconteceu mais de uma vez

1- O resto do formulário: Isso já aconteceu? Não perguntar se aconteceu mais de uma vez.

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

1) A sra, mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando? ____	1) ____
2) Seu companheiro mostrou que se importava com a sra. mesmo que vocês estivessem discordando? ____	2) ____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

3) A sra, explicou para o seu companheiro o que a sra. não concordava com ele? ____	3) ____
4) Seu companheiro explicou para a sra. o que ele não concordava com a sra.? ____	4) ____
5) A sra. insultou ou xingou seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	5) ____
6) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	6) ____
7) A sra, jogou alguma coisa no seu companheiro que poderia machucá-lo? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	7) ____
8) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	8) ____
9) A sra. torceu o braço do seu companheiro ou puxou o cabelo dele? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	9) ____
10) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	10) ____
11) A sra. teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com seu companheiro?	11) ____
12) Seu companheiro teve uma torção, contusão, “mancha roxa” ou pequeno corte por causa de uma briga com a sra.?	12) ____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

13) A sra, mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele? ____	13) ____
14) Seu companheiro mostrou que respeitava os seus pontos de vista e seus sentimentos? ____	14) ____
15) A sra. obrigou seu companheiro a fazer sexo sem camisinha? ____	15) ____
16) Seu companheiro fez isso com a sra.? ____	16) ____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

17) A sra, deu um empurrão no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	17) ____
18) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	18) ____
19) A sra. usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma, para obrigar o seu companheiro a fazer sexo oral ou anal com a sra.? ____	19) ____
20) Seu companheiro fez isso? ____	20) ____

Nos últimos 12 meses...

21) A sra, usou uma faca ou arma contra o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	21) ____
22) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	22) ____
23) A sra. desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com seu companheiro? ____	23) ____
24) Seu companheiro desmaiou ao levar uma pancada na cabeça durante uma briga com a sra.? ____	24) ____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

25) A sra, chamou o seu companheiro de gordo/a, feio/a ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	25) ____
26) Seu companheiro chamou você de gorda/o feia/o ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	26) ____
27) A sra. deu um murro ou acertou o seu companheiro com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	27) ____
28) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	28) ____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

29) A sra, destruiu alguma coisa que pertencia ao seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	29) ____
30) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	30) ____
31) A sra. foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro? ____	31) ____
32) Seu companheiro foi a um médico ou serviço de saúde por causa de uma briga com a sra.? ____	32) ____

Nos últimos 12 meses...

33) A sra, sufocou ou estrangulou seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	33) ____
34) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	34) ____
35) A sra. gritou ou berrou com seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	35) ____
36) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	36) ____

Nos últimos 12 meses...

37) A sra, jogou seu companheiro contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	37) ____
38) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ____	38) ____

Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...

39) A sra, disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema? ____	39) ____
40) Seu companheiro disse que achava que vocês poderiam resolver o problema? ____	40) ____
41) A sra. deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com seu companheiro mas não foi? ____	41) ____
42) Seu companheiro deveria ter ido a um médico ou algum serviço de saúde por causa de uma briga com a sra. mas não foi? ____	42) ____

Nos últimos 12 meses...

43) A sra, deu uma surra no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?___	43) ___
44) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez?___	44) ___
45) A sra. segurou seu companheiro com força? Isso aconteceu mais de uma vez?___	45) ___
46) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez?___	46) ___
Nos últimos 12 meses...	
47) A sra, usou de força como, por exemplo, segurar ou bater nele ou usar uma arma para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com a sra.?___	47) ___
48) Seu companheiro fez isso?___	48) ___
Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...	
49) A sra, virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?___	49) ___
50) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?___	50) ___
51) A sra. insistiu em fazer sexo quando seu companheiro não queria sem usar força física?___	51) ___
52) Seu companheiro fez isso com a sra.? ___	52) ___
Nos últimos 12 meses...	
53) A sra, deu um tabefe ou bofetada no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?___	53) ___
54) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez?___	54) ___
55) A sra. quebrou um osso por causa de uma briga com seu companheiro?___	55) ___
56) Seu companheiro quebrou um osso por causa de uma briga com a sra.? ___	56) ___
57) A sra. fez ameaças para obrigar o seu companheiro fazer sexo oral ou anal com a sra.? ___	57) ___
58) Seu companheiro fez isso com a sra.? ___	58) ___
Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...	
59) A sra, sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?___	59) ___
60) Seu companheiro fez isso?___	60) ___
Nos últimos 12 meses...	
61) A sra, queimou ou derramou líquido quente em seu companheiro de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?___	61) ___
62) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez?___	62) ___
63) A sra. insistiu para que seu companheiro fizesse sexo oral ou anal com a sra. sem usar força física?___	63) ___
64) Seu companheiro fez isso com a sra.? ___	64) ___
65) A sra. acusou seu companheiro de ser “ruim de cama”? Isso aconteceu mais de uma vez?___	65) ___
66) Seu companheiro te acusou disso? Isso aconteceu mais de uma vez? ___	66) ___
Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...	
67) A sra, fez alguma coisa para ofender o seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?___	67) ___
68) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez? ___	68) ___
69) A sra. ameaçou acertar ou jogar alguma coisa no seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez?___	69) ___
70) Seu companheiro fez isso? Isso aconteceu mais de uma vez?___	70) ___
71) A sra. sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com o seu companheiro? ___	71) ___

72) Seu sentiu dores no corpo que duraram até o dia seguinte por causa de uma briga com a sra.? ___	72) ___
Nos últimos 12 meses...	
73) A sra, chutou seu companheiro? Isso aconteceu mais de uma vez? ___	73) ___
74) Seu companheiro fez isso com a sra.? Isso aconteceu mais de uma vez? ___	74) ___
75) A sra. fez ameaças para obrigar o seu companheiro a fazer sexo com a sra.? ___	75) ___
76) Seu companheiro fez isso com a sra.? ___	76) ___
Nos últimos 12 meses, diante de uma desavença ou discussão entre a sra. e seu companheiro...	
77) A sra, concordou com a solução que foi sugerida por ele? ___	77) ___
78) Seu companheiro concordou em tentar uma solução que a sra. sugeriu? ___	78) ___
79) A sra. proibiu seu companheiro de sair de casa, ver ou falar com seus parentes? ___	79) ___
80) Seu companheiro impediu a sra. de sair de casa, ver ou falar com seus parentes? ___	80) ___
81) A sra. queimou seu companheiro com ferro, cigarro ou qualquer outra coisa de propósito?	81) ___
82) Seu companheiro fez isso com você? ___	82) ___