



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**REPERCUSSÕES DA MATERNIDADE SOLITÁRIA NA
INSEGURANÇA ALIMENTAR DOMICILIAR, NA SAÚDE MENTAL E
NA QUALIDADE DE VIDA ENTRE MULHERES EM SITUAÇÃO DE
POBREZA**

BRASÍLIA - DF
DEZEMBRO/2020



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**REPERCUSSÕES DA MATERNIDADE SOLITÁRIA NA INSEGURANÇA
ALIMENTAR DOMICILIAR, NA SAÚDE MENTAL E NA QUALIDADE DE VIDA
ENTRE MULHERES EM SITUAÇÃO DE POBREZA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Mestranda: Laura Mendes Toledo Dal'Ava dos Santos

Orientadora: Prof^a. Dra. Muriel Bauermann Gubert

BRASÍLIA - DF
DEZEMBRO/2020

Repercussões da maternidade solitária na insegurança alimentar domiciliar, na saúde mental e na qualidade de vida entre mulheres em situação de pobreza

Dissertação de Mestrado avaliada pela seguinte Banca Examinadora:

Dra. Muriel Bauermann Gubert (presidente)
Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Nutrição
Universidade de Brasília

Dra. Leonor Maria Pacheco Santos (membro efetivo)
Faculdade de Ciências da Saúde/Departamento de Saúde Coletiva
Universidade de Brasília

Dra. Poliana de Araújo Palmeira (membro externo)
Centro de Educação e Saúde
Universidade Federal de Campina Grande

Dra. Érika Barbosa Camargo (suplente)
FIOCRUZ

*Louvar-te-ei, Senhor Deus meu,
com todo o meu coração, e
glorificarei o teu nome para
sempre. Pois grande é a tua
misericórdia para comigo.*

[Salmos 86:12,13](#)

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dar a oportunidade de participar desse projeto, renovando a minha esperança e a minha fé todos os dias. Tudo o que tenho e tudo o sou são manifestações da graça e da bondade dEle.

À Muriel por toda confiança, orientação, valiosos ensinamentos e pela oportunidade de ser sua aluna.

Ao grupo NESNUT, que me proporcionou momentos de crescimento e novas amizades. À toda contribuição neste projeto.

Ao meu esposo, Guilherme, que me apoiou em todos os meus sonhos e que me incentivou a trilhar novos e desconhecidos caminhos nesse tempo. A toda paciência, compreensão e amor.

Aos meus pais e meu irmão, que mesmo de longe, sempre me incentivaram e fizeram acreditar que é possível. A todo carinho, amor e suporte financeiro.

Aos tios, tias, primos, sogros e cunhados que sempre me apoiaram e acreditaram em mim durante toda a minha trajetória estudantil.

Aos amigos de Goiânia e principalmente ao Mário Júnior e Adriana que me acolheram como filha e possibilitaram a minha estadia em Goiânia, mesmo nos momentos mais críticos em que passei.

Aos membros da banca examinadora por suas contribuições, pelo cuidado e disponibilidade ao avaliarem meu trabalho.

À CAPES pela concessão da minha bolsa de mestrado e pela bolsa das colegas de trabalho, apoio que possibilitou a realização do projeto.

RESUMO

Introdução: No mundo 46% da população vive em situação de pobreza. Das mulheres em maternidade solitária, 29% se encontram no quintil mais pobre da população. Esse grupo de mulheres enfrenta vulnerabilidades financeiras, sociais e emocionais e enfrentam situações de desigualdade, de humilhação e de abandono social. Elas apresentam maiores chances de se encontrarem em situação de insegurança alimentar e nutricional (IAN) e de apresentarem transtornos emocionais como depressão e ansiedade. Estudos apontam a relação da maternidade solitária com esses desfechos, entretanto, não há estudo que mostre como eles se comportam quando em situação igual de pobreza. **Objetivos:** Avaliar as repercussões da maternidade solitária na saúde mental, qualidade de vida e segurança alimentar entre mulheres que vivem em condições de pobreza no Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter transversal com mulheres gestantes e mães de crianças com até 180 dias de vida, usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em áreas de vulnerabilidade econômica no Distrito Federal. A variável independente foi maternidade solitária definida como mulheres gestantes ou puérperas que vivem em situação de pobreza que se auto declararam solteiras, divorciadas, viúvas ou separadas quando questionadas sobre o estado civil. Foram coletados dados sociodemográficos, consumo alimentar, situação de segurança alimentar e nutricional domiciliar, bem como ansiedade e percepção de qualidade de vida. Para avaliar a associação entre a maternidade solitária e IAN, ansiedade e QV foram realizadas análises múltiplas por regressão logística binária. **Resultados:** A amostra analisada foi de 526 mulheres que recebiam até meio salário mínimo. Nas análises bivariadas, 49,1% das mulheres avaliadas estavam em maternidade solitária, 69,6% estavam em situação de IAN e 66,0% delas apresentavam ansiedade traço ou ansiedade estado (67,8%). As mulheres em maternidade solitária em situação de pobreza eram mais frequentemente adolescentes ($p < 0,001$), com menor escolaridade ($p < 0,002$) e declararam maior participação no Programa Bolsa Família ($p = 0,043$). Essas mulheres apresentaram maior prevalência de IAN ($p = 0,021$), ansiedade traço ($p = 0,001$) e estado ($p = 0,006$) e menores escores de percepção de QV nos domínios psicológico ($p = 0,001$), de relações sociais ($p = 0,001$) e de meio ambiente ($p = 0,020$). A regressão logística ajustada mostrou que mulheres em maternidade solitária possuem uma chance 1,68 vezes maior de apresentarem ansiedade-traço (95% IC [1,15; 2,44]) e uma chance 1,56 maior de apresentarem ansiedade-estado (95% IC [1,07; 2,28]), além de pior percepção de qualidade de vida nos domínios: psicológico (ORa 1,71; 95% IC [1,20; 2,44]), de relações sociais (ORa 1,84; 95% IC [1,29; 2,63]) e meio ambiente (ORa 1,47; 95% IC [1,04; 2,08]). **Conclusão:** Mulheres em situação de pobreza vivenciando a maternidade solitária, tem maiores chances de sofrer de problemas mentais, como a ansiedade, assim como terem uma pior percepção da qualidade de suas vidas nos domínios psicológico, meio ambiente e das relações sociais se comparadas àquelas em igual situação de pobreza, porém, com um companheiro. Essa especial vulnerabilidade dessas mulheres deve ser considerada a fim de melhorar e direcionar os cuidados e ações políticas e sociais ofertadas a essa população.

ABSTRACT

Introduction: 46% of the population in the world lives in poverty. Of women in solitary maternity, 29% if there is no poorer quintile of the population. This group of women faces financial, social and emotional vulnerabilities and faces situations of inequality, humiliation and social abandonment. They are more likely to be in a situation of food and nutritional insecurity and to present emotional disorders such as depression and anxiety. Studies point to the relationship of solitary motherhood with these outcomes, however, there is no study that shows how they behave when controlled by the situation of poverty. Objectives: To evaluate the repercussions of solitary motherhood on mental health, quality of life and food security among women living in conditions of poverty in the District Federal - Brazil. Methodology: This is a cross-sectional study with pregnant women and mothers of children up to 180 days old, users of Basic Health Units (UBS) in areas of economic vulnerability in the Federal District. The mothers answered a questionnaire that evaluated the baby's anthropometric data, the child's food consumption markers and child development indicators. In relation to the mother, sociodemographic data, food consumption, food security and nutritional status at home, as well as anxiety and perception of quality of life were collected. To assess how adjusted prevalence of prevalence was carried out, multiple analyzes were performed using binary logistic regression. Results: Of the women evaluated, 49.1% single mothers, 69.6% were in food and nutritional insecurity and 66.0% of them had trait anxiety or state anxiety (67.8%). Poverty women in solitary maternity were more often adolescents ($p < 0.001$), with less education ($p \leq 0.002$) and declared greater participation in the Bolsa Família Program ($p = 0.043$). These women had a higher prevalence of food and nutritional insecurity ($p = 0.021$), anxiety-trait ($p = 0.001$) and anxiety-state ($p = 0.006$) and lower scores of perception of QOL in the psychological domains ($p = 0.001$), in social relationships ($p = 0.001$) and the environment ($p = 0.020$). The adjusted logistic regression showed that single mothers have a 1.68 times greater chance of presenting trait anxiety (95% CI [1.15; 2.44]) and a 1.56 greater chance of presenting anxiety-state (95% CI [1.07; 2.28]), in addition to a worse perception of quality of life in the domains: psychological (ORa 1.71; 95% CI [1.20; 2.44]), social relations (ORa 1.84; 95% CI [1.29; 2.63]) and the environment (ORa 1.47; 95% CI [1.04; 2.08]). Conclusion: Women in poverty experiencing solitary motherhood, are more likely to suffer from mental problems, such as anxiety, as well as having a worse perception of the quality of their lives in the psychological, environmental and social relations domains compared to those in same situation of poverty, however, with a partner. This special vulnerability of these women must be considered in order to improve and direct the care and political and social actions offered to this population.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição da amostra segundo variáveis socioeconômicas, segurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida maternas e a associação com maternidade solitária e com maternidade com companheiro na pobreza. Distrito Federal, 2019.....43

Tabela 2: Associação das variáveis socioeconômicas de mulheres em situação de maternidade solitária na pobreza com Insegurança alimentar e nutricional e ansiedade traço e estado. Distrito Federal, 2019.....46

Tabela 3: Associação das variáveis socioeconômicas de mulheres em situação de maternidade solitária na pobreza com a percepção de qualidade de vida e seu domínio psicológico e a satisfação com a saúde. Distrito Federal, 2019.....47

Tabela 4: Associação das variáveis socioeconômicas de mulheres em situação de maternidade solitária na pobreza com a percepção de qualidade de vida nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. Distrito Federal, 2019.....48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Associação entre a vulnerabilidade das mulheres em maternidade solitária e a insegurança alimentar e nutricional, a ansiedade e a qualidade de vida.....16

Figura 2: Influência do estado civil na Insegurança Alimentar e Nutricional, ansiedade e qualidade de vida de mulheres em maternidade solitária e que vivem na pobreza. Brasília,2019.....45

SOBRE A AUTORA

Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal de Goiás em 2016. Interessou-se pela Saúde Coletiva ainda na graduação ao participar do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – Rede Cegonha, acompanhando o dia-a-dia da unidade básica de saúde e do atendimento domiciliar aos moradores da região e organizando momentos de educação em saúde, principalmente entre as gestantes.

O mestrado em Saúde Coletiva na Universidade de Brasília e a participação no Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Saúde e Nutrição (NESNUT) tornaram-se uma experiência multidisciplinar e extremamente agregadora, podendo continuar a estudar com mulheres e a aprofundar nos processos que elas enfrentam e nos cuidados necessários relacionados às mulheres durante a gestação e o puerpério. Para o desenvolvimento dessa dissertação, participou da criação do questionário, da seleção dos entrevistadores, da coleta e análise dos dados e da redação dos resultados obtidos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	11
1. REVISÃO DA LITERATURA	12
1.1. A pobreza e as mulheres	12
1.2. A maternidade solitária na pobreza	14
1.3. Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) na maternidade solitária e suas consequências.....	16
1.4. Saúde mental da mulher na maternidade solitária.....	19
1.5. A Qualidade de Vida da mulher na maternidade solitária	22
1.6. Intervenções para minimizar o impacto da maternidade solitária na pobreza.	24
2. JUSTIFICATIVA	27
3. OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos específicos	28
4. METODOLOGIA	29
Delineamento do estudo.....	29
Cálculo amostral	29
Logística do estudo	30
Variáveis do estudo.....	31
Análise dos dados	35
Questões éticas	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
Repercussões da maternidade solitária na pobreza	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16
APÊNDICES	26
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher	26
Apêndice B: Termo de Concordância das unidades participantes	28
Apêndice 3: Instrumento de coleta de dados utilizado	29
ANEXOS	55
Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da UnB	55
Anexo B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde	67

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

A maternidade é uma fase extremamente delicada para a mulher e quando esta ocorre sem a presença de um companheiro e quando vivenciam a pobreza, torna-se ainda mais difícil. Assim, visto que nenhum estudo anterior sobre o seguinte tema, a dissertação presente busca analisar as repercussões da maternidade solitária nos campos da saúde mental, da Insegurança Alimentar e nutricional domiciliar e da qualidade de vida entre mulheres que vivem na pobreza. Para então, apoiar e cuidar de formas mais efetivas desse grupo de mulheres, através de políticas públicas e programas direcionados a elas.

A dissertação é composta pelas seguintes seções iniciais: revisão da literatura, justificativa, objetivos e metodologia do estudo. Os resultados e discussão são apresentados em formato de artigo com resumo, introdução, metodologia, resultados, discussão e referências. Ao final da dissertação, encontram-se as considerações finais do estudo, as referências, os anexos e apêndices.

1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1. A pobreza e as mulheres

A pobreza apresenta-se como um problema de saúde pública e erradicar com todas as suas formas e em todos os lugares (Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 1) se tornou um desafio em muitos países (IPEA, 2019; ONU BRASIL; 2020). Helfand e Lima (2018) definem a pobreza como a insuficiência de recursos para assegurar que as condições básicas de subsistência e de bem-estar dos indivíduos em uma sociedade sejam garantidas, referindo-se tanto aos recursos monetários quanto aos recursos sociais e culturais. Segundo o Banco Mundial, a pobreza e a extrema pobreza são definidas a partir da renda monetária. Viver com menos de US\$3,20 (aproximadamente R\$11,90) por dia define a linha da pobreza em países de renda média-baixa, enquanto US\$5,50 (aproximadamente R\$20,45) por dia é a linha-padrão para países de renda média-alta (THE WORLD BANK, 2018; WORLD BANK GROUP, 2018). Uma renda inferior a US\$1,90 (R\$7,06) por dia é denominada de extrema pobreza (THE WORLD BANK, 2018; WORLD BANK GROUP, 2018). As pessoas que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza experimentam a dor da opressão, da humilhação, da fadiga, da discriminação e da negação dos seus direitos humanos (THE WORLD BANK, 2018; YAZBEK, 2012). Entre os que vivem em situação de pobreza, destaca-se o grupo das mulheres que, além das repercussões da situação de vulnerabilidade econômica, ainda sofrem com a exploração sexual, a iniquidade de gênero e o peso da responsabilidade do cuidado ou do sustento de sua família (THE WORLD BANK, 2018).

Aproximadamente metade da população (46,0%) em todo o mundo vive em situação de pobreza, com menos de US\$ 5,50 por dia (THE WORLD BANK, 2018). O Brasil está entre os 60 países categorizados pelo Banco Mundial como países de renda anual média-alta e segundo o relatório de Síntese de Indicadores Sociais, publicado em 2020 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no Brasil 6,5% da população vive com menos de 145 reais mensais (US\$1,90¹ abaixo por dia) e estão em situação de extrema pobreza e 25,3% vivem com menos de 420 reais mensais (US\$5,50¹ por dia) (IBGE, 2020^a; THE WORLD BANK, 2020). No

Distrito federal, 11,2% da população possui renda domiciliar de US\$5,50¹ *per capita* por dia, caracterizando-se como uma das unidades federativas mais desiguais do Brasil, com maior concentração de renda (Índice Gini: 0,553) (IBGE, 2020a).

Aqueles que vivem em situação de pobreza não carecem apenas de renda monetária, uma vez que a pobreza é multidimensional e envolve vários componentes de qualidade de vida (THE WORLD BANK, 2018; JANNUZZI *et al*, 2014). Sendo assim, a pobreza também é materializada na baixa escolaridade, na insegurança física, na vulnerabilidade e suscetibilidade física a desastres naturais (inundações, vendavais, deslizamento de terra, tempestades, etc), ao não acesso a serviços sanitários básicos, na precária saúde física, mental e nutricional e no inadequado cuidado à criança (THE WORLD BANK, 2018). No Brasil, 10% da população tem acesso restrito a pelo menos três serviços básicos, dentre eles educação, serviços de saneamento, proteção social, condições de moradia e internet (IBGE, 2018b).

Em se tratando de desigualdade de gênero, mundialmente existem 122 mulheres com idade entre 25-34 anos para cada 100 homens da mesma faixa etária vivendo em famílias extremamente pobres e em relação a América Latina e no Caribe o número sobe para 132 mulheres para cada 100 homens (UN WOMEN, 2018).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que as mulheres representam a maior parcela da população brasileira (52,3%) (IBGE, 2018a). Entre 1995 e 2015, o número de famílias chefiadas por mulheres no Brasil saltou de 22,9% para 40,5% (CAVENAGHI & ALVES, 2018; IBGE, 2018). No Distrito Federal (DF) destaca-se o aumento de 218% no número de famílias chefiadas por mulheres entre 2001 e 2015 (CAVENAGHI & ALVES, 2018). Esses dados podem indicar avanços na busca pela equidade de gênero e um maior empoderamento da mulher, mas por outro lado também podem revelar um aumento da uniparentalidade. O número de arranjos familiares monoparentais femininos e com filhos aumentou 0,5% entre 1995 e 2015, representando 16,3% das famílias chefiadas por mulheres em 2015 (CAVENAGHI & ALVES, 2018; IBGE, 2018b).

¹ Taxa de conversão da paridade de poder de compra (PPC) para consumo privado, R\$ 1,66 para US\$ 1,00 PPC 2011, valores diários tornados mensais e inflacionados pelo IPCA para anos recentes.

As causas da existência de lares uniparentais são diversas. Nos últimos anos houve aumento no número de mulheres que se divorciaram ou se separaram, assim como maior número de lares onde as mulheres formaram suas famílias sem contar com a presença de um companheiro, sendo essa escolha voluntária ou não (CAVENAGHI & ALVES, 2018). No Brasil, entre os anos de 2015 e 2017, o número de casamentos caiu 2,3% e o de divórcios aumentou 8,3% (IBGE, 2018). Segundo o arranjo familiar, 46,1% dos divórcios judiciais são em famílias com filhos menores de idade, sendo a mulher a responsável pela guarda dos filhos na maioria dos registros de divórcio (IBGE, 2018b).

Mundialmente, 29% das mães em maternidade solitária se enquadram no quintil mais pobre do seu país (KLUCH, 2020), enquanto que no Brasil, 54,9% dos arranjos familiares formados por mulheres sem cônjuge e com filhos até 14 anos apresentam rendimento domiciliar menor que US\$5,50 *per capita*/dia e 20,3% estão abaixo da linha de extrema pobreza (IBGE, 2020a). Esses arranjos monoparentais femininos apresentam as maiores inadequações domiciliares quando comparados aos arranjos unipessoal, casal com filhos e casal sem filhos, indicando que há uma maior pobreza monetária nesse grupo (IBGE, 2020a). Entre tipos de inadequações domiciliares, estão a ausência de banheiro de uso exclusivo do domicílio (3,3%), paredes externas construídas com materiais não duráveis (1,4%), adensamento excessivo (10%), ônus excessivo com aluguel (13,6%) e ausência de documento que comprove a propriedade (14,1%) (IBGE, 2020a). No Distrito Federal, em 2015, 50% das famílias monoparentais femininas possuíam renda percapita/mensal de R\$397,00 (CODEPLAN, 2019).

1.2. A maternidade solitária na pobreza

Mulheres em maternidade solitária são mulheres vivendo exclusivamente com seus filhos, ou com seus filhos e outros adultos que não o parceiro da mãe, cônjuge ou pai biológico (GIBSON *et al*, 2018; LIMA BALANI *et al*, 2016). Elas representam 13% das mulheres entre 18 e 60 anos em todo o mundo, sendo 24% na América Latina (KLUCH, 2020; GIBSON *et al*, 2018; LIMA BALANI *et al*, 2016). Elas representavam, em 2018, 8,9% dos arranjos domiciliares com filhos até 14 anos no Brasil (IBGE, 2018a). Já no Distrito Federal, 24,1% dos arranjos são monoparentais

femininos, sendo que 25,6% destes arranjos possuem baixa renda (CODEPLAN, 2020).

Essas mulheres enfrentam grandes desafios financeiros e sociais, o que pode se refletir em assistência e cuidados precários às crianças (KLUCH, 2020), pobre saúde mental e pior qualidade de vida (KONG *et al.*, 2017; WADE *et al.*, 2011; SUBRAMANIAM *et al.*, 2014; KIM *et al.*, 2018; HERNÁNDEZ *et al.*, 2009; KIM & KIM, 2020).

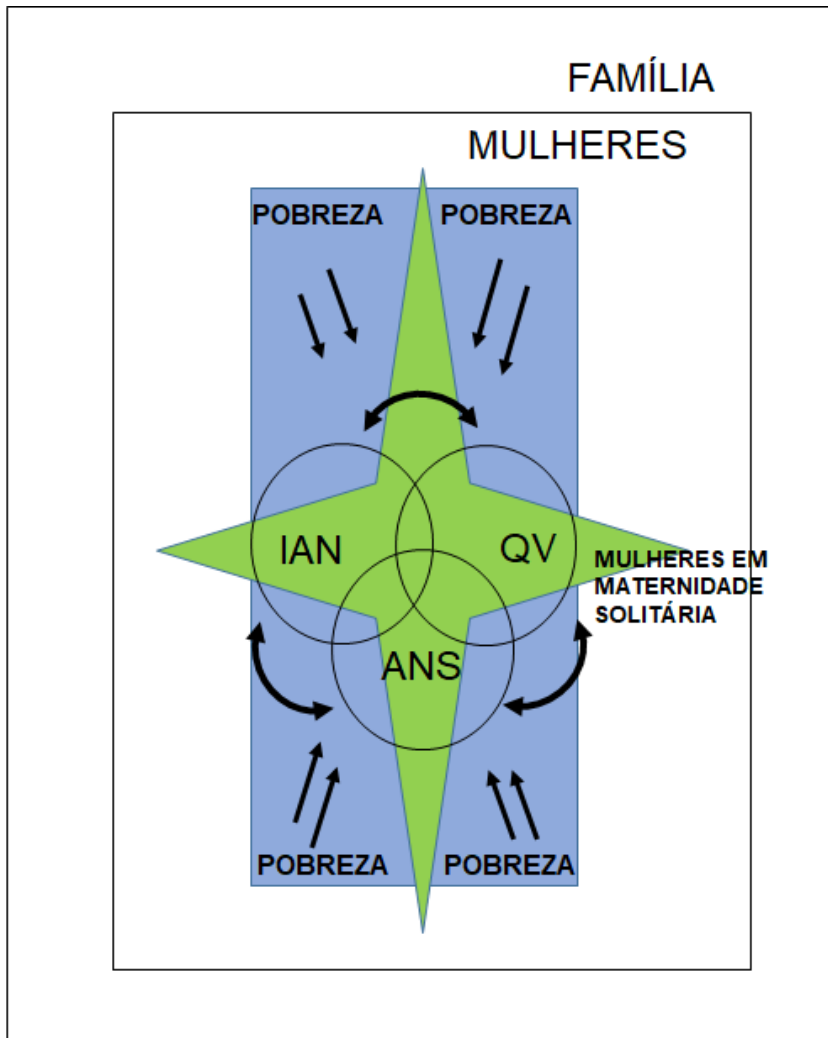
Estudos realizados nos Estados Unidos, Japão e China mostraram que as mulheres em maternidade solitária são mais vulneráveis e tem maiores chances de experimentarem dificuldades financeiras, desemprego ou subemprego, insegurança alimentar e nutricional, falta de moradia ou habitação inadequada, riscos ambientais para a saúde e violência (BROUSSARD, 2010; BRADY & BURROWAY, 2012; RAYMO, 2016; LI, 2020). Mães escandinavas, chinesas e canadenses que vivem em situação de maternidade solitária também apresentam mais frequentemente distúrbios emocionais como ansiedade e depressão, assim como experimentam mais frequentemente baixa autoestima, pouco apoio social e familiar e uma pobre qualidade de vida, revelando baixa satisfação com a vida e pouca felicidade (THE WORLD BANK, 2018; BULL & MITTELMARK, 2009; LIPMAN *et al.*, 2010; LI, 2020).

Da mesma forma, as crianças filhas de mulheres em maternidade solitária que nascem em um lar em situação de pobreza tem maior risco de apresentam desenvolvimento inadequado na primeira infância e podem apresentar, a curto prazo, deficiências nutricionais, baixa estimulação, aprendizado deficiente e a longo prazo, maior risco ao sobrepeso e a obesidade e uma menor satisfação em viver quando comparados com crianças criadas pelos dois pais (AYLLÓN & FERREIRA-BATISTA, 2015; DURIANCIK & GOFF, 2019; RICHTER & LEMOLA, 2017; MELO & MARIN, 2016). Esses fatores podem gerar adultos com dificuldades sociais, físicas e mentais e com baixa capacidade para trabalhar, perpetuando assim o ciclo intergeracional da pobreza (THE WORLD BANK, 2018).

Sendo assim, entre as famílias monoparentais femininas há maior vulnerabilidade, delimitada por diversos fatores como: baixa renda, baixa escolaridade e trabalhos precários que podem estar relacionados à maiores dificuldades no acesso a uma alimentação adequada gerando insegurança alimentar e nutricional, à sobrecarga de responsabilidades e ao aparecimento de sintomas de

ansiedade e depressão, além de maior insatisfação com a vida e com que as condições em que vivem (SOUZA, 2020; SCHMEER *et al.*, 2015; BULL & MITTELMARK, 2009; LIPMAN *et al.*, 2010; NAHAR *et al.*, 2020) (FIGURA 1).

Figura 1: Associação entre a vulnerabilidade das mulheres em maternidade solitária e a insegurança alimentar e nutricional, a ansiedade e a qualidade de vida.



IAN: Insegurança Alimentar e Nutricional; QV: Qualidade de vida;
ANS: Ansiedade

Fonte: Elaborada pelo autor, 2020.

1.3. Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) na maternidade solitária e suas consequências

Um dos direitos humanos, segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional – LOSAN (Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), é o de ter acesso a uma alimentação adequada, obedecendo critérios de disponibilidade de alimentos,

acessibilidade, adequação e garantia de estabilidade no acesso (BRASIL, 2006). A situação de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) é presente quando o consumo de alimentos é de baixa qualidade ou quantidade, ou até mesmo há presença de fome, refletindo-se em desvios nutricionais, obesidade e outras doenças relacionadas à uma má qualidade da alimentação (CONSEA, 2006).

A desnutrição materna e infantil causada por uma ingestão inadequada de alimentos e de micronutrientes é responsável por milhões de mortes em todo o mundo, tendo como consequência adultos com capacidade intelectual e produtividade econômica reduzidas e doenças metabólicas e cardiovasculares (BLACK et al., 2008). Apesar de planos de ação governamentais instaurados em vários países após a criação da Agenda 2030 com o objetivo de erradicar a fome e alcançar a Segurança Alimentar e Nutricional (ODS 1 e 2), essas metas ainda não foram alcançadas por completo (BRASIL, 2020).

Em relação ao Brasil, o país tem atualmente 36,7% dos seus domicílios em algum grau de IAN: IA leve (24,0%), IA moderada (8,1%) e IA grave (4,6%) (IBGE, 2020b; HAACK *et al.*, 2018; PINTO, 2010). Segundo a última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada em 2017 e 2018, 61,4% dos domicílios em que o homem é referência estão em SAN, por outro lado, quando a mulher é a chefe da família a IAN grave atinge 51,9% dos lares (IBGE, 2020b). A presença de crianças e/ou adolescentes nos domicílios também está relacionada com maiores prevalências de IAN (IBGE, 2020b).

O aumento da IAN em lares na Nicarágua, onde a mulher é referência ocorre na maior parte dos países e está associado às piores condições sociais e econômicas dessas mulheres (SCHMEER *et al.*, 2015). Segundo estudo realizado na Colômbia, vários são os fatores que contribuem para essa situação, dentre eles a falta de casa própria, o estado civil e a renda per capita (ISANAKA et al, 2007). Um estudo na Nicarágua apontou que as chances de IAN eram 65% maiores quando as mulheres estavam em situação de maternidade solitária e 60% maiores quando elas eram as únicas responsáveis pela renda familiar (SCHMEER *et al.*, 2015). Uma meta-análise mostrou que quando as mulheres eram chefes de família a probabilidade de essa família estar em situação de IAN era 75% maior quando comparada a domicílios chefiados por homens (JUNG *et al.*, 2017).

Mulheres em situação de IAN podem vivenciar uma vulnerabilidade social e financeira maior, diminuindo a capacidade para adquirir alimentos adequados, influenciando a saúde gestacional e conseqüentemente, a saúde dos seus filhos (IVERS & CULLEN, 2011; BLACK *et al.*, 2008). A IAN também pode ser fator que predispõe a transtornos mentais e insatisfação com a qualidade de vida (IVERS & CULLEN, 2011).

Estudos realizados com mulheres gestantes norte americanas, a IAN está associada a desfechos não desejáveis como baixo peso das crianças ao nascer e diabetes gestacional (BORDERS *et al.*, 2007; LARAIA *et al.*, 2006). A falta de recursos monetários nessa fase da vida pode estar relacionada com a mudança de hábitos alimentares, levando a mulher a consumir alimentos com menor qualidade e em menor quantidade, diminuindo assim o consumo de nutrientes (LARAIA *et al.*, 2006; THEODORITSI *et al.*, 2018).

Outros estudos latino-americano e norte-americano mostraram que, em relação à saúde mental materna, a IAN ainda está associada a ansiedade traço, ao estresse, ao aparecimento de sintomas depressivos e a baixa autoestima (LARAIA *et al.*, 2006; NAGATA *et al.*, 2019; LINARES *et al.*, 2020). Em relação à qualidade de vida, resultados de um estudo realizado no Irã com mães indicaram que a situação de insegurança alimentar está associada a uma baixa percepção de qualidade de vida, o que pode gerar conseqüências para a mãe e para o desenvolvimento adequado dos seus filhos (MOAFI *et al.*, 2018). O estresse relacionado com a IAN e a maior preocupação em prover e disponibilizar uma alimentação adequada aos filhos, reduz a ingestão de alimentos e de nutrientes pelas mães, ação que pode elevar a morbidade entre mães norte americanas que vivem em situação de maternidade solitária (LINARES *et al.*, 2020).

As crianças que vivem em domicílios com IAN também são afetadas de diversas formas. A fome e a desnutrição podem influenciar os escores de peso por idade, altura por idade e peso por altura, aumentando as taxas de mortalidade infantil (BLACK *et al.*, 2008). Essas crianças em IAN também apresentam mais frequentemente problemas no desenvolvimento, como menor desenvolvimento motor grosso, comunicação e social (MILNER *et al.*, 2018; NAGATA *et al.*, 2019). Pedroso *et al.* (2019), em estudo realizado no Distrito Federal, apontou que entre os filhos de mães que apresentam depressão e ansiedade e que vivenciam IAN

moderada ou grave há maiores chances de atrasos no desenvolvimento infantil, quando comparados com crianças que vivem em segurança alimentar e nutricional. As mães quenianas que vivem em domicílios em situação de IAN acreditam menos na viabilidade e na segurança da amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida da criança sendo IAN fator de risco para a interrupção da amamentação assim como, para mortalidade neonatal, alguns defeitos congênitos, distúrbios no período neonatal, baixo peso ao nascer e prematuridade (WEBB-GIRARD *et al*, 2012; AUGUSTO *et al*, 2020).

1.4. Saúde mental da mulher na maternidade solitária

A pobreza e uma pobre saúde mental formam um ciclo vicioso. Doenças mentais são mais presentes em pessoas que vivem em situação de pobreza, assim como há maior probabilidade de que os que sofrem com doenças mentais entrem e permaneçam na pobreza (LUND *et al*, 2011).

Em se tratando de maternidade solitária, estudos realizados na Coreia, no Canadá e na Singapura mostraram que as mães sem companheiro têm uma chance 2,05 vezes maior de apresentarem depressão e 1,63 vezes maior de terem pensamentos suicidas, além de maiores chances de apresentarem pânico, ansiedade, mania, transtornos causados pelo uso de substâncias (álcool e drogas) quando comparadas às mulheres casadas (KONG *et al.*, 2017; WADE *et al*, 2011; SUBRAMANIAM *et al.*, 2014; KIM *et al.*, 2018). Isso mostra a gravidade desta situação, uma vez que naturalmente quadros de ansiedade e de estresse maternos em mães australianas, estão mais presentes durante os últimos meses de gestação e durante os primeiros meses de vida dos seus filhos (CLOUT & BROWN, 2015).

Em estudo realizado em Bangladesh com mulheres em situação de maternidade solitária, os resultados mostraram que aproximadamente metade (48,8%) delas apresentavam depressão ou ansiedade e enfrentavam a sobrecarga de trabalho, estresse financeiro e humilhação social (NAHAR *et al.*, 2020). Em outro estudo australiano, o dobro das mulheres sem companheiro, quando comparadas com mulheres casadas, relataram terem incapacidades mentais (CROSIER *et al.*, 2007). Esses problemas mentais e a qualidade da saúde dessas mães estão muito

associados aos aspectos socioeconômicos como dificuldades financeiras, desemprego, pouca idade (15-24 anos), renda familiar baixa, ausência de apoio social e violência doméstica (CROSIER *et al.*, 2007; CAIRNEY *et al.*, 2003; RATTAY *et al.*, 2017; TOBIAS *et al.*, 2009; ROUSOU *et al.*, 2013; SUBRAMANIAM *et al.*, 2014; KONG *et al.*, 2017; LIANG *et al.*, 2019; ROUSOU *et al.*, 2019; KIM *et al.*, 2018; TARGOSZ *et al.*, 2003, EASTWOOD *et al.*, 2012).

As mulheres canadenses e chinesas podem estar em situação de maternidade solitária como consequência de divórcio e de separação, fatores estes também associados com a saúde mental (CAIRNEY *et al.*, 2003; LI, 2020). Em estudo realizado com mães canadenses, aquelas mães que se separaram ou se divorciaram tiveram maiores chances de apresentarem depressão, transtorno de personalidade e qualquer transtorno de ansiedade quando comparadas com as mães com companheiro (AFIFI *et al.*, 2006). As mães canadenses que passaram por divórcio ou perderam seus maridos também se sentem culpadas pelo impacto da monoparentalidade na vida de seus filhos e se preocupam mais com sua responsabilidade parental no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças, o que pode desencadear ansiedade (LI, 2020).

Apesar de mulheres em maternidade solitária serem mais propensas a buscarem os serviços de saúde psiquiátricos/mentais quando comparadas às mulheres com companheiro, ainda não é certo que essa ajuda é suficiente, uma vez que elas continuam rotineiramente enfrentando desgastes psicológicos e físicos muito maiores que mães que contam com o suporte de um companheiro e experimentando situações de rejeição familiar, pouco ou nenhum suporte social e familiar, isolamento, depressão, insônia, culpa, falta de vontade de viver enquanto ela ainda enfrenta as pressões e desigualdades sociais (BORGSMANN *et al.*, 2018, HONG & WELCH, 2013; CAIRNEY & WADE, 2002; EASTWOOD *et al.*, 2012; LIPMAN *et al.*, 2010). Um estudo norte americano mostrou que mães solteiras tendem a ser mais socialmente isoladas do que as mães casadas trabalham mais horas, recebem menos apoio emocional e têm redes sociais menos estáveis, sendo propensas a internalizar sentimentos e a ter um comportamento parental de pior qualidade (TAYLOR & CONGER, 2017).

Um estudo realizado na Alemanha discutiu a importância do apoio social para a manutenção da saúde psicológica de mães sem companheiro e mostrou que

essas mães em maternidade solitária e com baixo suporte social apresentam uma chance 2 vezes maior de experimentarem tensões psicossociais e 1,8 vezes maior de relatarem depressão nos últimos doze meses, quando comparadas com mães sem companheiro mas com alto suporte social (BORGSMANN *et al.*, 2018). Outro estudo brasileiro mostra que mães apresentam maiores escores de ansiedade traço e estado quando tem menor percepção de suporte social (BAPTISTA *et al.*, 2006).

A vulnerabilidade materna na monoparentalidade também pode influenciar o desenvolvimento e o bem-estar da criança (SERVILI *et al.*, 2010). Um estudo realizado na Inglaterra mostrou que crianças filhas de mulheres com altos níveis de estresse psicológico podem apresentar um score de desenvolvimento 3,5% menor do que aquelas crianças cujas mães apresentam baixos níveis de estresse (MENSAH & KIERNAN, 2010). French e colaboradores (2010) também discutem a influência da saúde mental materna no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças. A evidência disponível sugere, a partir de estudos com animais e mães em tratamento para a depressão, que a exposição no útero à depressão e aos antidepressivos afetam o sistema serotoninérgico e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, supostamente relacionado a mecanismos maternos de estresse placentário-fetal, incluindo ativação imune materna (GLOVER, 2015; ESTES & MCALLISTER, 2016; SURI *et al.*, 2014). A exposição à depressão pré-natal tem sido associada a problemas cognitivos e comportamentais na infância, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e autismo (GLOVER, 2015, STEIN *et al.*, 2014; SURI *et al.*, 2014). Mães latinas e norte-americanas apresentaram ansiedade e a depressão relacionadas também à amamentação, com tempo menor de amamentação exclusiva e o que leva a um prejuízo no ganho de peso do bebê (LARA-CINISOMO *et al.*, 2017; HART *et al.*, 2011). E ainda, uma revisão com estudos com mães gestantes e que apresentavam sintomas de depressão mostrou que quanto maior a ansiedade traço durante a gestação, menor é a qualidade do vínculo mãe-filho (HAZELL RAINE *et al.*, 2019).

Mães com dificuldades financeiras também apresentam maiores chances de estresse mental (TARGOSZ *et al.*, 2003; ROUSOU *et al.*, 2019; LINARES *et al.*, 2020). Em países de baixa e média renda, mães com transtornos mentais tem maiores chances de morrerem por suicídio durante o período pré-natal (HOWARD & KHALIFEH, 2020). A pobreza e as condições de vida também contribuem para a dor

e sofrimento vivenciados por mulheres suecas situação de maternidade solitária e para a diminuição do bem-estar do binômio mãe-filho (SAMZELIUS, 2020).

1.5. A Qualidade de Vida da mulher na maternidade solitária

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) qualidade de vida é definida como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998). É multidimensional e envolve o bem-estar físico, emocional, espiritual, psicológico e também as relações sociais entre familiares e amigos e a qualidade da habitação, saneamento e educação (USP, 2013).

Mais uma vez, a maternidade pode ser um fator influenciador e modificador também da percepção da qualidade de vida da mulher, assim como da saúde mental. A percepção da qualidade de vida está relacionada positivamente a variáveis como idade, primiparidade, início a ausência de problemas econômicos, escolaridade elevada, ter vínculo empregatício, ser casada, ter família e amigos e à religião (LAGADEC *et al.*, 2018). Estudos realizados com mulheres sul coreanas, brasileiras e iranianas uma pior percepção da qualidade de vida acontece quando a mulher apresenta sintomas de ansiedade e depressão, ou sofre violência doméstica e sexual (LAGADEC *et al.*, 2018; MOURA *et al.*, 2017, KIM & KIM, 2020; MORTAZAVI *et al.*, 2004). Um estudo realizado com mães coreanas em maternidade solitária demonstrou que, quando essas experimentam instabilidades em relação à sua moradia, um alto nível de estresse, sintomas depressivos, pensamentos suicidas e tem problemas com álcool e drogas, elas apresentam maiores chances de terem uma percepção de qualidade de vida menor (KIM & KIM, 2020).

Estudos mostram que mulheres em maternidade solitária possuem uma percepção de qualidade de vida menor (HERNÁNDEZ *et al.*, 2009; KIM & KIM, 2020) se comparada àquela com companheiro. Nesse contexto, a qualidade de vida desse grupo de mulheres e de seus filhos está diretamente relacionada a renda familiar e a possibilidade de comprar bens que satisfaçam as necessidades da

família influenciando nas condições sociais e na saúde maternas (HERNÁNDEZ *et al.*, 2009; RAYMO, 2016, WEISSMAN *et al.*, 1987; ARAGAKI & SILVA, 2011). As mães sul coreanas e norte americanas em maternidade solitária apresentam além de uma saúde pior, níveis educacionais e renda familiar média mensal mais baixos quando comparadas às mães com companheiro e empregos que não fornecem renda suficiente para atender às suas necessidades (KIM & KIM, 2020; WEISSMAN *et al.*, 1987). Portanto, é esperado que todos escores os domínios de percepção de qualidade de vida – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente – sejam baixos (KIM & KIM, 2020).

A pobreza e o arranjo familiar monoparental também impactam negativamente na autoestima e na qualidade de vida das crianças (HO *et al.*, 2014). Estudo realizado com crianças chinesas mostraram que a discriminação da sociedade em relação ao divórcio e às famílias formadas por pais solteiros afetam de forma negativa sobre o bem-estar das crianças (XU *et al.*, 2007).

Outro fator influenciador na percepção de qualidade de vida desse grupo de mulheres é a presença de suporte familiar e social. Estudo com mães japonesas mostrou que quando há suporte emocional dos familiares direcionado à mãe durante a gestação e os primeiros meses de vida do bebê a chance dessa mulher apresentar uma maior percepção de qualidade de vida é 6 vezes maior e quando esta consegue dormir o suficiente (7h ou mais), a chance é 4 vezes maior (NISHIDA *et al.*, 2018). Outro estudo com mães sem companheiro realizado na Nova Zelândia indicou que independentemente do nível de estresse, quando a mulher possui apoio social e a presença de um outro adulto na mesma casa, sua percepção de qualidade de vida é maior (WALKER & KRÄGELOH, 2015). Esses resultados mostram o quanto é importante para o bem-estar físico e emocional da mulher a presença de uma rede de apoio da família e/ou de um companheiro e/ou amigos, além do descanso e do alívio da fadiga (NISHIDA *et al.*, 2018; ARAGAKI & SILVA; 2011).

Em relação à saúde, mulheres norte americanas em maternidade solitária estão mais suscetíveis à obesidade, a doenças cardiovasculares e diabetes e tem uma taxa de atividade física menor do que as mães que possuem um companheiro (YOUNG *et al.*, 2005; DLUGONSKI & MOTL; 2013). Esse conjunto de fatores pode também influenciar na qualidade de vida desse grupo de mulheres pois, uma pior satisfação de saúde foi significativamente associada a menores escores de

qualidade de vida entre mulheres de baixa renda (DLUGONSKI & MOTL; 2013; SCHULER, 2015).

1.6. Intervenções para minimizar o impacto da maternidade solitária na pobreza

Como tentativa de diminuir a desigualdade e a pobreza vários países adotaram programas de assistência social conhecidos como `Programas de Transferência Condicionada de Renda (*Conditional cash transfer programs - CCT*), que visam melhorar o rendimento familiar e com isso, ajudar às famílias a viverem em condições de vida menos vulneráveis (MDS, 2013).

No Brasil, o Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003, se tornou um dos maiores programas de transferência de renda do mundo e tem como objetivos aumentar e assegurar, o acesso aos serviços públicos, como, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; e combater a pobreza (FONSECA & VIANA, 2007). O PBF visa atender àqueles que vivem em extrema pobreza e pobreza (MDS, 2013).

Em alguns países, incluindo o Brasil, a transferência de renda está vinculada ao cumprimento de condicionalidades que, a longo prazo, pode alterar a situação econômica das famílias, interrompendo o ciclo intergeracional da pobreza (TAVARES, 2010). As condicionalidades para gestantes, puérperas, crianças e adolescentes, tem os objetivos de diminuir a evasão escolar e aumentar a procura por acompanhamento médico (MDS, 2013). No caso do Distrito Federal, em agosto de 2020, 8% da população total é beneficiária do Bolsa Família e recebe, em média, 26,08 reais por família (MDS, 2020). Dentre as famílias beneficiárias, 88,5 % dos responsáveis familiares (RF) eram do sexo feminino (MDS, 2020). O fato de as mulheres terem prioridade no recebimento do benefício, se deve ao maior cuidado e preocupação delas com o bem-estar da família e conseqüentemente, ao uso mais adequado do valor monetário recebido sem necessidade de autorização masculina, fortalecendo, assim, a identidade feminina (FIALHO, 2007). O PBF também proporciona à mulher um sentimento de pertencimento a uma cidadania, visto que precisam ter documentos como Carteira de Identidade e Certidão de Nascimento para o recebimento do benefício (FIALHO, 2007). Ademais, alguns estudos

brasileiros avaliam as relações entre o recebimento do benefício preferencialmente pelas mulheres e o empoderamento feminino, dando a elas maior autonomia e aumentando a autoestima e a autoconfiança, o que pode contribuir para a diminuição da desigualdade de gênero, mesmo não sendo este o objetivo final do programa (COUTO, 2020; LISBOA, 2008). Lavinás *et al* (2012), refutam essa ideia e mostram que embora haja um aumento no bem-estar das famílias beneficiárias e na qualidade de vida, o PBF não contribui diretamente para a equidade de gênero e o empoderamento feminino. Outros estudos ainda mostram que o fato de o benefício monetário ser entregue preferencialmente às mulheres aumenta sobre elas as responsabilidades do cuidado e do cumprimento das condicionalidades, obrigando-a a administrar as necessidades da família com valores monetários que podem ser insuficientes para a compra de uma cesta básica (PASSOS & WALTENBERG, 2016; YAZBEK, 2012; FIALHO, 2007).

A literatura discute as influências, a curto e a longo prazo, desse modelo de benefício financeiro na saúde mental, física e social e na situação de insegurança alimentar domiciliar das mulheres e de seus filhos. Alguns estudos mostram que há um aumento na procura por serviços médicos e diminuição da insegurança alimentar do domicílio, impactando não só na qualidade nutricional e na saúde das mães, mas também dos filhos, contudo esses benefícios ainda não geram diferenças significativas às populações extremamente pobres (RAGHUNATHAN *et al*, 2019; ODUENYI *et al*, 2019; EDMOND *et al*, 2019; MILLÁN *et al*, 2019). Existem ainda, algumas indicações de que os programas de transferência condicionada de renda estão mais claramente associados aos benefícios de saúde mental do que outras intervenções de redução da pobreza (LUND *et al*, 2011).

Mulheres em maternidade solitária formam um grupo vulnerável economicamente, social e emocionalmente e muitos são os desafios enfrentados por essas mães (KLUCH, 2020; KONG *et al.*, 2017; WADE *et al*, 2011; SUBRAMANIAM *et al.*, 2014; KIM *et al.*, 2018; HERNÁNDEZ *et al.*, 2009; KIM & KIM, 2020). O recebimento do benefício do PBF deve ser acompanhado de programas públicos que incentivem a criação de redes de apoio e que protejam esse grupo da exclusão social (THEODORITSI *et al.*, 2018). Um cuidado de forma multidimensional, não apenas limitado ao suporte financeiro é necessário. No Canadá, mulheres em maternidade solitária que enfrentavam isolamento social, estigma social, sensação

de fracasso, relacionamentos ruins com seus filhos e problemas financeiros notaram melhora na autoestima, na comunicação com seus filhos e um maior apoio de outras mães depois de participarem de grupos de suporte educativos por dez semanas (LIPMAN *et al.*,2010).

Ganong & Coleman (1992) apontam outro importante tópico a ser considerado em se tratando de mães em maternidade solitária: a falta de preparo dos profissionais de saúde para uma abordagem personalizada nestes casos. Durante os atendimentos, os profissionais da saúde usualmente tratavam os pacientes casados de forma mais positiva do que os pacientes solteiros (GANONG & COLEMAN, 1992). Esse estudo ressalta a importância do preparo e treinamento dos profissionais de saúde que lidam com esse grupo específico de mulheres. É preciso que toda a rede de apoio pública sendo saúde ou Assistência Social busque entender e aceitar a formação uniparental das famílias e compreender suas necessidades, sem estereótipos culturais e estigmas relacionados ao estado civil das mães, sem caracterizá-las como desestruturadas ou desorganizadas, mas compreendendo suas múltiplas necessidades (LIMA BALANI *et al*, 2016; YUNES *et al.*, 2005).

2. JUSTIFICATIVA

Estudos apontam que a situação de maternidade solitária está associada a maior prevalência de insegurança alimentar e nutricional, a transtornos psiquiátricos e a uma percepção de qualidade de vida menor (JUNG *et al*, 2017; KIM & KIM, 2020; HERNÁNDEZ *et al.*, 2009). Todas essas repercussões também estão associadas à pobreza (HO *et al.*, 2014, SCHMEER *et al*, 2015, ISANAKA *et al*, 2007, SCHULER, 2015).

Entretanto, nenhum estudo se dedicou a estudar como estes fatores se comportam em condição semelhante da pobreza. A falta de um companheiro está associada com maiores dificuldades econômicas, isso é fato (BRADY & BURROWAY, 2012; RAYMO, 2016; LI, 2020). Entretanto, em um grupo de mulheres igualmente pobres, as repercussões da ausência de um companheiro ultrapassam aquelas oriundas da pobreza em si? A ausência de um companheiro interfere nas condições de saúde física, emocional e mental e nas condições de IAN desse grupo de mães pobres?

Avaliar se estes fatores estão associados também à ausência de um companheiro é o objetivo desse estudo. Ele pode elucidar questões sensíveis ao cuidado a ser provido nesta condição e direcionar ações e políticas públicas que possam atender e apoiar esse grupo de mulheres pobres que vivem em maternidade solitária.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as repercussões da maternidade solitária na saúde mental, qualidade de vida e segurança alimentar entre mulheres que vivem em condições de pobreza.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar a situação de insegurança alimentar e nutricional domiciliar de mulheres em situação de maternidade solitária comparando com as mulheres que possuem companheiro.

Avaliar a presença de ansiedade traço e estado entre mulheres em situação de maternidade solitária comparando-as com as mulheres que possuem companheiro;

Avaliar a percepção de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente, além da percepção da qualidade de vida geral e da satisfação com a saúde, em mulheres em situação de maternidade solitária comparando-as com as mulheres que possuem companheiro.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo originado em um projeto multicêntrico, que ocorreu nas cidades de Brasília (DF) e João Pessoa (PB), intitulado: “Impacto do Programa Bolsa Família na saúde de gestantes, nutrizes e seus filhos até o sexto mês de vida”. O Projeto recebeu financiamento proveniente da chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAB/CGAN Nº 13/2017.

O estudo-mãe visava avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na saúde das mulheres e dos seus filhos, com até 180 dias de vida, que recebiam o benefício do Bolsa Família, em comparação com aquelas que não recebiam, em duas capitais com diferente nível de desenvolvimento socioeconômico: Brasília (DF) e João Pessoa (PB).

Delineamento do estudo

O estudo realizado é de caráter transversal e a sua amostra foi constituída de mulheres gestantes e mães com crianças com até 180 dias de vida usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em áreas de vulnerabilidade econômica no Distrito Federal.

Cálculo amostral

Para este trabalho, foi realizado um recorte populacional tendo como base para cálculo amostral a população do Distrito Federal de 2.881.854 e uma prevalência de 19,9% de pobreza (recebia até meio salário mínimo no ano de 2018) (IBGE, 2020a). Para esse estudo utilizou-se um recorte populacional selecionando gestantes e mães com crianças até 180 dias de vida que recebiam até meio salário mínimo em 2019². Considerando essa população, um poder amostral de 99%, um erro amostral de 1%, o tamanho amostral mínimo estimado do recorte populacional foi de 478 mulheres em situação de pobreza. Foram aplicados em Brasília 864 questionários às mães gestantes ou com filhos até 180 dias de vida. A amostra final

² Valor do salário mínimo em 2019: R\$998,00. Valor de meio salário mínimo baseado no ano de 2019: R\$499,00.

do nosso estudo com mulheres em pobreza foi de 526 mulheres, da qual, foram retiradas 338 questionários foram preenchidos por mulheres com que recebiam mais que meio salário mínimo².

Logística do estudo

Seleção de UBS

No DF existem 176 UBS (SES-DF) e foram selecionadas para esta pesquisa, por conveniência, 10 UBS, em 4 Regiões de saúde do Distrito Federal: Leste, Oeste, Centro-sul e Central. Como a população alvo desta pesquisa eram mulheres elegíveis para recebimento do PBF, a escolha das Regiões de saúde do Distrito Federal foi realizada segundo a renda domiciliar per capita dos residentes, abaixo de 1,25 salário-mínimo, segundo dados da PNAD-DF de 2018 (CODEPLAN, 2018). Participaram da amostra as seguintes Unidades Básicas de Saúde: Estrutural nº 1, Riacho Fundo II nº 2, Riacho Fundo II nº 4, Ceilândia nº 1, Ceilândia nº 6, Ceilândia nº 12, Varjão nº 1, Paranoá nº 1, São Sebastião nº 1 e Itapoã nº 1.

O convite para que as UBS participassem do projeto foi realizado a cada gerente responsável e seus respectivos Núcleos de Estudo e Pesquisa (NUEP). A autorização para a pesquisa ocorreu conforme as normas e procedimentos impostos pelos Comitês de Ética da Faculdade de Saúde da UnB e da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

Seleção das Mulheres

Nas UBS selecionadas as mulheres eram convidadas a responder ao questionário enquanto aguardavam pela consulta e/ou para a vacinação delas e/ou dos filhos. Todas as mulheres presentes no dia de coleta de dados, que atendessem os critérios de inclusão eram convidadas a participar da pesquisa. Eram abordadas, preferencialmente, as que seriam atendidas por último, pela disponibilidade maior de tempo para resposta ao questionário.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram mulheres em qualquer período da gestação e puérperas com filhos até 180 dias de vida, atendidas na rede de atenção básica do SUS no Distrito Federal. No caso de gêmeos, foi avaliado o bebê mais

velho. Foram excluídas mulheres surdas e mudas, que não poderiam responder ao questionário assim como mães com crianças deficiência intelectual.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de questionário estruturado, entre os meses de agosto e dezembro de 2019. O registro digital das informações coletadas foi realizado por meio do aplicativo KoboCollect (Harvard Humanitarian Initiative - KoBoToolBox) com auxílio de aparelhos celulares.

Os questionários foram criados no software Kobo Toolbox®, disponível gratuitamente, e estruturados de forma que as respostas fossem limitadas e obrigatórias, evitando assim a perda de amostra e erros de digitação.

Para a aplicação do questionário foram selecionados entrevistadores que possuíam graduação completa e disponibilidade de 20 horas semanais. Foi realizado treinamento com cada entrevistador para conhecimento do questionário e de suas responsabilidades em campo, segundo as orientações previstas no 'Instrutivo para trabalho de campo', preparado pelo coordenador da pesquisa, e a cada um foi disponibilizado um smartphone com sistema Android e com o aplicativo KoboCollect® instalado para acesso ao questionário.

Para realizar o controle de qualidade da coleta de dados, ao final de cada mês de coleta 5% da amostra entrevistada no mês era selecionada de forma aleatória e os participantes que haviam autorizado o recebimento de ligação do coordenador da pesquisa eram convidados a responder novamente a três perguntas selecionadas de forma aleatória para validação das informações coletadas em campo (Pedroso et al, 2020)

O questionário era dividido em dez blocos e avaliava dados socioeconômicos da mãe, dados antropométricos da mãe e do bebê, consumo alimentar da mulher e saúde, percepção de qualidade de vida e o estado de ansiedade. No caso das puérperas foram avaliados também o aleitamento materno e o desenvolvimento infantil.

Variáveis do estudo

Foram avaliados os seguintes dados socioeconômicos da mãe: idade, renda familiar, escolaridade, ocupação, estado civil, cor da pele.

O peso da mulher foi aferido por uma balança digital de precisão de 0,1Kg e sua estatura, peso pré-gestacional, peso ao final da gestação e data da última menstruação foram adquiridos a partir da caderneta de saúde da mãe ou declarado quando a caderneta não estava disponível. O IMC foi utilizado para a avaliação do peso e altura das mulheres gestantes, considerando a semana gestacional, classificando o estado nutricional como: Baixo Peso entre 20 e 24,9 kg/m²; Adequado entre 25 e 29,9 kg/m², Sobrepeso entre 30 e 33,4 kg/m² e obesidade é maior ou igual a 33,5 kg/m², ao analisar entre a 6^a e a 40^a semana gestacional (ATALAH *et al*, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

As mães foram questionadas sobre a data de nascimento da criança, o tipo de parto, prematuridade, internação no último mês por febre, diarreia ou tosse. Os dados sobre o peso e comprimento do bebê ao nascer e peso e comprimento na última consulta foram adquiridos a partir da caderneta de saúde da criança. A avaliação do peso e altura da criança foi realizada a partir da curva crescimento da criança classificando como: sobrepeso (acima do percentil 97); normalidade nutricional (entre os percentis 97 e 3); risco nutricional (entre os percentis 10 e 3); peso baixo (entre os percentis 3 e 0,1); peso muito baixo (abaixo do percentil 0,1), observando também a inclinação da curva (ascendente, horizontal e descendente) (BRASIL, 2002).

Os marcadores de consumo alimentar do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) de 2015 foram utilizados para a avaliação do aleitamento materno e do consumo alimentar da criança (BRASIL, 2015). Eles incluem 14 perguntas referentes a alimentação da criança no dia anterior. Além destes, a mãe foi questionada quanto ao uso de mamadeira e chupeta pelo bebê. A taxa de aleitamento materno exclusivo foi calculada a partir do número de crianças até 180 dias cujas mães alegaram ofertar apenas leite materno e não receberam nenhum outro alimento sólido ou líquido no dia anterior (BRASIL, 2015).

A avaliação dos indicadores de desenvolvimento infantil (DI) foi realizada a partir do Questionário para Avaliação do Desenvolvimento Infantil (QAD-PIPAS) validado para crianças brasileiras (Venancio, 2018; Venancio *et al.*, 2019). O questionário é subdividido em duas partes, com perguntas dicotômicas direcionadas

às crianças com 3 meses a 3 meses e 29 dias (9 questões), e com 4 meses a 6 meses e 29 dias (8 questões). As questões incluem ações referentes aos quatro domínios do DI: motor, cognitivo, linguagem e sócio afetivo. O escore foi obtido a partir da soma das respostas: Sim (1 ponto) e Não (0 pontos) (VENANCIO et al., 2019). O ponto de corte foi avaliado a partir da mediana da própria amostra (RODRIGUES *et al*, 2017).

O consumo alimentar da mulher foi avaliado utilizando o questionário do VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) aplicado em 2018 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2019). Foram utilizadas as perguntas que se referiam à alimentação, ao consumo de bebida alcoólica e ao hábito de fumar (BRASIL, 2019).

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), validada para a população brasileira, foi aplicada para avaliar a situação de Segurança Alimentar e Nutricional domiciliar por meio da percepção e experiência com a fome (BICKEL et al., 2000; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2004; SEGALL-CORRÊA & MARIN-LÉON, 2009; IBGE, 2020). O domicílio está em situação de Segurança Alimentar quando os moradores têm acesso a uma alimentação de qualidade em quantidade suficiente. Classificar o domicílio em situação de Insegurança alimentar leve, quer dizer que o acesso aos alimentos de qualidade e em quantidade suficiente é regular e permanente. A insegurança alimentar moderada indica que há uma diminuição da quantidade de alimentos entre adultos e um comprometimento da qualidade da alimentação. A Insegurança grave ocorre quando há uma redução na quantidade de alimentos entre as crianças e ocorrência de fome entre os adultos (PÉREZ-ESCAMILLA, 2004). A EBIA é composta por 14 itens, com duas opções de resposta: Sim (1 ponto) e Não (0 pontos). A soma das respostas positivas gera um escore final. Os domicílios com criança foram classificados em: Segurança Alimentar (0), Insegurança Alimentar Leve (1 a 5 pontos), Insegurança Alimentar Moderada (6 a 9 pontos), Insegurança Alimentar Grave (10 a 14 pontos) (IBGE, 2020). Nesse estudo, a IAN foi categorizada como presente (qualquer grau de IAN) ou ausente (segurança alimentar).

Para avaliação da ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE), adaptado para o português e validado no Brasil (BIAGGIO et al., 1977; BIAGGIO & NATALÍCIO, 1979). A Ansiedade Traço se refere às diferenças

individuais relativamente estáveis na tendência a reagir a situações estressantes com aumento de intensidade no estado de ansiedade e a Ansiedade Estado é caracterizada como um estado emocional transitório (BIAGGIO, 1977; BORINE, 2011). Cada um possui 20 questões com respostas em forma de escala Likert de 4 pontos, sendo a pontuação mínima de 20 e a máxima de 80 pontos. A pontuação de corte utilizada foi acima ou abaixo/igual a 40 pontos, sendo que as pontuações acima de 40 classificam a mulher como tendo uma intensidade significativa de ansiedade (FLAHERMAN, 2016).

A percepção de qualidade de vida geral foi avaliada pelo questionário WHOQOL-breve (World Health Organization Quality of Life) desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), traduzido para o português e validado no Brasil (THE WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al., 2000). Ele é um instrumento de auto-avaliação e é composto por duas questões gerais e 24 questões divididas em quatro domínios: 1) Psicológico, que aborda perguntas sobre auto-estima, imagem corporal, sentimentos negativos e positivos, espiritualidade e crenças, aprendizagem e memória; 2) Físico, abordando perguntas sobre mobilidade, sono, fadiga, dor e desconforto, dependência de medicação e capacidade de trabalho; 3) Relações Sociais buscando entender se há apoio social e satisfação sexual; e 4) Meio Ambiente, inserindo perguntas sobre recursos econômicos, transporte, cuidados de saúde, qualidade do ambiente físico como, poluição, barulho e clima, acesso a novas informações e segurança física. As respostas para as 26 questões eram compostas por uma escala Likert (muito ruim a muito boa/bom; muito insatisfeita a muito satisfeita; nada a extremamente; nada a completamente; nunca a sempre) e pontuações variando de 0 a 4 pontos.

Para realizar as análises, primeiro, obteve-se o valor da média da pontuação total de cada domínio e posteriormente, esse valor foi transformado para uma escala de 0 a 100. Para as duas perguntas gerais, a pontuação foi transformada em uma escala de 0 a 25. Os pontos de corte foram determinados a partir da mediana da população do estudo para cada domínio, classificando-os em abaixo da mediana e acima da mediana (RODRIGUES et al., 2017). Neste estudo as medianas utilizadas foram: domínios Psicológico e de Relações Sociais mediana de 66,7; domínio Físico 64,3; domínio de Meio Ambiente 50; e mediana das questões gerais sobre Percepção de qualidade de vida e Satisfação com a saúde de 18,75.

Análise dos dados

Os procedimentos de limpeza do banco de dados incluíram a exclusão dos questionários incompletos, os em que a data de nascimento da mãe foi digitada de forma incorreta e os em que os filhos tinham mais de 180 dias de vida.

Foram realizadas análises descritivas, com o cálculo de média, medianas, desvio-padrão e distribuição em frequência de todas as variáveis. Para associações entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Foram analisados, neste estudo, na regressão logística binária os desfechos que apresentaram $p < 0,20$ nas análises bivariadas com a maternidade solitária e maternidade com companheiro. As análises múltiplas por regressão logística binária foram realizadas para a obtenção das razões de prevalência ajustadas, de acordo com cada objetivo do presente trabalho, utilizando como covariáveis as que apresentassem $p < 0,20$ nas análises bivariadas. Foram testados seis modelos de regressão, um para cada desfecho, ajustados pelas covariáveis com $p < 0,20$ nas análises bivariadas (Tabelas 2, 3 e 4). As análises foram realizadas no software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. O intervalo de confiança adotado para as análises foi de 95% e o nível de significância foi de 5%.

Questões éticas

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP-FS/UnB) sob parecer de número 06376819.7.0000.0030 e também do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS em Brasília sob parecer de número 06376819.7.3001.5553, respeitando a todos os critérios éticos estabelecidos.

A coleta de dados foi realizada a partir do consentimento das mulheres convidadas a participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo científico intitulado “Repercussões da maternidade solitária na pobreza” submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública

Repercussões da maternidade solitária na pobreza

Laura Mendes Toledo Dal’Ava dos Santos¹, Gabriela Buccini², Jéssica Pedroso⁶, Raquel Machado Schincaglia³, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna⁴, Rafaela Lira Formiga Cavalcante de Lima⁴, Maria Augusta Correa Barroso Magno Viana⁵, Muriel Bauermann Gubert⁶

¹Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

² Escola de Saúde Pública de Yale, Universidade de Yale, New Haven, Connecticut.

³ Doutora em Ciências da Saúde.

⁴ Departamento de Nutrição, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.

⁵ Programa de Pós-graduação em Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, Brasil.

⁶ Departamento de Nutrição, Centro de estudos epidemiológicos em Saúde e Nutrição – NESNUT, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.

Palavras-chave: mãe solteira, pobreza, qualidade de vida, ansiedade, Segurança Alimentar e Nutricional

Key words: single parent, poverty, quality of life, anxiety, food and Nutrition Security

RESUMO

Maternidade solitária, sem apoio de um companheiro, para o sustento financeiro de seus filhos corresponde a 8,9% das famílias brasileiras. A vulnerabilidade financeira e social desses lares uniparentais se agravam diante do cenário de extrema pobreza. No entanto, as consequências da maternidade solitária na pobreza na segurança alimentar e na qualidade de vida dessas mulheres tem sido pouco documentada. Esse estudo objetivou identificar se a maternidade solitária na pobreza é um fator de risco independente para insegurança alimentar, ansiedade e pior percepção de qualidade de vida. Foram incluídas no estudo 526 gestantes e puérperas com renda mensal per capita menor ou igual a meio salário-mínimo no ano de 2019, atendidas em unidades de atenção básica no Distrito Federal. Os desfechos foram coletados por meio de questionários validados para a população brasileira. Regressão logística multivariada foi usada para testar a associação entre a maternidade solitária na pobreza e o risco de ansiedade, pior percepção de qualidade de vida e insegurança alimentar ajustando para fatores socioeconômicos. Quase metade (49%) das participantes eram mães solo e quase três quartos da amostra não possuía emprego (73,9%). A maternidade solitária está associada a ansiedade traço (odds ratio ajustada (ORa) 1,68, IC95% [1,15;2,44]) e ansiedade estado (ORa 1,56 [1,07;2,28]), quando comparadas às mães com companheiro. No mesmo sentido, associou-se a menor qualidade de vida nos domínios psicológico (ORa 1,71 [1,20;2,2,44]), de relações sociais (ORa 1,84 [1,29;2,63]) e meio ambiente (ORa 1,47 [1,04;2,08]). Maternidade solitária não se associou significativamente a insegurança alimentar nutricional [ORa 1,43[0,98;2,10]]. Ser mães que vivenciam a maternidade soitária no contexto de pobreza é fator de risco independente para ansiedade e menor satisfação com a sua qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

Uma em cada oito mulheres entre 18 e 60 anos no mundo é mãe solteira, sendo que 29% dessas mulheres pertencem ao quintil de renda mais baixo e 44% delas tem dificuldade para comprar comida¹. No Brasil, em 2015, nas famílias em que a mulher era a responsável pelo domicílio, 57% tinham renda per capita de até um salário-mínimo². No Distrito Federal, em 2010, uma em cada três mulheres, criava seus filhos sem a presença de um companheiro³. Essa condição de uniparentalidade materna, aqui denominada maternidade solo tem sido associada a repercussões econômicas, mentais, sociais^{4,5}.

No âmbito econômico, a transição da estrutura familiar na atualidade e o consequente aumento no número de mães solteiras estão intimamente relacionados com a pobreza e a desigualdade de renda^{6,7,8}. Mulheres recebem piores salários quando comparadas aos homens e normalmente tem maiores impedimentos em conseguir emprego ou em ocupar postos de trabalhos mais qualificados^{9,10}. Em lares chefiados por mulheres em maternidade solitária, a pobreza é mais frequente¹¹ e como consequência piores condições de vida são experimentadas pela família sob sua tutela, incluindo maiores níveis de Insegurança Alimentar e Nutricional domiciliar (IAN)¹² e redução da qualidade de vida¹⁵. Estudos mostram que a mulher em maternidade solitária, vivenciando uma situação de IAN em seu domicílio, terá ainda dificuldades em executar adequadamente suas funções de cuidadora responsiva e poderá ter sua saúde mental afetada pela incerteza da possibilidade de provimento de alimento a seus filhos e dependentes ou pela falta de apoio familiar^{13,14}.

Neste contexto, a percepção da mulher em relação à sua qualidade de vida também poderá ser afetada negativamente¹⁵. Mães sem companheiro apresentam uma saúde mental pior quando comparadas com as casadas^{14,16,17} e uma percepção ruim da qualidade de vida está ligada a sintomas depressivos, aumento da ansiedade^{18,19}, e aparecimento de pensamentos suicidas, gerando um ciclo pernicioso^{16,18}.

Apesar das políticas públicas direcionadas à igualdade de gênero serem mais presentes nas últimas décadas²⁰, os entraves sociais e padrões culturais ainda limitam o acesso das mulheres ao mercado de trabalho de forma justa e equitativa. Sendo assim, estas mulheres enfrentam o desafio de atuarem, concomitantemente, nos papéis de mães e chefes de família, acumulando responsabilidades e

enfrentando vulnerabilidades financeiras^{15,21,22}. Enfim, a pobreza está associada, é causa primária ou consequência deste conjunto de estressores sociais – insegurança alimentar, ansiedade e pior percepção de qualidade de vida. Entretanto, pouco se foi documentado sobre a associação e as consequências destes estressores na maternidade solitária em condições de extrema pobreza. O objetivo deste estudo foi investigar se a maternidade solitária na pobreza é um fator de risco independente para insegurança alimentar, ansiedade e pior percepção de qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal pertencente ao projeto multicêntrico do Distrito Federal (DF) e de João Pessoa (Paraíba) intitulado: “Impacto do Programa Bolsa Família na saúde de gestantes, nutrizes e seus filhos até o sexto mês de vida”. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP-FS/UnB) (06376819.7.0000.0030) e do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS em Brasília (06376819.7.3001.5553). Esse estudo inclui a amostra do Distrito Federal, a coleta de dados ocorreu em 2019 e incluiu gestantes e puérperas.

Amostragem e amostra analítica

O cálculo amostral foi realizado a partir da população do Distrito Federal de 2.881.854 e uma prevalência de 19,9% de pobreza (recebia até meio salário mínimo no ano de 2018) (IBGE, 2020a). Considerando poder amostral de 99%, um erro amostral de 1% e uma perda amostral de 15% resultando em uma amostra mínima de 479 mulheres em situação de pobreza.

Foram incluídas na pesquisa mulheres em qualquer período da gestação ou puérperas com filhos até 180 dias de vida. No caso de gemelares, as mães eram convidadas a responder sobre o filho nascido primeiro. A amostra geral foi de 846 mulheres entrevistadas.

A pobreza pode ser definida como a insuficiência de recursos para assegurar que as condições básicas de subsistência e de bem-estar dos indivíduos em uma sociedade sejam garantidas, referindo-se tanto aos recursos monetária quanto aos recursos sociais e culturais (Helfand & Lima, 2018). Segundo o Banco Mundial, a pobreza e a extrema pobreza são definidas a partir da renda monetária. Viver com menos de US\$5,50 (aproximadamente R\$20,45) por dia é a linha-padrão da pobreza

para países de renda média-alta (THE WORLD BANK, 2018; WORLD BANK GROUP, 2018). Uma renda inferior a US\$1,90 (R\$7,06) por dia é denominada de extrema pobreza (THE WORLD BANK, 2018; WORLD BANK GROUP, 2018). Para amostra analítica desse estudo, foram selecionadas mulheres em situação de pobreza, ou seja, com renda *per capita*/mensal menor ou igual a meio salário-mínimo no ano de 2019 (R\$998,00 ou US\$ 237.62) (n= 526).

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada em 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em 4 Regiões de Saúde do Distrito Federal (DF): Leste, Oeste, Centro-Sul e Central. O Distrito Federal conta com 7 Regiões de Saúde e 176 UBS²³. As UBS foram selecionadas por conveniência, a partir do aceite do gerente responsável pela unidade para a realização da pesquisa, respeitando o critério de pertencerem a Regiões de saúde economicamente desfavorecidas, nas quais a renda *per capita/mensal* média era abaixo de 1,2 salário mínimo (ou seja, R\$1197,60 /US\$ 285.15)²⁴.

Nas UBS selecionadas as mulheres, gestantes ou mães de crianças de 0 a 180 dias, eram convidadas a participar da pesquisa enquanto aguardavam pela consulta de pré-natal, pediátrica ou para vacinação. Caso aceitassem participar, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era assinado.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado que continha perguntas sobre aspectos socioeconômicos da mãe, insegurança alimentar domiciliar, qualidade de vida e ansiedade materna. O questionário foi aplicado por entrevistadores treinados com uso do aplicativo KoboCollect²⁵. Foi realizado via telefone o controle de qualidade em 5% dos questionários com a confirmação das respostas de três perguntas socioeconômicas escolhidas de forma aleatória no questionário.

Variável independente

A variável independente desse estudo foi “maternidade solitária” (vs. maternidade com companheiro) definida como mulheres gestantes ou puérperas que vivem em situação de pobreza que se auto declararam solteiras, divorciadas, viúvas ou separadas quando questionadas sobre o estado civil.

Desfechos

Insegurança alimentar. A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) foi aplicada para avaliar a situação de Segurança Alimentar e Nutricional domiciliar^{26,27}. Ela é composta por 14 itens com duas opções de resposta: sim e não, e a soma das respostas positivas gera um escore final. Os domicílios com criança foram classificados em: Segurança Alimentar (0), Insegurança Alimentar Leve (1 a 5 respostas positivas), Insegurança Alimentar Moderada (6 a 9 respostas positivas), Insegurança Alimentar Grave (10 a 14 respostas positivas)²⁸. Nesse estudo, a IAN foi categorizada como presente (qualquer grau de IAN) ou ausente (segurança alimentar).

Ansiedade. Para avaliação da ansiedade foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço e Estado (IDATE), adaptado para o português e validado no Brasil^{29,30}. A escala de ansiedade traço refere-se às características individuais de comportamento, relativamente estáveis, ao reagir a situações ameaçadoras que elevam o estado de ansiedade. Já a ansiedade estado, caracteriza-se como um estado emocional atual transitório que varia em sua intensidade²⁹ (Biaggio *et al.*, 1977). Cada escala possui 20 questões com respostas em escala Likert de 4 pontos, fazendo com que a pontuação varie entre 20 e 80 pontos. Foi utilizado o ponto de corte de 40 pontos, sendo que, as pontuações acima desse valor indicam sinais de ansiedade traço ou estado³¹. Nesse estudo, os desfechos de ansiedade traço e estado foi categorizado como positiva (acima de 40 pontos) e negativa (abaixo de 40 pontos).

Qualidade de vida. A percepção de qualidade de vida (QV) geral foi avaliada pelo questionário WHOQOL-breve (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref) desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), traduzido para o português e validado no Brasil^{32,33}. Ele é um instrumento de auto avaliação e é composto por duas questões gerais e outras 24 questões divididas em quatro domínios: Psicológico (6 itens que avaliam os sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal, espiritualidade e o pensar e aprender), Físico (7 itens que avaliam a presença da dor, mobilidade, sono e dependência de medicação), Relações Sociais (3 itens que avaliam as relações e o apoio sociais e a atividade sexual) e Meio Ambiente (8 itens que avaliam a segurança física, o ambiente no lar e o ambiente físico em que vivem, recursos financeiros, o acesso a informações novas, o transporte e a oportunidade de lazer)^{33,34}. As questões eram respondidas a

partir de escala Likert de 4 pontos, com opções de resposta que variavam de acordo com o tipo de pergunta.

Para a análise dos dados sobre QV, primeiramente, obteve-se o valor da média da pontuação total de cada domínio e para as duas perguntas gerais, posteriormente, esses resultados foram transformados em uma escala de 0 a 100 para padronizar todas as respostas³⁵. Os pontos de corte para cada domínio foram determinados a partir da mediana dos resultados³⁶, de modo que pontuações acima da mediana representavam uma melhor qualidade de vida.

Covariáveis

Os dados socioeconômicos analisados foram escolaridade materna (ensino médio incompleto ou menos vs. ensino médio completo ou mais); idade materna (adolescente (≤ 19 anos) vs. não adolescente (> 19 anos)); cor materna (branca vs. não branca (preta/parda/amarela/indígena)); ocupação (trabalha fora do lar (tem trabalho/autônoma/aposentada/pensionista) vs. não trabalha fora do lar (desempregada/procurando emprego/estudante/dona de casa)); recebe Bolsa Família (sim vs. não).

Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas e de distribuição em frequência das variáveis. Para variáveis categóricas, nas análises bivariadas utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Análises de regressão logística foram realizadas para a obtenção das razões de chances ajustadas (ORa), de modo a avaliar a influência da maternidade solitária nos desfechos estudados utilizando como covariáveis as que apresentassem $p < 0,20$ nas análises bivariadas (Tabelas Suplementares 2, 3 e 4). As análises foram realizadas no software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. O intervalo de confiança adotado para as análises foi de 95% e o nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 526 mulheres em situação de pobreza (renda média per capita mensal de R\$ 238,00, variando entre R\$ 0 e R\$ 499,00), com média de idade de 26 anos ($dp = \pm 6,75$), das quais 49,1% estavam em maternidade solitária. Na amostra, 53,4% eram puérperas com filhos com média de idade de 82 dias ($dp = \pm 48,7$). Mais da metade da amostra tinha cursado até o ensino médio ou menos

(53,1%), era da cor não branca (85,6%), não possuía emprego (73,9%) e não recebia o benefício do Programa Bolsa Família (61,6%) (Tabela 1).

Do total de mulheres entrevistadas, 69,6% estavam em situação de IAN, sendo que 24,2% delas viviam em IAN moderada ou grave. Dois terços delas apresentavam ansiedade traço (66,0%) ou ansiedade estado (67,8%). O escore de percepção de qualidade de vida foi abaixo da mediana para 91,8% delas e o de satisfação com a saúde foi abaixo da mediana para 87,4% das participantes. Mais da metade das mulheres apresentaram escores abaixo da mediana para os domínios de percepção de qualidade de vida psicológico, físico, de relações sociais e meio ambiente (Tabela 1).

As mulheres em maternidade solitária eram mais frequentemente adolescentes ($p < 0,001$), com menor escolaridade ($p < 0,002$) e declararam maior participação no Programa Bolsa Família ($p = 0,043$) do que aquelas com companheiro (Tabela 1). Elas também eram as mulheres que com maior frequência relataram viver em situação de IAN ($p = 0,021$) e tinham maiores escores de ansiedade traço ($p = 0,001$) e estado ($p = 0,006$) e menores escores de percepção de QV nos domínios psicológico ($p = 0,001$), de relações sociais ($p = 0,001$) e de meio ambiente ($p = 0,020$) (Tabela 1)

Tabela 1: Descrição da amostra segundo variáveis socioeconômicas, segurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida maternas e a associação com maternidade solitária e com maternidade com companheiro na pobreza. Distrito Federal, 2019.

VARIÁVEIS	Amostra total (N=526)	Maternidade solitária na pobreza (49,1%)	Maternidade com companheiro na pobreza (50,9%)	P
Insegurança Alimentar e Nutricional				0,021
Ausente	30,40	25,70	35,00	
Presente	69,60	74,30	65,00	
Ansiedade Traço				0,001
Negativa	34,00	27,20	40,60	
Positiva	66,00	72,80	59,40	
Ansiedade Estado				0,006
Negativa	32,10	26,50	37,60	
Positiva	67,80	73,50	62,40	
Percepção de Qualidade de Vida (M_d=18,75)				0,552
Maior M _d	91,80	91,10	92,50	
Menor M _d	12,60	12,80	12,40	

Tabela 1: Descrição da amostra segundo variáveis socioeconômicas, segurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida maternas e a associação com maternidade solitária e com maternidade com companheiro na pobreza. Distrito Federal, 2019. (Continuação).

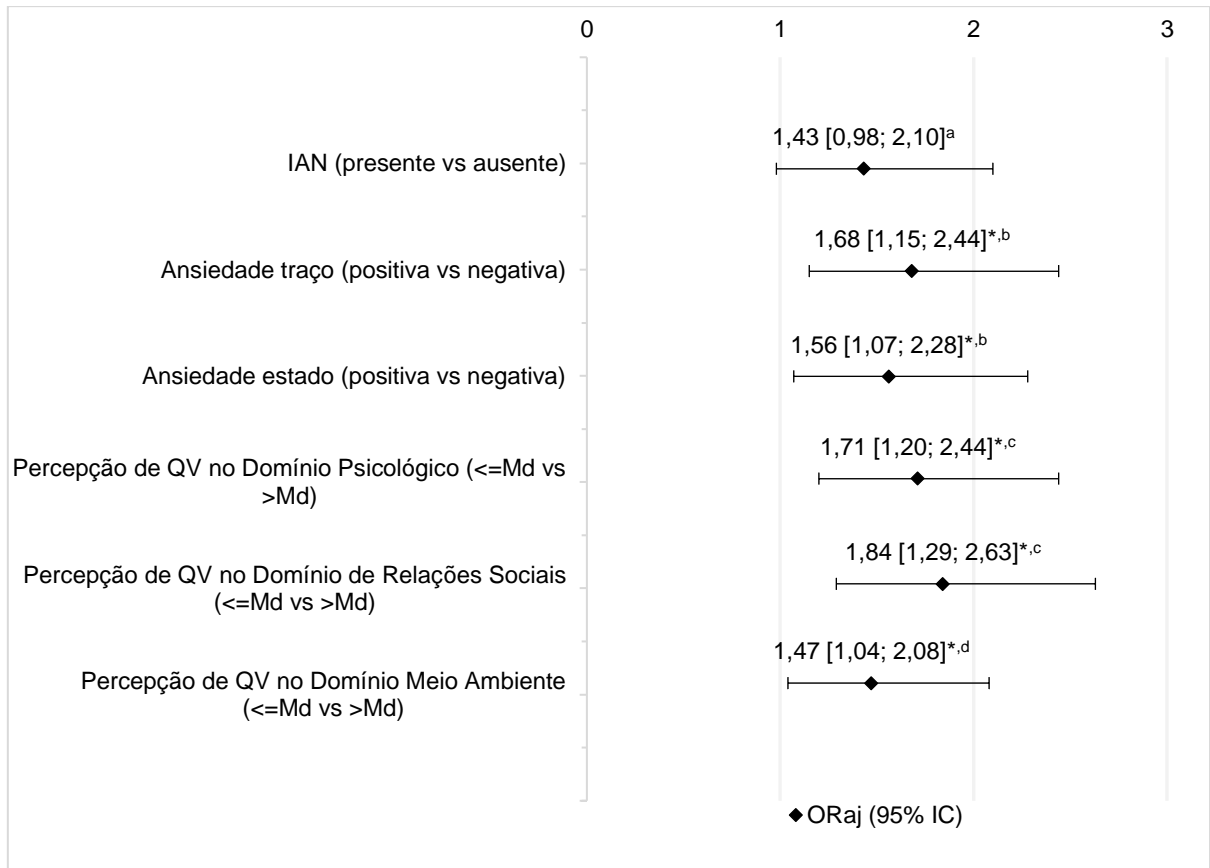
Domínio físico (M_d=64,30)				0,269
Maior M _d	59,80	62,30	57,50	
Menor M _d	40,20	37,70	42,50	
Domínio de relações sociais (M_d=66,70)				0,001
Maior M _d	50,70	59,50	42,10	
Menor M _d	49,30	40,50	57,90	
Domínio meio ambiente (M_d=50,00)				0,020
Maior M _d	51,20	56,40	46,20	
Menor M _d	48,80	43,40	53,80	
Escolaridade materna				0,002
Ensino médio incompleto ou menos	53,70	60,70	47,00	
Ensino médio completo ou mais	46,30	39,30	53,00	
Idade materna				0,001
Adolescente	19,50	26,10	13,20	
Não adolescente	80,50	73,90	86,80	
Cor materna				0,154
Branca	14,40	12,20	16,50	
Não Branca	85,60	87,80	83,50	
Ocupação				0,131
Trabalha Fora do lar	26,10	23,10	28,90	
Não trabalha fora do lar	73,90	76,90	71,10	
Recebe Bolsa Família				0,043
Não	61,60	57,50	65,80	
Sim	38,40	42,80	34,20	

p – teste de qui quadrado de Pearson, com 5% de nível de significância.

A regressão logística ajustada apontou que mulheres em maternidade solitária possuem uma chance 1,68 vezes maior de apresentarem ansiedade-traço (95% IC [1,15; 2,44]) e uma chance 1,56 maior de apresentarem ansiedade-estado (95% IC [1,07; 2,28]). As mulheres em maternidade solitária também apresentam maior chance de apresentarem pior percepção de qualidade de vida (abaixo da mediana) nos domínios: psicológico (ORa 1,71; 95% IC [1,20; 2,44]), de relações sociais (ORa 1,84; 95% IC [1,29; 2,63]) e meio ambiente (ORa 1,47; 95% IC [1,04;

2,08]) (Figura 2). A análise entre a IAN com a maternidade solitária em mulheres de baixa renda, não foi significativa (ORa 1,43; 95% IC [0,98; 2,10]).

Figura 2: Influência da maternidade solitária na insegurança alimentar e nutricional, ansiedade e qualidade de vida de mulheres em maternidade solitária e que vivem na pobreza. Brasília, 2019.



*Resultados estatisticamente significativos

M_d = mediana

^aRegressão logística ajustada para estado civil, escolaridade, ocupação e recebimento do Bolsa Família

^bRegressão logística ajustada para estado civil, escolaridade e ocupação

^cRegressão logística ajustada para estado civil, escolaridade e idade

^dRegressão logística ajustada para estado civil e recebimento do Bolsa Família

Tabela 2: Associação das variáveis socioeconômicas de mulheres em situação de maternidade solitária na pobreza com Insegurança alimentar e nutricional e ansiedade traço e estado. Distrito Federal, 2019.

VARIÁVEIS	Insegurança Alimentar e Nutricional			Ansiedade traço			Ansiedade estado		
	Presente (%)	Ausente (%)	<i>p</i>	Positiva (%)	Negativa (%)	<i>p</i>	Positiva (%)	Negativa (%)	<i>p</i>
Escolaridade materna			0,017			0,003			0,051
Ensino médio incompleto ou menos	74,2	25,8		71,1	28,3		71,7	28,3	
Ensino médio completo ou mais	64,6	35,4		59,3	40,7		63,8	36,2	
Idade materna			0,974			0,479			0,358
Adolescente	69,9	30,1		68,9	31,1		71,8	28,2	
Não adolescente	69,7	30,3		65,2	34,8		67,1	32,9	
Cor materna			0,428			0,786			0,246
Branca	65,8	34,2		64,5	35,5		73,7	26,3	
Não Branca	70,3	29,7		66,1	33,9		67,0	33,0	
Ocupação			0,094			0,002			<=0,001
Trabalha Fora do lar	64,0	36,0		55,1	44,9		54,4	45,6	
Não trabalha fora do lar	71,6	28,4		69,6	30,4		72,2	27,3	
Recebe Bolsa Família			0,103			0,337			0,262
Não	67,2	32,8		64,4	35,6		66,3	33,7	
Sim	73,9	26,1		68,5	31,5		70,9	29,1	

p – teste de qui quadrado de Pearson, com 5% de nível de significância.

Tabela 3: Associação das variáveis socioeconômicas de mulheres em situação de maternidade solitária na pobreza com a percepção de qualidade de vida e seu domínio psicológico e a satisfação com a saúde. Distrito Federal, 2019.

VARIÁVEIS	Percepção qualidade de vida			Satisfação com a saúde			Percepção qualidade de vida no domínio psicológico		
	<= mediana (%)	> mediana (%)	<i>p</i>	<= mediana (%)	> mediana (%)	<i>p</i>	<= mediana (%)	> mediana (%)	<i>p</i>
Escolaridade materna			0,782			0,897			0,017
Ensino médio incompleto ou menos	91,5	8,5		87,3	12,7		59,4	40,6	
Ensino médio completo ou mais	92,2	7,8		87,7	12,3		49,0	51,0	
Idade materna			0,569			0,491			0,002
Adolescente	93,2	6,8		85,4	14,6		68,0	32,0	
Não adolescente	91,5	8,5		87,9	12,1		51,3	48,7	
Cor materna			0,312			0,037			0,361
Branca	94,7	5,3		94,7	5,3		59,2	40,8	
Não Branca	91,3	8,7		86,2	13,8		53,6	46,4	
Ocupação			0,954			0,522			0,232
Trabalha Fora do lar	91,9	8,1		89,0	11,0		50,0	50,0	
Não trabalha fora do lar	91,8	8,2		86,9	13,1		55,9	44,1	
Recebe Bolsa Família			0,602			0,078			0,499
Não	91,3	8,7		89,5	10,5		55,7	44,3	
Sim	92,6	7,4		84,2	15,8		52,70	47,30	

p – teste de qui quadrado de Pearson, com 5% de nível de significância.

Tabela 4: Associação das variáveis socioeconômicas de mulheres em situação de maternidade solitária na pobreza com a percepção de qualidade de vida nos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. Distrito Federal, 2019.

VARIÁVEIS	Percepção qualidade de vida no domínio físico			Percepção qualidade de vida no domínio relações sociais			Percepção qualidade de vida no domínio meio ambiente		
	<= mediana (%)	> mediana (%)	<i>p</i>	<= mediana (%)	> mediana (%)	<i>p</i>	<= mediana (%)	> mediana (%)	<i>p</i>
Escolaridade materna			0,658			<=0,001			0,239
Ensino médio incompleto ou menos	59	41		58,7	41,3		53,7	46,3	
Ensino médio completo ou mais	60,9	39,1		42,0	58,0		48,6	51,4	
Idade materna			0,878			0,006			0,284
Adolescente	59,2	40,8		63,1	36,9		46,6	53,4	
Não adolescente	60,0	40,0		48,0	52,0		52,2	47,5	
Cor materna			0,064			0,946			0,319
Branca	69,7	30,3		51,3	48,7		46,1	53,9	
Não Branca	58,5	41,5		50,9	49,1		52,2	47,8	
Ocupação			0,511			0,511			0,268
Trabalha Fora do lar	57,4	42,6		48,5	51,5		47,1	52,9	
Não trabalha fora do lar	60,6	39,4		51,8	48,2		52,6	47,4	
Recebe Bolsa Família			0,418			0,939			0,053
Não	58,5	41,5		51,1	48,9		48,0	52,0	
Sim	62,1	37,9		50,7	49,3		56,7	43,3	

p – teste de qui quadrado de Pearson, com 5% de nível de significância.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que em condições semelhantes de pobreza, avaliado pela renda per capita, mulheres sem companheiros, vivenciando a maternidade solitária, tem maiores chances de sofrer de problemas mentais comuns, como a ansiedade, assim como terem uma pior percepção da qualidade de suas vidas nos domínios psicológico, meio ambiente e das relações sociais. Desta forma, utilizando critérios metodológicos adequados, reconhecemos e medimos os riscos à saúde relacionados com a maternidade solitária, confirmando que esta experiência pode ser, de fato, uma experiência extremamente difícil para a mulher.

Até onde sabemos, nenhum outro estudo, até o momento, avaliou a relação entre a ansiedade traço e estado e a ausência de um companheiro. Sabe-se que as mulheres na gestação e puerpério, independentemente de terem o apoio do seu companheiro ou não, apresentam escores de ansiedades mais elevados quando comparadas aos homens, o que pode ser influenciado tanto pelas mudanças hormonais sofridas pela mulher como por outras dificuldades psicológicas, como depressão^{37,38}. Estudos anteriores com mães sem companheiro verificaram que elas eram mais propensas a apresentarem transtornos de ansiedade, usualmente relacionados à falta do apoio social e da família, antecedentes de maus-tratos e dificuldades financeiras, já que pesam mais as necessidades materiais para o cuidado dos filhos quando a renda familiar é proveniente de apenas um responsável^{18,39,40,41}.

A presença de ansiedade materna durante a gestação e o puerpério pode afetar a saúde dos filhos e está associada à qualidade do relacionamento mãe-filho e ao surgimento de problemas emocionais nas crianças^{42,43,44}. Quando as mães apresentam sintomas de ansiedade no terceiro trimestre de gestação, possuem uma chance duas vezes maior de darem à luz a bebês com baixo peso⁴⁵. Após o nascimento, a ansiedade pode dificultar a amamentação e pode ainda estar ligada a problemas na pega do seio e diminuição da ingestão de leite materno pelo bebê, podendo levar à interrupção precoce da amamentação antes dos seis meses de vida da criança^{46,47}.

A associação entre maternidade solitária e QV também é encontrada em estudos anteriores, que relatam que mães sem companheiro têm menor escolaridade, menor renda e maiores níveis de estresse e depressão, e

simultaneamente menores escores de QV quando comparadas com as mães casadas^{16,48,49}. Já em estudo realizado no México com mulheres sem a presença de um companheiro e mulheres casadas verificou-se a associação da maternidade solitária com o domínio de relações sociais e com a percepção de qualidade de vida no geral¹⁵. Uma pior percepção da QV pode estar associada com uma pior renda familiar e a dificuldade em satisfazer às necessidades de sua família, assim como com a deterioração dos relacionamentos conjugais e com a falta de apoio psicológico e social¹⁵.

Em estudo com mães japonesas de crianças de até quatro meses, verificou-se que a presença de um menor escore na percepção de QV nos domínios físico, psicológico e meio ambiente está relacionada com uma maior privação de sono⁵⁰. Além disso, a ausência da família para auxiliar no cuidado da criança está relacionada com menores escores nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente⁵⁰. Esses resultados mostram a importância de uma rede de apoio e cuidado à mulher, não apenas familiar e do companheiro, mas também dos profissionais de saúde, amigos e da interação dela com outras gestantes^{50,51,52}.

Apesar do presente estudo não encontrar resultados estatisticamente significativos em relação à IAN e a maternidade solitária, aproximadamente 70% da amostra estavam em situação IAN o que pode gerar consequências na saúde da mãe e do filho. Outros estudos evidenciaram que famílias chefiadas por mães solteiras e que não tem como complemento a renda de um companheiro, têm maiores chances de terem uma alimentação de baixa qualidade e de reportarem IAN moderada ou severa, quando comparadas com mulheres que vivem com um companheiro^{4,5}. Mães que vivem em situação de IAN tem uma chance maior de apresentarem transtornos mentais⁵³ e uma chance entre 5 a 14 vezes maior (aumentando conforme o nível de IAN também aumenta) de relatarem uma QV ruim, além de maiores chances de abandonar a amamentação exclusiva antes dos seis meses de vida dos seus filhos, por acharem que seu leite não é nutricionalmente suficiente às crianças^{46,47,54,55}.

A presença desses fatores – ansiedade e IAN – na maternidade solitária associada à pobreza podem trazer consequências ao desenvolvimento dos filhos. A ansiedade, durante a gestação até os dois meses de vida da criança também está associada à um baixo escore médio de desenvolvimento motor e cognitivo do bebê⁴². Além disso, a qualidade da alimentação das mães é muito importante para o

crescimento dos filhos, por isso a privação de alimentos pode resultar em uma gestação nutricionalmente inadequada, influenciando o peso das crianças ao nascer e o desenvolvimento neurocomportamental delas⁵⁶. Quanto maior a intensidade e a duração (>24 meses) da IAN, mais afetado será o desenvolvimento motor grosso, a comunicação e aspectos sociais da criança⁵⁷.

Como uma tentativa de 'quebrar' o ciclo intergeracional de pobreza, experimentado também por essas mulheres em maternidade solitária, os governos oferecem programas de transferência condicionada de renda^{11,58,59}. Estudos mostram que o aumento da renda, através de PTCR, impacta positivamente na SAN e na diversidade da alimentação^{60,61,62} e, em longo prazo, melhora as habilidades cognitivas, socioemocionais e o aprendizado das crianças quando presente desde a primeira infância^{63,64}. Entretanto, em relação à mulher, o simples recebimento de renda através de programas com condicionalidades não traz diferenças expressivas no auto-cuidado à saúde nos períodos pré e pós-natal⁶⁵. Apesar de diminuir a pobreza, os programas de transferência condicionada de parecem ser mais efetivos quando acompanhados de serviços e programas de saúde eficazes^{65,66}.

O programa de transferência condicionada de renda vigente no Brasil – Programa Bolsa Família – está entre as ações e políticas governamentais que aumentaram a autonomia e as condições de vida das mulheres, podendo, indiretamente, estar promovendo o empoderamento das mulheres⁶⁷. Entretanto, no contexto da igualdade de gênero, as relações sociais, culturais e de poder das mulheres com os homens ainda estão desbalanceadas^{21,67}. Em comparação com os homens, as mulheres enfrentam dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, recebendo salários menores, submetendo-se à piores condições de trabalho, à subocupação e vivenciando o desemprego, dedicando-se mais aos trabalhos domésticos e ao mesmo tempo é obrigada a desempenhar o papel de mãe e chefe de família^{15,21,22}. Esse acúmulo de estressores sociais somados à responsabilidade pelo sustento dos que estão sob os seus cuidados podem causar e agravar os problemas emocionais, físicos e financeiros^{68,69,70}.

Nossos resultados apontam que é necessário um acompanhamento social diferenciado para essas mulheres que vivenciam a maternidade solitária na condição de pobreza através de programas e ações que promovam o cuidado da saúde mental, com o objetivo de melhorar os quadros de ansiedade. Ressalta-se também a importância do cuidado direcionado aos filhos dessas mulheres, buscando promover

o pleno desenvolvimento físico, intelectual e comportamental destas crianças especialmente nos primeiros anos de vida.

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo um deles que a amostra não permite a generalização dos resultados para populações com características diferentes. O delineamento transversal limita o estabelecimento de relações causais, mas as hipóteses aqui levantadas podem gerar perguntas de pesquisa para próximos estudos⁷¹. Do outro lado, os instrumentos utilizados para ansiedade, QV e IA são validados e amplamente utilizados no Brasil e garantem a análise da amostra com robustez.

O presente estudo permite concluir que a maternidade solitária é uma condição social agravante para mulheres que vivem na pobreza, influenciando negativamente a sua percepção da qualidade de vida e saúde mental. Sendo assim, programas de apoio social podem beneficiar essas mulheres, especialmente direcionados ao cuidado da saúde mental desse grupo. É importante que futuros estudos explorem a situação de vulnerabilidade vivida por essas mulheres e que identifiquem formas de apoio social que possam minimizar o peso da maternidade solitária e apoie o desenvolvimento integral das crianças que crescem nesse contexto de extrema vulnerabilidade.

Agradecimentos

Esse estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico)

Referências bibliográficas

1. Kluch S, Crabtree S. How Many Women Worldwide Are Single Moms? Gallup [Internet]. 2020;1–6. Disponível em: <https://news.gallup.com/poll/286433/women-worldwide-single-moms.aspx>.
2. IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Indicadores – Chefia de Família, 2017. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_chefia_familia.html.
3. IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisa informação demográfica e socioeconômica [Internet]. 2018;(38):12. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf
4. Mcintyre L. Diet Quality of Atlantic Families. Can J Diet Pract Res 2006;67(26).

5. Schmeer KK, Piperata BA, Rodríguez AH, Torres VMS, Cárdenas FJC. Maternal resources and household food security: Evidence from Nicaragua. *Public Health Nutr.* 2015;18(16):2915–24.
6. Iceland J. Why Poverty Remains High: the Role of Income. *Demography.* 2003;40(3):499–519.
7. Avellar S, Smock PJ. of the Dissolution of Cohabiting Unions. *J Marriage Fam.* 2005;67(May):315–27.
8. Maia AG, Sakamoto CS. The impacts of rapid demographic transition on family structure and income inequality in Brazil, 1981–2011. *Popul Stud (NY).* 2016;70(3):293–309.
9. Facchini LA, Nunes BP, Motta JV dos S, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, et al. insegurança alimentar no nordeste e sul do Brasil: Magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad Saude Publica.* 2014;30(1):161–74.
10. Jung NM, De Bairros FS, Pattussi MP, Pauli S, Neutzling MB. Gender differences in the prevalence of household food insecurity: A systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutr.* 2017;20(5):902–16.
11. Pilkauskas N V., Campbell C, Wimer C. Giving Unto Others: Private Financial Transfers and Hardship Among Families With Children. *J Marriage Fam.* 2017;79(3):705–22.
12. Ayllón S, Ferreira-Batista NN. “Mommy, i miss daddy”. the effect of family structure on children’s health in Brazil. *Econ Hum Biol.* 2015;19:75–89.
13. Kruger LM, Lourens M. Motherhood and the “Madness of Hunger”: “...Want Almal Vra vir My vir ‘n Stukkie Brood” (“...Because Everyone Asks Me for a Little Piece of Bread”). *Cult Med Psychiatry.* 2016;40(1):124–43.
14. Kong KA, Choi HY, Kim SI. Mental health among single and partnered parents in South Korea. *PLoS One [Internet].* 2017;12(8):1–16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0182943>
15. Hernández RL, Aranda BE, Ramírez MTG. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. *Span J Psychol.* 2009;12(1):171–83.
16. Kim GE, Kim EJ. Factors affecting the quality of life of single mothers compared to married mothers. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):1–10.
17. Rousou E, Kouta C, Middleton N, Karanikola M. Single mothers’ self-assessment of health: A systematic exploration of the literature. *Int Nurs Rev.* 2013;60(4):425–34.
18. Liang LA, Berger U, Brand C. Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study. *J Affect Disord [Internet].* 2019;242(July 2018):255–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.013>
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, P.R. V, Jacobs GA. State-Trait Anxiety Inventory for Adults: Self-Evaluation Questionnaire. 1970;0–75.
20. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114.
21. IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. *Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica*, 2018, 38, 12. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf.
22. Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet.* 2019;393(10189):2440–54.

23. SES-DF. Unidades básicas de saúde, 2020. Disponível em : <http://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/atencao-primaria-estabelecimentos-saude/>.
24. CODEPLAN. PDAD 2018. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Destaques_PDAD_revisado.pdf.
25. KoBoToolBox: KoBoToolBox (Version1). Cambridge: Harvard Humanitarian Initiative, 2012. Disponível em: <http://www.kobotoolbox.org>.
26. Pérez-Escamilla R, Segall-Corrêa AM, Kurdian Maranhã L, Sampaio Md Mde F, Marín-León L, Panigassi G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr.* 2004 Aug;134(8):1923-8. doi: 10.1093/jn/134.8.1923. PMID: 15284377.
27. Segall-Corrêa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur. Aliment. Nutr.* [Internet]. 10º de fevereiro de 2015 [citado 12º de novembro de 2020];16(2):1-19. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634782>
28. IBGE. (2020). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro, 69 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>.
29. Biaggio AM, Natalício L, Spielberger C. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. *Arq Bras Psicol Apl.* 1977;29(3):31–44.
30. Biaggio, AMB, Natalício L. "Inventário de ansiedade traço-estado-IDATE [State-Trait Anxiety Inventory–STAI]." *Rio de Janeiro, Brazil: CEPA* 1979.
31. Flaherman VJ, Beiler JS, Cabana MD, Paul IM. Relationship of newborn weight loss to milk supply concern and anxiety: the impact on breastfeeding duration. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):463–72.
32. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assesment. Psychol Med* 1998;28:551-8
33. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178–83.
34. WHO. Introduction, administration , scoring and generic version of the assessment Field Trial Version December. PROGRAMME ON MENTAL HEALTH WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1996;(December).
35. Qualidep. Sintaxe, In: Projeto WHOQOL-bref, Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualidep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-bref>.
36. Rodrigues CFS, Lima FJC, Barbosa FT. Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas [Importance of using basic statistics adequately in clinical research]. *Rev Bras Anestesiol.* 2017 Nov-Dec;67(6):619-625. Portuguese. doi: 10.1016/j.bjan.2017.01.003. Epub 2017 Apr 10. PMID: 28408080.
37. Kannenberg K, Weichert J, Rody A, Banz-Jansen C. Treatment-Associated Anxiety among Pregnant Women and their Partners: What is the Influence of Sex, Parity, Age and Education? *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2016;76(7):809–13.
38. Gancedo-García A, Fuente-González P, Chudáčik M, Fernández-Fernández A, Suárez-Gil P, Suárez Martínez V. Factors associated with the anxiety level and knowledge about childcare and lactation in first-time pregnant women. *Aten Primaria.* 2019;51(5):285–93.

39. Nahar JS, Algin S, Sajib MWH, Ahmed S, Arafat SMY. Depressive and anxiety disorders among single mothers in Dhaka. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;
40. Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, Shrestha S. Factors associated with post-natal anxiety among primiparous mothers in Nepal. *Int Nurs Rev*. 2014;61(3):427–34.
41. Rousou E, Kouta C, Middleton N, Karanikola M. Mental health among single mothers in Cyprus: A cross-sectional descriptive correlational study. *BMC Womens Health*. 2019;19(1):1–11.
42. Servili C, Medhin G, Hanlon C, Tomlinson M, Worku B, Baheretibeb Y, et al. Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: The P-MaMiE Birth Cohort. *BMC Public Health*. 2010;10.
43. Hazell Raine K, Nath S, Howard LM, Cockshaw W, Boyce P, Sawyer E, et al. Associations between prenatal maternal mental health indices and mother–infant relationship quality 6 to 18 months' postpartum: A systematic review. *Infant Ment Health J*. 2020 Jan 1;41(1):24–39.
44. Rees S, Channon S, Waters CS. The impact of maternal prenatal and postnatal anxiety on children's emotional problems: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019 Feb 4;28(2):257–80.
45. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Low birth weight in offspring of women with depressive and anxiety symptoms during pregnancy: Results from a population based study in Bangladesh. *BMC Public Health*. 2010;10.
46. Hart SL, Jackson SC, Boylan LM. Compromised weight gain, milk intake, and feeding behavior in breastfed newborns of depressive mothers. *J Pediatr Psychol*. 2011;36(8):942–50.
47. Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. Associations between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. *Breastfeed Med*. 2017;12(7):436–42.
48. Lipman EL, Offord DR, Boyle MH. Single mothers in Ontario: Sociodemographic, physical and mental health characteristics. *Cmaj*. 1997;156(5):639–45.
49. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–14.
50. Nishida T, Tanaka Y, Sakakibara H. Factors Associated with Quality of Life Among Mothers Rearing 4- and 18-Month Old Infants in Japan. *Matern Child Health J [Internet]*. 2018;22(8):1217–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-018-2493-2>
51. Eastwood JG, Jalaludin BB, Kemp LA, Phung HN, Barnett BEW. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: Findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12.
52. Walker J, Krägeloh CU. Exploring health-related quality of life determinants of New Zealand sole mothers. *Kotuitui*. 2016;11(1):59–71.
53. Nagata JM, Gomberg S, Hagan MJ, Heyman MB, Wojcicki JM. Food insecurity is associated with maternal depression and child pervasive developmental symptoms in low-income Latino households. *J Hunger Environ Nutr [Internet]*. 2019;14(4):526–39. Available from: <https://doi.org/10.1080/19320248.2018.1434101>
54. Webb-Girard A, Cherobon A, Mbugua S, Kamau-Mbuthia E, Amin A, Sellen DW. Food insecurity is associated with attitudes towards exclusive breastfeeding among women in urban Kenya. *Matern Child Nutr*. 2012;8(2):199–214.

55. Moafi F, Kazemi F, Samiei Siboni F, Alimoradi Z. The relationship between food security and quality of life among pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–9.
56. Allen LH. The Nutrition CRSP: What Is Marginal Malnutrition, Function? *Nutr Rev* [Internet]. 1993;51(9):255–67. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/c2f3/e811a0a2bfbe9523451c8852b40ce036ef70.pdf>
57. Milner EM, Fiorella KJ, Mattah BJ, Bukusi E, Fernald LCH. Timing, intensity, and duration of household food insecurity are associated with early childhood development in Kenya. *Matern Child Nutr*. 2018;14(2).
58. Hunter BM, Harrison S, Portela A, Bick D. The effects of cash transfers and vouchers on the use and quality of maternity care services: A systematic review [Internet]. Vol. 12, *PLoS ONE*. 2017. 1–37 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0173068>.
59. Pilkauskas N, Michelmores K. The Effect of the Earned Income Tax Credit on Housing and Living Arrangements. *Demography*. 2019;56(4):1303–26.
60. Cotta RMM, Machado JC. The Bolsa Família cash transfer program and food and nutrition security in Brazil: A critical review of the literature. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2013;33(1):54–60.
61. Raghunathan K, Chakrabarti S, Avula R, Kim SS. Can conditional cash transfers improve the uptake of nutrition interventions and household food security? Evidence from Odisha's Mamata scheme. *PLoS One* [Internet]. 2017;12(12):1–19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0188952>
62. De Bem Lignani J, Sichieri R, Burlandy L, Salles-Costa R. Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil. *Public Health Nutr*. 2010;14(5):785–92.
63. Millán TM, Barham T, Macours K, Maluccio JA, Stampini M. Long-term impacts of conditional cash transfers: Review of the evidence. *World Bank Res Obs*. 2019;34(1):119–59.
64. Cooper JE, Benmarhnia T, Koski A, King NB. Cash transfer programs have differential effects on health: A review of the literature from low and middle-income countries. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020;247(September 2018):112806. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112806>
65. de Brauw A, Peterman A. Can conditional cash transfers improve maternal health care? Evidence from El Salvador's Comunidades Solidarias Rurales program. *Heal Econ (United Kingdom)*. 2020;29(6):700–15.
66. Walque D, Fernald L, Gertler P, Hidrobo M. Cash Transfers and Child and Adolescent Development. *Dis Control Priorities, Third Ed (Volume 8) Child Adolesc Heal Dev*. 2017;325–42.
67. Couto, MCDA. Empoderamento feminino e políticas de transferência condicional de renda: uma avaliação do Programa Bolsa Família [Dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2020.
68. Osborne C, Berger LM, Magnuson K. Family Structure Transitions and Changes in Maternal Resources and Well-being. *Demography*. 2012;49(1):23–47.
69. Kim J, Gallien TL. Childcare arrangements and infant feeding practices by family structure and household income among US children aged 0 to 2 years. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):591–602.
70. Afifi TO, Cox BJ, Enns MW. Mental health profiles among married, never-married, and separated/ divorced mothers in a nationally representative sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(2):122–9.

71. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. *Am J Public Health*. 2004;94(3):400–5.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer a situação de vulnerabilidade emocional e social das mulheres pobres que vivem em maternidade solitária, analisando a situação de segurança alimentar, ansiedade e qualidade de vida.

Os resultados deste estudo mostram que as mães que cuidam de seus filhos sem a ajuda de um companheiro e vivem em situação de pobreza, recebendo menos que meio salário mínimo ($\leq R\$499,00$) tem maiores chances de apresentarem ansiedade traço e estado, bem como menor percepção de qualidade de vida nos domínios psicológico, de relações sociais e meio ambiente.

Pela natureza transversal desse estudo, não é possível identificar se a monoparentalidade é a causa ou o efeito da baixa percepção de qualidade de vida e transtornos mentais observados. Entretanto, foi possível observar que a monoparentalidade aumenta a chance destes desfechos entre as mulheres mais pobres. A responsabilidade do cuidado e bem-estar dos filhos e a vulnerabilidade social e econômica enfrentados por essas mulheres em maternidade solitária favorece a perpetuação o ciclo intergeracional de pobreza, aumentando também as chances de as crianças não receberem alimentação, educação e incentivos adequados para seu desenvolvimento.

Sendo assim, especialmente para esse tipo de população vulnerável, é preciso que, ao pensar em ações e políticas públicas, que vão além de intervenções médicas e de programas de saúde. É preciso investir em políticas públicas que promovam o bem-estar, a autoestima, um melhor suporte financeiro e uma rede de apoio a elas e aos seus filhos (TAYLOR & CONGER, 2017). Peden *et al.* (2005) mostraram que após intervenções, fáceis de serem administradas e custo-efetivas, em grupos cognitivo-comportamentais com mães solteiras diminuíram os sintomas depressivos e os pensamentos negativos assim como os escores de estressores crônicos (preocupações financeiras, sobrecarga de funções, problemas com emprego, preocupações parentais e conflitos interpessoais), melhorando a saúde mental dessas mulheres. Markle-Reid *et al.* (2002) evidenciaram que, por meio de intervenções realizadas por enfermeiros através de visitas com o objetivo de formar uma aliança terapêutica entre os pais solteiros (97,7% eram mães solteiras) e seus

filhos houve uma diminuição nos sintomas de distímia (depressão) e um aumento no ajuste social além de uma diminuição de 12% nos custos para assistência social e psicológica. Esses são apenas exemplos de ações públicas que podem atender e suprir necessidades psicológicas, sociais e emocionais, promovendo o cuidado e a prevenção de doenças, indo além dos recebimentos monetários e que conseqüentemente, diminuem os gastos públicos com o tratamento.

Por fim, sugere-se que futuros estudos quantitativos e qualitativos busquem compreender melhor as necessidades desse grupo de mulheres a fim de que as intervenções e ações governamentais as atendam de forma completa e satisfatória, visando não apenas cuidados à saúde mental e emocional das mães, mas também, cuidados que envolvam o desenvolvimento integral dos seus filhos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFIFI, T. O.; COX, B. J.; ENNS, M. W. Mental health profiles among married, never-married, and separated/ divorced mothers in a nationally representative sample. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 41, n. 2, p. 122–129, 2006.
- ATALAH, et al. Propuesta de um nuevo estándar de evaluación nutricional em embarazas. *Revista Médica de Chile*, v. 125, n. 12, p. 429-1436, 1997.
- ARAGAKI, I. M. M.; SILVA, I. A. Percepção de nutrizes acerca de sua qualidade de vida. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 71–78, 2011.
- AUGUSTO, R. A.; SOUZA, J. M. P. DE. Efetividade de programa de suplementação alimentar no ganho ponderal de crianças. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 793–801, 2010.
- AYLLÓN, S.; FERREIRA-BATISTA, N. N. “Mommy, i miss daddy”. the effect of family structure on children’s health in Brazil. *Economics and Human Biology*, v. 19, p. 75–89, 2015.
- BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Psic**, v. 7, n. 1, p. 39–48, 2006.
- BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. Manual para o inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE). **Rio de Janeiro: CEPA**, v. 15, 1979.
- BIAGGIO, A. M.; NATALÍCIO, L.; SPIELBERGER, C. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), de Spielberger. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, v. 29, n. 3, p. 31–44, 1977.
- BICKEL, G.; NORD, M.; PRICE, C.; HAMILTON, W.; COOK, J. Measuring Food Security in the United States: Guide to measuring household food security. USDA, Office of Analysis, Nutrition, and evaluation, USA, 2000.
- BLACK, R. E. *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 243–260, 2008.
- BORDERS, A. E. B. *et al.* Chronic stress and low birth weight neonates in a low-income population of women. **Obstetrics and Gynecology**, v. 109, n. 2 PART 1, p. 331–338, 2007.
- BORGMANN, L. *et al.* Alleinerziehende Eltern in Deutschland : Der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und psychosozialer Gesundheit Single Parents in Germany : The Interrelation Between Social Support and Mental Health Einleitung Methodik.
- BORINE, M. S. **Ansiedade, neuroticismo e suporte familiar: evidência de validade do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Idate)**. 2011. Tese de Doutorado. Tese de doutorado). Universidade de São Francisco.

BRADY, D.; BURROWAY, R. Targeting, Universalism, and Single-Mother Poverty: A Multilevel Analysis Across 18 Affluent Democracies. *Demography*, v. 49, n. 2, p. 719–746, 2012.

BRASIL. 2020. Objetivos de desenvolvimento sustentável. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo/objetivo?n=1>. Acesso em 24 nov 2020.

BRASIL. LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF, set 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/11346.htm. Acesso em 25 nov 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica [recurso eletrônico]. Brasília: DF, p. 33, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: DF, p. 100, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018*. Brasília: DF, p. 132, 2019.

BROUSSARD, C. A. Research regarding low-income single mothers' mental and physical health: A decade in review. *Journal of Poverty*, v. 14, n. 4, p. 443–451, 2010.

BULL, T., & MITTELMARK, M. B. Work life and mental wellbeing of single and non-single working mothers in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 37, n. 6, p. 562–568, 2009. doi:10.1177/1403494809340494

CAIRNEY, J. *et al.* Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 38, n. 8, p. 442–449, 2003.

CAIRNEY, J.; WADE, T. J. Single parent mothers and mental health care service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 37, n. 5, p. 236–242, 2002.

CAVENAGHI, S. & ALVES, J. E. D. Mulheres chefes de família no Brasil : avanços e desafios. Rio de Janeiro: ENS-CPES, 2018. 120 p. (Estudos sobre Seguro, nº 32)

CLOUT, D.; BROWN, R. Sociodemographic, pregnancy, obstetric, and postnatal predictors of postpartum stress, anxiety and depression in new mothers. *Journal of Affective Disorders*, v. 188, p. 60–67, 2015.

CODEPLAN. Mercado de trabalho, gênero e uso do tempo. 2019. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/mercado-de-trabalho-genero-e-uso-do-tempo-no-distrito-federal/>. Acesso em 25 nov 2020.

CODEPLAN. PDAD 2018. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Destaques_PDAD_revisado.pdf.

- CODEPLAN. Retratos sociais DF 2018. As mulheres do Distrito Federal: desigualdade, inserção no mercado de trabalho e cuidados com a casa e a família. Brasília: 2020, 78 p.
- COUTO, M. C. D. A. Empoderamento feminino e políticas de transferência condicional de renda: uma avaliação do Programa Bolsa Família [Dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2020.
- CROSIER, T.; BUTTERWORTH, P.; RODGERS, B. Mental health problems among single and partnered mothers: The role of financial hardship and social support. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 42, n. 1, p. 6–13, 2007.
- DLUGONSKI, D.; MOTL, R. W. Marital Status and Motherhood: Implications for Physical Activity. **Women and Health**, v. 53, n. 2, p. 203–215, 2013.
- DURIANCIK, D. M.; GOFF, C. R. Children of single-parent households are at a higher risk of obesity: A systematic review. **Journal of Child Health Care**, v. 23, n. 3, p. 358–369, 2019.
- EASTWOOD, J. G. *et al.* Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: Findings from a large Australian cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, 2012.
- EDMOND, K. M. *et al.* Conditional cash transfers to improve use of health facilities by mothers and newborns in conflict affected countries, a prospective population based intervention study from Afghanistan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, n. 1, p. 1–18, 2019.
- ESTES, M. L.; MCALLISTER, A. K. Maternal immune activation: Implications for neuropsychiatric disorders. **Science**, v. 353, n. 6301, p. 772-777, 2016.
- FIALHO, Paula Juliana Foltran. O programa Bolsa Família em São Luís (MA) e Belém (PA): um estudo sobre a relação entre gestão local e os efeitos do programa na condição de vida das mulheres. 2007. Dissertação (Mestrado EM Política Social) –Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2007.
- FLECK, M. P. A. *et al.* Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000.
- FONSECA, Ana Maria Medeiros da; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1505-1512, 2007.
- FRENCH, B. *et al.* Nutrition, growth, and other factors associated with early cognitive and motor development in Sub-Saharan Africa: a scoping review. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, n. 1, 2020.
- GANONG, L. H.; COLEMAN, M. The effect of clients' family structure on nursing students' cognitive schemas and verbal behavior. **Research in Nursing & Health**, v. 15, n. 2, p. 139–146, 1992.
- GDF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios do Distrito Federal – PDADDF 2015. Brasília – DF, p.151, 2016.

- GIBSON, M. et al. Welfare-to-work interventions and their effects on the mental and physical health of lone parents and their children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 8, 2017.
- GLOVER, V. Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. In: *Perinatal programming of neurodevelopment*. Springer, New York, NY, p. 269-283. 2015.
- GOMES, A. G.; MARIN, A. H.; PICCININI, C. A. Expectativas e Sentimentos de Gestantes Solteiras em Relação aos seus Bebês. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 2, p. 399–411, 2015.
- HAACK, A. et al. Políticas e programas de nutrição no Brasil da década de 30 até 2018: uma revisão da literatura. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, n. 2, p. 126–138, 2018.
- HART, S. L.; JACKSON, S. C.; BOYLAN, L. M. Compromised weight gain, milk intake, and feeding behavior in breastfed newborns of depressive mothers. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 36, n. 8, p. 942–950, 2011.
- HAZELL RAINE, K. *et al.* Associations between prenatal maternal mental health indices and mother–infant relationship quality 6 to 18 months' postpartum: A systematic review. **Infant Mental Health Journal**, v. 41, n. 1, p. 24–39, 1 jan. 2020.
- HELFAND, S.M.; ROCHA, R.; VINHAIS, H.E.F. Pobreza e desigualdade de renda no Brasil rural: uma análise da queda recente. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, v. 39, n. 1, p. 67- 88, abr. 2009.
- HERNÁNDEZ, R. L.; ARANDA, B. E.; RAMÍREZ, M. T. G. Depression and quality of life for women in single-parent and nuclear families. **Spanish Journal of Psychology**, v. 12, n. 1, p. 171–183, 2009.
- HO, K. Y.; LI, W. H. C.; CHAN, S. S. C. The effect of poverty and income disparity on the psychological well-being of Hong Kong children. **Public Health Nursing**, v. 32, n. 3, p. 212–221, 2015.
- HONG, R.; WELCH, A. The lived experiences of single Taiwanese mothers being resilient after divorce. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 24, n. 1, p. 51-59, 2013.
- HOWARD, L. M.; KHALIFEH, H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. **World Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 313–327, 2020.
- IBGE. Estatísticas do Registro Civil: Casamentos que terminam em divórcio duram em média 14 anos no país. 2018b. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/22866-casamentos-que-terminam-em-divorcio-duram-em-media-14-anos-no-pais>. Acesso em 23 out 2020.
- IBGE. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018. Análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro, 69 p. 2020b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>.
- IBGE. População por sexo. 2018a. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5917#resultado>. Acesso em 23 set 2020.
- IBGE. Síntese de Indicadores Sociais – SIS, 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e>

pobreza/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=resultados. Acesso em 24 nov 2020.

IPEA. *Cadernos ODS: ODS 1 Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares*. 1–38. 2019.

ISANAKA, S. *et al.* Food insecurity is highly prevalent and predicts underweight but not overweight in adults and school children from Bogotá, Colombia. **Journal of Nutrition**, v. 137, n. 12, p. 2747–2755, 2007.

IVERS, L. C.; CULLEN, K. A. Food insecurity: Special considerations for women. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 94, n. 6, p. 1740–1744, 2011.

JANNUZZI, P. *et al.* Dimensionamento da extrema pobreza no Brasil: aprimoramentos metodológicos e novas estimativas. *O Brasil sem Miséria*, p. 763–791, 2014.

JUNG, N. M. *et al.* Gender differences in the prevalence of household food insecurity: A systematic review and meta-analysis. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 5, p. 902–916, 2017.

KIM, G. E.; KIM, E. J. Factors affecting the quality of life of single mothers compared to married mothers. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 1–10, 2020.

KIM, J. E.; LEE, J. Y.; LEE, S. H. Single mothers' experiences with pregnancy and child rearing in Korea: Discrepancy between social services/policies and single mothers' needs. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 5, 2018.

KLUCH, S.; CRABTREE, S. How Many Women Worldwide Are Single Moms? **Gallup**, p. 1–6, 2020.

KoBoToolBox: KoBoToolBox (Version1). Cambridge: Harvard Humanitarian Initiative, 2012. Disponível em: <http://www.kobotoolbox.org>.

KONG, K. A.; CHOI, H. Y.; KIM, S. I. Mental health among single and partnered parents in South Korea. *PLoS ONE*, v. 12, n. 8, p. 1–16, 2017.

LAGADEC, N. *et al.* Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–14, 2018.

LARA-CINISOMO, S. *et al.* Associations between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers. **Breastfeeding Medicine**, v. 12, n. 7, p. 436–442, 2017.

LARAIA, B. A. *et al.* Psychosocial factors and socioeconomic indicators are associated with household food insecurity among pregnant women. **Journal of Nutrition**, v. 136, n. 1, p. 177–182, 2006.

LAVINAS, L. *et al.* Bolsa Família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres pobres e as relações de gênero. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 6, n. 10, p. 31-56, 2012.

LI, Q. Mothers left without a man: Poverty and single parenthood in China. *Social Inclusion*, v. 8, n. 2, p. 114–122, 2020.

LIANG, L. A.; BERGER, U.; BRAND, C. Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, v. 242, n. July 2018, p. 255–264, 2019.

LIMA BALANI, C. DE; JARDIM BARRETO, D.; SILVA BRAZ, P. DA. Problematizações entre a dinâmica familiar preconizada pela Assistência Social brasileira e a família monoparental feminina. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 11, n. 2, p. 295–309, 2016.

LINARES, D. E.; AZUINE, R. E.; SINGH, G. K. Social Determinants of Health Associated with Mental Health among U.S. Mothers with Children Aged 0-5 Years. *Journal of Women's Health*, v. 29, n. 8, p. 1039–1051, 2020.

LIPMAN, E. L. *et al.* Understanding how education/support groups help lone mothers. *BMC Public Health*, v. 10, 2010.

LISBOA, T. K. O Empoderamento como Estratégia de Inclusão das Mulheres nas Políticas Sociais. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*, Florianópolis, 2008.

LOCKS, G. A.; GRAUPE, M. E.; ANTUNES, J. P. A Declaração Universal Dos Direitos Humanos E os objetivos de desenvolvimento sustentável: avanços e desafios. [s.l: s.n.].

LUND, C. *et al.* Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, v. 378, n. 9801, p. 1502–1514, 2011.

MARKLE-REID, M. *et al.* The 2-year costs and effects of a public health nursing case management intervention on mood-disordered single parents on social assistance. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v. 8, n. 1, p. 45–59, 2002.

MDS. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF. P. 494. 2013

MDS. Relatório do Bolsa Família e Cadastro Único. Brasília – DF, 2020. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/bolsafamilia/relatorio-completo.html>. Acesso em 26 nov 2020.

MELO, S.; MARIN, A. Influência das composições familiares monoparentais no desenvolvimento da criança: revisão de literatura. *Revista da SPAGESP*, v. 17, n. 1, p. 04–13, 2016.

MENSAH, F. K.; KIERNAN, K. E. Parents' mental health and children's cognitive and social development: Families in England in the Millennium Cohort Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 45, n. 11, p. 1023–1035, 2010.

MILLÁN, T. M. *et al.* Long-term impacts of conditional cash transfers: Review of the evidence. *World Bank Research Observer*, v. 34, n. 1, p. 119–159, 2019.

MILNER, E. M. *et al.* Timing, intensity, and duration of household food insecurity are associated with early childhood development in Kenya. *Maternal and Child Nutrition*, v. 14, n. 2, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dia Mundial da Obesidade. 2020. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/ultimas-noticias/3134-04-3-dia-mundial-da-obesidade>. Acesso em 26 nov 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nascidos vivos - DISTRITO FEDERAL. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvDF.def>. Acesso em 26 nov 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde / [Andressa Araújo Fagundes et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 120, 2004.

MOAFI, F. *et al.* The relationship between food security and quality of life among pregnant women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–9, 2018.

MORTAZAVI, F. *et al.* Maternal quality of life during the transition to motherhood. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 16, n. 5, 2014.

MOURA, M. R. S. *et al.* Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: a 3-year follow-up study. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 5, p. 1349–1360, 2017.

NAGATA, J. M. *et al.* Food insecurity is associated with maternal depression and child pervasive developmental symptoms in low-income Latino households. **Journal of Hunger and Environmental Nutrition**, v. 14, n. 4, p. 526–539, 2019.

NAHAR, J. S. *et al.* Depressive and anxiety disorders among single mothers in Dhaka. **International Journal of Social Psychiatry**, 2020.

NISHIDA, T.; TANAKA, Y.; SAKAKIBARA, H. Factors Associated with Quality of Life Among Mothers Rearing 4- and 18-Month Old Infants in Japan. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. 8, p. 1217–1225, 2018.

ODUENYI, C.; ORDU, V.; OKOLI, U. Perspectives of beneficiaries, health service providers, and community members on a maternal and child health conditional cash transfer pilot programme in Nigeria. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 34, n. 2, p. e1054–e1073, 2019.

ONU BRASIL. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil. 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em 24 nov 2020.

PASSOS, L.; WALTENBERG, F. Bolsa Família e Assimetrias de Gênero: Reforço ou Mitigação?. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 517-539, set.-dez. 2016. <https://doi.org/10.20947/S0102-30982016c0004>

PEDEN, A. R. *et al.* Testing an intervention to reduce negative thinking, depressive symptoms, and chronic stressors in low-income single mothers. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 37, n. 3, p. 268–274, 2005.

PEDROSO, J. *et al.* Maternal mental health modifies the association of food insecurity and early child development. **Maternal and Child Nutrition**, n. March, p. 1–12, 2020.

PÉREZ-ESCAMILLA, R. *et al.* An adapted version of the US Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **The Journal of nutrition**, v. 134, n. 8, p. 1923-1928, 2004.

RAGHUNATHAN, K. *et al.* Can conditional cash transfers improve the uptake of nutrition interventions and household food security? Evidence from Odisha's Mamata scheme. **PLoS ONE**, v. 12, n. 12, p. 1–19, 2017.

RATTAY, P. *et al.* The Health of Single Mothers and Fathers in Germany. **Journal of Health Monitoring**, v. 2, n. 24, p. 23–41, 2017.

RAYMO, J. M. Single Motherhood and Children's Health and School Performance in Japan. **Marriage and Family Review**, v. 52, n. 1–2, p. 64–88, 2016.

RICHTER, D.; LEMOLA, S. Growing up with a single mother and life satisfaction in adulthood: A test of mediating and moderating factors. **PLoS ONE**, v. 12, n. 6, p. 1–15, 2017.

RODRIGUES, C.; HELFAND, S.; LIMA, J. Novas linhas de pobreza para o Brasil: uma análise a partir das pesquisas de orçamentos familiares (POF) 2002-2003 e 2008-2009. **Economia Aplicada**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 5-36, 2018. DOI: 10.11606/1980-5330/ea150617. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ecoa/article/view/145393>. Acesso em: 16 dez. 2020.

ROUSOU, E. *et al.* Mental health among single mothers in Cyprus: A cross-sectional descriptive correlational study. **BMC Women's Health**, v. 19, n. 1, p. 1–11, 2019.

ROUSOU, E. *et al.* Single mothers' self-assessment of health: A systematic exploration of the literature. **International Nursing Review**, v. 60, n. 4, p. 425–434, 2013.

SAMZELIUS, T. A vicious circle of silent exclusion : Family homelessness and poverty in Sweden from a single mother perspective (PhD dissertation). Malmö universitet, Malmö, 2020. <https://doi.org/10.24834/isbn.9789178771363>

SCHMEER, K. K. *et al.* Maternal resources and household food security: Evidence from Nicaragua. **Public Health Nutrition**, v. 18, n. 16, p. 2915–2924, 2015.

SCHULER, B. R. Health Perceptions and Quality of Life among Low-Income Adults, **Health & Social Work**, v. 40, n. 3, p. 225–232, 2015. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlv045>

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SERVILI, C. *et al.* Maternal common mental disorders and infant development in Ethiopia: The P-MaMiE Birth Cohort. **BMC Public Health**, v. 10, 2010.

STEIN, A. *et al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **The Lancet**, v. 384, n. 9956, p. 1800–1819, 2014.

SUBRAMANIAM, M. *et al.* Single mothers have a higher risk of mood disorders. **Annals of the Academy of Medicine, Singapore**, v. 43, n. 3, p. 145–151, 2014.

- SURI, R. *et al.* Acute and long-term behavioral outcome of infants and children exposed in utero to either maternal depression or antidepressants: a review of the literature. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 75, n. 10, p. 1142-1152, 2014.
- TARGOSZ, S. *et al.* Lone mothers, social exclusion and depression. **Psychological Medicine**, v. 33, n. 4, p. 715–722, 2003.
- TAVARES P. A. Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho de Mães. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 613-635, dez. 2010.
- TAYLOR, Z. E.; CONGER, R. D. Promoting strengths and resilience in Single-Mother families. **Child Development**, v. 88, n. 2, p. 350–358, 2017.
- PEDEN, A. R. *et al.* Testing an intervention to reduce negative thinking, depressive symptoms, and chronic stressors in low-income single mothers. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 37, n. 3, p. 268–274, 2005.
- THE WORLD BANK. *Piecing Together the Poverty Puzzle*. Washington DC [s.l.: s.n.], p. 201, 2018.
- THE WORLD BANK. Data: Brasil. Disponível em: <https://data.worldbank.org/country/brazil?locale=pt>. Acesso em 02 dez 2020.
- THEODORITSI, L., Daliana, N., & Antoniou, A.-S. The mental health of single-parent families in relation to psychological, societal and financial parameters. In T. K. Babalis, Y. Xanthacou, & M. Kaila (Eds.), *Family issues in the 21st century. Single-parenting in the 21st century: Perceptions, issues and implications*. **Nova Science**, p. 77–101, 2018.
- TOBIAS, M. *et al.* Psychiatric illness among a nationally representative sample of sole and partnered parents in New Zealand. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 43, n. 2, p. 136–144, 2009.
- UN WOMEN. *Why Gender Equality Matters Across All SGDs*. [s.l.: s.n.].
- USP. Universidade de São Paulo. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Qualidade de vida. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 5 passos para uma melhor qualidade de vida: uma meta ao seu alcance. (Fôlder). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html#:~:text=De%20acordo%20com%20a%20Organiza%C3%A7%C3%A3o,expectativas%2C%20padr%C3%B5es%20e%20preocupa%C3%A7%C3%B5es%E2%80%9D. Acesso em 13 de ago 2020.
- VEGA, J. B.; TADDEI, J. A. DE A. C.; POBLACION, A. P. Características sociodemográficas e nutricionais de crianças brasileiras menores de 2 anos beneficiárias de programas de transferência condicionada de renda em 2006. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 931–942, 2014.
- VENANCIO, S. I. *et al.* Development and validation of an instrument for monitoring child development indicators. **Jornal de Pediatria**, n. xx, 2019.
- VENANCIO, S. I. *Monitoramento de Indicadores do Desenvolvimento Infantil em Campanhas de Vacinação: Uma Ferramenta para Planejamento e Avaliação de Ações Intersetoriais*. 2018.

- WADE, T. J.; VELDHUIZEN, S.; CAIRNEY, J. Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: Examining the intersection of gender and family structure on mental health. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 56, n. 9, p. 567–573, 2011.
- WALKER, J.; KRÄGELOH, C. U. Exploring health-related quality of life determinants of New Zealand sole mothers. **Kotuitui**, v. 11, n. 1, p. 59–71, 2016.
- WEBB-GIRARD, A. *et al.* Food insecurity is associated with attitudes towards exclusive breastfeeding among women in urban Kenya. **Maternal and Child Nutrition**, v. 8, n. 2, p. 199–214, 2012.
- WEISSMAN, M. M.; LEAF, P. J.; BRUCE, M. L. Single parent women - A community study. **Social Psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 29–36, 1987.
- WHO. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment Field Trial Version December. **Programme on mental health world health organization**. 1996.
- WHO QOL. WHO Quality of Life Scale (WHOQOL). **Psiuchological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551–558, 1998.
- WORLD BANK GROUP. Quase Metade do Mundo Vive com Menos de USD \$5.50 por Dia. The World Bank Group, 2018. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/news/press-release/2018/10/17/nearly-half-the-world-lives-on-less-than-550-a-day-brazilian-portuguese>. Acesso em 24 nov 2020.
- XU, A.; ZHANG, J.; XIA, Y. R. Impacts of parents' divorce on Chinese children: A model with academic performance as a mediator. **Marriage and Family Review**, v. 42, n. 3, p. 91–119, 2008.
- YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serviço Social & Sociedade**, n. 110, p. 288–322, 2012.
- YOUNG, L. E.; CUNNINGHAM, S. L.; BUIST, D. S. M. Lone mothers are at higher risk for cardiovascular disease compared with partnered mothers. Data from the National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III). **Health care for women international**, v. 26, n. 7, p. 604-621, 2005.
- YUNES, M. A. M.; MENDES, N. F.; ALBUQUERQUE, B. DE M. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 14, n. spe, p. 24–31, 2005.

APÊNDICES

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos a Senhora a participar voluntariamente do projeto de pesquisa IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DE GESTANTES, NUTRIZES E SEUS FILHOS ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA, sob a responsabilidade do pesquisador Muriel Bauermann Gubert. O projeto consiste na realização de questionários com gestantes beneficiárias ou não do Programa Bolsa Família no Distrito Federal.

O objetivo desta pesquisa é coletar dados sobre realização de consultas de pré-natal, ganho de peso gestacional, alimentação no período de gestação e amamentação, peso da criança ao nascer, peso pós-parto, prática de aleitamento materno, desenvolvimento infantil, morbidade e internação hospitalar das crianças menores de seis meses e situação domiciliar de insegurança alimentar, a fim de verificar se o PBF tem impacto positivo nos desfechos de saúde das gestantes e nutrizes, beneficiárias do PBF comparadas às não beneficiárias.

A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la

A sua participação se dará por meio de um questionário que você deverá responder durante a espera na Unidade Básica de Saúde ou em visita realizada pelas Agentes de Saúde com um tempo estimado de uma hora para sua realização.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa estão relacionados à possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa. Contudo, com objetivo de minimizá-los, informamos que o seu nome não aparecerá, ainda, caso durante a entrevista alguma pergunta cause incômodo a senhora pode se recusar a responder sem que haja prejuízo ou danos. Se a senhora aceitar participar, estará contribuindo para o entendimento dos benefícios do programa Bolsa Família em relação ao cumprimento das condicionalidades propostas pelo PBF e dos efeitos que o benefício produz na saúde das gestantes, nutrizes e seus respectivos filhos. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa,

alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, a senhora deverá buscar ser indenizada, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Muriel Bauermann Gubert, no Departamento de Nutrição da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, telefone: (61) 981239710, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou envie e-mail para murielgubert@gmail.com

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: 61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a Senhora.

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Profª Dra. Muriel Bauermann Gubert

Brasília, ____ de _____ de _____.

Apêndice B: Termo de Concordância das unidades participantes



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONCORDÂNCIA

O (A) **(Nome do Diretor(a) ou Chefe)**, do **(setor, escola, hospital, clínica)** está de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa *IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DE GESTANTES, NUTRIZES E SEUS FILHOS ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA*, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) Prof^a. Dra. Muriel Bauermann Gubert, para avaliar a saúde de gestantes/nutrizes beneficiárias e não-beneficiárias (mas, elegíveis) do PBF, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – CEP/FS-UnB.

O estudo envolve aplicação de questionário em mulheres gestantes ou com filhos até 6 meses de idade, beneficiárias ou não do Programa Bolsa Família. Tem duração de cinco meses, com previsão de início para abril de 2019.

Brasília, 17 e janeiro de 2019

Diretor responsável do **(Hospital/ Faculdade)**:

Nome/Assinatura/Carimbo

Chefia responsável pela **(Unidade Clínica/Acadêmica)**:

Nome/Assinatura/Carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

Nome/Assinatura

Apêndice 3: Instrumento de coleta de dados utilizado

Impacto do Programa Bolsa Família na saúde de mulheres gestantes e puérperas com filhos até 6 meses**IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR****1. Questionário aplicado em:**

- UBS Itapoã
- UBS Paranoá
- UBS São Sebastião
- UBS Estrutural
- UBS Varjão
- UBS Ceilândia
- UBS Riacho Fundo 2

2a. Qual a Unidade de Ceilândia?

- UBS Ceilândia nº 1
- UBS Ceilândia nº 3
- UBS Ceilândia nº 6
- UBS Ceilândia nº 12

2b. Qual a Unidade de Riacho Fundo 2?

- UBS Riacho Fundo II nº 2
- UBS Riacho Fundo II nº 4

DADOS DA MÃE**3. Qual o nome da senhora?**

4. Critério de inclusão:

- Gestante
- Puérpera

5. Qual a data de nascimento da senhora?

____-____-____

6. A senhora aceita receber ligação do coordenador da equipe?

Essa ligação será apenas para confirmarmos algumas respostas, de perguntas aleatórias, dadas ao entrevistador

- Sim
- Não

7. Qual o contato da senhora?*COM DDD*

_____**8. A senhora ou alguém que more em sua casa recebe ajuda do Programa Bolsa Família?**

- Sim
 Não

9. Qual a soma das rendas de todos os que moram na sua casa, incluindo também o bolsa família ou qualquer ajuda do governo que você receba?

_____**10. Quantas pessoas moram atualmente na sua casa, incluindo crianças e adultos?**

_____**11. Qual o estado civil da senhora?**

- Solteira
 Casada/União estável
 Divorciada/Viúva/Separada
 Não quis informar

12. Até que ano a senhora estudou?*Leia todas as opções, exceto a última*

- Primário incompleto (ensino infantil - 6 a 12 anos)
 Primário completo (ensino infantil - 6 a 12 anos)
 Secundário incompleto (ensino fundamental e médio - 13 a 18 anos)
 Secundário completo (ensino fundamental e médio - 13 a 18 anos)
 Curso técnico/ profissionalizante incompleto
 Curso técnico/ profissionalizante
 Curso superior
 Pós graduação incompleta
 Pós graduação
 NS/NR

13. Qual a ocupação da senhora?*Leia todas as opções, exceto a última*

- Tem trabalho
 Desempregada/Procurando emprego
 Autônoma
 Aposentada/Pensionista
 Estudante/Dona de casa
 NS/NR

14. A senhora vive com o companheiro?

- Sim
 Não

15. A sua cor/raça é:

Leia todas as opções, exceto a última

- Branca
 Preta/Parda
 Amarela/Indígena
 NS/NR

ANTROPOMETRIA MULHER GESTANTE OU LACTANTE

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e altura

16. Peso Aferido (kg)

17. Estatura (cm)

18. Qual seu peso pré-gestacional?

Ver no cartão da gestante

19. Qual a data de sua última menstruação?

Ver no cartão da gestante

yyy-mm-dd

20. Qual seu peso no final da gestação (Kg)?

Ver no cartão da gestante

ANTROPOMETRIA E DADOS DO BEBÊ

Farei perguntas sobre seu bebê

21. Qual a data de nascimento do seu bebê?

yyy-mm-dd

22. Seu bebê nasceu de:

Leia todas as opções, exceto a última

- Parto vaginal (normal)
 Parto Cirúrgico (cesárea)
 NS/NR

23. Seu bebê nasceu prematuro?

- Sim
 Não

24. Qual o peso do bebê ao nascer? (kg)

VERIFIQUE A CADERNETA DO BEBÊ

25. Qual o comprimento do bebê ao nascer? (cm)

VERIFIQUE A CADERNETA DO BEBÊ

26. Seu bebê já foi internado por:

Leia todas as opções, exceto a última

- Diarreia
 Pneumonia
 Nenhuma das opções acima

27. Seu bebê teve diarreia no último mês?

- Sim
 Não

28. Seu bebê teve febre no último mês?

- Sim
 Não

29. Seu bebê teve tosse no último mês?

- Sim
 Não

30. Último peso (Kg) do bebê aferido em consulta e registrado na caderneta:

30a. Data da aferição:

yyy-mm-dd

31. Último comprimento (cm) do bebê aferido em consulta e registrado na caderneta:

31a. Data da aferição:

____-____-____

32. A senhora recebeu visita do agente de saúde ou enfermeiro em sua casa, na primeira semana de vida do bebê?

- Sim
 Não

33. O bebê mamou no peito na primeira hora de vida, logo após o parto?

- Sim
 Não
 Não sabe

ALEITAMENTO MATERNO

As próximas perguntas são sobre a alimentação do seu bebê

34. Além do leite materno, a senhora já deu, alguma vez, para o seu bebê, água, chá ou algum outro alimento?

- Sim
 Não

35. A criança ontem tomou leite do peito?

- Sim
 Não

36. A criança ontem tomou água?

- Sim
 Não

37. A criança ontem tomou chá?

- Sim
 Não

38. A criança ontem tomou suco?

- Sim
 Não

39. A criança ontem tomou outro leite, sem ser leite do peito (leite de vaca, de soja ou fórmula infantil)?

- Sim
 Não

/

/

39a. Qual tipo de leite?

- Leite de vaca
- Leite de soja
- Fórmula infantil

39b. Qual o nome da Fórmula infantil que seu filho tomou?

40. A criança ontem comeu fruta?

- Sim
- Não

41. A criança ontem comeu papinha de fruta ou sal com leite?

- Sim
- Não

42. A criança ontem comeu carne ou ovo?

- Sim
- Não

43. A senhora ou alguém cozinhou separado os alimentos da criança ou ela comeu o mesmo que a família comeu?

- Cozinhou separado
- Comeu o mesmo que a família
- Não comeu

44. A criança ontem tomou refrigerante ou suco de caixinha (Dell Vale)?

- Sim
- Não

45. A criança ontem comeu biscoito recheado?

- Sim
- Não

46. A criança ontem comeu macarrão instantâneo (miojo)?

- Sim
- Não

47. A criança ontem comeu salgadinho de pacote (Fandangos, Cheetos)?

- Sim
- Não

48. Desde ontem até hoje, a criança usou mamadeira ou chuquinha?

- Sim
- Não

/

/

49. Desde ontem até hoje, a criança usou chupeta?

- Sim
 Não

DESENVOLVIMENTO INFANTIL - PIPAS

As próximas perguntas são sobre o Desenvolvimento do seu bebê

» Crianças com 0 meses a 3 meses e 29 dias

50. Sua criança junta as mãos?

DOMÍNIO MOTOR

- Sim
 Não
 Não sabe

51. Quando está deitada de costas, sua criança mexe os braços e as pernas como se estivesse pedalando?

DOMÍNIO MOTOR

- Sim
 Não
 Não sabe

52. Sua criança emite algum tipo de som que não seja choro?

DOMÍNIO LINGUAGEM

- Sim
 Não
 Não sabe

53. Quando você sorri e conversa com sua criança, ela responde com sorriso e sons?

DOMÍNIO LINGUAGEM

- Sim
 Não
 Não sabe

54. Sua criança reage a sons?

DOMÍNIO LINGUAGEM

- Sim
 Não
 Não sabe

55. Sua criança segue com os olhos o movimento de um brinquedo?

DOMÍNIO COGNIÇÃO

- Sim
 Não
 Não sabe

56. Sua criança demonstra gostar ou não de alguma coisa?

DOMÍNIO COMPORTAMENTO

- Sim
 Não
 Não sabe

57. Sua criança fixa o olhar no seu rosto?

DOMÍNIO COMPORTAMENTO

- Sim
 Não
 Não sabe

58. É difícil acalmar sua criança?

DOMÍNIO COMPORTAMENTO

- Sim
 Não
 Não sabe

» Crianças de 4 meses a 6 meses e 29 dias

59. Sua criança quando sentada com o apoio consegue manter a cabeça firme, sem balançar por alguns momentos?

DOMÍNIO MOTOR

- Sim
 Não
 Não sabe

60. Sua criança segura objetos?

DOMÍNIO MOTOR

- Sim
 Não
 Não sabe

61. Quando deitada de bruços sua criança consegue levantar a cabeça e se apoiar nos antebraços?

DOMÍNIO MOTOR

- Sim
 Não
 Não sabe

62. Sua criança tenta apanhar um brinquedo que está à sua frente?

DOMÍNIO MOTOR

- Sim
 Não
 Não sabe

63. Sua criança tenta conversar com você?

DOMÍNIO LINGUAGEM

- Sim
 Não
 Não sabe

64. Sua criança procura ativamente o seu olhar?

DOMÍNIO COGNIÇÃO

- Sim
 Não
 Não sabe

65. É difícil acalmar sua criança?

DOMÍNIO COMPORTAMENTO

- Sim
 Não
 Não sabe

66. Sua criança demonstra gostar ou não de alguma coisa?

DOMÍNIO COMPORTAMENTO

- Sim
 Não
 Não sabe

CONSUMO ALIMENTAR DA MULHER

Agora farei perguntas sobre o quais alimentos a senhora tem consumido

67. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha)?

Não vale batata, mandioca ou inhame

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 Quase nunca
 Nunca

68. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

69. Num dia comum a senhora come este tipo de salada:

- No almoço (1 vez no dia)
- No jantar (1 vez no dia)
- No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

70. Em quantos dias da semana, a senhora costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha?

Sem contar batata, mandioca ou inhame

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

71. Num dia comum a senhora come verdura ou legume cozido:

- No almoço (1 vez no dia)
- No jantar (1 vez no dia)
- No almoço e no jantar (2 vezes ao dia)

72. Em quantos dias da semana, a senhora costuma tomar suco de frutas natural?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

73. Num dia comum, quantos copos a senhora toma de suco de frutas natural?

- 1
- 2
- 3 ou mais

74. Em quantos dias da semana a senhora costuma comer frutas?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

75. Num dia comum, quantas vezes a senhora come frutas?

- 1 vez no dia
- 2 vezes no dia
- 3 ou mais vezes no dia

76. Em quantos dias da semana a senhora costuma tomar refrigerante ou suco em pó (Tang, Mid ou Fresh)?

- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- todos os dias (inclusive sábado e domingo)
- Quase nunca
- Nunca

77. Que tipo?

- Normal
- diet/zero/light
- Ambos

78. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou mais
- Não sabe

» **GRUPOS DE ALIMENTOS**

Agora vou listar alguns alimentos e gostaria que a senhora me dissesse se comeu algum deles ONTEM (desde quando acordou até quando foi dormir).

» » **Grupo de alimentos 1**

/

a) Ontem a senhora comeu alface, couve, brócolis, agrião ou espinafre?

- Sim
 Não

b) Ontem a senhora comeu abóbora, cenoura, batata-doce ou quiabo/caruru?

- Sim
 Não

c) Ontem a senhora comeu mamão, manga, melão amarelo ou pequi?

- Sim
 Não

d) Ontem a senhora comeu tomate, pepino, abobrinha, berinjela, chuchu ou beterraba?

- Sim
 Não

e) Ontem a senhora comeu laranja, banana, maçã, ou abacaxi?

- Sim
 Não

f) Ontem a senhora comeu arroz, macarrão, polenta, cuzcuz ou milho verde?

- Sim
 Não

g) Ontem a senhora comeu feijão, ervilha, lentilha ou grão de bico?

- Sim
 Não

h) Ontem a senhora comeu batata comum, mandioca, cará ou inhame?

- Sim
 Não

i) Ontem a senhora comeu carne de boi, porco, frango ou peixe?

- Sim
 Não

j) Ontem a senhora comeu ovo frito, cozido ou mexido?

- Sim
 Não

k) Ontem a senhora tomou leite?

- Sim
 Não

l) Ontem a senhora comeu amendoim, castanha de caju ou castanha do Brasil/Pará?

- Sim
 Não

» » Grupo de alimentos 2

a) Ontem a senhora tomou refrigerante?

- Sim
 Não

b) Ontem a senhora tomou suco de fruta em caixa, caixinha ou lata (como Del Valle)?

- Sim
 Não

c) Ontem a senhora tomou refresco em pó (como Tang ou Ki Suco?)

- Sim
 Não

d) Ontem a senhora tomou bebida achocolatada (como Todinho ou Toddy)?

- Sim
 Não

e) Ontem a senhora tomou iogurte com sabor?

- Sim
 Não

f) Ontem a senhora comeu salgadinho de pacote (ou chips) ou biscoito/bolacha salgado?

- Sim
 Não

g) Ontem a senhora comeu biscoito/Bolacha doce, biscoito recheado ou bolinho de pacote?

- Sim
 Não

h) Ontem a senhora comeu chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada?

- Sim
 Não

i) Ontem a senhora comeu salsicha, linguiça, mortadela ou presunto?

- Sim
 Não

j) Ontem a senhora comeu pão de forma, de cachorro quente ou de hambúrguer?

- Sim
 Não

/

/

k) Ontem a senhora comeu maionese, ketchup ou mostarda?

- Sim
 Não

l) Ontem a senhora comeu margarina?

- Sim
 Não

m) Ontem a senhora comeu macarrão instantâneo (como miojo), suco de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado?

- Sim
 Não

80. A senhora consome bebida alcoólica?

- Sim
 Não
 Não quis informar

81. Com que frequência a senhora costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 todos os dias (inclusive sábado e domingo)
 Quase nunca

82. Nos últimos 30 dias, a senhora chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada

- Sim
 Não

83. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- Em um único dia do mês
 em 2 dias
 em 3 dias
 em 4 dias
 em 5 dias
 em 6 dias
 em 7 ou mais dias
 Não sabe

84. Atualmente, a senhora fuma?

- Sim, diariamente
- Sim, mas não diariamente
- Não

85. Quantos cigarros a senhora fuma por dia?

- 1 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 29
- 30 a 39
- 40 ou mais

86. Quantos cigarros a senhora fuma por semana?

- 1 a 4
- 5 a 9
- 10 a 14
- 15 a 19
- 20 a 29
- 30 a 39
- 40 ou mais

EBIA - CARACTERÍSTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR / FOME

As próximas perguntas serão sobre o acesso seu e de sua família aos alimentos

» EBIA - Subgrupo 1 - Critérios Econômicos

87. Nos últimos 3 meses a senhora, ou algum morador deste domicílio, TEVE PREOCUPAÇÃO de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?

- Sim
- Não

88. Nos últimos 3 meses OS ALIMENTOS ACABARAM antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar ou produzir mais comida?

- Sim
- Não

89. Nos últimos 3 meses a senhora ficou SEM DINHEIRO para ter uma ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA?

- Sim
- Não

» EBIA - Subgrupo 2 - Aspectos Econômicos (cont.)

/

/

90. Nos últimos 3 meses, a senhora ou algum adulto em sua casa, COMEU APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE AINDA TINHAM, porque o dinheiro acabou?

- Sim
 Não

91. Nos últimos três meses, a senhora ou algum adulto em sua casa DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO porque não havia dinheiro para comprar a comida?

- Sim
 Não

92. Nos últimos três meses, a senhora ou algum adulto em sua casa, alguma vez, COMEU MENOS DO QUE ACHOU QUE DEVIA, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- Sim
 Não

93. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa, alguma vez, SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não tinha dinheiro para comprar comida?

- Sim
 Não

94. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa, alguma vez, FEZ APENAS UMA REFEIÇÃO NO DIA ou FICOU UM DIA INTEIRO SEM COMER porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

- Sim
 Não

95. Tem morador menor de 18 anos nessa casa?

- Sim
 Não

96. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, DEIXOU DE TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- Sim
 Não

» EBIA - Menores

97. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, NÃO COMEU QUANTIDADE SUFICIENTE DE COMIDA, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

- Sim
 Não

98. Nos últimos três meses, alguma vez, foi DIMINUÍDA A QUANTIDADE DE ALIMENTOS DAS REFEIÇÕES de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?

- Sim
 Não

/

/

99. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO, porque não havia dinheiro para comprar a comida?

- Sim
 Não

100. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não havia dinheiro para comprar comida?

- Sim
 Não

101. Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade FEZ APENAS UMA REFEIÇÃO AO DIA ou FICOU SEM COMER POR UM DIA INTEIRO, porque não havia dinheiro para comprar comida?

- Sim
 Não

SAÚDE DA MULHER

As próximas perguntas são sobre sua saúde

102. A senhora já foi internada alguma vez durante sua vida por motivo de doença?

- Sim
 Não
 Não Sabe

103. A senhora tem algum problema de saúde?

Leia todas as opções, exceto a última

- Sim
 Não
 Não sabe

104. Durante a gestação, a senhora adquiriu alguma das seguintes doenças:

- Diabetes gestacional
 Hipertensão/Pré-eclâmpsia
 Toxoplasmose
 Dengue/Zica/Chikungunya
 Nenhuma das listadas acima

105. Qual o número de consultas pré-natais que a senhora realizou até o momento?

106. Qual o número total de consultas pré-natais a senhora realizou durante a gestação?

107. Sua gravidez foi/é:

- Simples
 Múltipla

108. Sua gravidez foi planejada, ou seja, a senhora planejou engravidar e ter o bebê?

- Sim
 Não

109. Sua gravidez foi desejada, ou seja, depois que descobriu estar grávida a senhora quis ter o bebê?

- Sim
 Não

110. A senhora recebeu alguma orientação sobre amamentação durante as consultas pré-natais na UBS ou do agente de saúde?

- Sim
 Não

111. A senhora recebeu alguma orientação sobre alimentação saudável durante as consultas pré-natais na UBS ou do agente de saúde?

- Sim
 Não

112. A senhora participou de alguma atividade educativa (palestra, roda de conversa, grupos) sobre amamentação durante a gestação?

- Sim
 Não

113. A senhora fez a revisão do parto ou alguma consulta até o décimo dia após o parto?

- Sim
 Não

114. A senhora fez ou recebeu alguma consulta nos primeiros 42 dias após o parto?

- Sim
 Não

115. Algum médico já lhe disse que a senhora tem pressão alta?

- Sim
 Não
 Não lembra

116. Algum médico já lhe disse que a senhora tem diabetes?

- Sim
 Não
 Não lembra

/

/

117. A senhora fez, durante a gestação, alguma vez, exame ginecológico preventivo (papanicolau)?

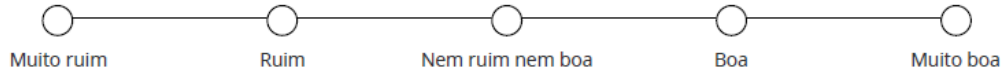
- Sim
- Não
- Não sabe/Não lembra

QUALIDADE DE VIDA

Agora, farei perguntas sobre a qualidade de vida da senhora

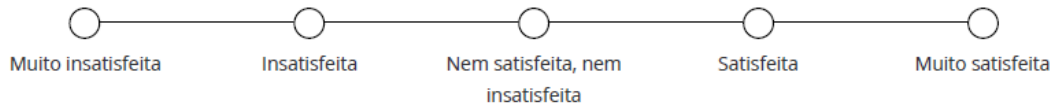
118. Como a senhora avaliaria sua qualidade de vida?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



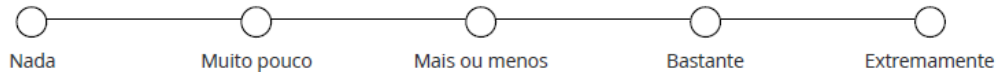
119. Quão satisfeita a senhora está com a sua saúde?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



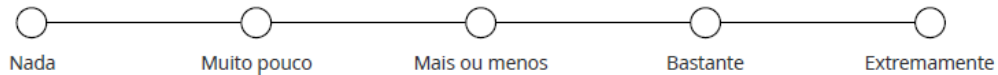
120. Em que medida a senhora acha que sua dor (física) a impede de fazer o que a senhora precisa?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



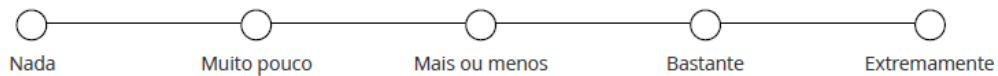
121. O quanto a senhora precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



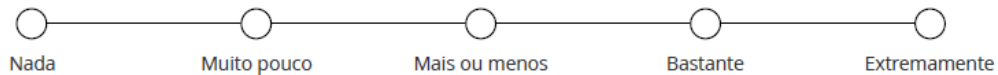
122. O quanto a senhora aproveita a vida?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



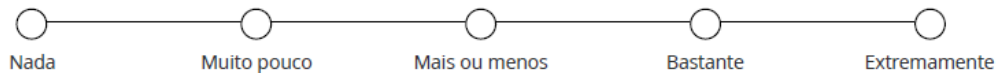
123. Em que medida a senhora acha que a sua vida tem sentido?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



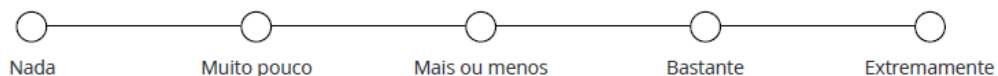
124. O quanto a senhora consegue se concentrar?

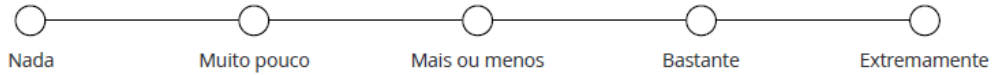
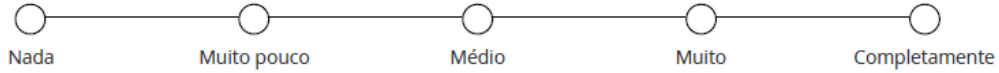
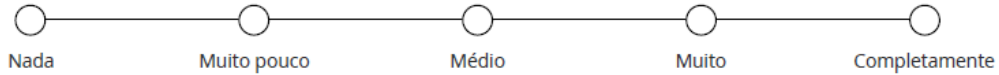
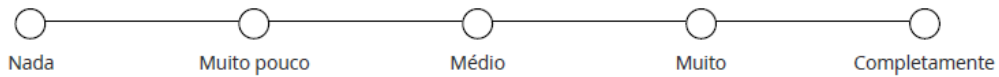
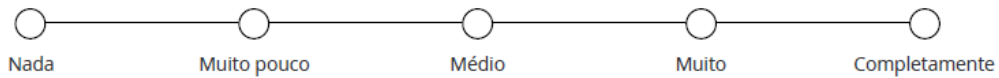
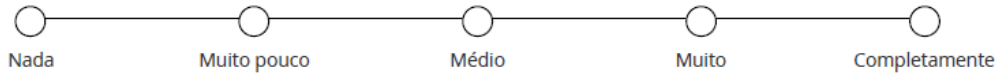
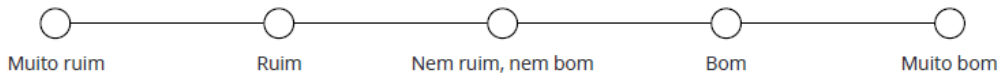
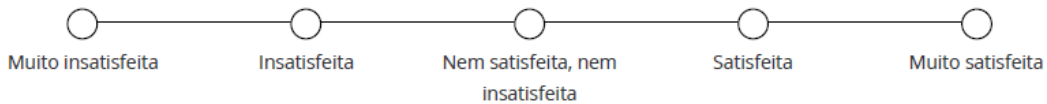
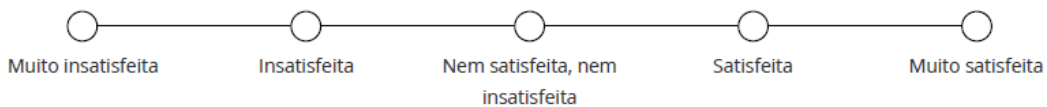
Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

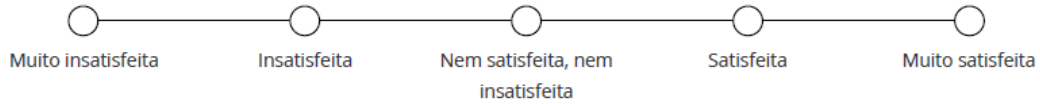
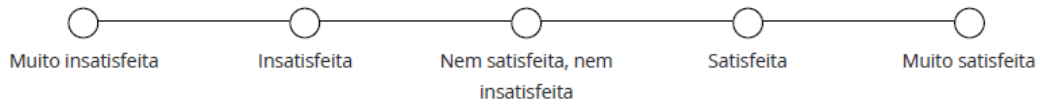
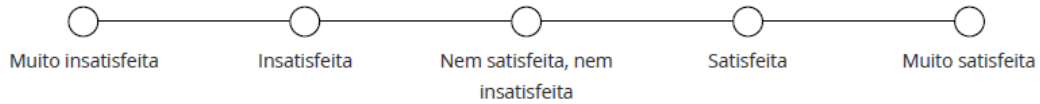
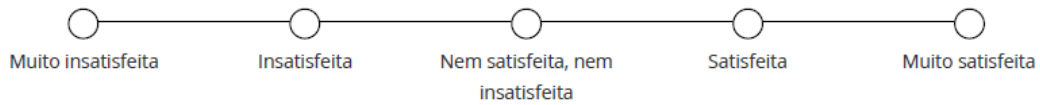
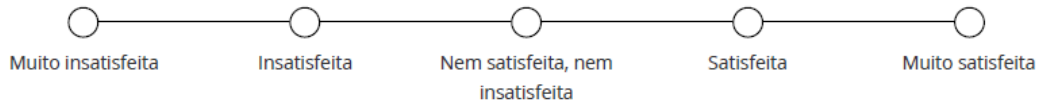
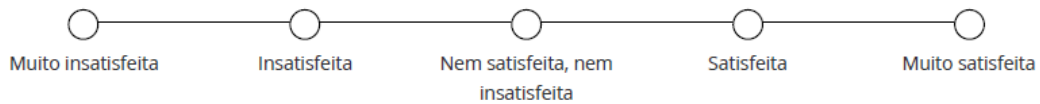
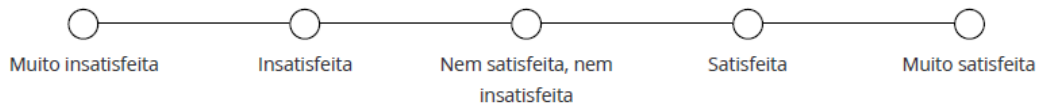
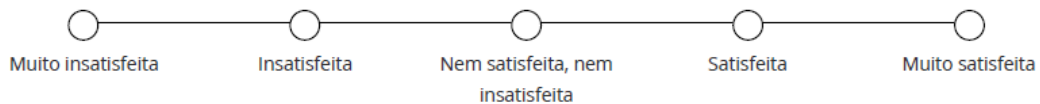


125. Quão segura a senhora se sente em sua vida diária?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

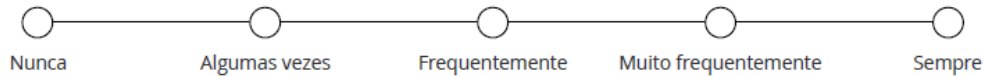


126. Quão saudável é o ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) da senhora?*Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***127. A senhora tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***128. A senhora é capaz de aceitar sua aparência física?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***129. A senhora tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***130. Quão disponíveis para a senhora estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***131. Em que medida a senhora tem oportunidades de atividade de lazer?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***132. Quão bem a senhora é capaz de se locomover?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***133. Quão satisfeita a senhora está com o seu sono?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***134. Quão satisfeita a senhora está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.*

135. Quanto satisfeita a senhora está com sua capacidade para o trabalho?*Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***136. Quanto satisfeita a senhora está consigo mesmo?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***137. Quanto satisfeita a senhora está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***138. Quanto satisfeita a senhora está com sua vida sexual?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***139. Quanto satisfeita a senhora está com o apoio que recebe de seus amigos?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***140. Quanto satisfeita a senhora está com as condições do local onde mora?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***141. Quanto satisfeita a senhora está com o seu acesso aos serviços de saúde?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***142. Quanto satisfeita a senhora está com seu meio de transporte?***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.*

143. Com que frequência a senhora tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



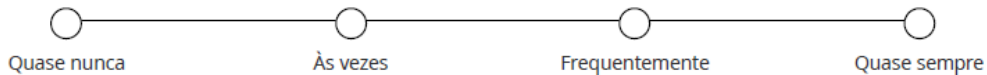
ANSIEDADE

Farei perguntas sobre como a senhora se sente no seu dia a dia

► **IDATE T**

144. Sinto-me bem

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



145. Canso-me facilmente

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



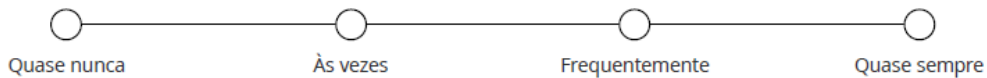
146. Tenho vontade de chorar

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



147. Gostaria de poder ser tão feliz quanto outros parecem ser

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



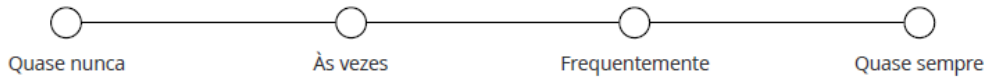
148. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



149. Sinto-me descansada

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)"



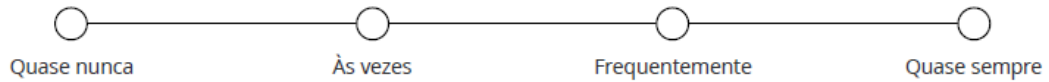
150. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesmo

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



151. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**152. Preocupo-me demais com coisas sem importância**

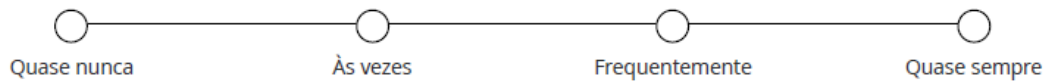
A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**153. Sou feliz**

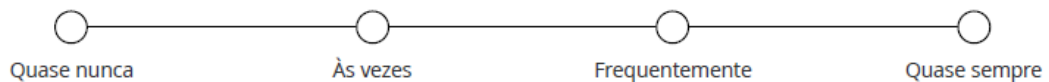
A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**154. Deixo-me afetar muito pelas coisas**

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**155. Não tenho muita confiança em mim mesmo**

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**156. Sinto-me segura**

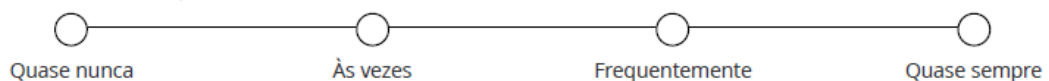
A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**157. Evito ter que enfrentar crises ou problemas**

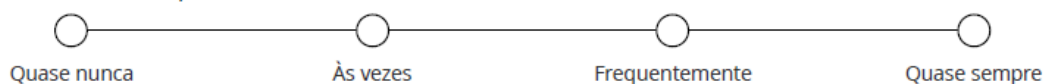
A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**158. Sinto-me deprimida**

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**159. Estou satisfeita**

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



160. Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**161. Levo os desapontamentos tão sérios que não consigo tirá-los da cabeça**

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)".

**162. Sou uma pessoa estável**

A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**163. Fico tensa, perturbada quando penso nos meus problemas no momento**

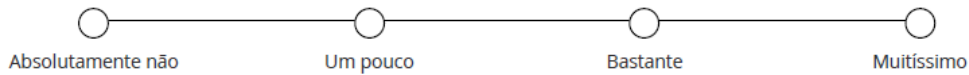
A afirmação deve ser respondida de acordo "como a senhora normalmente se sente no seu dia a dia (contexto geral)". Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**» IDATE E****164. Sinto-me calma**

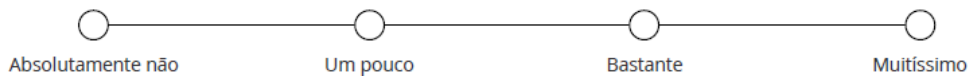
Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**165. Sinto-me segura**

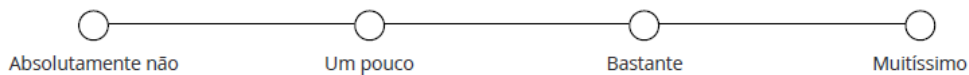
Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**166. Estou tensa**

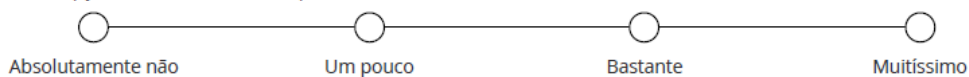
Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

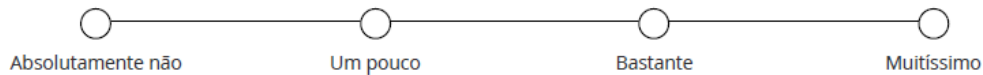
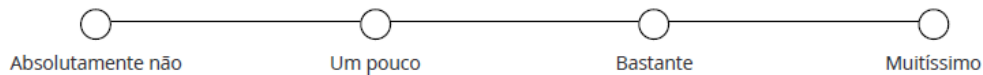
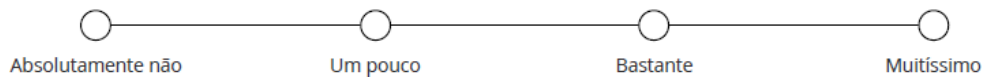
**167. Estou arrependida**

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**168. Sinto-me à vontade**

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



169. Sinto-me perturbada*Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***170. Estou preocupada com possíveis infortúnios***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***171. Sinto-me descansada***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***172. Sinto-me ansiosa***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***173. Sinto-me "em casa"***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***174. Sinto-me confiante***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***175. Sinto-me nervosa***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***176. Estou agitada***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***177. Sinto-me uma pilha de nervos***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.***178. Estou descontraída***Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.*

179. Sinto-me satisfeita

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**180. Estou preocupada**

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**181. Sinto-me super excitada e confusa**

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**182. Sinto-me alegre**

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.

**183. Sinto-me bem**

Leia todas as opções. Instrua a mãe a acompanhar o cartão.



ANEXOS

Anexo A: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde da UnB



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DO BINÔMIO MÃE E FILHO ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA

Pesquisador: MURIEL BAUERMANN GUBERT

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06376819.7.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.259.467

Apresentação do Projeto:

"Resumo:

O Programa Bolsa Família é um programa de transferência condicionada de renda destinado a famílias pobres que entre seus benefícios inclui uma ajuda específica para mulheres gestantes e nutrízes, com a finalidade de fornecer ajuda financeira durante o período gestacional e puerpério, tendo como condicionalidades a beneficiária de comparecer à todas as consultas de pré-natal previamente agendadas e participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável. O objetivo desta proposta de pesquisa é avaliar o impacto deste programa na saúde das mulheres e dos seus respectivos filhos até completarem seis meses de idade, em duas capitais com diferente nível de desenvolvimento socioeconômico, considerando, além do atendimento às condicionalidades, o ciclo gestacional, ganho e redução de peso materno, a forma e duração do aleitamento materno, a introdução adequada de alimentação complementar, a ocorrência de morbidades comuns na infância, a avaliação do desenvolvimento infantil, a qualidade da alimentação das mulheres e a situação de insegurança alimentar das respectivas famílias.

Trata-se de um estudo transversal com duas amostras representativas de gestantes e nutrízes com filhos até seis meses de idade, elegíveis para o recebimento do benefício variável do Programa Bolsa Família do município de Brasília-DF. Comporão a amostra pelo menos 622

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

mulheres, distribuídas nos dois grupos de comparação de tamanho equivalentes, formados por aquelas que recebem o benefício e as que, embora elegíveis, não recebem benefício. Serão feitas entrevistas domiciliares por uma equipe previamente treinada que aplicará um questionário com perguntas fechadas e serão feitas consultas aos cartões da gestante e da criança (quando for o caso) para a coleta de informações retrospectivas. A amamentação da criança será avaliada pela técnica do current status, serão utilizados marcadores para identificar a qualidade da alimentação das mães, o desenvolvimento da criança será avaliado segundo o protocolo de Denver II e a insegurança alimentar será medida pela Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. No momento da entrevista as mulheres e crianças serão devidamente pesadas e medidas de acordo com as recomendações da OMS. Todas as mulheres assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido declarando concordar com a participação na pesquisa e todos os procedimentos seguirão as normas de pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Espera-se com esta pesquisa descrever e avaliar o impacto deste importante programa de transferência de renda, especialmente considerando um grupo vulnerável que são as mulheres durante o período gestacional e durante o puerpério, bem como seus filhos durante os primeiros meses de vida. Os resultados poderão fornecer subsídios para o aprimoramento do programa e identificação de ações complementares para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, possibilitando a formação de novas gerações mais aptas para o pleno desenvolvimento e favorecendo o rompimento do ciclo geracional da pobreza no nosso País."

Metodologia Proposta:

"Estudo transversal com duas amostras representativas de gestantes e nutrizes com filhos até seis meses de idade, elegíveis para o recebimento do benefício variável do Programa Bolsa Família do município de Brasília-DF (ROTHMAN; GREENLAND, 1998). PROCEDIMENTO DE AMOSTRAGEM Em Brasília, 311 mulheres (50%) serão sorteadas aleatoriamente (sorteio simples) a partir da lista atualizada das beneficiárias dos benefícios destinados às gestantes e nutrizes da Secretaria de Desenvolvimento Social do Município. Outras 311 mulheres, que completarão a amostra desejada, serão selecionadas de acordo com a proximidade do seu local de residência com cada mãe sorteada aleatoriamente, atendendo o critério de estar grávida ou com filho menor de um ano, ter renda semelhante aos critérios de elegibilidade para receber o benefício do PBF, porém sem recebê-lo, de modo a compor um grupo comparável com o primeiro segundo características sociais e acesso a serviços de saúde. COLETA DOS DADOS As entrevistas serão feitas nas

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

residências das mulheres incluídas no estudo e serão coletadas informações das mulheres, de suas famílias e de seu(s) filho(s), quando estes já tiverem nascidos. Todas as entrevistas serão realizadas por entrevistadores previamente treinados e será aplicado um questionário pré-codificado com questões fechadas. Os dados serão coletados com o auxílio de tablets com o registro digital imediato das informações coletadas.

VARIÁVEIS DO ESTUDO Serão coletadas informações de todos integrantes das famílias das mulheres selecionadas considerando sexo, idade, chefe do domicílio, relação de parentesco com o chefe, escolaridade, atividade principal e rendimento monetário mensal.

Estas informações servirão para caracterizar a amostra e permitir fazer as comparações entre os grupos com o devido controle das possíveis diferenças socioeconômicas. Será avaliada a situação de segurança ou dos diferentes níveis de insegurança alimentar familiar de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA (IBGE, 2014; SEGALL-CORRÊA et al., 2014). Também serão coletadas as informações disponíveis no cartão da gestante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e no cartão da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), para aquelas com filho nascido vivo. Sobre a gestação serão registrados o número de consultas (considerando o mês atual da gestação), o registro de alguma intercorrência, os antecedentes gestacionais, se a gestante é portadora de alguma doença crônica, os resultados dos últimos exames realizados, se é uma gestação de risco, se o gráfico de acompanhamento da gestação está devidamente preenchido e, em caso positivo esta evoluindo como esperado, data da última menstruação, peso pré-gestacional e ganho de peso durante a gestação, altura, se a gravidez era esperada, acompanhamento vacinal e hábitos declarados de tabagismo e consumo de álcool. Serão coletadas também informações sobre consumo alimentar materno, utilizando o questionário de marcadores alimentares disponibilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Sobre a criança menor de seis meses, serão coletadas informações presentes na caderneta da criança com relação à data de nascimento, ao tipo de parto, peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, idade gestacional, apgar no 1º e 5º minutos, resultados dos exames de triagem neonatal, tempo de permanência na maternidade. O crescimento da criança será observado nas medidas sucessivas registradas no cartão e será verificado tanto a adequação das consultas como a velocidade do crescimento de acordo com os padrões da OMS. A adequação do atendimento ao calendário vacinal também será registrada. As gestantes serão questionadas acerca de intercorrências de saúde com seus respectivos filhos, nos últimos 15 dias, com ênfase para: infecção respiratória aguda, otite e diarreias e sobre a ocorrência de alguma internação desde o nascimento."

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

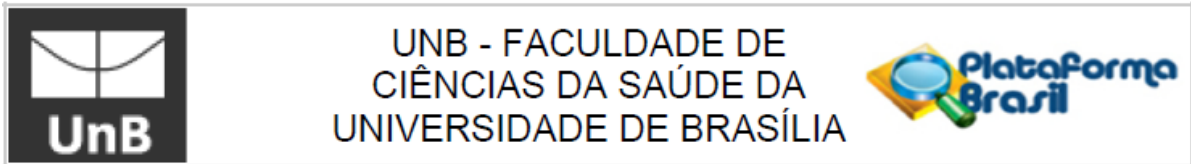
CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.259.467

Critério de Inclusão:

"Gestantes, Nutrizes ou com filhos até seis meses de vida e que recebem o benefício do Bolsa Família. Gestantes, Nutrizes ou com filhos com menos de um ano de vida, que moram próximo ao local de residência das mães que são beneficiárias, tem renda semelhante aos critérios de elegibilidade para receber o benefício do PBF, mas que não o recebem."

Não há menção aos critérios de exclusão.

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na saúde das mulheres e dos seus respectivos filhos, que recebem o benefício variável destinado às gestantes e nutrizes, em comparação com aquelas que não recebem, em Brasília."

"Objetivo Secundário:

- 1- Comparar o número de consultas pré-natal entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 2- Comparar o mês de início do pré-natal entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 3- Comparar o comparecimento a atividades educativas sobre amamentação e alimentação saudável entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 4- Comparar o ganho de peso gestacional, peso ao nascer, redução de peso pós-parto entre os grupos de estudo;
- 5- Avaliar e comparar a prática de aleitamento materno exclusivo e do uso de fórmulas infantis durante os 6 primeiros meses de vida da criança entre os grupos de estudo;
- 6- Medir e comparar as ocorrências de infecção respiratória aguda, otite, diarreia e internação hospitalar das crianças menores de seis meses entre os grupos de estudo;
- 7- Estimar e comparar a situação de insegurança alimentar familiar entre os grupos de estudo;
- 8- Aferir a qualidade da alimentação das mulheres no período de gestação e amamentação e confrontar os resultados entre os grupos de estudo;
- 9- Verificar e comparar a frequência de consumo de alimentos ultra processados pelas gestantes e das nutrizes entre os grupos de estudo;
- 10- Medir e comparar o desenvolvimento infantil das crianças até o sexto mês de vida entre os grupos de estudo de Brasília;"

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa os riscos estão relacionados à possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa sobre as práticas de alimentação da criança. No entanto, de maneira a minimizá-lo será enfatizada que a participação é voluntária e sigilosa, não sendo divulgados qualquer forma de identificação dos participantes. Ainda, o participante tem a liberdade de recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, em qualquer questão que lhe traga constrangimento, sem nenhuma penalização."

Benefícios:

"A presente proposta de pesquisa deverá trazer importantes subsídios para os tomadores de decisão sobre os impactos do Programa Bolsa Família, especificamente do benefício variável destinado a gestantes e nutrizes, sobre o atendimento às condicionalidades e, além disso, dos efeitos que o benefício produz na saúde das mulheres e seus respectivos filhos. Este resultado é especialmente importante por se tratar de um grupo vulnerável e que sobrecarrega o sistema de saúde com muitas demandas que poderiam ser diminuídas com, por exemplo, maior e melhor atendimento às consultas pré-natal e conhecimento de opções saudáveis de alimentação. Assim os resultados esperados deste projeto estão divididos em dois importantes campos, o das políticas públicas e a produção do conhecimento científico. No primeiro caso estão os produtos voltados diretamente para os gestores e tomadores de decisão, que é justamente a o reconhecimento dos pontos fortes do programa e a indicação das suas limitações. Neste sentido espera-se fornecer subsídios para o aprimoramento do programa e identificação de ações complementares para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população, que a longo prazo deverá possibilitar a formação de novas gerações mais saudáveis e, portanto, menos dependente dos cuidados de saúde, sendo aptas para o seu pleno desenvolvimento e favorecendo assim o rompimento do ciclo geracional da pobreza no nosso País. No segundo campo do conhecimento, espera-se a produção de artigos científicos que descrevam o percurso metodológico utilizado neste projeto como ferramenta para formação de novos cientistas e que os resultados possam ser divulgados nos meios acadêmicos possibilitando conhecer melhor os fatores relacionados aos processos de saúde e doença no grupo materno infantil. Espera-se importantes resultados sobre o ciclo gestacional, tanto sobre o ganho adequado de peso como a redução pós-parto, considerando este ciclo um possível risco para a epidemia de obesidade enfrentada atualmente em todo mundo. Sobre a

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

alimentação saudável e o consumo de alimentos ultra processados, reconhecido fator de risco para as doenças não transmissíveis, conhecimento sobre fatores relacionados com a interrupção precoce do aleitamento materno em uma população de baixo poder aquisitivo, fato que aumenta o risco das morbidades infantis comuns, conhecer se

estas diferentes situações de privação monetária causada pela pobreza afeta o desenvolvimento infantil e se o benefício tem capacidade de minimizar este dano e finalmente avaliar a situação de insegurança alimentar destas famílias, problema que vai além da falta de alimentos e que traz sérios prejuízos à qualidade de vida das famílias. Espera-se conhecer, utilizando metodologia adequada e científica, o impacto deste benefício em todos estes desfechos de saúde e estes resultados deverão ser publicados em revistas de alto impacto."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado do Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Saúde e Nutrição, NESNUT/Universidade de Brasília UnB, de Laura Mendes Toledo Dalava, sob orientação da Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para emissão do presente parecer:

- 1- Carta em respostas às pendências: "CartaRespPendenciasCEPFS.doc", postado em 27/02/2019.
- 2- Cronograma: "CRONOGRAMA.pdf" e "CRONOGRAMA.docx", postados em 27/02/2019.
- 3- Modelo de TCLE atualizado: "TCLE.doc", postado em 27/02/2019.
- 4- Planilha orçamentária atualizada - versão editável, "Orçamento_CEP.doc", e versão não editável, "Orçamento_CEP.pdf", postados em 15/04/2019.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 3.168.590:

Solicita-se:

1. No TCLE:

1.1 Revisar o português. Há frases interrompidas prejudicando a compreensão e termos duplicados (Exemplo: "A sua participação se dará por meio de através de"). Há ainda uma sentença evidenciada em amarelo entre colchetes.

RESPOSTA: A frase com termos duplicados encontrava-se no 4º parágrafo e foi corrigida para: "A

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

sua participação se dará por meio de um questionário que você deverá responder [...]". O trecho entre colchetes, localizado no 4º parágrafo, também foi corrigido e retirados a marcação em amarelo e os colchetes.

ANÁLISE: as correções solicitadas foram realizadas. PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2 Observar que, se as participantes da pesquisa serão gestantes e nutrizes, a redação deverá ser "a senhora..." ao invés de "o(a) senhor(a)..." Adequar ao longo de todo o texto do documento.

RESPOSTA: Todos os trechos com "o(a) senhor(a)..." localizados nos parágrafos 1º, 3º, 5º, 7º e 10º foram trocados para "a Senhora", tendo em vista o público alvo da pesquisa de apenas mulheres.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.3 Após inserir os riscos da participação na pesquisa, mencionar maneiras de minimizá-los, conforme descrito no projeto.

RESPOSTA: A esse trecho foram adicionadas as seguintes informações: "Contudo, com objetivo de minimizá-los, informamos que o seu nome não aparecerá, ainda, caso durante a entrevista alguma pergunta cause incômodo a senhora pode se recusar a responder sem que haja prejuízo ou danos."

ANÁLISE: a correção solicitada foi realizada. PENDÊNCIA ATENDIDA

1.4 Inserir os benefícios diretos da participação na pesquisa.

RESPOSTA: Foram adicionadas as seguintes informações ao quinto parágrafo: "estará contribuindo para o entendimento dos benefícios do programa Bolsa Família em relação ao cumprimento das condicionalidades propostas pelo PBF e dos efeitos que o benefício produz na saúde das gestantes, nutrizes e seus respectivos filhos."

ANÁLISE: esses não são benefícios diretos às participantes. Benefícios diretos seriam a orientação nutricional da participantes, por exemplo. Entende-se que a pesquisadora não contempla qualquer benefício direto com a participação na pesquisa. PENDÊNCIA ATENDIDA

1.5 Inserir um número de telefone para ligações a cobrar, uma vez que o telefone do Departamento de Nutrição disponibilizado no TCLE não recebe ligações a cobrar. Retirar ainda a restrição de horário para ligações.

RESPOSTA: No sétimo parágrafo, o telefone do Departamento de Nutrição foi retirado e acrescentado o seguinte número: (61) 981239710, disponível inclusive para ligação a cobrar, sem

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.259.467

restrições de horário.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.6 Numerar as páginas do TCLE para preservar a integridade do documento (Exemplo: página 1 de 2; página 2 de 2). RESPOSTA: No Rodapé das páginas foram adicionadas as numerações. ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.7 Inserir campo para rubricas do pesquisador e participante da pesquisa na primeira página do TCLE.

RESPOSTA: No Rodapé da primeira página foram adicionados dois campos para rubricas do pesquisador e do participante da pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

1.8 Fazer constar no TCLE a aprovação também pelo CEP-FEPECS. Ver modelo de TCLE na página WEB do CEP/FS.

RESPOSTA: No nono parágrafo consta o trecho de aprovação pelo CEP-FEPECS: "Além disso, como a Secretaria de Estado de Saúde é coparticipante desta pesquisa, este projeto também foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante de pesquisa também podem ser obtidas por meio do telefone: 61) 2017 2132 ramal 6878 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. O orçamento apresentado no projeto da Plataforma Brasil e o orçamento anexado não apresentam o mesmo valor final. Uniformizar.

RESPOSTA: Anexado novo orçamento.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

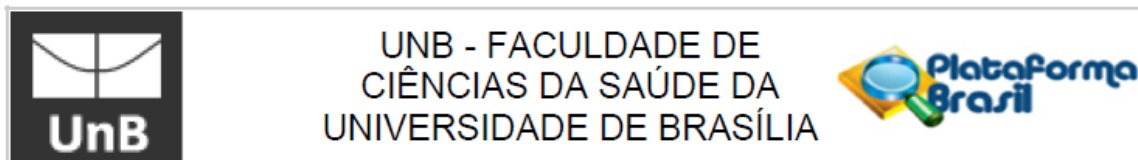
3. Caso a resposta às pendências apontadas se atrase, revisar o cronograma, prevendo o início do pré-teste do instrumento para período posterior à aprovação pelo CEP.

RESPOSTA: Anexado novo Cronograma com os ajustes necessários.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

4. Solicita-se reinserir a Secretaria de Saúde do DF como instituição coparticipante, com o cuidado

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro	
Bairro: Asa Norte	CEP: 70.910-900
UF: DF	Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947	E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.259.467

de vinculá-lo ao CEP-FEPECS, para que uma vez que o projeto seja aprovado, seja replicado automaticamente via Plataforma Brasil para apreciação por aquele CEP.

RESPOSTA: O Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/ FEPECS/ SES/ DF foi vinculado ao projeto ao adicionar a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde como instituição coparticipante na página 5 da Plataforma Brasil.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

Todas as pendências foram atendidas.

Não há óbices éticos para a realização do presente protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

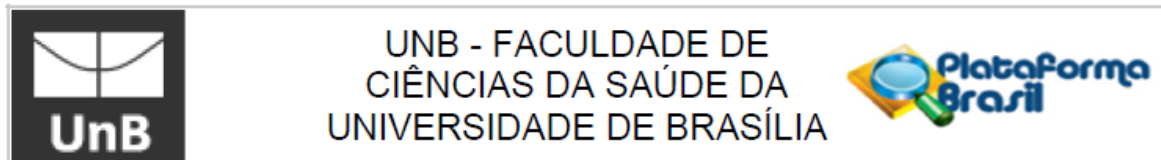
Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1249443.pdf	27/02/2019 16:30:16		Aceito
Outros	CartaRespPendenciasCEPFS.doc	27/02/2019 16:27:29	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	27/02/2019 15:14:29	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	27/02/2019 15:13:10	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/02/2019 14:53:56	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	Curriculo_RodrigoPdeToledoVianna.pdf	21/01/2019 14:18:57	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Impacto_do_PBF.docx	20/01/2019 15:27:14	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Impacto_do_PBF.pdf	20/01/2019 15:26:39	MURIEL BAUERMANN	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Continuação do Parecer: 3.259.467

Investigador	Projeto_Impacto_do_PBF.pdf	20/01/2019 15:26:39	GUBERT	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoCEP.pdf	20/01/2019 15:17:46	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	termoDeConcessao_chamada13_2017.pdf	20/01/2019 15:15:59	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermRespCompromPesq_Muriel.pdf	20/01/2019 15:15:29	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMOCOMPPEQ.pdf	18/01/2019 22:53:41	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto.docx	18/01/2019 22:45:02	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesq.doc	18/01/2019 14:02:15	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	CURRICULO_LauraMTDalava_.pdf	07/01/2019 19:51:38	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	CURRICULO_MurielBGubert_.pdf	07/01/2019 19:48:05	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI.docx	07/01/2019 19:36:27	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_SAOSEBASTIAO.pdf	07/01/2019 19:35:15	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_PARANOA.pdf	07/01/2019 19:35:03	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_ITAPOA.pdf	07/01/2019 19:34:52	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_VARJAO.pdf	07/01/2019 19:34:32	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TAI_RF22.pdf	07/01/2019 19:34:18	MURIEL BAUERMANN	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.259.467

Justificativa de Ausência	TAI_RF22.pdf	07/01/2019 19:34:18	GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_RF2.pdf	07/01/2019 19:33:18	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_ESTRUTURAL.pdf	07/01/2019 19:33:02	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_CEILANDIA.pdf	07/01/2019 19:32:51	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	30/12/2018 11:14:52	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.doc	15/04/2019 10:59:36	Marie Togashi	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.pdf	15/04/2019 10:59:49	Marie Togashi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

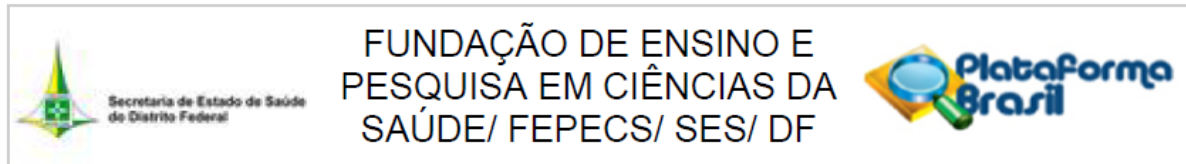
Não

BRASILIA, 15 de Abril de 2019

**Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))**

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com

Anexo B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE DO BINÔMIO MÃE E FILHO ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA

Pesquisador: MURIEL BAUERMANN GUBERT

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06376819.7.3001.5553

Instituição Proponente: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.398.453

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde/UnB

Objetivo da Pesquisa:

1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do Programa Bolsa Família na saúde das mulheres e dos seus respectivos filhos, que recebem o benefício variável destinado às gestantes e nutrizes, em comparação com aquelas que não recebem, em Brasília.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Comparar o número de consultas pré-natal entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 2- Comparar o mês de início do pré-natal entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 3- Comparar o comparecimento a atividades educativas sobre amamentação e alimentação saudável entre as mulheres que recebem o benefício para as gestantes e as que não recebem;
- 4- Comparar o ganho de peso gestacional, peso ao nascer, redução de peso pós-parto entre os grupos de estudo;
- 5- Avaliar e comparar a prática de aleitamento materno exclusivo e do uso de fórmulas infantis

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

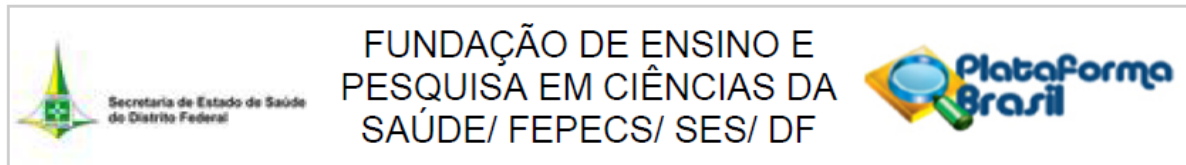
Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.398.453

durantes os 6 primeiros meses de vida da criança entre os grupos de estudo;

6- Medir e comparar as ocorrências de infecção respiratória aguda, otite, diarreia e internação hospitalar das crianças menores de seis meses entre os grupos de estudo;

7- Estimar e comparar a situação de insegurança alimentar familiar entre os grupos de estudo;

8- Aferir a qualidade da alimentação das mulheres no período de gestação e amamentação e confrontar os resultados entre os grupos de estudo;

9- Verificar e comparar a frequência de consumo de alimentos ultra processados pelas gestantes e das nutrizes entre os grupos de estudo;

10- Medir e comparar o desenvolvimento infantil das crianças até o sexto mês de vida entre os grupos de estudo de Brasília;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa os riscos estão relacionados à possibilidade de constrangimento ao responder algum item do instrumento de pesquisa sobre as práticas de alimentação da criança. No entanto, de maneira a minimizá-lo será enfatizada que a participação é voluntária e sigilosa, não sendo divulgados qualquer forma de identificação dos participantes. Ainda, o participante tem a liberdade de recusar-se ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, em qualquer questão que lhe traga constrangimento, sem nenhuma penalização.

A presente proposta de pesquisa deverá trazer importantes subsídios para os tomadores de decisão sobre os impactos do Programa Bolsa Família, especificamente do benefício variável destinado a gestantes e nutrizes, sobre o atendimento às condicionalidades e, além disso, dos efeitos que o benefício produz na saúde das mulheres e seus respectivos filhos.

Este resultado é especialmente importante por se tratar de um grupo vulnerável e que sobrecarrega o sistema de saúde com muitas demandas que poderiam ser diminuídas com, por exemplo, maior e melhor atendimento às consultas pré-natal e conhecimento de opções saudáveis de alimentação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal com duas amostras representativas de gestantes e nutrizes com filhos até seis meses de idade, elegíveis para o recebimento do benefício variável do Programa Bolsa Família do município de Brasília-DF.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

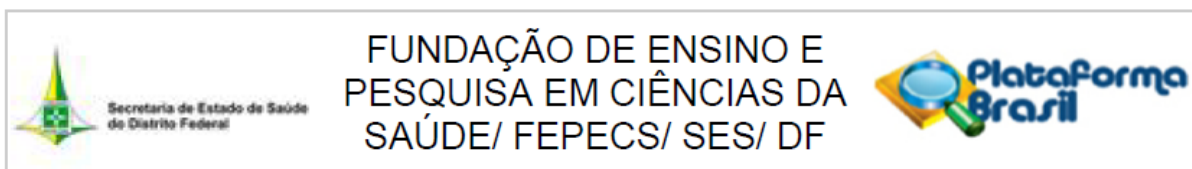
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.398.453

Amostra: 311 mulheres (50%) serão sorteadas aleatoriamente (sorteio simples) a partir da lista atualizada das beneficiárias dos benefícios destinados às gestantes e nutrizas da Secretaria de Desenvolvimento Social do Município. Outras 311 mulheres, que completarão a amostra desejada, serão selecionadas de acordo com a proximidade do seu local de residência com cada mãe sorteada aleatoriamente, atendendo o critério de estar grávida ou com filho menor de um ano, ter renda semelhante aos critérios de elegibilidade para receber o benefício do PBF, porém sem recebê-lo, de modo a compor um grupo comparável com o primeiro segundo características sociais e acesso a serviços de saúde. COLETA DOS DADOS

As entrevistas serão feitas nas residências das mulheres incluídas no estudo e serão coletadas informações das mulheres, de suas famílias e de seu(s) filho(s), quando estes já tiverem nascidos.

Todas as entrevistas serão realizadas por entrevistadores previamente treinados e será aplicado um questionário pré-codificado com questões fechadas. Os dados serão coletados com o auxílio de tablets com o registro digital imediato das informações coletadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos: carta resposta de pendências com as adequações solicitadas, termo de compromisso da pesquisadora, planilha de orçamento, TCLE, carta de encaminhamento ao CEP, TERMO DE ACEITAÇÃO DE APOIO FINANCEIRO - CNPQ A PROPOSTA DE NATUREZA CIENTÍFICA, TECNOLÓGICA E/OU DE INOVAÇÃO, currículo dos pesquisadores, TERMO DE CONCORDÂNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE - Itapoã, Paranoá, São Sebastião, Varjão, Riacho Fundo 2, Estrutural, Ceilândia.

Recomendações:

–

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

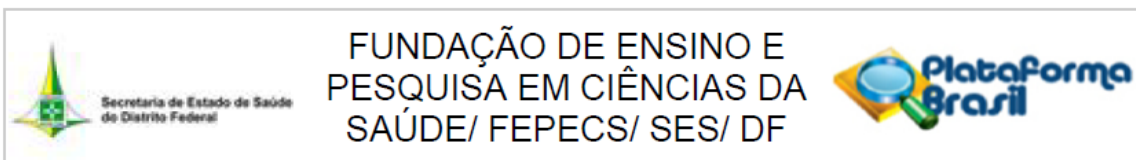
Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.398.453

projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1336542.pdf	22/05/2019 22:16:18		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTA_RESPOSTA.pdf	22/05/2019 22:15:30	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_VARJAO_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:16:53	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_SAOSEBASTIAO_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:16:05	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_RF2_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:15:49	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_RF2_2_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:15:28	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_PARANOIA_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:15:13	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_ITAPOA_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:14:49	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI ESTRUTURAL_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:14:38	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_CEILANDIA_Atualizado.pdf	22/05/2019 11:14:13	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

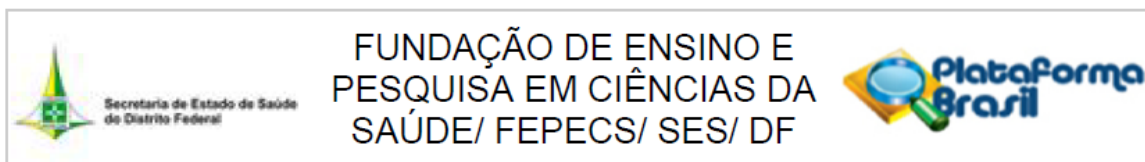
Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)2017-2127


E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.398.453


Outros	pendencia.pdf	02/05/2019 16:55:55	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	TERMO_COMP_PESQUISADOR.pdf	24/04/2019 11:49:17	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.pdf	15/04/2019 10:59:49	Marie Togashi	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.pdf	15/04/2019 10:59:49	Marie Togashi	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.doc	15/04/2019 10:59:36	Marie Togashi	Aceito
Outros	Orcamento_CEP.doc	15/04/2019 10:59:36	Marie Togashi	Aceito
Outros	CartaRespPendenciasCEPFS.doc	27/02/2019 16:27:29	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	27/02/2019 14:53:56	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	Curriculo_RodrigoPdeToledoVianna.pdf	21/01/2019 14:18:57	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Impacto_do_PBF.docx	20/01/2019 15:27:14	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Impacto_do_PBF.pdf	20/01/2019 15:26:39	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoCEP.pdf	20/01/2019 15:17:46	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	termoDeConcessao_chamada13_2017.pdf	20/01/2019 15:15:59	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto.docx	18/01/2019 22:45:02	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	CURRICULO_LauraMTDalava_.pdf	07/01/2019 19:51:38	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
Outros	CURRICULO_MurielBGubert_.pdf	07/01/2019 19:48:05	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TAI.docx	07/01/2019 19:36:27	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS**Bairro:** ASA NORTE**CEP:** 70.710-904**UF:** DF**Município:** BRASILIA**Telefone:** (61)2017-2127**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

FUNDAÇÃO DE ENSINO E
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF



Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 3.398.453

Ausência	TAI.docx	07/01/2019 19:36:27	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_SAOSEBASTIAO.pdf	07/01/2019 19:35:15	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_PARANOA.pdf	07/01/2019 19:35:03	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_ITAPOA.pdf	07/01/2019 19:34:52	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_VARJAO.pdf	07/01/2019 19:34:32	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_RF22.pdf	07/01/2019 19:34:18	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_RF2.pdf	07/01/2019 19:33:18	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_ESTRUTURAL.pdf	07/01/2019 19:33:02	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_CEILANDIA.pdf	07/01/2019 19:32:51	MURIEL BAUERMANN GUBERT	Aceito

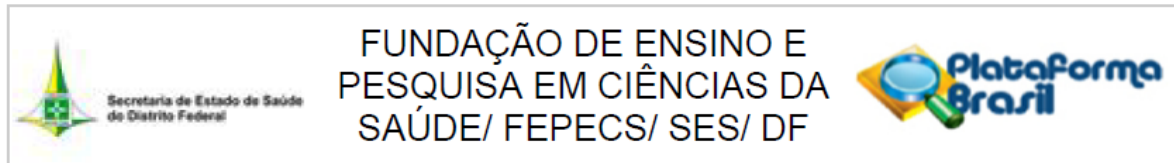
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.398.453

BRASILIA, 18 de Junho de 2019

Assinado por:
Marcondes Siqueira Carneiro
(Coordenador(a))

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)2017-2127

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com