



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MATERNO INFANTIL
MESTRADO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

JOÃO VICENTE MENESCAL

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA DE MÃES E A CORRELAÇÃO COM
O VÍNCULO MATERNO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS NUMA INSTITUIÇÃO DE
PRIMEIRA INFÂNCIA**

FORTALEZA

2018

JOÃO VICENTE MENESCAL

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA DE MÃES E A CORRELAÇÃO COM
O VÍCULO MATERNO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS NUMA INSTITUIÇÃO DE
PRIMEIRA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil

Orientador: Álvaro Jorge Madeiro Leite

Coorientador: João Joaquim Freitas do Amaral

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M488e Menescal, João Vicente.

Experiências adversas na infância de mães e a correlação com o vínculo materno de crianças assistidas numa instituição de primeira infância / João Vicente Menescal. – 2018.
77 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Coorientação: Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral.

1. experiências adversas na infância. 2. vínculo materno. 3. primeira infância. I. Título.

CDD 610

JOÃO VICENTE MENESCAL

**EXPERIÊNCIAS ADVERSAS NA INFÂNCIA DE MÃES E A CORRELAÇÃO COM
O VÍCULO MATERNO DE CRIANÇAS ASSISTIDAS NUMA INSTITUIÇÃO DE
PRIMEIRA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Saúde Materno Infantil da Faculdade de Medicina Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil

Orientador: Álvaro Jorge Madeiro Leite

Coorientador: João Joaquim Freitas do Amaral

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Marcia Maria Tavares Machado de Aquino

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, aos meus pais, a família e aos mestres da vida.

“A guerra é meu livro de história. Minha solidão... Perdi a época da infância, ela fugiu da minha vida. Sou uma pessoa sem infância, em vez de infância tenho a guerra.

Na vida, a única coisa que depois me abalou desse jeito foi o amor. Quando me apaixonei... Conheci o amor...”

Svetlana Aleksievitch

RESUMO

A ideia de fatos experienciados nos primeiros anos da infância possa influenciar a condição de saúde e psicossocial na vida adulta é uma episteme da ciência atual. Tais experiências na infância podem ser favoráveis ou adversas. Esse estudo objetiva estimar a associação entre as experiências adversas na infância das mães e as habilidades/capacidades no vínculo materno com seus filhos na idade de 0 a 5 anos e 11 meses. O presente estudo de caráter transversal foi constituído em uma única entrevista com aplicação de questionários padronizados, com as mães (biológicas) de crianças assistidas numa instituição. A avaliação dos dados coletados utilizou testes estatísticos para averiguar associações significativas entre as variáveis experiências adversas na infância das mães e habilidades/capacidades no vínculo materno. Foram encontradas associações significativas entre o número de experiências adversas na infância das mães e as habilidades/capacidades relacionadas com o vínculo materno nos aspectos de controle e pressão no papel social materno. O estudo refere à importância do diálogo entre mães e filhos, para minimizar as interferências das experiências adversas na infância para a vida adulta da criança.

Palavras-chave: experiências adversas na infância, vínculo materno, primeira infância

ABSTRACT

The idea of facts experienced in early childhood can influence the health and psychosocial condition in adult life is an episteme of current science. Such childhood experiences can be either favorable or adverse. This study aims to estimate the association between adverse experiences in the mothers' childhood and the abilities / capacities in the maternal bond with their children at the age of 0 to 5 years and 11 months. The present cross - sectional study consisted of a single interview with the application of standardized questionnaires, with the (biological) mothers of children assisted in an institution. The evaluation of the data collected used statistical tests to ascertain significant associations between the variables adverse experiences in the mothers' childhood and abilities / capacities in the maternal bond. Significant associations were found between the number of adverse experiences in the mothers' childhood and the abilities / capacities related to the maternal bond in the aspects of control and pressure in the maternal social role. The study refers to the importance of dialogue between mothers and children, to minimize the interference of adverse experiences in childhood to the adult life of the child.

Key-words: Adverse Childhood Experiences, maternal bond, early childhood

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACEs	Adverse Childhood Experiences
ICDP	International Child Development Programme (Programa Internacional para o Desenvolvimento Infantil)
MISC	Mediational Intervention for Sensitizing Caregivers (Programa de Educação Mediacional para um Cuidador mais Sensível)
QAF	Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociodemográficas das crianças.....	28
Tabela 2:	Características sociodemográficas maternas.....	30
Tabela 3:	Características sociodemográficas das famílias.....	31
Tabela 4:	Condições da gravidez e parto.....	32
Tabela 5:	Médias das seções e frequência abaixo e igual/acima da média do QAF...43	
Tabela 6:	Os pontos de corte dos ACEs.....	43
Tabela 7:	As correlações entre os três pontos de cortes dos ACEs e as oito seções do QAF.....	44
Tabela 8:	O coeficiente de correlação de Spearman e as variáveis e as 8 seções do QAF, os ACEs, idade materna e saúde mental materna.....	46
Tabela 9:	O coeficiente de correlação de Spearman entre as seções Controle e Pressões e as outras seções e a média global do QAF.....	54

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Gráfico 1 Número de respostas de positivas ou negativas relatadas pelas mães em relação a cada um dos dez ACEs.....	34
Gráfico 2 Referente a quantidade de ACEs por mãe	35
Gráfico 3 Das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Emoção e Carinho.....	36
Gráfico 4 das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Jogo e Diversão.....	37
Gráfico 5 das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Empatia e Entendimento.....	38
Gráfico 6 das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Controle.....	39
Gráfico 7 das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Disciplina e Limite.....	39
Gráfico 8 das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Pressões.....	40
Gráfico 9 das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Aprendizagem e Conhecimento.....	41
Gráfico 10 das respostas dadas pelas mães no Questionário de Avaliação para Famílias - seção Autoaceitação.....	42
Figura 1 Resumo da distribuição do ICDP e a situação conjugal da mãe.....	47
Figura 2 Resumo da distribuição do ICDP e a escolaridade materna.....	49
Figura 3 Resumo da distribuição do ICDP e a gravidez desejada.....	52

Sumário

1.	
INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Intencionalidade e Aproximação com o Objeto	14
1.2 Revisão da Literatura.....	14
1.3 Objetivos.....	19
2 METODOLOGIA.....	20
2.1 Delineamento do Estudo.....	20
2.2 Local do Estudo	20
2.3 População-alvo em estudo	20
2.4 Coleta de Dados.....	21
2.5 Instrumentos	21
2.6 Logística	25
2.7 Processamento e Análise dos Dados	26
2.8 Aspectos Éticos.....	26
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27.
3.1 Análise Descritiva das Características Sociodemográficas.....	27
3.2 Análise da História das Experiências Adversas na Infância (ACEs) das Mães.....	33
3.3 Análise das Questionário de Avaliação para Famílias (QAF) do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância.....	36
3.4 Associação entre o Questionário de Avaliação para Famílias (QAF) e o ACEs das mães.....	42
4. CONCLUSÃO.....	55
5. LIMITAÇÕES.....	55
6. RECOMENDAÇÕES.....	56
7. REFERÊNCIAS.....	57
APÊNCICE	60
Apêndice 1. QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	60
Apêndice 2 QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA NA INFÂNCIA	65
Apêndice 3 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA FAMILIAS ICDP	67
Apêndice 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	70
ANEXO.....	70
Anexo 1. Termo de Anuência.....	72
Anexo 2. Aprovação do Comitê de Ética	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 Intencionalidade e Aproximação com o Objeto

Desde 2008 minha atividade profissional está relacionada com o Programa Assistencial do Instituto da Primeira Infância – IPREDE. Instituição fundada em 1986, por um grupo de profissionais de saúde do Hospital Infantil Albert Sabin de Fortaleza, sensibilizado com o estado de desnutrição das crianças internadas nas enfermarias infantis do hospital. Em décadas de trabalho a instituição ampliou suas ações com a criança do foco na nutrição e crescimento para o vínculo mãe/filho e o desenvolvimento na primeira infância.

Minha atividade como psicólogo e coordenador na instituição, no convívio diário com famílias vivendo na pobreza extrema, sobrecarregadas pela falta de oportunidades e políticas públicas de inclusão, com filho no período da primeira infância, com risco em seu desenvolvimento devido as situações adversas do cotidiano; tive acesso a publicações sobre a importância do vínculo materno e sua capacidade em prevenir a formação do cérebro, no primeiros anos de vida, quando se apresenta como um relacionamento estável e seguro entre a mãe e sua criança.

Partindo dessas questões veio a pergunta que norteou meu estudo de avaliar a associação entre os traumas ou eventos estressantes vividos pela mãe na infância e as habilidades/capacidades existentes no vínculo materno.

1.2 Revisão da Literatura

A sociedade contemporânea alcançou um elevado grau de desenvolvimento tecnológico e científico com relativa melhoria dos indicadores de qualidade de vida e saúde, o que repercutiu positivamente para o bem-estar da população, especialmente dos países desenvolvidos (PETRINI, 2011). Apesar disso, muitos aspectos na sociedade demonstram sua fragilidade, vulnerabilidade, adoecimento e sombrias condições do viver. Durante todo o século XX a humanidade conviveu com avanços científicos e tecnológicos junto as guerras mundiais e atrocidades a condição humana. Foi um século em que o homem restituiu seu vazio, livre de qualquer essência, possibilitando a aventura de entender sua existência. No caminho dessa aventura a criança tornou-se pai do homem. Uma releitura do verso “O menino é pai do homem” de Wordsworth, aforisma onde o poeta configura um ideal: a permanência do espírito infantil, entendido como seiva vital, capaz de proporcionar a comunhão anímica do indivíduo com o

cosmos (COUTINHO, 2011). No caso, saindo do pensar romântico que marcou parte da produção filosófica e científica do século XX, os primeiros seis anos de vida da criança no entender dos conhecimentos da atualidade, são a estrutura para os anos seguintes. A ideia de fatos experienciados nos primeiros anos da infância possam influenciar a condição de saúde e psicossocial na vida adulta é uma episteme (FOUCAULT, 2002) do atual fazer científico.

Freud no livro *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade* (1905) descreve sua teoria do desenvolvimento psicosexual onde a gênese da sexualidade adulta inicia nos primeiros instantes de relação entre o bebê e sua mãe, no momento da alimentação. Piaget, anos depois, em seus estudos de epistemologia genética também realiza o mesmo movimento de Freud, colocando a origem da cognição humana no bebê, desde seus primeiros momentos de adaptação ao ambiente. Esses autores já utilizam da episteme da importância das experiências na infância; para eles, assim como para outros pesquisadores do século XX, a condição de sujeito no humano é uma construção vincular e histórica.

As experiências da infância tanto podem ter um aspecto positivo quanto negativo e influenciam igualmente na formação da pessoa. Um recém-nascido só se constitui como pessoa no vínculo com o outro, no caso com a mãe ou outro cuidador. Dessa forma, uma mulher quando do nascimento de sua criança é colocada no papel social de mãe e passa a ter um vínculo materno com seu filho. Observe que a criança passa para o papel social de filho. A construção social em torno esses dois papéis é muito antiga, a mui séculos temos mães e filhos. Assim o vínculo mãe/filho é certamente o mais profundo e mais marcante que conhecemos (JUNG apud SCARABEL, 2011) pois é quando as primeiras manifestações dos afetos podem ser sentidas pela criança, respondidas pela mãe, imaginadas e nomeadas. Sendo os afetos a base essencial da nossa personalidade. O pensamento e a ação são, por assim dizer apenas sintomas da afetividade (JUNG apud KALSCHED, 2013). Além disso, eles são descargas físico/químicas no corpo que interferem nas substâncias existentes no organismo e o princípio organizador central da vida psíquica. Há afetos positivos e negativos, assim chamados por provocar momentos numinosos ou traumáticos na vida da criança. O olhar do bebê para sua mãe no instante da amamentação é uma experiência numinosa com presença de afetos positivos. Contrário está o bebê esquecido na sua rede, úmida de urina, na espera de saciar a fome, descargas de afetos negativos, uma vivência traumática.

A teoria do trauma na infância teve grande importância nos primeiros estudos da psicanálise, ainda no período de colaboração de Freud e Jung, nas primeiras décadas do século XX, depois foi reformulada por eles e seus colaboradores. Os dois pesquisadores enfatizavam

o efeito potencialmente traumatogênico da fantasia do inconsciente, contrariando a teoria de “lesão cerebral” (KALSCHED, 2013). Entendendo a fantasia inconsciente como uma expressão de outro centro psíquico (inconsciente), diferente da consciência, com possível resposta para um conflito intrapsíquico, gerado pela incapacidade da criança de tolerar um fato excessivamente doloroso e carregado de afetos negativos. O trauma então desorganizaria o processo adaptativo, caracterizado pela troca constante com o meio, desregulando o movimento de equilíbrio dinâmico (movimento similar as trocas da bomba de sódio e potássio da célula) necessário para o desenvolvimento pleno da criança. Essa desorganização quando agravada pelo contexto de uma interação duradoura entre o trauma e a situação externa estressora (pobreza, abuso, negligência e família disfuncional), a falta de uma imagem intrapsíquica de vínculo e a indisponibilidade de uma mãe empática e relações familiares previsíveis; acontece uma cisão nos processos internos (psíquico e orgânico) da criança. Essa cisão é a forma de proteção e retomada do equilíbrio dos processos internos e adaptativos. É a maneira de como o fluxo dos afetos possa seguir seu curso no desenvolvimento da criança. A parte cindida com seus afetos não fica inerte ou apartada como o rabo de um calango no momento de ameaça; ela retorna como sintomas em outros momentos da vida. Aquela criança que conviveu com uma mãe com problemas psicológicos nos primeiros anos de vida e não confiava em seu amor pode na vida adulta temer o amor das mulheres.

Os estudos sobre a formação do cérebro na primeira infância e os efeitos do estresse tóxico reescrevem em outro patamar a teoria de “lesão cerebral” da época de Freud e Jung. No dizer de Shonkoff, um ambiente de relacionamentos estáveis, estimulantes e protetores constrói uma base sólida para uma vida de aprendizagem eficaz. Por outro lado, quando crianças pequenas são sobrecarregadas por grandes adversidades, os sistemas de resposta ao estresse ficam com excesso de atividade, os circuitos cerebrais em maturação podem ser prejudicados, os sistemas reguladores do metabolismo e os órgãos em desenvolvimento podem ser afetados, e aumentam as probabilidades de problemas em longo prazo na aprendizagem, no comportamento e na saúde física e mental (SHONKOFF, 2011).

A compreensão do trauma ou da experiência adversa na infância, assim como as experiências favoráveis possuem a mesma trilogia de fatores: influências ambientais iniciais (pessoas, objetos e espaço físico), orgânico (genética e maturação) e psíquico (afetos consciente e inconsciente) formando uma trama na qual cada fator tem sua importância e sua instância na formação da pessoa. As experiências favoráveis ou adversas na infância guardam um significado organizador similar ao do caos ao cosmo realizado por Eros no pensamento mítico

dos gregos. Eros como expressão de amorosidade entre duas pessoas em tempos de desenvolvimento diferentes, onde uma necessita ser cuidada. Quando a balança pesa mais para as experiências favoráveis o desenvolvimento da criança será uma base sólida para as etapas da vida, caso o ponteiro se direcione para as experiências adversas, prejuízos podem acontecer na base, de forma a afetar a capacidade de aprendizagem, os comportamentos adaptativos, a saúde física e mental do adulto.

Então, dentro desse contexto, o estudo pioneiro sobre as experiências adversas na infância (ACEs) por Felitti, Anda e colaboradores realizado com mais de 45.000 americanos usuários do Plano de Saúde Kaiser em San Diego, Califórnia entre essas experiências e alguns agravos na vida adulta. A pesquisa foi realizada através de questionários sobre as experiências ocorridas nos primeiros 18 anos de vida, preenchido pelos participantes no momento dos exames anuais, oferecidos pela empresa. A análise dos dados proporcionou resultados nos quais um de cada seis indivíduos tinham uma pontuação igual ou superior a 4 ACEs e que um em cada nove indivíduos tinham pontuação igual ou superior a 5. O número de experiências adversas vivenciadas por uma pessoa, por sua vez, mostrou uma correlação significativa com vários fatores de risco e a presença de diversas doenças médicas na idade adulta, incluindo cardiopatias, neoplasias, hepatopatias e doenças pulmonares crônicas (FELITTI, 1998). Felitti e Anda também sistematizaram as várias experiências adversas em 10 categorias de ACEs, assim ampliaram os estudos sociológicos e psicológicos sobre os efeitos a longo prazo dos abusos (particularmente o sexual) na infância e suas repercussões na vida adulta. Ainda redimensionaram as 10 categorias de ACEs em três grupos: abusos (emocional, físico e sexual), negligências (emocional e física) e famílias disfuncionais (exposição a violência doméstica, divórcio, abuso de álcool e drogas, saúde mental e prisão de um membro da família). Esse estudo impulsionou diversas pesquisas, tanto nos Estados Unidos como em vários países, entre eles, o Brasil.

No Brasil, estudos de associação entre o número de ACEs e problemas sociais, psicológicos e de saúde na idade adulta está descrito em diversos estudos. Estudo de pesquisadores de Pelotas (RS) em relação ao consumo de álcool, fumo e drogas ilícitas entre adolescentes de uma coorte brasileira, onde a ocorrência de cinco experiências era significativa para o comportamento de consumo de álcool e outras drogas (GONÇALVES e outros, 2016). Pesquisa em Porto Alegre (RS) sobre a recorrência da exposição de crianças ao abuso sexual na infância pareceu ser maior entre mulheres/mães vítimas de abuso sexual, os resultados ressaltam a importância de um possível efeito intergeracional do abuso sexual (WEARICK-

SILVA e outros, 2014). Outro estudo de Pelotas (RS) verificou as vivências precoces de abuso e negligência na infância entre jovens com transtorno bipolar (TB), transtorno depressivo maior (TDM) em relação a jovens sem esse diagnóstico, concluindo que o relato de vivências traumáticas precoces foi mais presente entre os jovens com transtornos de humor que na população geral, confirmando o que a literatura traz sobre o tema (KONRADT e outros, 2013). Pesquisas sobre a relação entre os ACEs e a gravidades de sintomas de pacientes psiquiátricos e o desempenho educacional de pacientes depressivos adultos (MARTINS-MONTEVERDE, 2016 e TEIXEIRA, 2017), outro estudo de ACE, pacientes com depressão e o eixo Hipotálamo-Pituitária (BAES, 2012), todos na Universidade de São Paulo. Outro estudo realizado com adolescentes e adultos mostrou que 44,1% tinham história de abuso físico na infância, sendo que 33,8% relataram abuso físico moderado e 10,3% referiram abuso físico severo, e 26,1% referiram violência por parte dos pais (ZANOTI-JERONYMO, 2009).

Comum a todos esses estudos é o efeito duradouro dos ACEs na vida adulta, como demonstrou a pesquisa de Felitti e Anda, como agravos na saúde, obesidade, hipertensão entre outras, questões psicossociais e socioeconômicas, sem excluir a possibilidade de uma morte prematura. Então a gênese de diversos problemas da vida adulta se encontra na vivência dos afetos arcaicos existentes na primeira infância, período da vida onde os afetos de forma titânica podem desestabilizar o processo de desenvolvimento quando confrontados com algumas situações adversas. Um vínculo materno estável pode moldar esses afetos, mediando em imagens e palavras, aquilo que na criança carece de sentido. A presença e constância da mãe junto a criança, funciona como um afeto catalizador (termo criado por Nise da Silveira para demonstrar que dificilmente qualquer tratamento será eficaz se o doente não tiver ao seu lado alguém que represente um ponto de apoio sobre o qual ele faça investimento afetivo) e continente para ressignificar as situações adversas e os afetos negativos. Nenhuma pesquisa relaciona os ACEs com o vínculo materno, no sentido de compreender se o número de ocorrência de experiências adversas interfere na vivência de ser mãe, no cuidar e educar dos filhos. A existência de relacionamentos estáveis, estimulantes e protetores entre mães e crianças contribui como fator protetor para o controle da condição de estresse tóxico.

O estresse pode ser definido como qualquer situação que supera a nossa capacidade de enfrentamento. Quando a experiência se revela demasiadamente difícil e ameaça nossos mecanismos homeostáticos normais, a resposta ao estresse do corpo pode entrar em ação (GERHARDT, 2017). Essa definição conversa com a teoria do trauma e os ACEs. O estresse é uma reação do organismo para uma situação de perigo, ele provoca uma resposta tóxica quanto

a adversidade é intensa, frequente e/ou prolongada e sem nenhuma intervenção positiva por parte da mãe ou de familiares. Algumas ameaças relacionadas com o estresse tóxico são a pobreza, maus-tratos, abusos entre outros.

A pobreza age de forma intensa tanto na subjetividade das mães, como das crianças, pessoas em desenvolvimento. Ela tem uma importante dimensão psicológica que se expressa como impotência, falta de voz, dependência, vergonha e humilhação (SAWAYA e SOLYMOS, 2011). Como uma mãe vivendo na pobreza e nessa dimensão psicológica vai funcionar como afeto catalizador para a criança? Fazer frente ao estresse tóxico? Possibilitar que as experiências adversas (traumas) não provoquem uma cisão no mundo interno? São perguntas desafiadoras e diversas as possibilidades de respostas. Por esta razão, não é qualquer interação que necessariamente promove o desenvolvimento. Para que uma interação promova o desenvolvimento, é necessário que exista uma guia que indique a direção da atividade partilhada (interação entre mãe e criança), para que ela se desenvolva direcionada para aquilo a que poderíamos chamar conhecimento cultural partilhado (HUNDEIDE, 1991). As habilidades/competências no papel social de mãe são dadas culturalmente, numa transmissão transgeracional, a qual não há um ensino de uma forma correta de ser mãe, mas um padrão construído ao longo de séculos de humanidade em relação ao papel social de mãe. Esse padrão coletivo se encarna em cada mulher quando frente a seu filho. Quando a mãe coloca o bebê no colo, amamenta pela primeira vez, o padrão é ativado, como imagens primordiais. Depois vem os ajustes sociais e as definições do bem cuidar, existente em diversos manuais para pais. Resgatar esse conhecimento cultural, possibilitar que as mulheres possam vivenciar as imagens primordiais da mãe é seguir no respeito a esse potencial materno existente em cada mulher pobre. A possibilidade de manutenção da identidade cultural e das normas sociais de solidariedade ajuda-as a continuar acreditando em sua própria humanidade apesar das condições desumanas (SAWAYA e SOLYMOS, 2011).

1.3 Objetivos

Geral

Analisar a associação entre as experiências adversas na infância das mães e as habilidades/capacidades no vínculo materno com seus filhos na idade de 0 a 5 anos e 11 meses.

Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico e sociodemográficas das famílias, mães e crianças de 0 a 5 anos e 11 meses, participantes de uma instituição;
- Identificar as experiências adversas na infância das mães;
- Identificar as habilidades/capacidades no vínculo materno, no cuidar de seus filhos.
- Medir a relação existente entre os diversos tipos de experiências adversas na infância e as habilidades/capacidades no vínculo materno.

2 METODOLOGIA

2.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo de caráter transversal foi constituído em uma única entrevista com as mães (biológicas) de crianças de 0 a 5 anos e 11 meses assistidas na instituição.

2.2 Local do Estudo

O estudo se realizou na sede do Instituto da Primeira Infância- IPREDE, localizado à Rua Professor Carlos Lobo Nº 15, Cidade dos Funcionários –CEP – 60821 – 740 Fortaleza/CE. O IPREDE é uma organização não-governamental, com mais de três décadas de prestação de serviço à comunidade, dedicada a nutrição e o desenvolvimento na primeira infância, prestando assistência às crianças e suas famílias por meio de projetos de prevenção, intervenção, assistência e inclusão social.

2.3 População-alvo em estudo

A população do estudo foi composta por 369 mães biológicas de crianças de zero a cinco anos e 11 meses, usuárias do Programa Assistencial do IPREDE. Ocorreu 12 perdas no total, 3 por desistências e 6 no processo de digitação dos dados, sendo analisadas no estudo 357 mães. Mães de famílias residentes nas Secretárias Regionais V e VI que participaram da pesquisa *Características basais das crianças e famílias assistidas pelo Programa Cresça com*

Seu Filho, para identificar novas questões na área da saúde mental e do desenvolvimento na primeira infância.

2.4 Coleta de Dados

Entrevistas com aplicação dos questionários padronizados: Sociodemográfico, Questionário de História de Adversidades na Infância e Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância (ICDP/MISC). Aconteceram em salas reservadas, de forma individual, com duração aproximada de 60 minutos. As entrevistas foram agendadas nos dias de consultas da criança na instituição e realizadas por entrevistadores previamente treinados.

2.5 Instrumentos

Questionário Sociodemográfico: estruturado em blocos de questões (variáveis) sobre a identificação da criança, características do ambiente físico e estrutura familiar, classe socioeconômica, características da gravidez e condições de saúde da criança (Anexo 1).

Questionário da História de Adversidade na Infância (versão reduzida): O Family ACE Questionnaire de Felitti & Anda (1998) foi construído por um grupo de pesquisadores americanos interessados no estudo das experiências adversas da infância como principais fatores de risco para problemas de saúde e psicossociais na vida adulta. (Anexo 2)

O Questionário da História de Adversidade na Infância é um instrumento de auto-relato para a adultos sobre a ocorrência de experiências adversas na infância. A versão reduzida do questionário é composta por 17 questões dicotômicas. As experiências de adversidade vividas na infância agrupam-se em 10 categorias: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência emocional, negligência física, divórcio ou separação parental, exposição a violência doméstica, abuso de substâncias no ambiente familiar, doença mental ou suicídio e prisão de um membro da família. Uma breve caracterização de cada categoria e sua relação com as questões do instrumento.

Abuso emocional: lembrança de situações de insulto ou medo de violência física, sendo avaliada pelas questões “1. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa o insultou ou humilhou de forma frequente ou muito frequente?” e “2. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa agiu de forma que lhe provocou medo de ser fisicamente magoado?”.

Abuso físico: lembranças de situações em que a criança foi batida por algum adulto de forma violenta deixando sequelas, sendo avaliada pelas questões “3. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa o puxou, agarrou ou atirou-lhe alguma coisa de forma frequente ou muito frequente?” e “4. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa alguma vez lhe bateu com força deixando marcas?”.

Abuso sexual: lembrança da existência de experiências sexuais antes dos 18 anos com um adulto ou uma pessoa pelo menos cinco anos mais velho; sendo avaliada pelas questões “5. Um adulto ou outra pessoa pelo menos cinco anos mais velha que você alguma vez lhe tocou ou obrigou-o tocar o corpo dela de forma sexualizada?” e “6. Um adulto ou outra pessoa pelo menos cinco anos mais velha que você alguma vez tentou ou teve uma relação sexual (oral, anal, vaginal) consigo?”.

Negligência emocional: é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades emocionais e afetivas da criança; sendo avaliada pelas questões “7. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que ninguém na sua família o amava ou pensava que você era especial ou importante?” e “8. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente as pessoas da sua família não olhavam umas pelas outras, não se sentiam próximas umas das outras, ou não se apoiavam?”.

Negligência física: é caracterizada por uma atitude passiva e de não responsividade às necessidades básicas da criança quer a um nível físico, quer biológico; sendo avaliada pelas questões “9. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que não tinha o suficiente para comer, tinha de usar roupas sujas, e não tinha quem o/a protegesse?” e “10. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que os seus pais ou adultos que deviam cuidar de si estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar de si ou o/a levar ao médico se fosse necessário?”.

Divórcio ou separação parental: lembrança da separação ou divórcio dos pais, da mãe com o padrasto ou do pai com a madrasta, valendo para as situações de cuidadores como avós, tias ou outros; sendo avaliada pela questão “11. Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se durante a sua infância?”.

Exposição a violência doméstica: lembrança de ameaça ou agressão física à mãe ou madrasta, assim como ao pai ou padrasto, no ambiente doméstico; sendo avaliada pelas

questões “12. Algum dos seus pais foi agarrado, puxado, mordido ou atiraram-lhe algum objeto de forma frequente ou muito frequente?”, “13. Algum dos seus pais foi pontapeado ou batido com algum objeto pelo menos algumas vezes?” e “14. Algum dos seus pais foi batido repetidamente durante alguns minutos ou ameaçado com uma faca ou arma?”.

Abuso de substâncias no ambiente familiar: é avaliado pela a lembrança de pessoas da família, moradoras do mesmo domicílio, no consumo de álcool ou drogas; sendo avaliada pela questão “15. Viveu com alguém que tivesse problemas com álcool ou era alcoólico ou usava drogas?”.

Doença mental ou suicídio: caracteriza-se pela existência de algum elemento da família que apresentasse, durante a infância do indivíduo, algum tipo de doença mental ou tivesse realizado alguma tentativa de suicídio; sendo avaliada pela questão “16. Viveu com alguém que estivesse deprimido, tivesse algum problema psiquiátrico ou tentou suicidar-se?”.

Prisão de um membro da família: lembrança do pai, mãe ou pessoa da família, residindo na mesma casa e tenha sido preza; avaliada pela questão “17. Alguma das pessoas que vivia consigo esteve na prisão?”

Esse questionário foi aplicado as mães/cuidadoras das crianças selecionadas a participar do estudo. A única adequação feita no questionário ocorreu na substituição da palavra “pontapeado” na 13ª questão, pela a palavra “chutado”, devido a cultura local ter maior familiaridade com a segunda palavra.

Esse questionário possibilita calcular o Índice Total de ACEs que corresponde ao somatório dos valores obtidos por cada indivíduo nas 10 categorias, podendo variar de zero (quando não há relato de qualquer experiência adversa) a 10 (quando existe o relato de adversidade em todas as categorias).

Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância – QAF: instrumento adaptado do Programa Criança com Todos seus Direitos, em Pernambuco. O ICDP é uma organização internacional preocupada com o desenvolvimento da criança que tem como um dos seus objetivos, promover uma comunicação emocionalmente sensível e expressiva entre o adulto e a criança, cerne do cuidado mais sensível. (Anexo 3)

Composto de 26 questões divididas em oito seções nomeadas: Emoção e Carinho, Jogo e Diversão, Empatia e Entendimento, Controle, Disciplina e Limite, Pressões, Aprendizagem e Conhecimento e Autoaceitação.

A interpretação dos dados do questionário verificou-se pela média das frequências das respostas dadas em cada seção e no cálculo de uma média global.

Emoção e Carinho: habilidades/capacidades relacionadas com a expressão de amorosidade no vínculo entre mãe e criança, avaliada pelas questões: 1. Sou capaz de demonstrar afeto ao meu filho. 2. Eu posso reconhecer quando meu filho está feliz ou triste. 3. Quando meu filho está triste entendo o porquê. 4. Acho que é difícil abraçar meu filho.

Jogo e Diversão: habilidades/capacidades referentes ao exercício do lúdico, as brincadeiras, a utilização dos momentos de lazer e as interações em jogos pela díade mãe/filho, avaliadas pelas questões: 5. Posso me divertir com meu filho. 6. Eu posso planejar as atividades para que o meu filho / a se divirta. 7. É fácil para mim jogar com meu filho / a.

Empatia e Entendimento: habilidades/capacidades na qual a mãe se coloca no lugar do filho, entendendo suas necessidades pela leitura de seus apelos por cuidados, observadas nas questões: 8. Eu posso pacientemente explicar as coisas para o meu filho / filha. 9. Eu posso conseguir que meu filho / filha me escute. 10. Eu posso consolar meu filho / filha. 11. Eu entendo as necessidades do meu filho / filha.

Controle: habilidades/capacidades na qual a mãe é capaz de manter autoridade sem perder a calma, observadas nas questões: 12. Meu filho / filha atende aos limites que eu coloquei. 13. Eu posso conseguir que meu filho / filha se comporte bem, sem discussões. 14. Eu sou capaz de me manter calmo quando meu filho se comporta mal.

Disciplina e Limite: habilidades/capacidades relacionadas com a condição de diálogo sobre normas e regras, no uso da autoridade sem descontrole por parte da mãe, presente nas questões: 15. Eu sou capaz de manter as regras que eu defini para o meu filho / filha. 16. Eu posso argumentar com meu filho / filha. 17. Sou estável na forma de utilização da disciplina.

Pressões: habilidades/capacidades das mães para suportar as cobranças sociais do exercício do papel de mãe, observadas nas questões: 18. É difícil para mim lidar com a pressão gerada pelas expectativas dos outros sobre meu papel de mãe/pai. 19. Escutar os

conselhos dos outros, torna difícil para mim decidir o que fazer. 20. Eu posso ignorar a pressão dos outros para fazer as coisas à minha maneira.

Aprendizagem e Conhecimento: habilidades/capacidades na qual as mães conseguem observar os ganhos de desenvolvimento do filho, presente nas questões: 21. Sou capaz de reconhecer as mudanças no desenvolvimento do meu filho. 22. Eu posso fazer as mudanças necessárias para melhorar o comportamento do meu filho. 23. Eu consigo superar a maioria dos problemas com um pouco de ajuda.

Autoaceitação: habilidades/capacidades de reconhecimento por parte das entrevistadas de seu valor enquanto mães, observadas nas questões: 24. Eu sei que eu sou uma mãe/cuidadora adequado. 25. Eu acho que eu não sou tão boa mãe/cuidadora. 26. Meu filho se sente protegido por mim (a qualquer momento).

2.6 Logística

O primeiro momento para a realização do estudo aconteceu com a apresentação do projeto de pesquisa a diretoria, o corpo técnico e de apoio da instituição, em especial para aqueles profissionais que trabalham na intervenção direta com as crianças e suas mães.

Depois houve o processo de seleção e capacitação da equipe de entrevistadores, composta na sua maioria por estudantes de psicologia. O treinamento prático/teórico foi centrado no conjunto de instrumentos, integrantes do questionário da pesquisa.

Realizado um estudo-piloto para testar a compreensão das perguntas dos formulários por parte das mães e reconhecer os possíveis obstáculos para a realização da coleta de dados do estudo, e assim criar as estratégias necessárias para minimizar esses obstáculos.

As mães foram convidadas a participar do estudo no dia de consulta da criança, na instituição, observando sempre o desejo das mesmas em participar das entrevistas.

No período da coleta de dados os entrevistados tiveram a coordenação de um supervisor de campo, responsável pelo agendamento das entrevistas, acompanhamento dos entrevistadores e outras providências. O supervisor de campo recebeu treinamento para a realização de suas atividades. Durante todo o período da coleta houve reuniões semanais de acompanhamento do trabalho, com partilha das dificuldades, realização de novas orientações e comemoração das metas alcançadas.

Próximo ao final da coleta dos dados que se realizou no período de setembro de 2017 a janeiro de 2018, iniciou a digitação dos questionários, preenchidos pelos entrevistadores

e revisados pelos pesquisadores, para detectar falhas e correções, podendo em alguns casos precisar de entrevistas complementares.

Os dados foram digitados no programa estatístico IBM SPSS 22, por um digitador orientado e supervisionado pelos pesquisadores.

2.7 Processamento e Análise dos Dados

Para as análises das variáveis presentes nos questionários sociodemográfico, História na Infância (ACEs) e Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância (QAF); e possíveis associações significativas, se utilizou o teste qui-quadrado de Pearson considerando intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$ como estatisticamente significativa. Assim como o coeficiente de correlação de Spearman (Rô de Spearman) com intervalo de confiança de 95% e $p < 0,05$ e o teste de Kruskal-Wallis (H). As análises foram feitas utilizando o IBM Statistics SPSS 22.

2.8 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, e recebeu aprovação sob o número 2.237.816; cabe ressaltar que o estudo faz parte do projeto de investigação denominado “Características basais das crianças e famílias assistidas pelo Instituto da Primeira Infância - IPREDE, Fortaleza, Ceará”. Os sujeitos entrevistados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que assinaram, e aceitaram participar da pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Durante a pesquisa não ocorreram riscos diretos à saúde física da mãe ou da criança, o pesquisador ficou responsável, em suspender a entrevista caso a mãe se sentisse constrangida por falar sobre a sua intimidade ou por relembrar situações tristes ou desagradáveis da sua infância ou do que estivesse vivendo no momento. Como protocolo da pesquisa ficou acordado, caso necessário, o encaminhamento a assistência à participante pela equipe de profissionais da instituição (assistentes sociais, médicos, psicólogos, dentre outros).

Em síntese, a coleta do material empírico respeitou os princípios éticos que norteiam o trabalho científico, guardando o anonimato e sigilo quanto à autoria das respostas das entrevistadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Análise Descritiva das Características Sociodemográficas

A coleta de dados aconteceu no período de cinco meses, de 12 de setembro de 2017 a 19 de janeiro de 2018, incluiu aplicação de questionários a 369 mulheres (mães biológicas), as perdas foram no total de 12, distribuídas em 3 desistências por parte das entrevistadas e 9 extravios no processo de digitação dos dados no programa estatístico. Esse estudo analisou 357 crianças com variáveis sobre dados sociodemográficas, desenvolvimento e saúde das crianças (0 a 5 anos e 11 meses) e suas mães.

Para melhor conhecimento da condição de disposição e interesse das entrevistadas, foi realizada uma leitura e síntese dos diários de campo, escrito pelos entrevistadores. As nomeadas “entrevistas tranquilas” referem ao grupo de mães (N: 305; 85%) sem dificuldades em responder os questionários. Em relação ao grupo com dificuldades (N: 52; 15%). As dificuldades mais comuns demonstradas pelas mães foram: na atenção e compreensão das perguntas, apatia e desinteresse, problemas cognitivos e de saúde mental entre outros. Destaque para a complexidade em aferir uma nota no Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância, dito por 14 mulheres entrevistadas (4,76 %).

Assim a coleta possibilitou traçar um perfil sociodemográfico e socioeconômico das crianças, mães e famílias, como também das informações relacionadas com a participação na instituição e nos serviços ofertados pela a mesma.

As crianças do estudo em relação ao gênero seguem a tendência de metade de meninos e de meninas (Tabela 1), tendência observada em outras pesquisas ou bancos de dados. Exemplo o Perfil das famílias do Cadastro Único de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Fortaleza, do ano de 2016, no qual temos masculino (51%) e feminino (49%).

Quanto à idade das crianças a maioria se encontra na faixa até os 36 meses (62%), período nomeado por muitas instituições e programas governamentais de primeiríssima infância, onde as aquisições das habilidades e formação da subjetividade da criança ocorrem da forma mais intensa, tendo seus reflexos nas condições de vida dos adultos.

Em relação ao levantamento do tempo institucional, mensurado pela data de entrada até o dia de aplicação do questionário, obtivemos quase 42% de crianças com um ano de participação nas ações institucionais. Para melhor compreensão do dado, a frequência aos programas institucionais é quinzenal, então um ano corresponde a 24 participações.

A amamentação, apareceu no estudo com quase 100% de crianças amamentadas, momento intenso de trocas afetivas, porta significância na formação do vínculo da mãe com o

filho, contribuindo para ampliar as habilidades/capacidades maternas.

A convivência com o pai biológico (66,7%), está diretamente relacionada com fatores de proteção para o desenvolvimento da criança (DAMIANI e COLOSSI, 2015).

A educação infantil no Brasil para as crianças de 0 a 3 anos atingiu a marca de 30%, em 2015, em números absolutos de 3,5 milhões de crianças estão em creches (PNAD/IBGE, 2016). Nesse estudo a prevalência é de 22% de crianças em creche, uma diferença de 8% em relação a pontuação nacional. Na faixa de 4 a 5 anos, 91% das crianças brasileiras, aproximadamente 4,9 milhões estudam na escola (PNAD/IBGE, 2016). Na Tabela 1 o número de crianças na escola é de 26%, uma diferença de 65% na comparação com os dados nacionais.

Conforme as informações sobre a educação infantil, a baixa participação das crianças do estudo, em creche ou escola, corrobora para a manutenção da condição de vulnerabilidade social.

Tabela 1: Características sociodemográficas das crianças

Variável	N	(%)
<i>Idade da Crianças</i>		
≤ 35 meses	221	(61,9)
> 35 meses	136	(38,1)
<i>Gênero</i>		
Masculino	169	(47,3)
Feminino	188	(52,7)
<i>Tempo de institucional (meses)</i>		
< 6	85	(23,8)
7 a 12	68	(19,1)
13 a 24	87	(24,4)
Acima de 25	117	(32,7)
<i>Amamentação</i>		
Sim	316	(88,5)
Não	41	(11,5)
<i>A criança convive com o pai biológico</i>		
Sim	238	(66,7)
Não	119	(33,3)
<i>Criança participa de creche</i>		
Sim	80	(22,4)
Não	277	(77,6)
<i>Criança estuda</i>		
Sim	91	(25,5)
Não	266	(74,5)
<i>Ordem de nascimento</i>		
Primeiro	104	(29,1)
Segundo	113	(31,7)
Terceiro	69	(19,3)
Acima da Terceira	71	(20,9)

Antes de descrever alguns dados sociodemográficos das mães é necessário lembrar a importância de suas respostas aos questionários, nas entrevistas, constituíram narrativas sobre suas vidas e de seus filhos; transformadas em dados por nós coletados.

A maior prevalência na idade materna está na faixa de idade entre 20 a 34 anos (75%), se associada essa informação com a ordem de nascimento das crianças a partir do segundo filho, temos 82%, sem contar os primogênitos, pode-se inferir que a maior parte das mulheres, tiveram seu primeiro filho com pouca idade.

As variáveis “anos de estudos” e a “escolaridade materna” dizem muito da potência dessas mulheres para desempenhar o papel de mãe. Então para perceber as mudanças existentes nos “anos de estudo”, vamos comparar uma pesquisa realizada na mesma instituição em 2007, com essa de 2017 (período de dez anos). Em 2007: 43 % das mulheres possuíam 0 a 4 anos de escolaridade, 41% de 5 a 8 anos e 17% acima de 8 anos. Em 2017: 7% de 0 a 4 anos, 35% de 5 a 9 anos, 42% de 10 a 12 anos e 17% acima de 13 anos de estudo. Ocorreu uma queda no número de mulher com 0 a 4 anos, durante essa década, uma diferença de 36%, isso demonstra, somado ao crescimento de 17% de mulheres acima de 13 anos de estudo; uma melhora no quadro educacional das mães, participantes da instituição. Quanto a escolaridade a taxa de analfabetismo caiu de 7% em 2007 para 4% em 2017. Essa realidade reflete as conquistas em políticas da educação no cenário nacional.

Em relação a escolaridade materna constata-se uma tendência de queda do ensino fundamental (53%) para o ensino médio (39%) e o superior (5%); igual padrão se nota na PNAD de 2011, sobre a realidade da educação das mulheres brasileira. Essas diferenças entre os ensinos fundamental, médio e superior apontam como uma tendência de queda no número de estudantes e aumento na diferença entre as mulheres brancas e as pretas/pardas. O fenômeno bastante conhecido do funil da educação brasileiras, onde muitos, principalmente os pobres ou extremamente pobres, ficam no meio do caminho. No ensino fundamental existe uma igualdade em torno de 92%, no médio temos 64,7% de brancas estudando contra 52,1% de pretas/pardas e no superior 23,6% de brancas e 10,9% de pretas/pardas (PNAD/IBGE, 2011). Nesse estudo 82% das mulheres são pretas ou pardas, contra 11,8 % de brancas, isso dá coerência aos 5% de mulheres no ensino superior (Tabela 2).

Um terço das mulheres (34%) não convive com companheiro e são responsáveis pela parte financeira da família (23%).

Mulheres com pequenos sofrimentos psiquiátricos representa mais de um terço das mães entrevistadas no estudo (Tabela 3).

Quanto a condição de trabalho somente 16% das mulheres estão empregadas, uma queda em relação a 2007, no qual o percentual chegava a 30% das pesquisadas. Conforme

a PNAD a variação mensal da taxa de desemprego variou de 6,9% em dezembro de 2012 para um desemprego recorde de 11,8% em dezembro 2017 com tendência de crescimento em março de 2018 com taxa de 13,1%.

Tabela 2: Características sociodemográficas maternas

Variável	N (%)
<i>Idade Materna</i>	
≤ 19 anos	34 (9,5)
Entre 20 a 34 anos	267 (74,8)
> 35 anos	56 (15,7)
<i>Anos de Estudo Materno</i>	
De 0 a 4 anos	24 (6,7)
De 5 a 9 anos	124 (34,7)
De 10 a 12 anos	148 (41,5)
Acima de 13 anos	61 (17,1)
<i>Escolaridade Materna</i>	
Analfabeta	13 (3,6)
Fundamental incompleto	135 (37,8)
Fundamental completo	54 (15,1)
Médio incompleto	62 (17,4)
Médio completo	77 (21,6)
Superior incompleto	6 (1,7)
Superior completo	10 (2,8)
<i>Situação conjugal</i>	
Separada e Viúva	35 (9,8)
Casada e União Consensual	236 (66,1)
Solteira	86 (24,1)
<i>Condição de trabalho materno</i>	
Empregada	56 (15,7)
Desempregada	301 (84,3)
<i>Saúde mental materna</i>	
Positivo	131 (36,7)
Negativo	226 (63,3)
<i>Cor da pele materna</i>	
Branca	42 (11,8)
Preta	55 (15,4)
Parda	240 (67,2)
Amarela	7 (2)
Indígena	12 (3,4)

As famílias residem (68%) nas Secretárias Regionais V e VI da Prefeitura de Fortaleza, onde se concentram o maior número de bairros populosos e de menor Índice de Desenvolvimento Humano. Estratificando as famílias por classe social, conforme a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), em torno de 81% pertencem à classe social “D” e “E”, em 2017, comparado a pesquisa da instituição em 2007, o quantitativo era de

90%. Considerando a renda familiar mensal em relação a classe social da ABEP, mais da metade (58%) das famílias apresentam renda menor ou igual a R\$ 768,00, referente a classe social “D” e “E”. Quanto a renda percapta quase a metade das famílias vivem na extrema pobreza, apenas 12% das famílias possuem renda percapta compatível com a baixa classe média e 21% vivem em segurança alimentar. Inscritas e recebendo benefício do Programa Bolsa Família temos 99% das famílias. O principal provedor da casa é o marido/companheiro (46%) e a cuidadora da prole é a mãe (96%).

Tabela 3: Características sociodemográficas das famílias

Variável	N (%)
<i>Moradia das famílias por Secretária Regional</i>	
SR I	16 (4,5)
SR II	29 (8,2)
SR III	21 (5,9)
SR IV	12 (3,4)
SR V	85 (24)
SR VI	191 (54)
<i>Classe social (ABEP)</i>	
B2	5 (1,4)
C1	8 (2,2)
C2	56 (15,7)
D/E	288 (80,7)
<i>Programa Bolsa Família</i>	
Sim	352 (98,6)
Não	5 (1,4)
<i>Condição alimentar da família (EBIA)</i>	
Insegurança alimentar grave	92 (25,8)
Insegurança alimentar média	98 (27,5)
Insegurança alimentar leve	93 (26,1)
Segurança alimentar	74 (20,7)
<i>Renda familiar (último mês)</i>	
Menor ou igual a R\$ 768,00	207 (58)
Entre R\$ 769,00 e R\$ 1.625,00	133 (37,3)
Acima de R\$ 1.626,00	17 (4,8)
<i>Renda Percapta das Famílias (SAE)</i>	
Até R\$ 42 (pobreza extrema)	158 (44,3)
Entre R\$ 43,00 e R\$ 124,00 (pobre)	63 (17,6)
Entre R\$ 125,00 e R\$ 227,00 (vulnerável)	93 (26,1)
Entre R\$ 228,00 e R\$ 364,00 (baixa classe média)	30 (8,4)
Acima de R\$ 365,00	13 (3,6)
<i>Responsável financeiro da família</i>	
Marido\Companheiro	162 (45,5)
Mae da Criança	82 (23)
Ambos	42 (11,8)
Outros (avós, tios e parentes)	71 (19,7)
<i>Cuidador principal da criança</i>	
Mãe	342 (95,8)
Avó materna	8 (2,2)
Pai	1 (0,6)
Outros	5 (1,4)

A notícia da gravidez foi recebida pelas mulheres da seguinte forma: cerca de 18% não queria ter engravidado naquele momento, em torno de 30% desejava a gravidez e um pouco mais da maioria pensava engravidar em outro momento, mas ficou feliz com a notícia. Esses números provocam a reflexão sobre como acontece o planejamento familiar e as escolhas relacionadas ao projeto de vida das mulheres. A prevalência de aborto ficou em média de 6%.

Em relação às consultas do pré-natal a participação foi de 97%. Durante a gravidez a prevalência de uso de cigarro (12%), bebida alcoólica (8%) e drogas (5%).

O parto consistiu em metade de cesarianas, acompanhando a tendência nacional, o Brasil está em segundo lugar no mundo em percentual deste tipo de parto, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece em até 15% a proporção recomendada de partos por cesariana, no Brasil esse percentual é de 57% (UNICEF, 2017).

Tabela 4: Condições da gravidez e parto

Variável	N (%)
<i>Notícia da Gravidez</i>	
Não queria ter engravidado e ficou triste quando soube da gravidez	26 (7,3)
Não queria ter engravidado de jeito nenhum	39 (10,9)
Sim quis engravidar naquele momento	106 (29,7)
Queria ter engravidado em outro momento, mas ficou feliz quando soube da gravidez.	186 (52,1)
<i>Realizou pré-natal</i>	
Sim	345 (96,6)
Não	12 (3,4)
<i>Fumava durante a gravidez</i>	
Sim	44 (12,3)
Não	313 (87,7)
<i>Bebida alcoólica durante a gravidez</i>	
Sim	30 (8,4)
Não	327 (91,6)
<i>Uso de drogas durante a gravidez</i>	
Sim	17 (4,8)
Não	338 (94,7)
<i>Aborto</i>	
Sim	21 (5,9)
Não	336 (94,1)
<i>Tipo de Parto</i>	
Vagina	162 (45,4)
Cesariana	190 (53,2)
Fórceps	5 (1,4)
<i>Tempo do parto</i>	
a termo	245 (71,1)
Pré-termo	103 (28,9)

3.2 Análise da História das Experiências Adversas na Infância (ACEs) das Mães

As experiências adversas na infância (ACEs) das mães coletadas nessa pesquisa se originam das lembranças narradas no momento de resposta do Questionário de Histórias na Infância. No Gráfico 1 temos as respostas positivas e negativas dadas a cada um dos dez ACEs pelas entrevistadas.

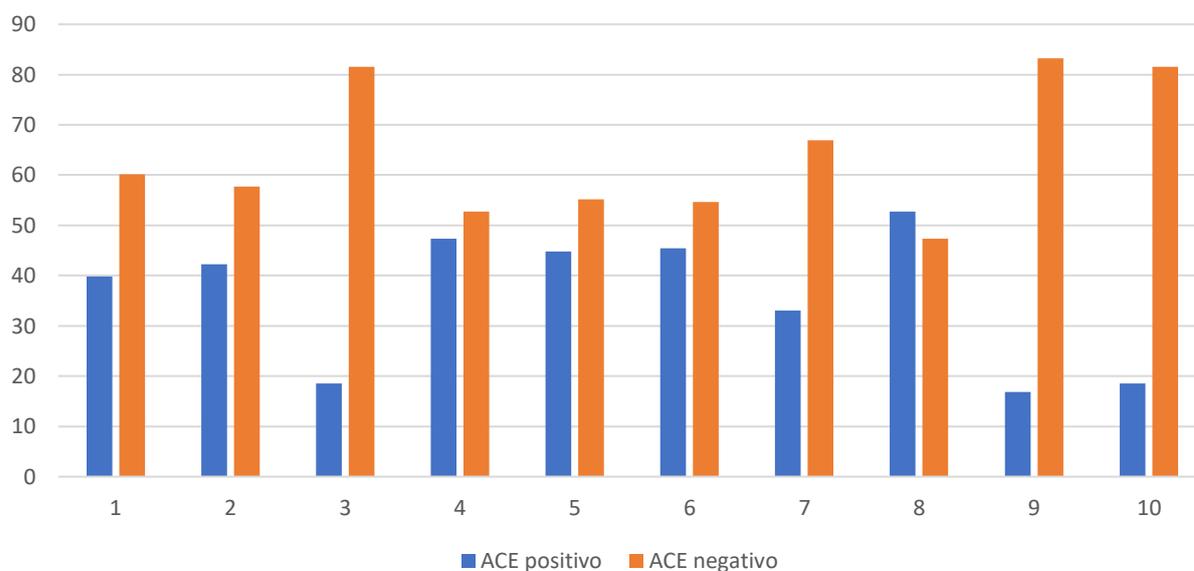
O ACEs com maior número de respostas positivas 53% foi “pessoa com dependência química ou alcoolista na família”, seguido de “negligencia emocional” 47%, “negligencia emocional” e “divórcio dos pais” ambos com 45%, “abuso físico” 42%, “abuso emocional” 40%, “violência doméstica” 33%, enquanto correspondem as menores proporções, “abuso sexual” e “convivência com presidiário na família” ambos com 19% e “pessoa com problema psiquiátrico na família” 16%.

Quando agrupamos as 10 categorias dos ACEs (FELITTI et al., 1998) em abusos (emocional, físico e sexual), negligências (emocional e física) e família disfuncional (divórcio dos pais, pessoa com dependência química ou alcoolista na família, violência doméstica, convivência com presidiário na família, pessoa com problema psiquiátrico na família) obtivemos uma média de 34% de mulheres que sofreram algum tipo de abuso na infância, 46% negligenciadas e 33% se desenvolveram numa família disfuncional.

Conforme o VIVA: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, do Ministério da Saúde, no biênio 2013-2014, aconteceu diversos tipos de violências com meninas na faixa de 0 a 9 anos: física 66%, psicológica/moral 33%, negligência/abandono 43% e sexual 39% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Os dados do VIVA fazem ressonância com os da pesquisa na identificação dos aspectos da realidade de um numero significativos de mulheres no Brasil convivendo com experiências adversas desde a infância.

Gráfico 1 do número de respostas de positivas ou negativas relatadas pelas mães em relação a cada um dos dez ACEs



ACEs	Positivo	Negativo
1. Abuso emocional	142 (39,8)	215 (60,2)
2. Abuso físico	151 (42,3)	206 (57,7)
3. Abuso sexual	66 (18,5)	291 (81,5)
4. Negligência emocional	169 (47,3)	188 (52,7)
5. Negligência física	160 (44,8)	197 (55,2)
6. Divórcio dos pais	162 (45,4)	195 (54,6)
7. Exposição a violência doméstica	118 (33,1)	239 (66,9)
8. Pessoa com dependência química ou alcoolista na família	188 (52,7)	169 (47,3)
9. Pessoa com problema psiquiátrico na família	60 (16,8)	297 (83,2)
10. Convivência com presidiário na família	66 (18,5)	291 (81,5)

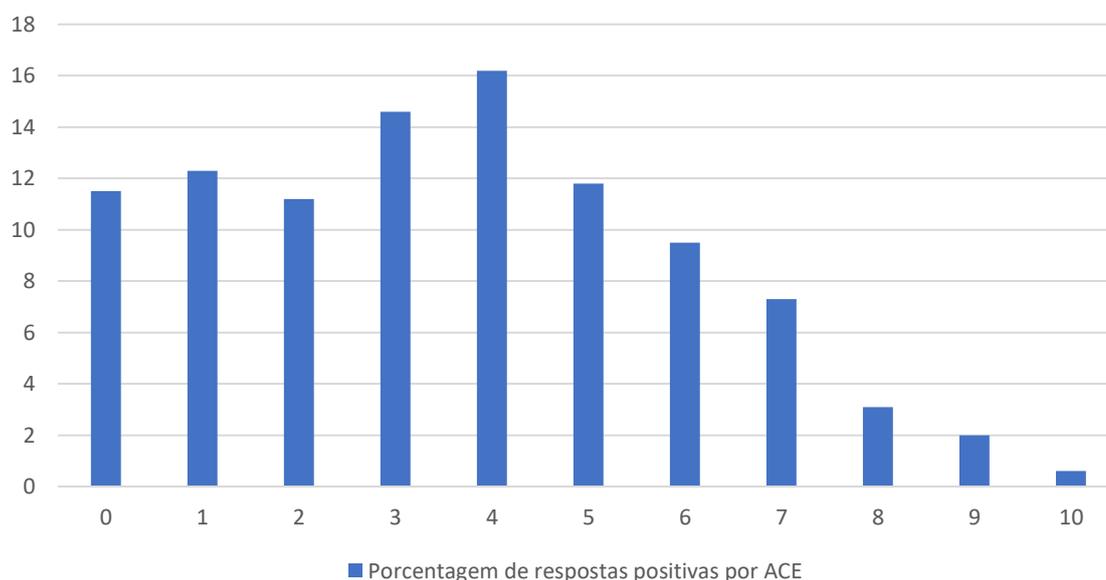
Nos estudos de Felitti (1998) e outros pesquisadores encontramos uma preocupação com a ocorrência de vários ACEs numa mesma pessoa e a relação com os riscos à saúde, ter quatro ou mais ACEs aumentava em muito as chances de problemas de saúde na adultez. Esse efeito cumulativo dos ACEs é comum gerando mais estudos sobre os efeitos dos aglomerados em contraposição aos efeitos isolados das experiências adversas.

Entre as mulheres entrevistadas, em torno de 12% não tinham nenhum ACE, entre 1 a 3 ACEs uma frequência de 38% e 4 ou mais ACEs de 50%. Na pesquisa de Felitti (1998) o número acima de 4 foi de 12,5%, observa-se uma diferença de aproximadamente de 20%.

Então metade das mães dessa pesquisa (50%) possuem mais de 4 ACEs, que pelos estudos do efeito cumulativo, são mulheres com risco em desenvolver obesidade, hipertensão, diabetes, depressão entre outros.

Verifica-se maior frequência no acumulado de 4 ACEs (16%) e a menor frequência nos 10 ACEs com 0,6% (Gráfico2).

Gráfico 2 referente a quantidade de ACEs por mãe

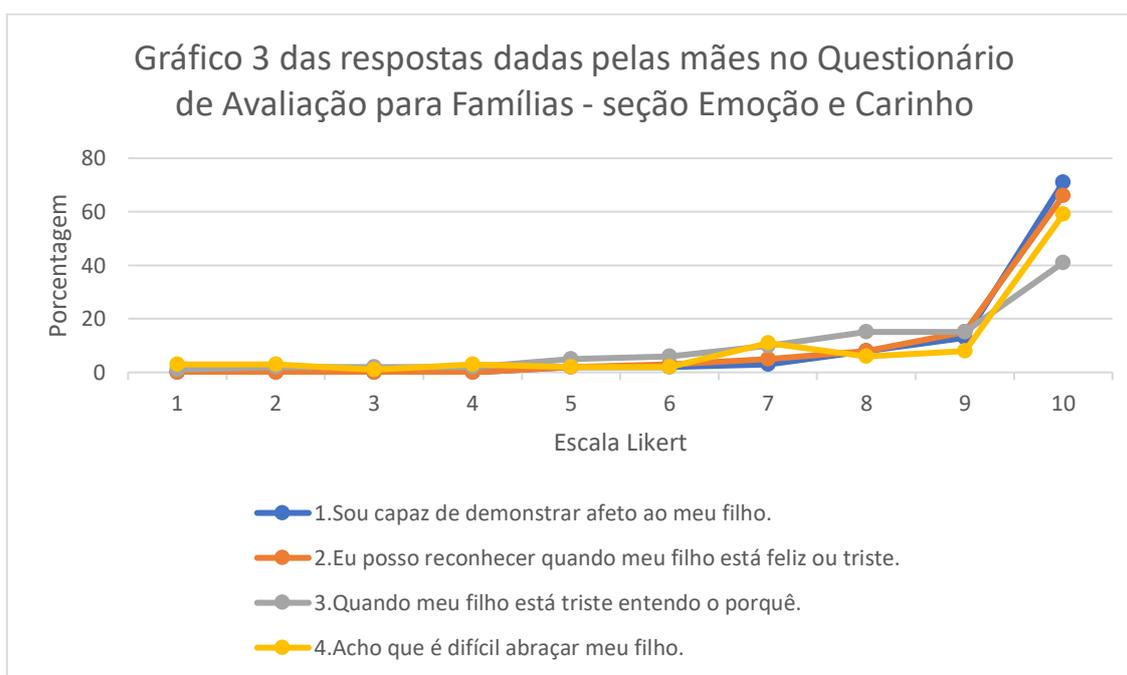


ACEs	N %
Nenhum ACE	41 (11,5)
1 ACE	44 (12,3)
2 ACES	40 (11,2)
3 ACES	52 (14,6)
4 ACES	58 (16,2)
5 ACES	42 (11,8)
6 ACES	34 (9,5)
7 ACES	26 (7,3)
8 ACES	11 (3,1)
9 ACES	7 (2)
10 ACES	2 (0,6)

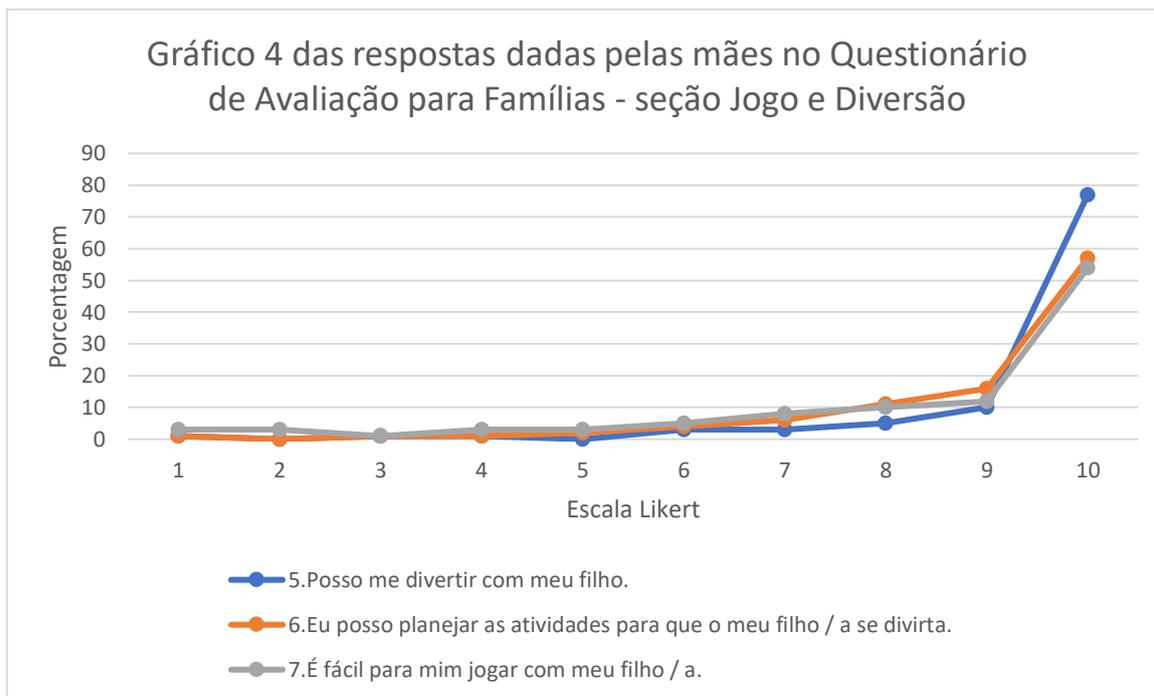
3.3 Análise das Questionário de Avaliação para Famílias (QAF) do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância

No Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o

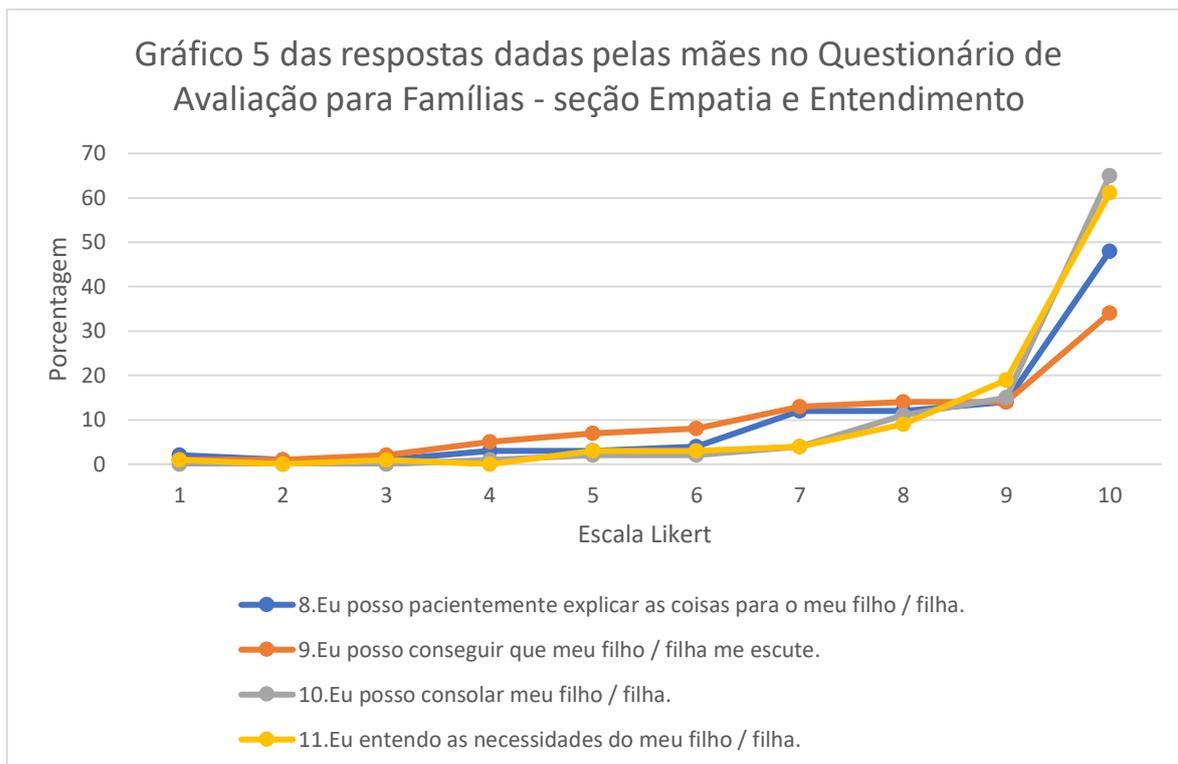
Desenvolvimento da Infância, nas quatro questões relacionadas a seção de Emoção e Carinho, ocorreu uma predominância para as notas 8, 9 e 10, da Escala Likert; numa média de 55% das mães entrevistadas (Gráfico 3). Mesmo a quarta questão sendo uma afirmação negativa, as mães responderam de forma coerente, apesar de entre as perguntas da seção, essa obteve o maior número de notas baixas (1, 2 e 3), média de 7%. Pelos resultados, as mães possuem habilidades/capacidades de demonstrar afeto pelo filho, reconhecer as emoções, compreender quando o filho está triste e sente fácil abraçá-lo.



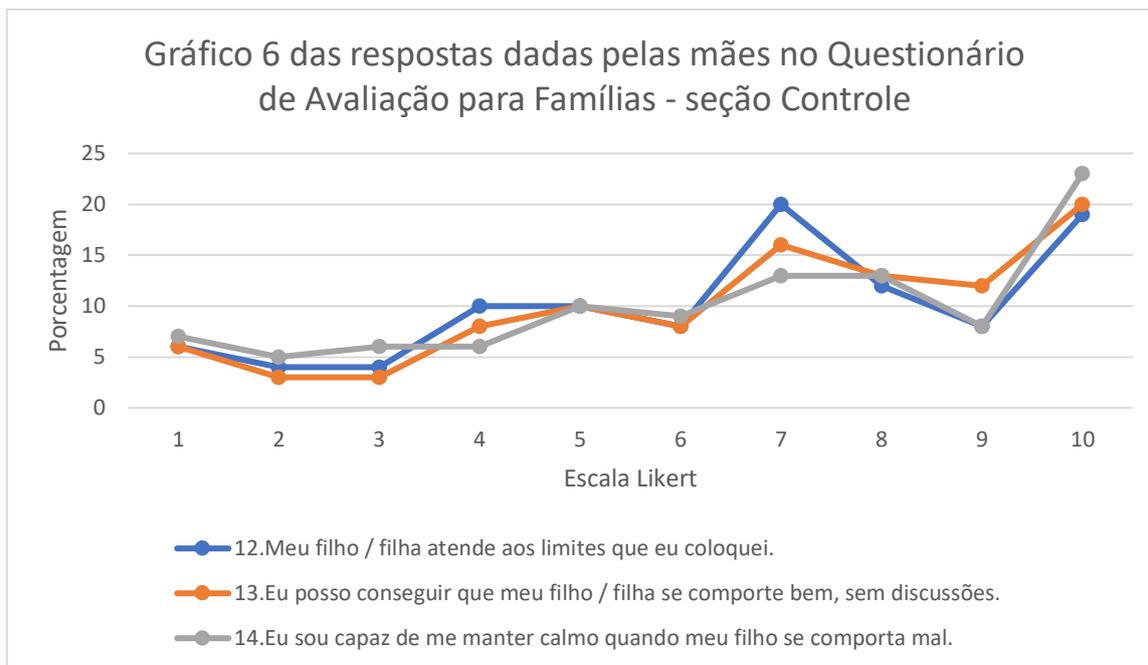
Na seção Jogo e Diversão as questões discorrem sobre o lazer e a diversão da díade mãe/filho. A maior prevalência no conjunto de respostas da seção foi na nota 10, média de 55%, a questão “posso me divertir com meu filho” (77%). A questão “é fácil para mim jogar com meu filho” alcançou (7%) nas notas 1, 2 e 3 (Gráfico 4).



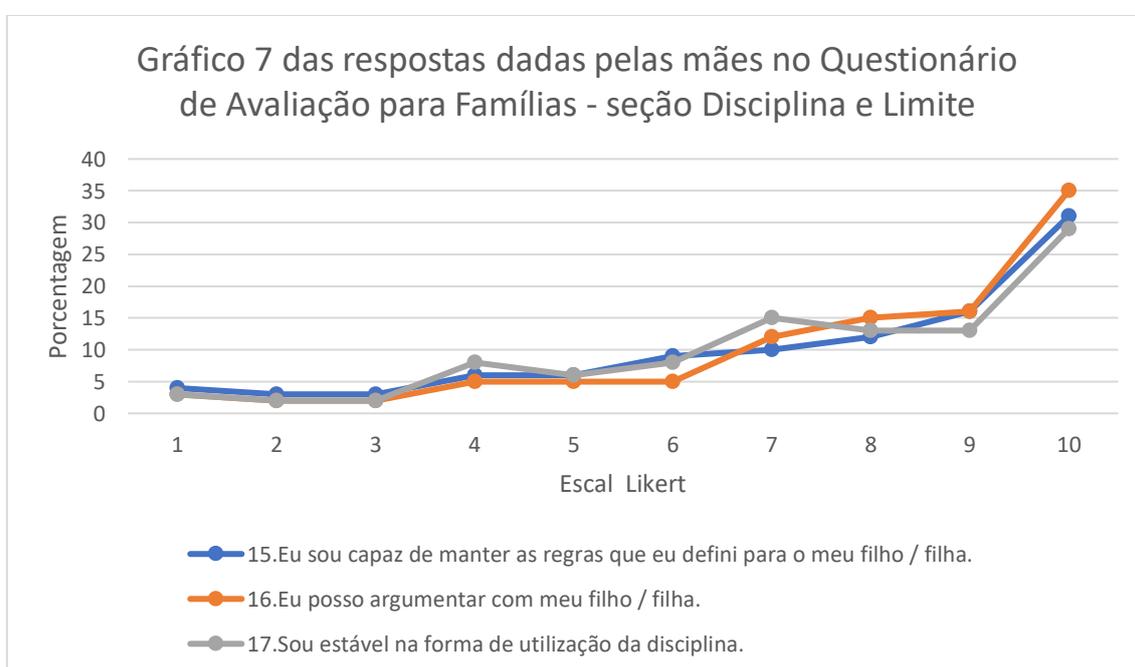
A seção Empatia e Entendimento relaciona as habilidades/capacidades da mãe para compreender as necessidades do filho, consolar, criar um momento de intimidade e diálogo onde a criança possa escutar e ser escutada, assim como a mãe possa explicar as situações do dia a dia. Quatro questões compõem essa seção, a menor prevalência para a nota 10 foi na questão “eu posso conseguir que meu filho me escute” (34%), as outras variaram de 47 a 65%; “eu posso pacientemente explicar as coisas para o meu filho” (4%) e “eu posso conseguir que meu filho me escute” (4%) nas notas 1, 2 e 3. Pelas respostas dadas, as mães possuem habilidades/capacidades de empatia e entendimento para com os filhos.



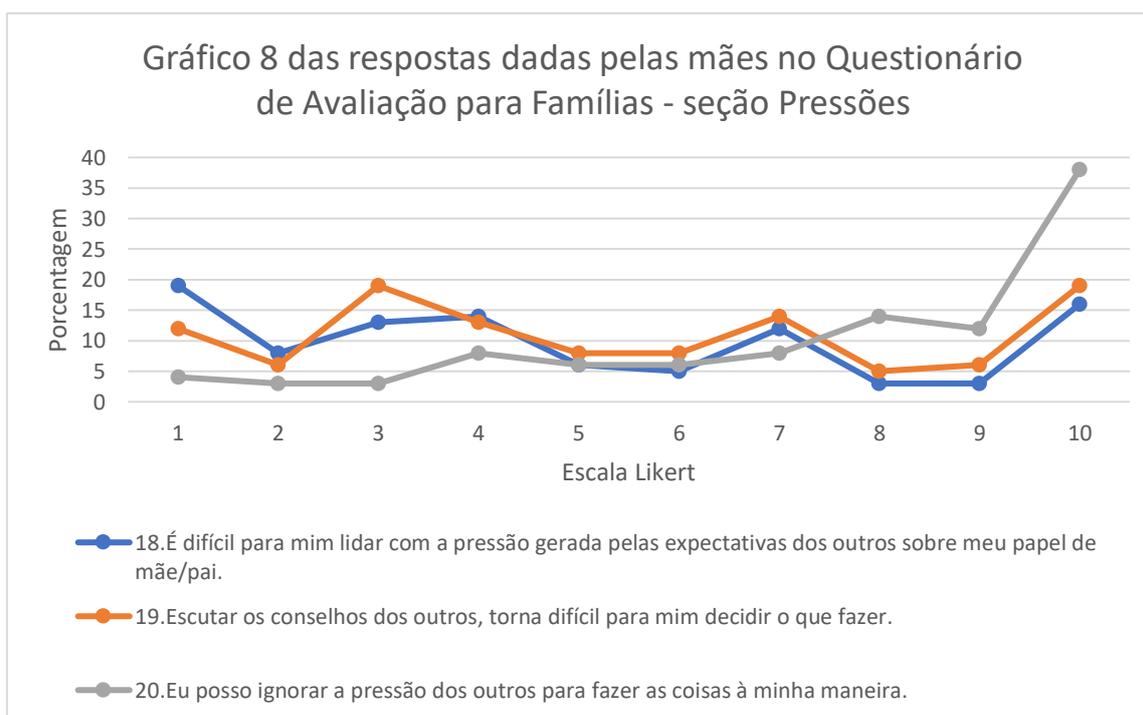
A seção Controle do questionário possui características diferentes das outras, próxima a seção Pressão, pela distribuição dispersa das respostas ao longo da escala de notas; o padrão é a maior prevalência nas notas 8, 9 e 10. Nas três questões da seção a variação de porcentagem na nota 10 fica entre 19 e 22 % e para o conjunto das notas 1, 2 e 3 ocorre entre 12 a 18%. Nessa seção existe uma aproximação entre o número de mães com nota 10 e o conjunto de notas 1, 2 e 3. Pelo relato das respostas, as habilidades/capacidades das mães em dar limites, conseguir um bom comportamento sem discussões ou manter a calma quando de um mal comportamento parece ocorrer com certa dificuldade. A condição de pobreza, a insegurança alimentar, a escolaridade e os ACEs da mães podem ser fatores que contribuam para a dificuldade das habilidades/capacidades dessa seção.



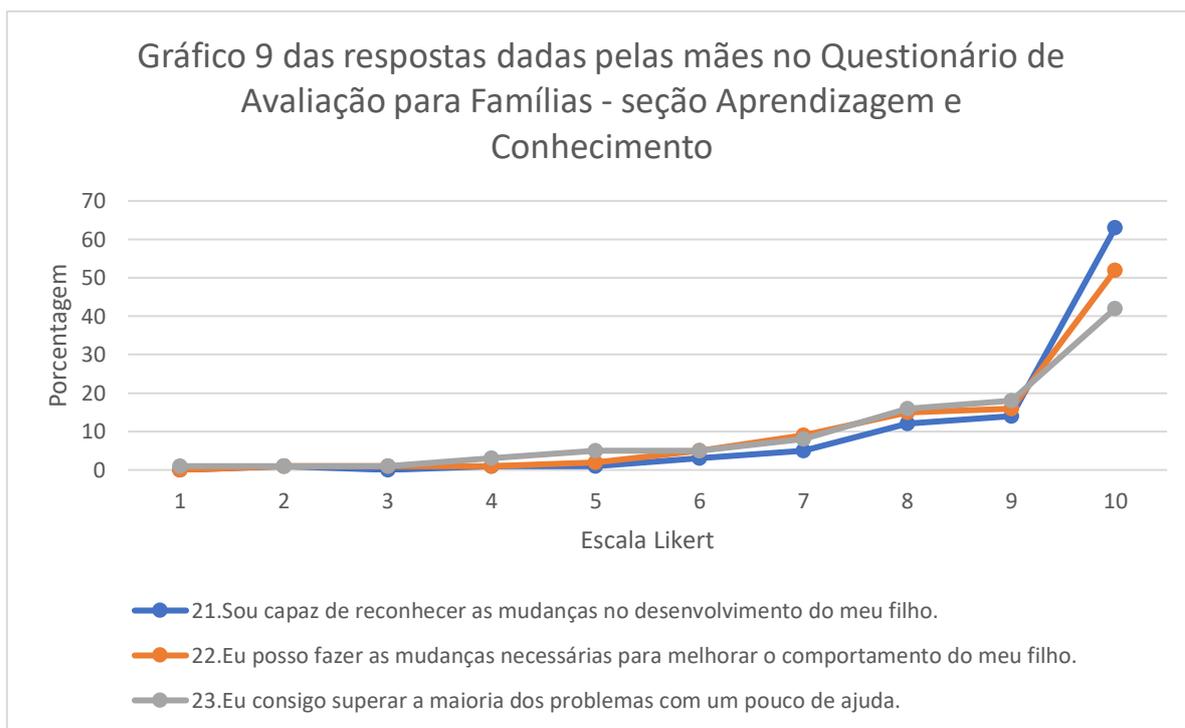
As habilidades/capacidades das mães na seção Disciplina e Limite se entrelaça com a seção Controle, mas se observa que a prevalência das respostas é diferente nas duas seções. Na questão “eu sou capaz de manter as regras que eu defini para o meu filho” exhibe um terço (31%) na nota 10 e 10% no conjunto de notas 1, 2 e 3. Na questão “eu posso argumentar com meu filho” tem 35% na nota 10 e somente 9% no conjunto de notas 1, 2 e 3. Na última questão da seção, “sou estável na forma de utilização da disciplina” sucede quase um terço (29%) na nota 10 e 6% no conjunto de notas 1, 2 e 3.



A seção pressões do questionário aborda o papel de mãe, construção coletiva que inclui os valores, as crenças, os comportamentos e o imaginário, atribuído à mulher quando nessa condição social. As influências da cultura de cada grupamento social (cidades, estados, países entre outros) interferem no papel de mãe. Para mulheres em situação de vulnerabilidade e pobreza, a vivência de ser mãe é mediada pelos valores e crenças das classes sociais mais abastadas. Assim as mulheres pesquisadas sofrem pressões entre o modelo adequado de ser mãe e sua experiência cotidiana com os filhos. As respostas encontradas refletem essa ideia. Para a questão “é difícil para eu lidar com a pressão gerada pelas expectativas dos outros sobre meu papel de mãe/pai”, a nota 1 (19%) foi superior a nota 10 (16%), fato específico dessa questão. As outras duas questões da seção de pressões, “escutar os conselhos dos outros, torna difícil para eu decidir o que fazer” e “eu posso ignorar a pressão dos outros para fazer as coisas à minha maneira”, mantiveram o padrão de menor prevalência na nota 1 (12% e 4%) em relação a nota 10 (19% e 38%). As respostas para “eu posso ignorar a pressão dos outros para fazer as coisas à minha maneira”, reflete uma estratégia das entrevistadas para resolver os impasses provocados pela cobrança de ser mãe, no conjunto das menores notas 1, 2 e 3 (10%) em oposição as notas maiores 8, 9 e 10 (64%).

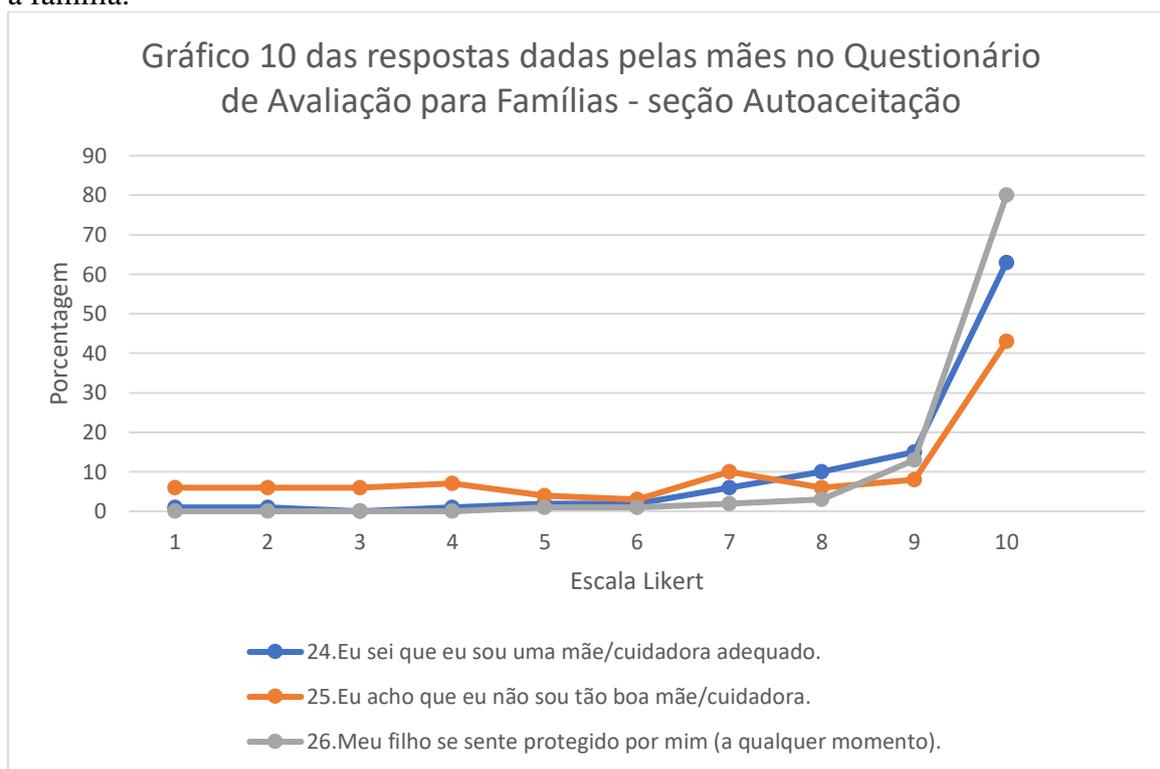


As habilidades/capacidades de reconhecer os avanços no desenvolvimento do filho, realizar mudanças no intuito de melhorar o comportamento do mesmo e contar com ajuda para superar problemas; nas entrevistadas indicou maior prevalência nas notas altas. Nas três questões da seção Aprendizagem e Conhecimento a maioria das mulheres (entre 42 a 62 %) deram a nota máxima (10). Para compreender a habilidade/capacidade de reconhecer as aquisições no desenvolvimento do filho é necessário diferenciar a percepção das mães da pesquisa e dos especialistas.



Na seção de Autoaceitação as questões “eu sei que eu sou uma mãe/cuidadora adequada” e “eu acho que eu não sou tão boa mãe/cuidadora”, aludem à percepção das mães da sua experiência da maternagem com seus filhos. A primeira questão resultou numa prevalência de 63% e na segunda de 43% para a nota 10. Ainda na segunda questão conta com 18% para o conjunto de notas 1, 2 e 3; esse resultado pode advir da falta de compreensão das entrevistadas da pergunta por ser uma afirmação negativa ou um autojulgamento do seu desempenho materno. A terceira e última questão da seção refere à proteção dada ao filho mostrando uma prevalência de 80% para a nota 10 e de nenhuma resposta no conjunto de notas 1, 2 e 3. A configuração das respostas dadas pelas entrevistadas, nessa questão, remete a ideia da importância de proteger os filhos, lembrando que as crianças do estudo ainda não completaram os 6 anos de idade. Uma proteção em relação a pobreza, fome e violência vivenciada por toda

a família.



3.4 Associação entre o Questionário de Avaliação para Famílias (QAF) e o ACEs das mães

Muitas pesquisas apontam para as consequências dos ACEs na vida adulta, tanto em riscos para a saúde como para o social. Esse estudo investiga associações entre os ACEs das mães e as dificuldades no vínculo materno, pensado como as habilidades/capacidade no cuidar sensível de seus filhos. Para tanto foi correlacionado as respostas dadas por elas, nos questionários: Histórias Adversas na Infância (ACEs) e Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância - QAF (habilidades/capacidades no vínculo materno).

Para tanto foi calculado a média de cada uma das seções do QAF e visto a frequência de mães abaixo ou igual/acima da média. Entre as oito seções a média mais alta foi de “Jogo e Diversão” (8,93) e a mais baixa em “Pressão” (6,31), a maioria das seções teve média acima de 7, devido as respostas no questionário, de forma geral, receberam notas altas. Com esse procedimento foi possível reduzir a Escala Likert de 0 a 10, para duas opções e com possibilidade de correlação com os dados dos ACEs das mães.

Tabela 5: médias das seções e frequência abaixo e igual/acima da média do QAF

MÉDIA DAS SEÇÕES	Nº	MÉDIA	Frequência Abaixo da média	%	Frequência igual e acima da média	%
Emoção e Carinho	356	7,36	162	45,5	194	54,5
Jogo e Diversão	356	8,93	129	36,2	227	63,8
Empatia	356	8,68	144	40,5	212	59,5
Controle	356	6,64	154	43,3	202	56,7
Disciplina	356	7,59	145	40,7	211	59,3
Pressão	356	6,31	169	47,5	187	52,5
Aprendizagem	356	8,78	154	43,3	202	56,7
Autoaceitação	356	7,49	225	63,2	131	36,8

No que se refere aos ACEs das mães foi imaginado três pontos de corte para torna possível uma resposta binária. O primeiro ponto de corte foi não ter e ter ACE, o segundo dividido em abaixo de 3 ACEs e três ou mais e o terceiro ponto de corte abaixo de 4 ACEs e quatro ou mais ACEs. A ideia de trabalhar com pontos de corte nos ACEs vem da pesquisa iniciadas por Felitti e colaboradores, outras pesquisas seguiram o mesmo percurso.

Tabela 6: os pontos de corte dos ACEs

Pontos de Corte	Nº	Bom: 0	%	Ruim: 1	%
0 ACE (Ter ou não ter ACEs)	357	41	11,5	316	88,5
3 ACEs	357	125	35	232	65
4 ACEs	357	177	49,6	180	50,4

Aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson para investigar a ocorrência de alguma associação entre as variáveis do ACEs da mãe com as variáveis sobre habilidades/capacidades maternas nas 8 seções do QAF. Houve associações significativas entre a seção Controle do QAF em relação aos pontos de corte do ACEs: 0 ACE (ter ou não ter ACE), 3 ACEs e 4 ACEs, assim como entre a seção Pressões e o ponto de corte ≤ 4 ACEs. Entre seção Controle e ter ou não ter ACE, $\chi^2 = 6,42$, ($p < 0,05$), baseado nisso mães com ACE possuem 2,61 mais chances de apresentar dificuldades nas habilidades/capacidades que as mães sem ACE. Quando o ponto de corte é ≤ 3 ACEs, $\chi^2 = 5,09$, ($p < 0,05$), mães acima de 3 ACEs têm 1,67 mais chances de apresentar dificuldades nas habilidades/capacidades que as mães até 3 ACEs. Questão similar ocorre quando o ponto de corte é ≤ 4 ACEs, $\chi^2 = 4,19$, ($p < 0,05$), as mães com mais de 4 ACEs têm 1,55 mais chances de apresentar dificuldades nas habilidades/capacidades que as mães até 4 ACEs. As habilidades/capacidades das mães referidas na seção Controle, em síntese, dizem respeito a limite, regras e valores para as crianças; as lembranças das experiências adversas da infância de suas genitoras caminham na direção de quanto maior o número de ACEs, aumenta a dificuldade na expressão das habilidades/capacidades maternas.

Na relação entre a seção Pressão e as mães com ACEs menor ou igual a 4 e maior que 4, $\chi^2 = 8,8$, ($p < 0,05$), então as mães com ACE acima de 4 possuem 0,53 mais chances de ter dificuldade em lidar com as pressões que as mães com número de ACEs abaixo ou igual a 4. Lembrando que as habilidades/capacidades da seção Pressão do questionário remetem a vivência do papel social materno, o conjunto de crenças, valores e atitudes esperadas para o desempenho da mulher nesse papel. Um aumento de ACEs (acima de 4) nas entrevistadas, parece representar uma dificuldade em lidar com a contradição entre o esperado pela sociedade para o papel de mãe e a possibilidade de autonomia para viver seu estilo pessoal de maternagem.

Nas outras seções do QAF não foram encontradas associações significativas com os ACEs isso levou a realização de outros testes estatísticos (Rô de Spearman, teste de Kruskal-Wallis) para aprimorar a análise dos dados e escolha de outras variáveis (idade, escolaridade, saúde mental das mães e gravidez desejada).

Tabela 7: as correlações entre os três pontos de cortes dos ACEs e as oito seções do QAF

Seções do QAF	Pontos de corte dos ACEs	χ^2	Odd ratio	Intervalo e confiança de 95%	Valor de p (<0,05)
Emoção e Carinho	0 ACE	0,30	1,20	0,62 a 2,33	0,58
	3 ACEs	0,03	1,05	0,68 a 1,62	0,84
	4 ACEs	0,29	1,12	0,74 a 1,70	0,59
Jogo e Diversão	0	0,97	1,43	0,70 a 2,91	0,32
	3	1,73	0,74	0,47 a 1,16	0,18
	4	0,39	0,87	0,57 a 1,34	0,52
Empatia e Entendimento	0	0,76	1,36	0,68 a 2,68	0,38
	3	0,01	0,99	0,63 a 1,52	0,92
	4	0,08	0,98	0,64 a 1,49	0,93
Controle	0	6,72	2,61	1,24 a 5,51	0,01
	3	5,09	1,67	1,07 a 2,62	0,02
	4	4,19	1,55	1,08 a 2,36	0,04
Disciplina	0	2,52	1,76	0,87 a 3,59	0,11
	3	1,79	1,36	0,87 a 2,13	0,18
	4	1,2	1,27	1,83 a 1,94	0,27
Pressão	0	3,38	0,54	0,28 a 1,05	0,06
	3	0,66	0,84	0,54 a 1,29	0,42
	4	8,8	0,53	0,35 a 0,80	0,03
Aprendizagem e Conhecimento	0	1,57	1,54	0,78 a 3,05	0,21
	3	1,85	1,36	0,87 a 2,12	0,17
	4	3,36	1,48	0,97 a 2,25	0,07
Autoaceitação	0	1,13	0,68	0,34 a 1,39	0,29
	3	0	1	0,64 a 1,57	0,17
	4	0,22	0,92	0,59 a 1,38	0,64

O coeficiente de correlação de Spearman (R_s de Spearman – R_s), é uma estatística não-paramétrica e, assim, pode ser usada quando os dados violarem suposições paramétricas, tais como dados não-normais. O teste de Spearman trabalha classificando os dados em primeiro lugar e então aplicando a equação de Pearson aos dados ordenados. (FIELD;2009)

No estudo obtivemos o R_s de Spearman para verificar as associações significativas entre as 8 seções do QAF, ACEs, idade e saúde mental materna. A saúde mental foi mensurada pelo instrumento Self Report Questionnaire – SRQ20, para transtornos psiquiátricos menores.

Encontramos uma associação negativa entre a seção Controle e a saúde mental materna, $R_s = -0,138$ $p < 0,05$, possui efeito pequeno. Assim o aumento dos transtornos psiquiátricos menores está relacionado a diminuição das habilidades/capacidades da seção Controle do QAF. As habilidades/capacidades das mães em dar continência ao comportamento dos filhos diminui com o aumento dos sintomas relacionados aos transtornos psiquiátricos menores.

Outra associação positiva foi entre a seção Pressão e também a saúde mental materna, $R_s = 0,177$ $p < 0,05$, de pequeno efeito. No caso o aumento dos transtornos psiquiátricos menores está relacionado ao aumento das habilidades/capacidades da seção Pressão. Os pequenos transtornos como falta de vitalidade, sintomas psicossomáticos e depressivos, ansiedade e angústia estão presentes na vivência do papel social de mãe, como também nas questões da seção Pressão “é difícil para eu lidar com a pressão gerada pelas expectativas dos outros sobre meu papel de mãe/pai”, “escutar os conselhos dos outros, torna difícil para eu decidir o que fazer” e “eu posso ignorar a pressão dos outros para fazer as coisas à minha maneira”

Os resultados do teste em relação aos ACEs das mães e idade materna não ocorreu nenhuma associação significativa.

Tabela 8: o coeficiente de correlação de Spearman e as variáveis e as 8 seções do QAF, os ACEs, idade materna e saúde mental materna

Rô de Spearman Seções do QAF	ACE materno			Idade materna			Saúde mental materna		
	N	CC*	Sig.	N	CC*	Sig.	N	CC*	Sig.
Emoção e Carinho	229	.009	.897	229	-.069	.296	229	.065	.326
Jogo e Diversão	229	.004	.946	229	-.024	.716	229	-.058	.381
Empatia e Entendimento	229	.001	.984	229	-.041	.539	229	.013	.841
Controle	229	-.127	.055	229	.041	.541	229	-.138	.037
Disciplina e Limite	229	.005	.938	229	-.053	.427	229	-.091	.168
Pressões	229	.096	.149	229	.019	.772	229	.177	.007
Aprendizagem e Conhecimento	229	-.041	.532	229	-.089	.180	229	-.064	.332
Autoaceitação	229	.047	.478	229	-.114	.086	229	.015	.816
Média Global do QAF	229	.004	.951	229	-.042	.532	229	-.016	.807

O teste de Kruskal-Wallis (H) é uma extensão do teste de Wilcoxon-Mann-Whitney. Enquanto o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney consiste em comparar a distribuição de duas amostras, o teste de Kruskal-Wallis permite realizar a comparação de três ou mais grupos em amostras independentes. (FIELD;2009) No estudo foi realizados grupos com as variáveis: situação conjugal, gravidez desejada e escolaridade materna em relação as 8 seções e a média global do QAF.

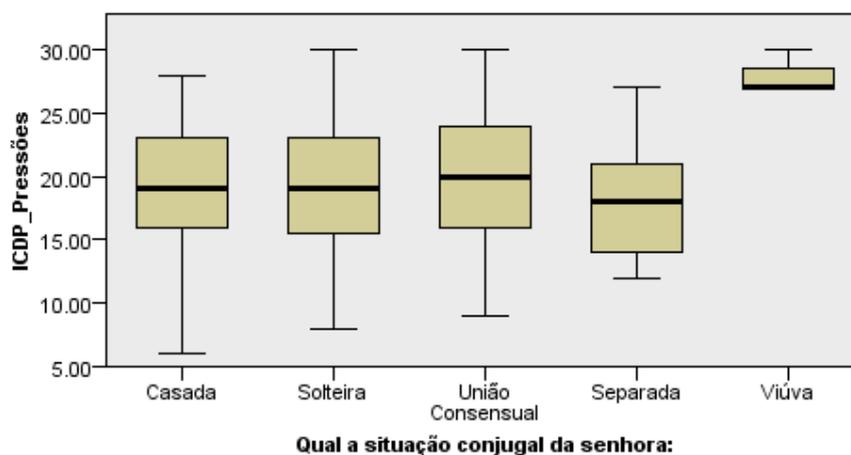
No estudo de associação entre o QAF e a variável situação conjugal materna todos os efeitos são relatados ao nível $p < 0,05$. As habilidades/capacidades existentes na seção Pressão do QAF é significativamente afetada pela a situação conjugal materna. (Figura 1) No diagrama de caixa correspondente, temos as medianas dos grupos casadas e solteiras iguais, união consensual um pouco acima, separadas mais baixa que os três grupos anteriores e por último o grupo das viúvas com mediana alta e unido ao Q1 e Q2. Assim a variação das médias baixas da seção Pressão aparece em maior número no grupo das mulheres casadas que solteiras, o mesmo acontece entre a união estável e separadas.

FIGURA 1 Resumo da distribuição do ICDP e a situação conjugal da mãe

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ICDP_Emoção e Carinho é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.209	Retar a hipótese nula.
2	A distribuição de ICDP_Jogo e Diversão é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.981	Retar a hipótese nula.
3	A distribuição de ICDP_Empatia e Entendimento é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.610	Retar a hipótese nula.
4	A distribuição de ICDP_Controle é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.310	Retar a hipótese nula.
5	A distribuição de ICDP_Disciplina e Limite é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.926	Retar a hipótese nula.
6	A distribuição de ICDP_Pressões é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.037	Rejeitar a hipótese nula.
7	A distribuição de ICDP_Aprendizagem e Conhecimento é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.859	Retar a hipótese nula.
8	A distribuição de ICDP_Autoaceitação é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.093	Retar a hipótese nula.
9	A distribuição de ICDP_total é a mesma entre as categorias de Qual a situação conjugal da senhora: .	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.723	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	229
Estatística de teste	10.202
Graus de liberdade	4
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	.037

1. A estatística de teste está ajustada para empates.

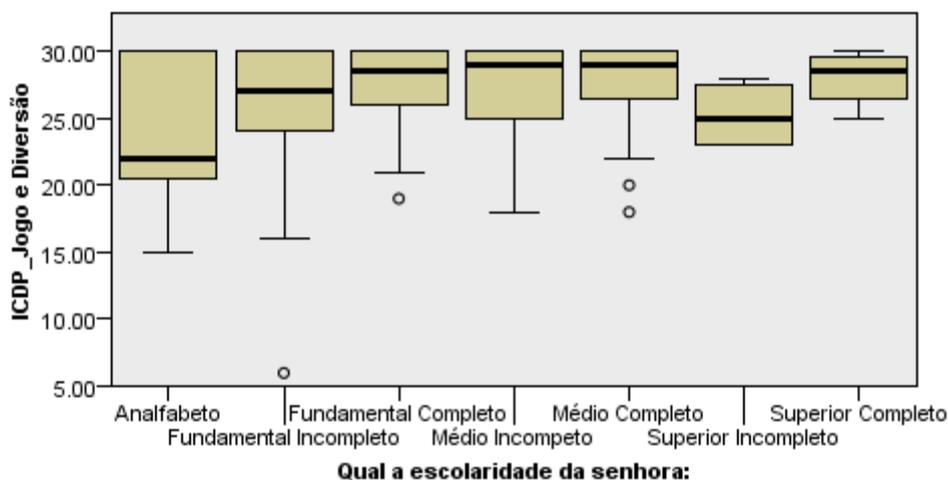
No estudo de associação entre o QAF e a variável escolaridade materna todos os efeitos são relatados ao nível $p < 0,05$ (Figura 2). As habilidades/capacidades existentes na seção Jogos e Diversão do QAF é significativamente afetada pela escolaridade materna, o mesmo se dá na seção Autoaceitação. No diagrama de caixa correspondente a seção Jogos e Diversão as medianas variam em cada dos sete grupos, somente entre o grupo médio incompleto e completo são iguais. Em relação as médias das respostas em todos os grupos são altas, assim o Q2 e Q3 estão iguais, diferença para os grupos superior incompleto e completo.

FIGURA 2 Resumo da distribuição do ICDP e a escolaridade materna

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ICDP_Emoção e Carinho é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.238	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de ICDP_Jogo e Diversão é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.050	Rejeitar a hipótese nula.
3	A distribuição de ICDP_Empatia e Entendimento é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.425	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de ICDP_Controle é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.713	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de ICDP_Disciplina e Limite é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.639	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de ICDP_Pressões é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.090	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de ICDP_Aprendizagem e Conhecimento é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.113	Reter a hipótese nula.
8	A distribuição de ICDP_Autoaceitação é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.046	Rejeitar a hipótese nula.
9	A distribuição de ICDP_total é a mesma entre as categorias de Qual a escolaridade da senhora:..	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	.181	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes

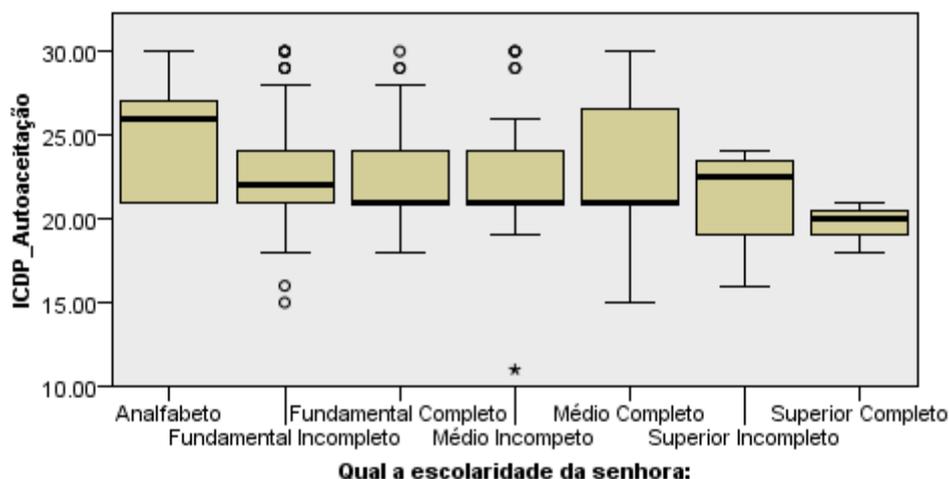


N total	229
Estatística de teste	12.617
Graus de liberdade	6
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	.050

1. A estatística de teste está ajustada para empates.

No diagrama de caixa correspondente a seção Autoaceitação existe uma variação da mediana, no grupo analfabeto se encontra o valor mais alto da mediana (± 26), nos grupos fundamental completo, médio incompleto e completo temos a mesma mediana (± 23). Em relação as médias das respostas no grupo analfabetismo é alta nos outros grupos temos médias de respostas baixa, principalmente no grupo médio completo.

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	229
Estatística de teste	12.835
Graus de liberdade	6
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	.046

1. A estatística de teste está ajustada para empates.

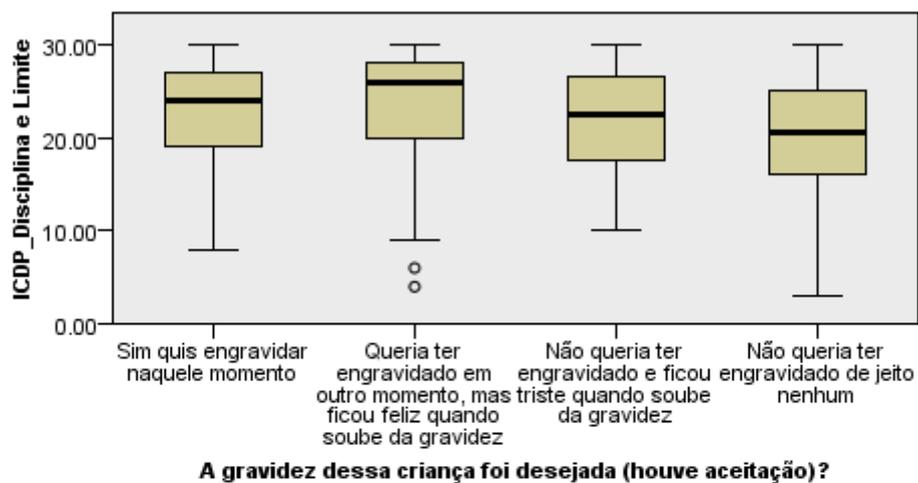
No estudo de associação entre o QAF e a variável gravidez desejada todos os efeitos são relatados ao nível $p < 0,05$ (Figura 3). As habilidades/capacidades existentes na seção Disciplina e Limite do QAF é significativamente afetada pela gravidez desejada. No diagrama de caixa correspondente a seção Disciplina e Limite as duas medianas do grupo com boa aceitação da gravidez estão acima da mediana dos dois grupos de rejeição ao fato da gravidez. Observa-se em todos os grupos médias de respostas baixas.

FIGURA 3 Resumo da distribuição do ICDP e a gravidez desejada

Resumo de Teste de Hipótese				
	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de ICDP_Emoção e Carinho é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.474	Retetar a hipótese nula.
2	A distribuição de ICDP_Jogo e Diversão é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.061	Retetar a hipótese nula.
3	A distribuição de ICDP_Empatia e Entendimento é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.192	Retetar a hipótese nula.
4	A distribuição de ICDP_Controlo é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.069	Retetar a hipótese nula.
5	A distribuição de ICDP_Disciplina e Limite é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.023	Rejeitar a hipótese nula.
6	A distribuição de ICDP_Pressões é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.127	Retetar a hipótese nula.
7	A distribuição de ICDP_Aprendizagem e Conhecimento é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.091	Retetar a hipótese nula.
8	A distribuição de ICDP_Autoaceitação é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.367	Retetar a hipótese nula.
9	A distribuição de ICDP_total é a mesma entre as categorias de A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)?.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	.079	Retetar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



N total	229
Estatística de teste	9.567
Graus de liberdade	3
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	.023

1. A estatística de teste está ajustada para empates.

O estudo investigou associações significativas inicialmente entre as variáveis presentes nos questionários: Histórias na Infância (ACEs) e Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância - QAF (habilidades/capacidades no vínculo materno). Para tanto utilizou o teste qui-quadrado de Pearson encontrando associações significativas entre os ACEs da mãe e as seções Controle e Pressão do QAF.

Na busca de compreensão da complexidade dos dados coletados foi realizado outros testes estatísticos e associações com outras variáveis. Empregando o coeficiente de correlação de Spearman se achou associações entre as seções de Controle e Pressão do QAF com a variável saúde mental materna.

Então é importante verificar as possibilidades de associações significativas entre essas duas seções Controle e Pressão e as outras seções e média global do QAF, com o Rô de Spearman (Tabela 9). A seção Controle proporciona associações positivas com todas as outras seções, com efeito pequeno ($\pm 0,1$) em Emoção e Carinho, efeito médio ($\pm 0,3$) em Jogo e Diversão, Aprendizagem e Conhecimento, alto ($\pm 0,5$) em Empatia e Entendimento, Disciplina e Limite e na média global do QAF. Não apresentou associação significativa com as seções Pressão e Autoaceitação. A seção Pressão teve associação positiva somente nas seções Emoção e Carinho e Autoaceitação (efeito pequeno), assim como na média global (efeito médio). Pensando nesse efeito das associações entre as próprias seções do teste e o quanto uma mudança na seção Controle pode alterar todo o conjunto, torna-se significativo as alterações que os ACEs da mãe e a saúde metal materna ocasiona nessa seção.

Tabela 9: o coeficiente de correlação de Spearman entre as seções Controle e Pressões e as outras seções e a média global do QAF

Rô de Spearman	Controle			Pressões		
	Seções do QAF	N	CC*	Sig.	N	CC*
Emoção e Carinho	229	.249	.000	229	.250	.000
Jogo e Diversão	229	.321	.000	229	.055	.409
Empatia e Entendimento	229	.527	.000	229	.072	.281
Controle	X	X	X	229	.066	.318
Disciplina e Limite	229	.657	.000	229	.066	.317
Pressões	229	.066	.318	X	X	X
Aprendizagem e Conhecimento	229	.360	.000	229	.070	.289
Autoaceitação	229	.058	.381	229	.210	.001
Média Global do QAF	229	.750	.000	229	.363	.000

*coeficiente de correlação

4. CONCLUSÃO

Os dados confirmam que existem alterações em algumas das habilidades/capacidades do vínculo materno, quando as mães sofreram algum ACEs nos primeiros 18 anos de vida, principalmente nas relacionadas com a seção controle e pressões do QAF.

A seção controle trata das habilidades/capacidades afeitas ao diálogo sobre como dar limite, domínio das emoções quando a criança se comporta mal e manter o bom comportamento da criança sem utilizar da discussão ou de agressividade verbal ou física. O bom exercício dessas habilidades/capacidades precisa de uma mulher que na infância não tenha sofrido ACEs, por um período suficiente que tenha colocado em risco suas funções executivas e sua empatia e amorosidade. Mesma questão se coloca quando da seção controle, onde está envolvido as cobranças sociais do papel social de mãe.

5. LIMITAÇÕES

O estudo teve algumas limitações tanto no uso dos questionários do ACE e do QAF, assim como no próprio desenho de uma pesquisa transversal, a limitação de tempo de contato com os pesquisados.

As perguntas relacionadas aos ACEs lidam com as memórias das mães sobre seus primeiros anos de vida, lembranças negativas forjadas por afetos, não se deve confundir com a memória de trabalho que possui significativa influência da cognição. O instrumento não mensura nem tempo, intensidade ou frequência das situações adversas no período da infância das entrevistadas. Ele só confirma ou nega a presença de uma categoria de ACE nas mães.

Quanto ao QAF e suas oito seções as pontuações foram na maioria acima da média, com clara tendência para as notas mais altas. Tal fato difere da observação do comportamento das mães na instituição, onde a prática de ameaças de bater, gritos e reclamações sobre o comportamento das crianças é visível para os profissionais. Aqui podemos retomar a teoria do trauma e a cisão do mundo interno para compreender essa contradição. As mães no momento da entrevista responderam próximo ao pensamento coletivo dos valores e atitudes sociais de uma “boa mãe”. Esse conhecimento é dado pela a cultura e apropriado por

ela como o “modelo correto”. Lembrando que mais da metade dessas mães sofrem variadas privações, como fome, pobreza, violências; num cenário propício ao estresse tóxico, aos afetos negativos e traumas, uma vida cindida e idealizada, mas no cotidiano, no confronto dos desafios da prática, o idealizado se tingiu de outras cores. Não podemos pensar como mentira, seria um reducionismo, pois o efeito da vida cindida está no movimento psíquico de equilíbrio, pela convivência dessas duas mães na mesma pessoa.

Acredito que se tivéssemos acrescentado ao desenho da pesquisa um grupo focal ou outras estratégias de coleta de dados qualitativos, teria enriquecido os resultados.

6. RECOMENDAÇÕES

Como ajudar essas mães sobrecarregadas, vivendo em situação de vulnerabilidade de diversas ordens, no exercício de suas habilidades/capacidades no vínculo com as crianças? Algumas ações simples podem fazer a diferença sobre o vínculo materno e contribuir para romper o ciclo de manutenção de experiências adversas entre as gerações.

Primeiro a mãe possa olhar seu filho como pessoa, exercitar desde o primeiro mês de vida da criança, o respeito pelo outro. Ele não é parte da vida da mãe, deve ter vida própria, com seus desejos e vontades. O profissional pode ajudar com as consignas: o que você acha que ele está pensando, para onde está olhando; o que está sentindo entre outras que possam nascer no momento de troca com a mãe e a criança.

O diálogo mãe e criança com toda sua riqueza de matizes de expressões dos afetos e emoções, a troca entre eles, a mãe perceber o prazer em escutar o filho, mesmo nos primeiros meses quando seu filho ainda não articula as palavras. O profissional como “pano de fundo” auxilia a mãe na manifestação das emoções positivas e situações favorecedoras para o vínculo.

Estabelecer junto com a mãe um espaço na casa para a criança, dentro das possibilidades existentes, o lugar de brincar. Assim como um tempo na agenda diária da mãe de atenção e brincadeiras com o filho, esse momento fortalece o vínculo, permite o diálogo, dá continência ao amor e por consequência diminui as possibilidades da ação do estresse tóxico. Nesse tempo para brincar (5, 10 minutos), a mãe pode se permitir ser criança novamente, reviver sua infância. O brincar conjunto pode favorecer que os ACEs vividos pela mãe sejam ressignificados e não repetidos no relacionamento com a criança.

Outra atividade no momento de brincar entre mãe e filho é ler uma história para a criança, como vimos no estudo os afetos arcaicos se transmutam em imagens e palavras, a leitura facilita esse processo pois muitas das imagens da literatura universal passam a favorecer a expressão afetivas em emoções estruturadas e adaptadas.

Por último a mãe possa encontra um elogio para o filho, reconhecendo uma qualidade da criança, sua condição única e especial, seu filho é diferente dos outros filhos. Esse elogio possibilita a formação da identidade da criança, onde a outra pessoa é sentida de forma segura, sem ser uma ameaça.

Isso nos leva a reaprendermos, no dizer de Eliane Brum, a viver em comunidade, redescobrirmos como tecer redes de cuidados mútuos. Isso não tira a responsabilidade individual. Ao contrário, a aumenta; coloca a responsabilidade individual onde ela deve estar: fazendo “laço” com os outros. Fazendo juntos.

7. REFERENCIAS

BAES, C. Estresse precoce e alterações do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) na depressão. 2012. 163f. Dissertação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2012.

COUTINHO, F. Representações da infância na obra machadiana: o menino é pai do homem? Machado Assis Linha, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 74-89, dezembro 2011

DAMIANI, C; COLOSSI, P. A Ausência Física e Afetiva do Pai na Percepção dos Filhos Adultos. Pensando Famílias, 19(2), dez. 2015, (86-101)

FIELD, A. Descobrimos a estatística usando o SPSS [recurso eletrônico]. 2ª ed. Porto Alegre: editora Artmed. 2009

FELITTI VJ et al. Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine Am J Prev Med 1998; 14.

FOUCAULT, Michel. Arqueologia do saber. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

GONÇALVES, H et al. Experiências adversas na infância e consumo de álcool, fumo e drogas ilícitas entre adolescentes de uma coorte brasileira. Cad. Saúde Pública. 2016 Out; 32(10).

GERHARDT, S. Por que o amor é importante. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed 2017

HUNDEIDE K. Psychosocial care for disadvantaged children in the context of poverty and high risk: Introducing the ICDP Program. Noruega: ICDP; 2004

IBGE. Disponível em: <<https://br.adfn.com/indicadores/pnad>>. Acesso em 14 de julho de 2018

KALSCHED, D. O mundo interior do trauma. 1 ed. São Paulo: Editora Paulus,2013

KONRADT, C et al. Trauma precoce e transtornos de humor em jovens. Revista Psiq. Clín. 2013; 40(3): 93-6.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Viva : Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014 [recurso eletrônico]. Brasília. 2017

MARTINS-MONTEVERDE,C.M. Avaliação da resposta terapêutica de pacientes depressivos com estresse precoce: uma perspectiva da terapia ocupacional. São Paulo. 2016. 237f. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2016.

SAWAYA, L. et al. Desnutrição, Pobreza e Sofrimento Psíquico. 1 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011

SCARABEL, C. *A experiência da puérpera com o parto prematuro e internação do seu recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo a partir da psicologia analítica.* São Paulo. 2011. 199f. Dissertação de Mestrado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2011

SHONKOFF, Jack P. “Protecting Brains, Not Simply Stimulating Minds”, Science, vol. 333.

TEIXEIRA, C.A. Modelo teórico sobre os significados do estresse precoce e a vida adulta com depressão. São Paulo. 101f. Dissertação do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2017.

UNICEF. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/unicef-alerta-para-elevado-numero-de-cesarianas-no-brasil/> >. Acesso em 27 de julho de 2018

WEARICK-SILVA, L et al. Mothers who were sexually abused during childhood are more likely to have a child victim of sexual violence. Trends Psychiatry Psychother. 2014;36(2) – 119-122.

ZANOTI-JERONYMO, D.V etal. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. Cadernos de Saúde Pública. 2009 Nov;25(11):2467-79

APÊNDICES

Apêndice 1. QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

PESQUISA CARACTERÍSTICAS BASAIS DAS CRIANÇAS ASSISTIDAS NO INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA – IPREDE FORTALEZA, CEARÁ		
Nº	QUESTÕES	VARIAVEIS
1	NÚMERO QUESTIONÁRIO:	V1QES
2	Código do entrevistador e do supervisor	V2ENTR
3	Data da entrevista: ___/___/___	V3___/___/___
4	Nome da entrevistada:	V4NOMAE
5	Duração da entrevista: início: ____: ____ fim: ____: ____ Tempo (min) _____	V5TEM
IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA		
6	Nº do prontuário da criança:	V6PRONT
7	Data de nascimento da criança: ___/___/___	V7DTNASC
8	Data de admissão na instituição: ___/___/___	V8DTADM
9	Idade em meses na admissão:	V9IDADM
10	Idade em dias na data da entrevista:	V10IDENT
11	Sexo da criança: 1. Masculino [] 2. Feminino []	V11SEXO
12	Tempo de permanência na instituição: _____ (em meses)	V12TPINST
13	Número de frequências a instituição:	V13FRINST
14	Número de frequência ao Grupo da Mediação:	V14FRECGM
15	Número de frequência ao Grupo Conviver:	V15FRECGC
16	Número de frequência ao Serviço Social:	V16FRECSS
17	Peso da criança quando entrou na instituição: _____g	V17PSINIC
18	Altura da criança quando entrou na instituição: _____cm	V18ALINIC
19	Último peso da criança na instituição: _____g	V19ULTPS
20	Última altura da criança na instituição: _____cm	V20ULTAL
21	Data do último peso e altura. ___/___/___	V21DTULT
22	Data do último IMC _____	V22IMC
23	Bairro:	V23BAIRRO
24	Secretária Regional	V24REG
25	CPF da mãe/cuidadora	V25CPFMAE
26	CPF da criança	V26CPFCRI
27	NIS da mãe/cuidadora	V27NISMAE
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS		
28	Qual a idade da senhora? _____	V28IDMAE
29	Qual a situação conjugal da senhora: 1. Casada [] 2. Solteira [] 3. União consensual [] 4. Separada [] 5. Viúva []	V29SITC

30	O companheiro atual da senhora é o pai da criança do estudo (<i>diga o nome da criança</i>): 1. Sim [] 2. Não [] 3. Não tem companheiro []	V30COPAI
31	Qual a idade do pai da criança? _____ 88. Não sabe informar []	V31IDPAI
32	A senhora sabe ler e escrever: 1. Sim [] 2. Não []	V32MAELER
33	O Pai da criança sabe ler e escrever: 1. Sim [] 2. Não [] 88. Não sabe informar []	V33PAILER
34	Quantos anos a senhora frequentou a escola: _____	V34ANOESM
35	Quantos anos o Pai da criança frequentou a escola: _____. 88. Não sabe informar []	V35ANOESP
36	Qual a escolaridade da senhora: 1. Analfabeta [] 2. Fundamental Incompleto [] 3. Fundamental completo [] 4. Médio incompleto [] 5. Médio completo [] 6. Superior incompleto [] 7. Superior completo []	V36ESMAE
37	Em relação ao ProJovem. 1. Participa () 2. Participou () 3. Nunca participou () 4. Pretende participar ()	V37PROJM
38	Em relação ao EJA. 1. Participa () 2. Participou () 3. Nunca participou () 4. Pretende participar ()	V38EJAMAE
39	Qual a escolaridade do pai: 1. Analfabeto [] 2. Fundamental Incompleto [] 3. Fundamental completo [] 4. Médio incompleto [] 5. Médio completo [] 6. Superior incompleto [] 7. Superior completo [] 88. Não sabe informar []	V39ESCPAI
40	Qual a cor da pele da senhora: 1. Branca [] 2. Preta [] 3. Parda [] 4. Amarela [] 5. Indígena []	V40CORMAE
41	Qual a cor da pele do pai: 1. Branca [] 2. Preta [] 3. Parda [] 4. Amarela [] 5. Indígena [] 88. Não sabe informar []	V41CORPAI
42	Como está a situação da senhora em relação ao emprego/trabalho 1. Está empregada [] 2. Está desempregada [] 3. Nunca trabalhou fora []	V42MAEEM
43	A senhora trabalha fora de casa: 1. Sim [] 2. Não []	V43MTRFO
44	Como está a situação atual do marido/companheiro da senhora em relação ao emprego/trabalho 1. Está empregado [] 2. Está desempregado [] 3. Nunca trabalhou fora [] 88. Não sabe informar []	V44COEMP
45	O marido/companheiro da senhora trabalha fora de casa 1. Sim [] 2. Não [] 88. Não sabe informar []	V45CTRFO
46	Quem é o responsável (financeiro) pela manutenção das despesas da casa? 1. Marido/companheiro [] 2. A mãe da criança [] 3. Ambos (mãe e companheiro) [] 4. Outro (s) _____	V46RESFIN
47	Quantas pessoas na família têm ocupação remunerada? _____	V47OCREM
48	No último mês qual foi a remuneração total (renda) aproximada da família: _____	V48RENDF
49	Família é beneficiária de programas sociais do governo. 1. Bolsa família [] 2. Minha casa minha vida [] 3. Programa Luz Para Todos [] 4. Programa Menor Aprendiz [] 5. Outros []: _____ 99. Não se aplica []	V49BENEF
50	Caso receba o Bolsa Família, qual o valor recebido:	V50DNBF

CARACTERÍSTICAS DO AMBIENTE FÍSICO, TAMANHO E ESTRUTURA FAMILIAR						
51	A criança mora com a mãe: 1. Sim [] 2. Não []					V51CMMAE
52	Quantas pessoas moram na casa?					V52PMORA
53	Marque todas as pessoas que moram na casa com a criança do estudo: 1. Mãe da criança [] 2. Pai da criança [] 3. Irmãos da criança [] 4. Atual companheiro da mãe [] 5. Avós da criança [] 6. Tios da criança [] 7. Outros (citar): _____					V53QMOR
54	Quem é o cuidador principal da criança: 1. Mãe [] 2. Pai da criança [] 3. Atual companheiro da mãe [] 4. Avó da criança [] 5. Tia da criança [] 6. Doméstica ou diarista [] 7. Alguém do sexo masculino que não seja o pai [] 8. Algum outro cuidador menor de idade [] _____ 9. Outro [] _____					V54CUICR
55	A criança convive com o PAI BIOLÓGICO (mora na mesma casa ou na última semana brincou ou passeou com a criança): 1. Sim [] 2. Não []					V55PAIBIO
56	Quantas crianças há na casa (até 6 anos, incluindo a criança do estudo)? _____					V56NCRI
57	A criança participa da creche: 1. Sim [] 2. Não []					V57CRICRE
58	A criança estuda: 1. Sim [] 2. Não []					V58CRIEST
59	Caso sim, qual a série:					V59SEREST
ABEP						
1. Sua casa possui esses bens?						
	0	1	2	3	Acima de 4	
Banheiros:	0	3	7	10	14	N: _____
Empregado doméstico	0	3	7	10	13	N: _____
Automóveis	0	3	5	8	11	N: _____
Micrcomputador	0	3	6	8	11	N: _____
Lava louças	0	3	6	6	6	N: _____
Geladeira	0	2	3	5	5	N: _____
Freezer	0	2	4	6	6	N: _____
Lava Roupa	0	2	4	6	6	N: _____
DVD	0	1	3	4	6	N: _____
Micro-ondas	0	2	4	4	4	N: _____
Motocicleta	0	1	3	3	3	N: _____
Secadora roupa	0	2	2	2	2	N: _____
SOMA DOS PONTOS					SOMA 1: _____	
2. Qual o grau de instrução da pessoa responsável pelo domicílio?						
Nomenclatura antiga		Nomenclatura atual		Pontos		
Analfabeto / Primário incompleto		Analfabeto / Fundamental I incompleto		0		N: _____
Primário completo / Ginásial incompleto		Fundamental I completo / Fundamental II incompleto		1		N: _____
Ginásial completo / Colegial incompleto		Fundamental II completo / Médio incompleto		2		N: _____

	Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo/superior incompleto	4	N: _____
	Superior completo	Superior completo	7	N: _____
	SOMA DOS PONTOS			SOMA 2: _____
	3. Acesso a Serviços públicos			
	ITENS	NÃO	SIM	
	Água encanada	0	4	
	Rua pavimentada	0	2	
	SOMA DOS PONTOS			SOMA 3: _____
	TOTAL (SOMA1 + SOMA 2 + SOMA3)			
	Classificação ABEP			
60	Classificação de 0 a 16 pontos – Classe D-E			V60ABEPDE
61	Classificação de 17 a 22 pontos – Classe C2			V61ABEPC2
62	Classificação de 23 a 28 pontos – Classe C1			V62ABEPC1
63	Classificação de 29 a 37 pontos – Classe B2			V63ABEPC2
64	Classificação de 38 a 44 pontos – Classe B1			V64ABEPC1
65	Classificação de 45 a 100 pontos – Classe A			V65ABEPA
CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ E CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA				
Agora nós vamos fazer algumas perguntas sobre a gravidez e as condições de saúde do (a) _____ (sempre fale o nome da criança do estudo).				
66	A senhora fez pré-natal do (a) (fale o nome da a criança do estudo): 1. Sim [] 2. Não []			V66PRNSIM
67	Se a senhora realizou pré-natal, com quanto tempo da gravidez começou o pré-natal (ver no cartão de pré-natal. Se não disponível pedir ao entrevistado para estimar os meses de início do pré-natal): _____ Semanas (pelo cartão pré-natal) ou _____ Meses (estimado pelo entrevistado)			V67INIPN
68	Se realizou pré-natal, fez quantas consultas: ____			V68NCPN
69	A senhora esteve internada durante a gravidez da criança do estudo: 1. Sim [] 2. Não []			V69INTGR
70	Se a senhora esteve internada, qual o motivo: _____			V70MOTINT
71	A senhora fumava durante a gravidez dessa criança: 1. Sim [] 2. Não []			V71FUMOG
72	Se sim, quantos cigarros por dia _____			V72NCIG
73	A senhora ingeria bebida alcoólica durante a gravidez dessa criança: 1. Sim [] 2. Não []			V73ALCGRA
74	Se sim, com qual frequência: 1. Todos os dias [] 2. Duas a três vezes por semana [] 3. Só nos finais de semana []			V74FRALC
75	A senhora fez uso de alguma droga durante a gravidez dessa criança 1. Maconha [] 2. Cocaína [] 3. Crack [] 4. Outros [] 5. Não usou []			V75DROG
76	A gravidez dessa criança foi desejada (houve aceitação)? 1. Sim, quis engravidar naquele momento [] 2. Queria ter engravidado em outro momento, mas ficou feliz quando soube da gravidez [] 3. Não queria ter engravidado e ficou triste quando soube da gravidez [] 4. Não queria ter engravidado de jeito nenhum []			V76GRDES

77	A senhora fez alguma coisa para interromper a gravidez? 1. Sim [] 2. Não []	V77GRINT
78	Se sim, o que a senhora fez? _____	V78FEZINT
79	Qual o peso ao nascer da criança do estudo _____ 88. Não sabe informar []	V79PESON
80	Qual a estatura da criança ao nascer? _____ 88. Não sabe informar []	V80ESTRN
81	Qual o perímetro cefálico da criança ao nascer? _____ 88. Não sabe informar []	V81PCRN
82	A criança nasceu prematura 1. Sim [] 2. Não []	V82PREM
83	Idade gestacional ao nascer _____ (ver no cartão de pré- natal ou da criança)	V83IGEST
84	Tipo de parto da criança do estudo: 1. Vaginal [] 2. Cesariana [] 3. Fórceps []	V84TIPAR
85	Ordem de nascimento da criança: _____	V85ORNAS
86	A criança nasceu com malformação congênita 1. Sim [] 2. Não []	V86MALF
87	A criança mamou no peito: 1. Sim [] 2. Não []	V87MAMOU
88	Se sim, por quanto tempo mamou só no peito sem tomar outro leite ou comer outro alimento: _____	V88TEMAM
89	Com qual idade parou de mamar no peito _____	V89DESM
90	A criança nasceu com algum problema de saúde? 1. Sim [] 2. Não [] 88. Não sabe informar []	V90PSNE
91	Caso SIM, qual: _____	V91QPSA
92	A criança esteve hospitalizada alguma vez depois que saiu da maternidade? 1.Sim [] 2. Não [] 88. Não sabe informar []	V92HOSP
93	Se sim, quantas vezes: _____	V93NHOSP

Apêndice 2 QUESTIONÁRIO DAS HISTÓRIA ADVERSAS NA INFÂNCIA

<p style="text-align: center;">QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA NA INFÂNCIA – ACES VERSÃO REDUZIDA: (FELITTI & ANDA, 1998; VERSÃO PORTUGUESA MAIA & SILVA, 2007)</p>		
146	1. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa o insultou ou humilhou de forma frequente ou muito frequente? 1. Sim [] 2. Não []	V146INSCS
147	2. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa agiu de forma que lhe provocou medo de ser fisicamente magoado? 1. Sim [] 2. Não []	V147MDCS
148	Abuso emocional: 1. Sim [] 2. Não []. Se 146 e 147 forem sim considere abuso emocional.	V148ABUEM
149	3. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa o puxou, agarrou ou atirou-lhe alguma coisa de forma frequente ou muito frequente? 1. Sim [] 2. Não []	V149AGCS
150	4. Algum dos seus pais ou outro adulto que vivia em sua casa alguma vez lhe bateu com força deixando marcas? 1. Sim [] 2. Não []	V150BATCS
151	Abuso físico: 1. Sim [] 2. Não []. Se 149 e 150 forem sim considere abuso físico.	V151ABUFIS
152	5. Um adulto ou outra pessoa pelo menos cinco anos mais velha que você alguma vez lhe tocou ou obrigou-o tocar o corpo dela de forma sexualizada? 1. Sim [] 2. Não []	V152TQXCS
153	6. Um adulto ou outra pessoa pelo menos cinco anos mais velha que você alguma vez tentou ou teve uma relação sexual (oral, anal, vaginal) consigo? 1. Sim [] 2. Não []	V153RSXCS
154	Abuso sexual: 1. Sim [] 2. Não []. Se 152 e 153 forem sim considere abuso sexual.	V154ABUSX
155	7. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que ninguém na sua família o amava ou pensava que você era especial ou importante? 1. Sim [] 2. Não []	V155SAMACS
156	8. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente as pessoas da sua família não olhavam umas pelas outras, não se sentiam próximas umas das outras, ou não se apoiavam? 1. Sim [] 2. Não []	V156SPROCS
157	Negligência emocional: 1. Sim [] 2. Não []. Se 155 e 156 forem sim considere negligência emocional.	V157NEGEMO

158	9.Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que não tinha o suficiente para comer, tinha de usar roupas sujas, e não tinha quem o/a protegesse? 1. Sim [] 2. Não []	V158FALT
159	10. Sentiu, de forma frequente ou muito frequente, que os seus pais ou adultos que deviam cuidar de si estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar de si ou o/a levar ao médico se fosse necessário? 1. Sim [] 2. Não []	V159DESC
160	Negligência física: 1. Sim [] 2. Não []. Se 158 e 159 forem sim considere negligência física.	V160NEGFIS
161	11. Os seus pais separaram-se ou divorciaram-se durante a sua infância? 1. Sim [] 2. Não []	V161DIVPAIS
	12. Algum dos seus pais foi agarrado, puxado, mordido ou atiraram-lhe algum objeto de forma frequente ou muito frequente?	
162	A sua mãe ou madrasta. 1. Sim [] 2. Não []	V162VLMAE
163	O seu pai ou padrasto. 1. Sim [] 2. Não []	V163VLP AI
	13. Algum dos seus pais foi chutado ou batido com algum objecto pelo menos algumas vezes?	
164	A sua mãe ou madrasta. 1. Sim [] 2. Não []	V164VGMAE
165	O seu pai ou padrasto. 1. Sim [] 2. Não []	V165VGPAI
	14. Algum dos seus pais foi batido repetidamente durante alguns minutos ou ameaçado com uma faca ou arma?	
166	A sua mãe ou madrasta. 1. Sim [] 2. Não []	V166ARMPAI
167	O seu pai ou padrasto. 1. Sim [] 2. Não []	V167ARMMAE
168	Exposição a violência doméstica: de 162 a 167 forem sim considere violência doméstica.	V168VIOLD
169	15. Viveu com alguém que tivesse problemas com álcool ou era alcoólico ou usava drogas? 1. Sim [] 2. Não []	V169ALCCS
170	16. Viveu com alguém que estivesse deprimido, tivesse algum problema psiquiátrico ou tentou suicidar-se? 1. Sim [] 2. Não []	V170SMCS
171	17. Alguma das pessoas que vivia consigo esteve na prisão? 1. Sim [] 2. Não []	V171PRICS

Apêndice 3 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA FAMÍLIAS ICDP

Questionário de Avaliação para Famílias do Programa Internacional para o Desenvolvimento da Infância – ICDP (adaptado do Programa Criança com todos seus Direitos)												
Para responder as questões que seguem abaixo, por favor, continue a pensar no seu filho (nome da criança), motivo de nossa entrevista. É muito importante que suas respostas retratem a sua convivência cotidiana com (nome da criança) e que você seja a mais sincera possível. Vou ler as questões e você (nome da mãe/cuidadora) confirma a resposta com uma nota de 1 a 10.												
Seção: Emoção e Carinho												
		Discordo				Concordo em parte			Concordo totalmente			
290	1.Sou capaz de demonstrar afeto ao meu filho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V290ECAFT
291	2.Eu posso reconhecer quando meu filho está feliz ou triste.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V291ECFZ
292	3.Quando meu filho está triste entendo o porquê.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V292ECTRS
293	4.Acho que é difícil abraçar meu filho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V293ECABR
Seção: Jogo e Diversão												
294	5.Posso me divertir com meu filho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V294JDDIV
295	6.Eu posso planejar as atividades para que o meu filho / a se divirta.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V295JDPL
296	7.É fácil para mim jogar com meu filho / a.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V296JDJOG
Seção: Empatia e Entendimento												
297	8.Eu posso pacientemente explicar as coisas para o meu filho / filha.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V297EEEXP

298	9.Eu posso conseguir que meu filho / filha me escute.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V298EEESC
299	10.Eu posso consolar meu filho / filha.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V299EECON
300	11.Eu entendo as necessidades do meu filho / filha.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V300EENEC
Seção: Controle												
301	12.Meu filho / filha atende aos limites que eu coloquei.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V301CLIMT
302	13.Eu posso conseguir que meu filho / filha se comporte bem, sem discussões.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V302CBEM
303	14.Eu sou capaz de me manter calmo quando meu filho se comporta mal.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V303CCALM
Seção: Disciplina e Limite												
304	15.Eu sou capaz de manter as regras que eu defini para o meu filho / filha.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V304DLREG
305	16.Eu posso argumentar com meu filho / filha.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V305DLARG
306	17.Sou estável na forma de utilização da disciplina.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V306DLDISC
Seção: Pressões												
307	18.É difícil para mim lidar com a pressão gerada pelas expectativas dos outros sobre meu papel de mãe/pai.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V307PEXP
308	19.Escutar os conselhos dos outros, torna difícil para mim decidir o que fazer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V308PESC
309	20.Eu posso ignorar a pressão dos outros	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V309PING

	para fazer as coisas à minha maneira.											
Seção: Aprendizagem e Conhecimento												
310	21.Sou capaz de reconhecer as mudanças no desenvolvimento do meu filho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V310ACDES V
311	22.Eu posso fazer as mudanças necessárias para melhorar o comportamento do meu filho.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V311ACMUD
312	23.Eu consigo superar a maioria dos problemas com um pouco de ajuda.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V312ACPRO B
Seção: Autoaceitação												
313	24.Eu sei que eu sou uma mãe/cuidadora adequado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V313AMADQ
314	25.Eu acho que eu não sou tão boa mãe/cuidadora.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V314AMBOA
315	26.Meu filho se sente protegido por mim (a qualquer momento).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	V315APROT

Apêndice 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA-IPREDE

Reconhecido de Utilidade Pública Federal: Decreto MS n.º 18.238/91-87 de 03/09/1992; Estadual: Lei n.º 11.377 de 18/11/87; Municipal: Lei n.º 6.173 de 01/12/86; Certificado no CNAS: Reg. n.º 23.002.003309/88-70 de 31/08/88.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora,

O Instituto da Primeira Infância (IPREDE) está realizando a pesquisa *Características basais das crianças e famílias assistidas no Instituto da Primeira Infância -IPREDE, Fortaleza, Ceará*, coordenada pelo professor da Universidade Federal do Ceará, Álvaro Jorge Madeiro Leite. A pesquisa tem por objetivo geral analisar os fatores associados ao desenvolvimento das crianças de zero a cinco anos e 11 meses, assistidas no IPREDE. O estudo também busca verificar as práticas das mães ou cuidadoras no educar dos filhos e o vínculo entre mãe e filho e, assim, propor melhoria nas ações do Instituto da Primeira Infância – IPREDE.

Sua participação será respondendo um formulário contendo questões sobre as condições sociais e econômicas da sua família, a história a sua infância e sua saúde mental; sobre a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da sua criança e como se dá o seu relacionamento com ela. Esta entrevista durará aproximadamente uma hora, porém será considerada a sua disponibilidade de tempo, e assim a entrevista poderá continuar em outro momento, se a senhora achar necessário. Caso a senhora concorde, pedimos também a sua autorização para analisar o seu prontuário e o da sua criança, aqui no IPREDE. Quanto ao seu filho, faremos a medição do seu peso e da sua altura.

Informamos que não haverá riscos diretos a saúde física da senhora ou da sua criança, porém a senhora poderá se sentir constrangida por falar sobre a sua intimidade ou por lembrar situações tristes ou desagradáveis da sua infância ou que a senhora esteja vivendo no momento. Se isso acontecer, a senhora poderá deixar de responder a essas perguntas e, se sentir necessidade, receberá a assistência dos profissionais do IPREDE.

Sua participação é importante pois os resultados da pesquisa trarão como benefícios a melhoria no atendimento as crianças e as mães assistidas na instituição, assim como orientarão a promoção de ações que possam fortalecer o vínculo mãe-filho, contribuindo para que as crianças tenham um desenvolvimento saudável.

A senhora poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento e a sua desistência não causará nenhum prejuízo no seu atendimento ou da sua criança aqui no IPREDE.

A senhora ou seu filho(a) não receberão nenhum pagamento pela participação mas se a senhora precisar gastar algum dinheiro para completar a sua participação na pesquisa, a coordenação do estudo pagará essas despesas. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizada.

Se for identificado algum problema no crescimento e desenvolvimento da sua criança, ele(a) será encaminhado(a) para ser avaliado e receber o tratamento adequado pelos profissionais do IPREDE.

Garantimos o total sigilo das suas respostas e em momento algum a senhora ou sua criança serão identificadas. Além disso, a senhora está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Caso deseje outras informações, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no seguinte endereço:

Prof. Álvaro Jorge Madeiro Leite

IPREDE - Rua Professor Carlos Lobo, nº 15. Bairro: Cidade dos Funcionários. Fortaleza-Ceará.

Telefone: 3218.4000

A senhora também poderá esclarecer outras dúvidas sobre a pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, com endereço na Av. Antonio Justa, 3161 - Meireles, Fortaleza-CE. Fone: 3101.1406, 15 - Cidades dos funcionários

l.: iprede@iprede.org.br

Atenciosamente,

Álvaro Jorge Madeiro Leite/Pesquisador responsável

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA-IPREDE

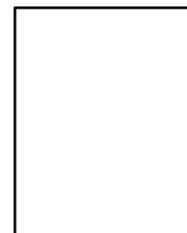
Reconhecido de Utilidade Pública Federal: Decreto MS n.º 18.238/91-87 de 03/09/1992; Estadual: Lei n.º 11.377 de 18/11/87;
Municipal: Lei n.º 6.173 de 01/12/86; Certificado no CNAS: Reg. n.º 23.002.003309/88-70 de 31/08/88.

Eu, _____ declaro que entendi os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios da minha participação e do meu filho(a), que não terei nenhum prejuízo caso desista de participar a qualquer momento e que terei o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos que eu desejar. Sendo assim concordo em participar do estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de 2017

Assinatura do participante

1ª via participante/2ª via pesquisador



ANEXO

Anexo 1. Termo de Anuência



INSTITUTO DA PRIMEIRA INFÂNCIA-IPREDE
Reconhecido de Utilidade Pública Federal: Decreto MS n.º 18.238/91-87 de 03/09/1992; Estadual: Lei n.º 11.377 de 18/11/87; Municipal: Lei n.º 6.173 de 01/12/86; Certificado no CNAS: Reg. n.º 23.002.003309/88-70 de 31/08/88.

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Francisco Sulivan Bastos Mota, presidente do Instituto da Primeira Infância – IPREDE, uma instituição sem fins lucrativos sediada em Fortaleza, Ceará, autorizo a realização da pesquisa **Características basais das crianças e famílias assistidas no Instituto da Primeira Infância - IPREDE, Fortaleza, Ceará** coordenada pelo professor titular da Universidade Federal do Ceará Álvaro Jorge Madeiro Leite.

Autorizo os pesquisadores a utilizarem o espaço do IPREDE para a realização de entrevistas e aplicação de questionários com as mães, bem como a análise dos prontuários das mães e crianças assistidas pela instituição, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa as crianças e seus familiares, usuários do IPREDE que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Autorizo também que o nome do Instituto da Primeira Infância – IPREDE conste no relatório final desta pesquisa bem como em futuras publicações científicas.

Fortaleza, 20 de junho de 2017


Francisco Sulivan Bastos Mota
Presidente do Instituto da Primeira Infância - IPREDE

 Rua Professor Carlos Lemos, 55 – Cidade dos Funcionários – CEP 60.821-780
Fortaleza - Ceará - Brasil - Fones: 35.3276 4000 - www.iprede.org.br

Anexo 2. Aprovação do Comitê de Ética

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características Basais das Crianças e Famílias assistidas no Instituto da Primeira Infância - IPREDE, Fortaleza, Ceará.

Pesquisador: Alvaro Jorge Madeiro Leite

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71490017.0.0000.5054

Instituição Proponente: INSTITUTO DA PRIMEIRA INFANCIA-IPREDE

Patrocinador Principal: INSTITUTO DA PRIMEIRA INFANCIA-IPREDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.237.816

Apresentação do Projeto:

A assistência ao desenvolvimento na primeira infância representa um dos grandes desafios atuais vivido pela sociedade contemporânea, devido a compreensão de sua importância para as outras etapas da vida e o grande número de crianças, nos cinco continentes, em situação de pobreza, na dupla condição de vulnerabilidade, pelos riscos a seu desenvolvimento e os efeitos deletérios da exclusão social. No Brasil apesar das conquistas sociais e de cidadania nas últimas décadas, da implantação de políticas públicas de distribuição de renda e de primeira infância, temos um cenário ainda difícil, com muitas crianças privadas das condições mínimas para desenvolver seu pleno potencial. Mesmo com a diminuição da desigualdade, medida pelo coeficiente de Gini, persiste no Brasil expressiva parcela da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica. As regiões Norte e Nordeste concentram a maior parcela da população em pobreza ou extrema pobreza, com menores índices de desenvolvimento social e humano. Nessas regiões, as crianças nos primeiros anos de suas vidas estão sendo afetadas por contextos de vida muito desfavoráveis, o que pode comprometer de modo permanente o complexo processo de desenvolvimento infantil, em particular, as bases para o funcionamento do seu cérebro, cognição, personalidade e comportamento social, aspectos do desenvolvimento humano que ocorrem mais rapidamente nos primeiros seis anos de vida. Fortaleza, capital do

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comeps@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características Basais das Crianças e Famílias assistidas no Instituto da Primeira Infância - IPREDE, Fortaleza, Ceará.

Pesquisador: Álvaro Jorge Madeiro Leite

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71490017.0.0000.5054

Instituição Proponente: INSTITUTO DA PRIMEIRA INFANCIA-IPREDE

Patrocinador Principal: INSTITUTO DA PRIMEIRA INFANCIA-IPREDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.237.816

Apresentação do Projeto:

A assistência ao desenvolvimento na primeira infância representa um dos grandes desafios atuais vivido pela sociedade contemporânea, devido a compreensão de sua importância para as outras etapas da vida e o grande número de crianças, nos cinco continentes, em situação de pobreza, na dupla condição de vulnerabilidade, pelos riscos a seu desenvolvimento e os efeitos deletérios da exclusão social. No Brasil apesar das conquistas sociais e de cidadania nas últimas décadas, da implantação de políticas públicas de distribuição de renda e de primeira infância, temos um cenário ainda difícil, com muitas crianças privadas das condições mínimas para desenvolver seu pleno potencial. Mesmo com a diminuição da desigualdade, medida pelo coeficiente de Gini, persiste no Brasil expressiva parcela da população em situação de vulnerabilidade socioeconômica. As regiões Norte e Nordeste concentram a maior parcela da população em pobreza ou extrema pobreza, com menores índices de desenvolvimento social e humano. Nessas regiões, as crianças nos primeiros anos de suas vidas estão sendo afetadas por contextos de vida muito desfavoráveis, o que pode comprometer de modo permanente o complexo processo de desenvolvimento infantil, em particular, as bases para o funcionamento do seu cérebro, cognição, personalidade e comportamento social, aspectos do desenvolvimento humano que ocorrem mais rapidamente nos primeiros seis anos de vida. Fortaleza, capital do

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

Continuação do Parecer 2.237.816

h)Uso de álcool e drogas por membros da família;

i)Sensibilidade parental;

jj)Crenças e práticas das mães ou cuidadoras no cuidado às crianças;

k)Vinculação materna.

3.Verificar as relações entre vínculo, crenças e práticas de mães ou cuidadoras e as características socioeconômicas e demográficas das famílias.

4.Identificar as relações existentes entre experiências adversas na infância (ACEs) e problemas comportamentais, emocionais e de funcionamento social de crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá riscos diretos a saúde física da mãe ou da criança, porém existe a possibilidade de risco de danos na dimensão afetiva/emocional, pois

a mãe poderá se sentir constrangida por falar sobre a sua intimidade ou por relembrar situações tristes ou desagradáveis da sua infância ou que

esteja vivendo no momento. Caso necessário será prestada assistência à participante pela equipe de profissionais da instituição (assistentes sociais, médicos, psicólogos dentre outros).

Benefícios:

Os benefícios esperados estão relacionados com a melhoria no atendimento às crianças e as mães assistidas na instituição, assim como os resultados do estudo orientarão a promoção de ações que possam fortalecer o vínculo mãe-filho, contribuindo para que as crianças tenham um desenvolvimento saudável.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante no nosso meio, oferecendo informações acerca dos fatores envolvidos com o desenvolvimento infantil e seus agravos. Trata-se de um estudo transversal de uma amostra de 825 crianças de zero a cinco anos e onze meses, representativa da população de crianças em situação de extrema pobreza. E visa a melhoria do atendimento infantil e da relação do binômio mãe filho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

Continuação do Parecer: 2.237.016

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_950124.pdf	18/07/2017 16:09:51		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TERMO_COMPROMISSO_UTILIZACAO DIADOS.pdf	18/07/2017 16:07:18	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	18/07/2017 15:54:42	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SOLICITACAO_APRECIACAO.pdf	18/07/2017 15:51:07	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Orçamento	DECLARACAO_DE_ORCAMENTO.pdf	18/07/2017 15:49:17	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Cronograma	DECLARACAO_DO_CRONOGRAMA.pdf	18/07/2017 15:48:08	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	18/07/2017 15:47:11	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_completo.pdf	18/07/2017 14:20:37	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PESQUISAIPREDE.docx	18/07/2017 12:29:21	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Curriculo_Lattes.pdf	18/07/2017 11:53:21	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Outros	INSTRUMENTOS_PESQUISA_FINAL.pdf	25/06/2017 16:06:22	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	25/06/2017 16:03:00	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA_PESQUISA_IPREDE.pdf	25/06/2017 16:01:13	Álvaro Jorge Madeiro Leite	Acelto

Endereço: Rua Cal. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comape@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.207.016

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 24 de Agosto de 2017

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)