

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE

**INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS MATERNS  
PERCEBIDOS PELAS MÃES SOBRE A FREQUÊNCIA  
DO ALEITAMENTO MATERNO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

SALETE DE MATOS

Porto Alegre, Brasil

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE

**INFLUÊNCIA DOS CUIDADOS MATERNS  
PERCEBIDOS PELAS MÃES SOBRE A FREQUÊNCIA  
DO ALEITAMENTO MATERNO**

SALETE DE MATOS

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre

Orientador: **Prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani**

Co-orientadora: **Prof<sup>a</sup>. Dra. Juliana Rombaldi Bernardi**

Porto Alegre, Brasil

2016

## CIP - Catalogação na Publicação

de Matos, Salete

Influência dos cuidados maternos percebidos pelas mães sobre a frequência do aleitamento materno / Salete de Matos. -- 2016.

128 f.

Orientadora: Marcelo Zubaran Goldani.

Coorientadora: Juliana Rombaldi Bernardi.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. cuidados parentais. 2. aleitamento materno. 3. depressão materna. 4. estudos longitudinais. I. Zubaran Goldani, Marcelo, orient. II. Rombaldi Bernardi, Juliana, coorient. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO  
ADOLESCENTE**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

31 / maio / 2016

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Profa. Dra. Elsa Regina Justo Giugliani

Departamento de Pediatria e Puericultura/PPGSCA  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Maxciel Zortea

Departamento de Psicologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Simone Morelo Dal Bosco

Departamento de Nutrição / UFCSPA  
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador prof. Dr. Marcelo Zubaran Goldani pela oportunidade, confiança, compreensão, orientação prestada e por todo conhecimento compartilhado, me proporcionando crescimento científico e profissional.

À minha querida e sempre disponível co-orientadora prof<sup>ª</sup>. Dra. Juliana Rombaldi Bernardi, que esteve sempre presente, incentivando e dividindo todo seu conhecimento.

Ao prof. Dr. Clécio Homrich da Silva que foi a primeira pessoa do grupo que respondeu ao meu contato e a última que conheci pessoalmente.

A todos os participantes do grupo, aquelas que já passaram e àquelas que ainda estão presentes. As pós-graduandas por dividirem seus conhecimentos, pela amizade construída, e as meninas de iniciação científica pelas parceiras das coletas, nos caminhos rurais de Porto Alegre.

Aos meus amados filhos, Eduardo, Lucas e Júlia, que sempre me incentivaram, e, foi por vocês que nunca desisti.

Aos meus pais, irmãos e irmãs, que sempre de uma forma ou de outra estiveram presente nesta jornada, aos meus queridos sobrinhos, em especial ao André Luiz que sempre quis ouvir as minhas explicações sobre este trabalho.

Em especial ao meu companheiro de mais de 25 anos, que sempre esteve presente nos momentos bons e nos mais estressantes destes últimos dois anos de mestrado, sempre me dando o suporte necessário para seguir em frente.

Muito obrigada!

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a influência dos cuidados maternos percebidos pelas mães sobre a frequência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, aos 3 e 6 meses de vida da criança em uma amostra expostas a diferentes ambientes intrauterinos.

**Métodos:** Estudo observacional longitudinal, utilizando uma amostra de conveniência de mães e seus recém-nascidos, no qual os grupos foram classificados de acordo com as exposições maternas ocorridas no período gestacional, como diabetes *mellitus*, tabagismo ou desfecho do recém-nascido, como pequeno para idade gestacional, além de um grupo controle. Para algumas análises, os grupos em estudo foram subdivididos em grupo de condições intrauterinas adversas e grupo controle. A amostra foi selecionada em três hospitais de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, no período de 2011 a 2015. As mães e seus recém-nascidos foram avaliados ao nascimento, 7 e 15 dias, primeiro, terceiro e sexto mês de vida da criança. O aleitamento materno e o aleitamento materno exclusivo foram avaliados desde a entrevista do 15º dia até a entrevista do sexto mês de vida. Os questionários *Parental Bonding Instrument (PBI)*, que avalia a percepção dos cuidados maternos e *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*, que avalia a presença de sintomas depressivos após o parto, foram autoaplicados na entrevista do terceiro mês. Os testes utilizados foram ANOVA com *post hoc de Tukey*, teste *Kruskal-Wallis* com *post hoc de Dunn*, ANOVA de duas vias, ANCOVA e a Regressão de *Poisson*. As análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 18.0. **Resultados:** A amostra foi composta de 212 duplas mãe/criança, 40 no grupo de mães com diabetes *mellitus*, 55 no grupo de tabagistas, 21 no grupo de nascidos pequenos para idade gestacional e 96 no grupo controle. A associação entre cuidado materno e amamentação entre os grupos em estudo mostrou que as mães que não praticavam mais o aleitamento materno no 3º mês de vida da criança apresentaram maiores escores na percepção de proteção e menores escores na percepção de cuidados maternos do que aquelas crianças que estavam em aleitamento materno exclusivo ( $p=0,038$ ;  $p=0,017$ , respectivamente). O grupo controle apresentou maior escore na percepção de cuidados e menor escore na percepção de proteção materna em relação ao grupo de ambientes intrauterinos adversos ( $p=0,005$ ,  $p=0,049$ , respectivamente). Em relação aos resultados da análise de regressão de *Poisson* entre amamentação, grupos, *PBI* e *EPDS* os dados mostram que, a cada um ponto a mais no protocolo de *EPDS*, o risco de não amamentar até 3 meses aumenta em 10,4% e até os 6 meses aumenta em 4,7% ( $p<0,001$  e 0,004, respectivamente). Em relação ao aleitamento materno exclusivo, a cada um ponto a mais no protocolo de *EPDS*, o risco de não amamentar até 6 meses aumenta em 5,4% ( $p=0,002$ ). As puérperas que perceberam restrição de carinho de suas mães aos 6 meses, apresentaram risco de 2,42% em relação à categoria de cuidado ótimo para não amamentar. Aquelas mães que perceberam suas mães como negligentes, apresentaram tendência de maior risco de 2,53% em relação à categoria de cuidado ótimo para não amamentar aos 6 meses de vida da criança. **Conclusão:** Os achados deste estudo sugerem que o estilo parental de baixo cuidado e de superproteção percebidos durante a infância, interfere na frequência do aleitamento materno e leva a sintomas depressivos após o parto. Demonstram, ainda, que os sintomas depressivos maternos após o parto influencia na frequência da amamentação.

**Palavras-chave:** diabetes *mellitus*, tabagismo, recém nascido pequeno para idade gestacional, cuidados parentais, depressão materna, estudos longitudinais.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the influence of maternal care perceived by mothers on the frequency of breastfeeding and exclusive breastfeeding at 3 and 6 months of the child's life in a sample exposed to different intrauterine environments.

**Methods:** A longitudinal observational study used a convenience sample of mothers and their newborns. They were classified according to maternal exposure occurring during pregnancy, such as diabetes mellitus, smoking or outcome newborn, the small for gestational age, and a control group. For some analyzes, the study groups were divided into two groups: the group of adverse intrauterine conditions and control group. The recruitment of participants was in three hospitals in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil, from 2011 to 2015. The mothers and their newborns were evaluated at the newborns birth, 7 and 15 days, first, third and sixth month of child's life. Breastfeeding and exclusive breastfeeding was evaluated from the 15th day to the sixth month of life, through questionnaires. The Parental Bonding Instrument questionnaires (PBI), which evaluates the perception of maternal care and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), to assess the presence of depressive symptoms after delivery, were self-administered in the third month interview. The statistical tests used were ANOVA one-way with post hoc Tukey, Kruskal-Wallis test with post hoc Dunn, The two-way ANOVA, ANCOVA test and Poisson regression. Analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences version 18.0. **Results:** The sample was composed of 212 mothers with their child, 40 pairs in the diabetes mellitus group, 55 in the smokers group, 21 in small for gestational age group and 96 in the control group. The association between maternal care and breastfeeding among study groups showed that mothers who no longer practiced breastfeeding in the 3rd month of the child's life had higher scores in the perception of protection and lower scores in the perception of maternal care than those children who were in exclusive breastfeeding ( $p = 0.038$ ,  $p = 0.017$ , respectively). The control group had higher scores of perceived care and lower perception of maternal protection in relation to the adverse intrauterine environment group ( $p=0.005$ ,  $p=0.049$ , respectively). Regarding the results of the Poisson regression analysis between breastfeeding groups, PBI, and EPDS data show that each additional point on the EPDS protocol, the risk of not breastfeeding up to 3 months increased by 10.4% and up 6 months increases by 4.7% ( $p < 0.001$  and  $0.004$ , respectively). Compared with exclusive breastfeeding, each additional point on the EPDS protocol, the risk of not breastfeeding up to 6 months increased by 5.4% ( $p = 0.002$ ). The mothers realized that restriction affection from their mothers at 6 months had a risk of 2.42% compared to the great care category to not breastfeed. Those mothers who perceived their mothers as negligent tended to increase the risk of 2.53% compared to the great care category for not breastfeeding at 6 months of child's life. **Conclusion:** The findings of this study suggest that low care and overprotection parenting style perceived during childhood, interfere with the frequency of breastfeeding and leads to depressive symptoms after delivery. They also demonstrated those maternal depressive symptoms after birth influences breastfeeding frequency.

**Keywords:** diabetes mellitus, smoking, small for gestational age, parental care, maternal depression, longitudinal studies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Relação entre estilos parentais proposto por Parker, Tupling e Brown, 1979 .....	17
<b>Figura 2</b> - Fluxograma - IVAPSA, Setembro-2011 a Agosto-2015.....	32
<b>Figura 3</b> - Gráfico de médias ajustadas entre <i>PBI</i> , Grupos e <i>EPDS</i> .....	40
<b>Figura 4</b> - Gráfico de médias ajustadas entre <i>PBI</i> , Grupos e <i>EPDS</i> .....	40

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características Sociodemográficas e perinatais maternas entre os grupos em e estudo.....	34
<b>Tabela 2</b> – Associação entre a percepção de cuidado e proteção ( <i>PBI</i> ), e amamentação aos 3 meses .....	37
<b>Tabela 3</b> - Associação entre <i>EPDS</i> e amamentação aos 3 meses .....	38
<b>Tabela 4</b> – Médias ajustadas entre <i>PBI</i> , grupos e <i>EPDS</i> .....	39
<b>Tabela 5</b> – Relação entre percepção de cuidado ( <i>PBI</i> ), grupos e variáveis associadas ..	42
<b>Tabela 6</b> – Relação entre percepção de proteção ( <i>PBI</i> ), grupos e variáveis associadas ..	43
<b>Tabela 7</b> - Regressão entre a Amamentação, <i>EPDS</i> e <i>PBI</i> e grupos aos 3 e 6 meses ...	45

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIG – Peso Adequado para a Idade

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

AMT – Aleitamento Materno Total

CPC – Centro de Pesquisa Clínica

CTL - Controle

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM – Diabetes *Mellitus*

DMG – Diabetes *Mellitus* Gestacional

DP – Desvio Padrão

DOHaD – *Developmental Origins of Health and Disease*

EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IMC – Índice de Massa Corporal

IMCpg – Índice de Massa Corporal Pré-Gestacional

IVAPSA – Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida

MS - Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBI – *Parental Bonding Instrument*

PIG – Pequeno para Idade Gestacional

PP – Pós-parto

RCIU – Restrição de Crescimento Intra Uterino

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TAB - Tabagista

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	10
2.1 Ambiente Intrauterino.....	10
2.2 Diabetes <i>Mellitus</i> .....	11
2.3 Tabagismo .....	12
2.4 Pequeno para Idade Gestacional.....	14
2.5 Cuidado Parental.....	15
2.6 Depressão Materna .....	18
2.7 Aleitamento Materno.....	19
3 JUSTIFICATIVA .....	21
4 OBJETIVOS .....	22
4.1 OBJETIVO GERAL.....	22
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
5.1 Delineamento da Pesquisa .....	23
5.2 População e Amostra .....	23
5.2.1 Local do Estudo .....	23
5.2.2 Critérios de Inclusão.....	24
5.2.3 Critérios de Exclusão.....	24
5.2.4 Amostra .....	24
5.2.5 Efeito da Amostra .....	25
5.3 Logística do estudo.....	25
5.4 Variáveis em estudo.....	27
5.4.1 Desfecho .....	27
5.4.2 Exposição.....	27
5.4.3 Covariáveis .....	27
5.5 Instrumentos .....	27
5.5.1 <i>Parental Bonding Instrument (PBI)</i> .....	27
5.5.2 <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> .....	28
5.5.3 Aleitamento Materno.....	29
6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	30
6.1 Qualidade dos Dados.....	30

6.2 Análises Estatísticas .....	30
7 ASPECTOS ÉTICOS .....	31
8 RESULTADOS .....	32
9 DISCUSSÃO .....	46
10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	51
11 PONTOS FORTES DO ESTUDO .....	52
12 CONCLUSÕES .....	53
REFERÊNCIAS .....	54
ARTIGO-INGLÊS.....	67
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
APÊNDICE B – Questionário de Pós-parto .....	88
APÊNDICE C – Questionário de 7 dias.....	98
APÊNDICE D – Questionário de 15 dias.....	103
APÊNDICE E – Questionário de 1 mês .....	111
APÊNDICE F – Questionário de 3 meses .....	117
APÊNDICE G – Questionário de 6 meses .....	128
ANEXO A: Questionário <i>PBI</i> .....	129
ANEXO B: Questionário <i>EPDS</i> .....	130

## 1 INTRODUÇÃO

O ambiente intrauterino e o ambiente extrauterino podem produzir níveis distintos de suscetibilidade a doenças ao longo do ciclo vital (BENYSHEK, 2007; HEIJMANS *et al.*, 2008; BORGELT *et al.*, 2015; DOLAN *et al.*, 2015; FRICK *et al.*, 2016; TOMLINSON *et al.*, 2015).

Evidencia-se que o estilo de ligação parental e experiências adversas na infância, como menor cuidado e superproteção (controle sem afeto) dos pais, aumentam o risco de doenças crônicas na vida adulta (PRETTY *et al.*, 2013; SUZUKI *et al.*, 2013; MAHEDY *et al.*, 2014; Al-SHAWI e LAFTA, 2015; ANNO *et al.*, 2015).

Além disso, fatores adversos maternos, como tabagismo, depressão e diabetes *mellitus*, poderiam interagir com essas condições, influenciando o tempo de aleitamento materno negativamente (KAUFMANN *et al.*, 2012; HERSKIN *et al.*, 2016; YUSUFF *et al.*, 2015).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Ambiente Intrauterino

O ambiente intrauterino é reconhecido por sua importante contribuição para a saúde e à predisposição para doenças ao longo da vida, com influências de fatores genéticos e ambientais, que dificultam o alcance do potencial genético de crescimento fetal e na idade adulta, podendo levar a doenças metabólicas crônicas e doenças cardiovasculares (BARKER *et al.*, 2005; ERIKSSON *et al.*, 2006; SEDAGHAT *et al.*, 2015).

A relação entre fatores genéticos e ambientais é objeto de estudo do campo de investigação “Origens Desenvolvimentistas da saúde e da doença” (DOHaD). DOHaD

dedica-se a investigar as influências de determinados fatores ambientais ocorridos na vida fetal ou nas fases iniciais da vida extrauterina e o surgimento de doenças crônicas ao longo da vida (BARKER, 2004; SILVEIRA *et al.*, 2007).

Como um dos fatores comportamentais extrauterinos, destaca-se os cuidados maternos recebidos na infância. Estudos com gestantes que perceberam suas mães como negligentes e com excesso de controle, tiveram alta prevalência de transtorno de ansiedade e depressão (KITAMURA *et al.*, 1994; CASTELLI *et al.*, 2015). Além disso, a presença de sintomas depressivos maternos durante a gestação é uma condição que expõe a criança a situações adversas (PIZETA *et al.*, 2013), como nascimento prematuro, baixo peso e crescimento ao nascer e menor desenvolvimento cognitivo (NASREEN *et al.*, 2013; ATIF *et al.*, 2015). As mulheres com depressão no pré-natal apresentaram risco maior de depressão após parto (SILVA *et al.*, 2012; PAULSON *et al.*, 2016).

## 2.2 Diabetes *Mellitus*

Estima-se que a população mundial com diabetes *mellitus* (DM) seja de 382 milhões de indivíduos e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Este aumento ocorre em virtude do envelhecimento e crescimento da população, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM (CHO, *et al.*, 2013; SBD, 2015).

No Brasil, a prevalência de DM varia conforme a idade da amostra estudada. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) estimou que 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, equivalendo um contingente de 9,1 milhões de pessoas. As mulheres apresentaram maior proporção de relato de diagnóstico de diabetes em comparação aos homens (IBGE, 2015).

Os tipos mais frequentes de DM são: do tipo 1 (DM1), do tipo 2 (DM2) e DM Gestacional (DMG), e estão relacionados com complicações maternas e fetais (MEDINA *et al.*, 2013; BRAZ *et al.*, 2014; AMARAL *et al.*, 2015; LIU *et al.*, 2015).

A prevalência de DMG varia entre populações e está ao redor de 1 e 14%, dependendo dos critérios de etnia e de diagnóstico (SBD, 2015).

É crescente o número de mulheres com gestações complicadas devido à obesidade e à DM (DABELEA *et al.*, 2008). Os riscos dos resultados adversos durante a gravidez em gestantes diabéticas podem ser reduzidos em acompanhamento de pré-natal a fim de alcançar o controle glicêmico durante a organogênese e um controle do peso adequado (MITROVIC *et al.*, 2014; SOUSA *et al.*, 2015).

Estudos com adolescentes com DM1 demonstram que os pais com a percepção de mais autonomia e apoio em sua adolescência se envolvem mais com as atividades de seus filhos e têm maior grau de controle parental (GRAUE *et al.*, 2005; HANNA *et al.*, 2013).

Investigação com objetivo de avaliar o papel do cuidado parental e superproteção na patogênese da angustia sexual em mulheres com DM1 concluiu que as mulheres com DM1 tiveram maior cuidado materno e menor superproteção materna (parentalidade ideal) quando comparadas com as mulheres sem DM1. Quando analisado as mulheres com DM1 e com angustia sexual, foi encontrado baixo cuidado materno e alta superproteção (controle sem afeto) quando comparadas com as mulheres DM1 sem angustia sexual (BARGIOTA *et al.*, 2013).

### 2.3 Tabagismo

No Brasil, 200 mil óbitos ocorrem por ano devido ao tabagismo. O percentual de fumantes vem diminuindo nas últimas décadas devido a inúmeras ações desenvolvidas. Em

2008, havia 18,5% de fumantes na população acima de 18 anos, em 2013, este percentual estava em 14,7% (IBGE, 2015). Segundo a pesquisa Vigitel, realizada nas 26 capitais brasileiras e Distrito Federal com adultos maiores de 18 anos, em 2014, 10,8% desta população apresentavam-se fumantes, sendo 9% destes, mulheres (BRASIL, 2014).

A alta prevalência do fumo ativo e passivo em mulheres gestantes (BARROS *et al.*, 2005; ZHANG *et al.*, 2011; BERTANI *et al.*, 2015) ainda é um problema de saúde para o feto em desenvolvimento e para a criança, bem como para a mãe. O fumo está associado com o aumento do risco de aborto espontâneo (PINELES *et al.*, 2014; ZHOU *et al.*, 2014), doenças respiratória (NEUMAN *et al.*, 2012), nascer pequeno para idade gestacional (PIG) (ZAMBONATO *et al.*, 2004) e o aumento de morbidades na infância (WOLD e ADLERBERTH, 2000; WRIGHT, 2011). Aumento do risco de atraso no desenvolvimento neurológico e pior função cognitiva na infância (CHEN *et al.*, 2013).

A exposição ao fumo passivo e a depressão parental foram associadas significativamente ao diagnóstico de *déficit* de atenção e distúrbio de comportamento entre pré-escolares, mesmo após ajustes para outros fatores (BAUER *et al.*, 2015). Além disso, a exposição ao fumo passivo foi associada positivamente com saúde mental, transtorno de conduta, depressão, ansiedade e hiperatividade em crianças e adolescentes de 8 a 15 anos (BANDIERA *et al.*, 2011), e, na gestante, foi associado a sintomas depressivos após o parto (KHAN *et al.*, 2015).

A exposição fetal ao tabagismo dos pais pode ter impacto de longo prazo sobre o desenvolvimento de doença na idade adulta, como no estudo de Bao *et al.*, (2016), em que o tabagismo materno durante a gestação foi associado com maior risco de DMG na filha.

Estudos relatam que um dos fatores de risco que afetam a gravidade dos sintomas depressivos na gestação é o uso do tabaco (AKTAS E CALIK, 2015; COLEMAN-COWGER *et al.*, 2016).

## 2.4 Pequeno para Idade Gestacional

O peso ao nascer é considerado um dos principais indicadores de saúde e de crescimento fetal, pois reflete as condições de saúde materna e a suas repercussões sobre o ambiente intrauterino (O'CONNOR *et al.*, 2013). Contudo, não há consenso sobre os termos pequeno para a idade gestacional (PIG) e a restrição de crescimento intrauterino (RCIU), que são definidas de formas diferentes. Uma criança é considerada PIG quando o peso ao nascer, é menor do que o peso limite indicado, muitas vezes o percentil 10 da curva de referência, independentemente da origem do baixo peso (EGO, 2013; MAYER e JOSEPH, 2013). É um método simples e objetivo de diagnosticar, em geral, não apresenta um risco perinatal, e parece simplesmente indicar que a criança é pequena (VAYSSIERE *et al.*, 2015). Porém, nos últimos tempos, vem sendo observada associação entre o baixo peso ao nascer e o excesso de peso na infância (SIMON *et al.*, 2009), bem como indivíduos que apresentam mais problemas comportamentais e de saúde mental (DAHL *et al.*, 2006; AARNOUDSE-MOENS *et al.*, 2009; GALLO *et al.*, 2011).

O termo PIG não é sinônimo de restrição, RCIU geralmente correspondem a uma criança PIG associada a um crescimento anormal, não atingindo seu potencial de crescimento devido a um mecanismo patológico (EGO, 2013), a placenta, o feto e o líquido amniótico estarão com o crescimento restrito (VAYSSIERE *et al.*, 2015) e está associado à alta taxa de morbimortalidade fetal e neonatal (FIGUERAS e GARDOSI, 2011; MOREIRA NETO *et al.*, 2011; GRATACÓS e FIGUERAS, 2015), assim como comprometimento no desenvolvimento neurológico (VON BECKERATH *et al.*, 2013), a maioria dos casos de RCIU não é detectada no pré-natal (FIGUERAS E GARDOSI, 2011).

O crescimento intrauterino inadequado é influenciado por fatores etiológicos, maternos, fetais e placentários (MOREIRA NETO *et al.*, 2011), como baixo nível

socioeconômico, tabagismo materno, estatura materna, pré-natal de baixa qualidade (ZAMBONATO *et al.*, 2004), altura e peso no início da gravidez, paridade, origem étnica (VAYSSIERE *et al.*, 2015), hipertensão, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP (*hemolytic, elevated liver, low platelet*), diabetes gestacional (VON BECKERATH *et al.*, 2013). Assim como, depressão, ansiedade, síndrome do pânico, também foram associados à RCIU (CIESIELSKI *et al.*, 2015).

## 2.5 Cuidado Parental

O tipo de relacionamento que os pais estabelecem com seus filhos durante a infância é estudado no aspecto da sua possível influência no desenvolvimento psicológico e, quando a relação não é adequada, estudos sugerem o possível fator de risco para distúrbios psicopatológicos na vida adulta (GAU e CHANG, 2013; FREEZE *et al.*, 2014; MEITES, 2015).

As estratégias e técnicas utilizadas pelos pais para orientar o comportamento dos filhos são denominadas como “práticas educativas parentais” e o conjunto dessas práticas denomina-se estilo parental (SAMPAIO E CATARINA, 2007). Esse conceito compõe o modo como os pais gerenciam as questões de poder, hierarquia e apoio emocional no relacionamento com os filhos. O estilo parental constitui o conjunto de atitudes dos pais que cria um clima emocional em que se expressam os comportamentos dos pais, os quais incluem as práticas parentais e outros aspectos da interação pais-filhos (DARLING e STEINBERG, 1993).

Além dos estilos parentais influenciarem em diversos aspectos no desenvolvimento dos filhos, os mesmos podem determinar o estilo parental que os filhos vão adotar futuramente, havendo uma transmissão intergeracional de estilos parentais (WEBER *et al.*, 2004).

A maneira como a relação entre pai e mãe é percebida mutuamente se reflete no cotidiano interacional da família, tendo consequências no tipo de cuidado recebido pelas crianças. O cuidado parental é estimulado e modelado pelo tipo de interação entre os pares e pelos papéis que cada um assume. Ambos os progenitores contribuem diretamente para o desenvolvimento infantil e têm como principal função prover um meio para o desenvolvimento das competências sócio-cognitivas da criança (GEARY e FLINN, 2011).

Os pais desempenham um papel crítico em auxiliar seus filhos adolescentes e adultos jovens a dominar as tarefas de seu período de desenvolvimento. A maneira como percebem o cuidado parental ideal pode revelar modelos que ajudam a guiar o comportamento e representam metas que os genitores poderiam almejar em um domínio específico da criação dos filhos (PRADO *et al.*, 2007).

Parker e colaboradores (1979) revelam dois estilos parentais: Cuidado (afeição e carinho x indiferença e rejeição) e Superproteção (controle x autonomia).

Com base em pesquisas anteriores, os autores combinaram os escores de cuidados e proteção parentais como representação de vários estilos parentais. Estes foram descritos como:

- 1) Controle sem afeto: baixa pontuação de cuidados maternos e altas pontuações de proteção materna;
- 2) Parentalidade negligente: baixo cuidado e baixa proteção;
- 3) Restrição de carinho: alto cuidado e alta proteção;
- 4) Parentalidade ideal: alto cuidado e baixa proteção.

O controle sem afeto é o estilo parental mais disfuncional e prejudicial, que é susceptível de provocar incompetências interpessoais na vida adulta (BOWLBY, 1988).

Estudo com um grupo de gestantes que perceberam controle sem afeto de seus pais revelou que estas gestantes eram seis vezes mais suscetíveis a serem diagnosticadas com um

transtorno de ansiedade e quase sete vezes mais a serem diagnosticadas com transtorno de depressão após o parto (GRANT *et al.*, 2012).

O estilo parental negligente refere-se aos pais que não se envolvem com seus papéis de pais e, a longo prazo, os componentes do papel parental tendem a diminuir cada vez mais, às vezes a desaparecer, até restar uma mínima relação funcional entre pais e filhos (MANFROI *et al.*, 2011). Sentimento de insegurança, vulnerabilidade e dificuldade nos relacionamentos sociais acabam sendo gerados por esta negligência. Estudos sugerem que o estilo parental negligente na infância são fatores de risco para transtornos psicológicos e psiquiátricos na vida adulta (YOUNG *et al.*, 2011; EIKENAES *et al.*, 2015).

O comportamento de restrição de carinho foi associado a um estilo de ligação materna, como o transtorno de ansiedade (COCK e SHEVLIN, 2014). Já, a parentalidade ideal ou cuidado ótimo, isto é, maior cuidado parental, foi associada a menor sintomatologia depressiva e transtornos mentais (ALMEIDA *et al.*, 2010; MORGAN *et al.*, 2012).

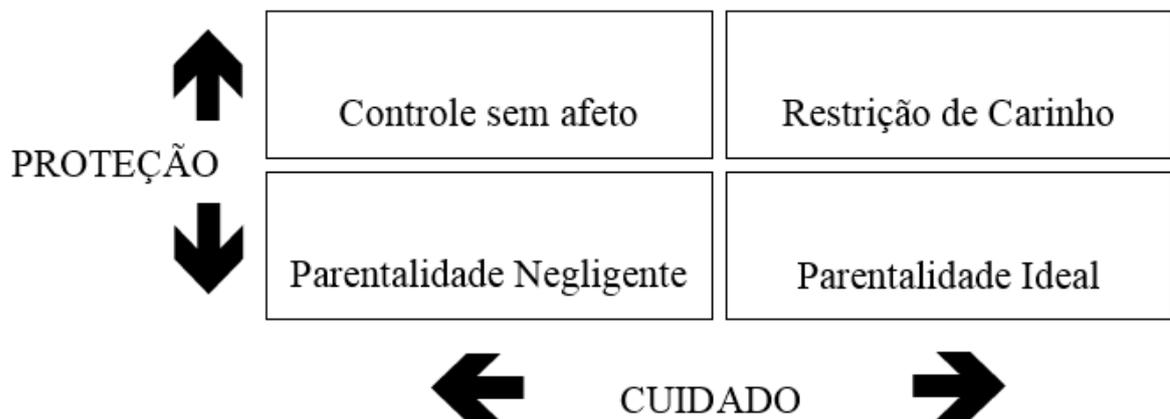


Figura 1: Relação entre estilos parentais proposto por Parker, Tupling e Brown, 1979

## 2.6 Depressão Materna

Depressão é um transtorno mental no qual ocorre significativa alteração do humor, estando frequentemente associada à incapacidade funcional e ao prejuízo na qualidade de vida, em razão de sua sintomatologia caracterizada por tristeza, apatia, distúrbio do sono, irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração, da autoestima e da autoconfiança (MARCUS *et al.*, 2012; DIAS e BASEGGIO, 2014).

Evidencia-se que as mulheres são mais suscetíveis à depressão e à ansiedade, apresentando um risco duas vezes maior que os homens (OMS, 2009). No mundo, estima-se que 73 milhões de mulheres sofrem de depressão a cada ano, e, que em 13% delas, este transtorno mental ocorre no período de até um ano após o parto (WHO, 2015).

Estudo prospectivo de Grant e colaboradores (2012) mostrou que a percepção de cuidados maternos durante a infância está associada com sintomas de depressão e ansiedade durante o período perinatal e depressão no pós-parto.

A depressão materna é uma condição que expõe a criança a situações adversas (PIZETA *et al.*, 2013), impactando negativamente na interação mãe e bebê e no ambiente familiar (SCHWENGBER *et al.*, 2004; LOOSLI *et al.*, 2010), sendo, assim, um fator de risco que compromete o desenvolvimento psíquico e comportamental da criança (MIAN *et al.*, 2009; PIZETA *et al.*, 2013; CARLESSO *et al.*, 2014; DIAS e BASEGGIO, 2014).

Estudos encontraram forte associação com sintomas depressivos após o parto e menor tempo e interrupção do aleitamento materno, implicando em maior risco à saúde da criança (VITOLLO *et al.*, 2007; MACHADO *et al.*, 2014; CHOWDHURY *et al.*, 2015; YUSUFF *et al.*, 2015).

## 2.7 Aleitamento Materno

O aleitamento materno (AM) é a primeira prática alimentar a ser estimulada para a promoção da saúde, formação de hábitos alimentares saudáveis e prevenção de muitas doenças (LEVY e BÉRTOLO, 2008; OMS, 2009). É uma estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta (PONTES *et al.*, 2013).

O leite materno é um alimento que reúne as características nutricionais ideais para o crescimento e desenvolvimento da criança (MARQUES *et al.*, 2004; TINOCO *et al.*, 2007), suprimindo todas as necessidades nutricionais para que o crescimento do bebê seja mantido dentro da normalidade até os seis meses de idade (MORGANO *et al.*, 2005; COSTA e SABARENSE, 2010).

Em virtude dos benefícios da amamentação, tanto para mãe quanto para o bebê, a curto e a longo prazo (MATOS *et al.*, 2013), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de combater a desnutrição precoce e reduzir a morbimortalidade infantil, recomendam que todas as mães amamentem seus filhos de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida, após essa idade, deverá ser dada alimentação complementar apropriada, continuando a amamentação pelo menos até os 2 anos de idade ou mais (TOMA e REA, 2008; WHO, 2011).

O aleitamento materno, porém, não é uma prática simples para ser mantida, as mães devem ter apoio e informações sobre as técnicas adequadas (PEREIRA *et al.*, 2010). Alguns fatores podem interferir positivamente e negativamente para o sucesso do aleitamento materno (CAMINHA *et al.*, 2010; MACHADO *et al.*, 2014). Os cuidados prestados às mulheres e às crianças estão entre os fatores que podem contribuir para o sucesso da amamentação (LAMOUNIER *et al.*, 2008).

Pesquisas mostram que os fatores psicossociais e sociodemográficos são fortes preditores do abandono precoce do aleitamento materno exclusivo (HASSELMANN *et al.*, 2008; ASSARIAN *et al.*, 2014; MACHADO *et al.*, 2014).

No Brasil, a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, de acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, é de 41%. Em Porto Alegre, a prevalência é de 38,20%. O monitoramento da prevalência de aleitamento materno representa uma das estratégias de avaliação do cuidado à infância em nosso país (MS, 2009).

### **3 JUSTIFICATIVA**

Tendo em vista a importância do aleitamento materno e a ausência de estudos que relacionam a influência do cuidado parental percebido pela mãe sobre a frequência do aleitamento materno, justifica-se essa investigação.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a influência da percepção dos cuidados maternos sobre a frequência de aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo aos 3 e 6 meses de vida da criança em uma amostra expostas a diferentes ambientes intrauterinos.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a percepção dos cuidados maternos entre os grupos de ambientes intrauterinos adversos;
- Verificar a presença de sintomas depressivos maternos após o parto entre os grupos de ambientes intrauterinos adversos;
- Associar a percepção dos cuidados maternos e sintomas depressivos entre os grupos de ambientes intrauterinos adversos;
- Correlacionar a percepção de cuidados maternos sobre a frequência do aleitamento materno, levando em consideração os sintomas depressivos após o parto.

## 5 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada *Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida – IVAPSA*, que teve como objetivo principal compreender os efeitos de diferentes situações ocorridas durante a gestação que podem interferir sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como a possibilidade de identificar os fatores que possam trazer prejuízos para a criança e para o adulto, cujos protocolos foram publicados (BERNARDI *et al.*, 2012).

### 5.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo observacional longitudinal utilizando uma amostra de conveniência de mães e seus recém-nascidos, no qual os grupos foram classificados de acordo com as exposições maternas ocorridas no período gestacional, como diabetes *mellitus* (DM), tabagismo (TAB) ou desfecho do recém-nascido, como pequeno para idade gestacional (PIG), além de um grupo controle (CTL).

### 5.2 População e amostra

#### 5.2.1 Local do estudo

O recrutamento das participantes ocorreu no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Fêmeina e Hospital Nossa Senhora da Conceição. Os dois últimos

pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Todos localizados na cidade de Porto Alegre/RS.

### 5.2.2 Critérios de inclusão

Considerou-se elegível para participar do estudo puérperas residentes no município de Porto Alegre e que realizaram seus partos nos hospitais em estudo.

### 5.2.3 Critérios de exclusão

- ✓ Mães com teste positivo para HIV;
- ✓ Recém-nascido pré-termo (<37semanas) ou gemelar ou com doenças congênitas ao nascimento ou que necessitassem de internação hospitalar

### 5.2.4 Amostra

A amostra foi dividida de acordo com quatro grupos de ambientes intrauterinos adversos.

- Diabetes *mellitus* (DM): Foram consideradas deste grupo as puérperas que tiveram diagnóstico de diabetes *mellitus* do tipo 1, tipo 2 ou gestacional.
- Tabagismo (TAB): foram consideradas deste grupo as puérperas que responderem a questão de fumo na gestação afirmativamente.

- Recém-nascidos Pequenos para Idade Gestacional (PIG): foram considerados deste grupo as crianças nascidas a termo que estiveram abaixo do percentil 5, segundo os parâmetros da curva de Alexander (ALEXANDER *et al.*, 1996).
- Controle (CTL): foram consideradas deste grupo as puérperas que não apresentaram as condições anteriores.

Para algumas análises, a amostra foi subdividida em 2 grupos:

1. Grupo de ambientes intrauterinos adversos

Foram considerados para este grupo puérperas diabéticas, tabagistas e os recém-nascidos PIGs.

2. Grupo controle

Puérperas Controles

### **5.2.5 Cálculo do poder amostral**

Para este estudo, realizou-se o poder amostral, considerando um tamanho de efeito estimado de 0,25, poder do teste de 80%, estimou-se necessário o número amostral de 200 pares mãe-filho. O cálculo foi realizado no programa *G Power* versão 3.1.9.

### 5.3 Logística do estudo

A coleta de dados foi dividida em seis entrevistas, sendo a primeira no pós-parto (PP) entre 24 e 48h do nascimento do bebê. As demais coletas ocorreram aos 7 dias, 15 dias, 1 mês, 3 meses e 6 meses de vida da criança. Nas entrevistas de 1 mês e seis meses, as mães foram convidadas a irem até o Centro de Pesquisa clínica (CPC) do HCPA e as demais foram realizadas no domicílio das mães. Na entrevista de PP, os pesquisadores, por meio dos prontuários, verificavam quais puérperas que se incluíam na pesquisa e se dirigiam até o alojamento conjunto. Nesta primeira entrevista, foram explicados os objetivos do estudo e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; apêndice A). Após sua concordância e assinatura, foi aplicado um questionário (apêndice B) sobre as condições prévias da saúde da gestante, bem como informações socioeconômicas e demográficas da família, clínicas e biológicas.

As entrevistas de 7 dias, 15 dias e 3 meses foram realizadas no domicílio da puérpera, foram aplicados questionários estruturados (apêndice C, D e F) com dados sobre alimentação da criança, tempo de aleitamento materno e introdução de alimentos. Na entrevista de 3 meses, foram preenchidos dois questionários autoaplicáveis (ANEXO A e B), o primeiro sobre as percepções dos cuidados parentais - *Parental Bonding Instrument (PBI)* e o segundo sobre sintomas depressivos maternos - *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*.

As entrevistas de 1 mês e 6 meses foram realizadas no CPC, onde foram aplicados questionários estruturados (apêndice E e G) com questões sobre alimentação da criança, tempo de aleitamento materno e introdução de alimentos.

Consideraram-se perdas de seguimento as coletas não realizadas em algum período do estudo, por perda de contato com as mães, mudança de endereço ou questionário do PBI incompleto (puérperas que não tinham sido criadas por suas mães e/ou não tinham referência de cuidados maternos). A perda de seguimento não significava a exclusão definitiva da dupla mãe-filho do estudo, pois a busca pela entrevista era retomada nas visitas posteriores. Foram

consideradas recusas aquelas mães que após o contato pessoal ou por telefone, afirmaram não ter mais interesse em participar da pesquisa.

#### 5.4 Variáveis do estudo

##### **5.4.1 Desfecho**

Frequência do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo aos 3 e 6 meses de vida da criança.

##### **5.4.2 Exposição**

Cuidado materno percebido pela puérpera e diferentes grupos de ambientes intrauterinos em estudo.

##### **5.4.3 Covariáveis**

Condições socioeconômicas, demográficas, biológicas e comportamentais (sintomas depressivos).

#### 5.5 Instrumentos

##### *5.5.1 Parental Bonding Instrument (PBI)*

A avaliação da percepção dos cuidados maternos prévio da puérpera foi realizado na entrevista de 3 meses com a autoaplicação de um questionário - *Parental Bonding Instrument* (*PBI*; PARKER *et al.*, 1979), adaptado ao português por Hauck e colaboradores (2006). Este instrumento é representado por uma escala *Likert-like* (0=Muito parecido - 3=Muito diferente) consistindo em 25 itens relacionados a cuidados maternos e paternos retrospectivos, percebidos antes dos 16 anos de idade. Esta escala considera dois fatores: cuidado (afeição e carinho *vs.* indiferença e rejeição) e proteção (controle *vs.* autonomia). A subescala de cuidado é composta por 12 itens, com pontuação de 0 – 36 e ponto de corte de 27, acima deste ponto de corte nesta subescala, representam percepções de carinho, proximidade e cuidado, abaixo deste ponto de corte, representam indiferença e rejeição, e tem questões como “falava comigo com uma voz amigável”. A subescala de proteção, é composta por 13 itens, com pontuação de 0 – 39 e ponto de corte de 13,5, acima deste ponto de corte nesta subescala, representam percepções de superproteção, controle e infantilização, abaixo deste ponto de corte, representam autonomia, e tem questões como “Tentava controlar tudo o que fazia”. A combinação das duas subescalas gerou quatro estilos parentais: Parentalidade ideal, restrição de carinho, controle sem afeto e parentalidade negligente. O instrumento demonstra boas propriedades psicométricas em termos de confiabilidade (WILHELM *et al.*, 2005; TEODORO *et al.*, 2010).

Para este estudo, analisou-se a percepção de cuidados maternos das participantes.

### 5.5.2 *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

A presença de sintomas depressivos no período pós-natal foi investigada através do instrumento *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*; COX *et al.*, 1987), um questionário de autorrelato, que foi preenchido no 3º mês após o parto.

No Brasil, foi validada por Santos *et al.* (1999), no qual apresentou sensibilidade de 72,0% e especificidade de 88,0%. O escore do EPDS varia de acordo com a pontuação 0-9: A pontuação neste intervalo pode indicar a presença de alguns sintomas de aflição; 10-12: Indica a presença de sintomas de angústia; acima de 12 pontos: exige uma avaliação mais aprofundada; 13 ou mais: Probabilidade de alta depressão. Neste estudo, utilizou-se como ponto de corte  $\geq 12$  pontos e analisamos de forma contínua. As mães foram convidadas a descrever seu humor durante os últimos 7 dias, por meio de 10 itens, cada um de pontuação entre 0 e 3, com maiores escores totais indicando crescente angústia e depressão.

### 5.5.3 Aleitamento Materno

O aleitamento materno foi avaliado pelos questionários aplicados (apêndice D) nas entrevistas do 15º dia até o sexto mês de vida da criança. Foram consideradas em AME aquelas crianças que recebiam somente leite materno, diretamente da mama ou ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (MS, 2009). Foram consideradas em aleitamento materno total (AMT) aquelas crianças que estavam em AME, que recebiam água, bebidas à base de água, chás, água adoçada, infusão, suco de frutas, e/ou qualquer outro alimento sólido ou líquido que não leite materno.

## 6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

### 6.1 Qualidade dos Dados

O banco de dados foi realizado no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0, com dupla digitação e validado.

### 6.2 Análises Estatísticas

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas. O teste de normalidade da distribuição das variáveis foi realizado e para os dados paramétricos o teste ANOVA com *post hoc* de *Tukey* foi aplicado, enquanto que para os dados não-paramétricos o teste de *Kruskal-Wallis* com *post hoc* de *Dunn* foi realizado. O teste ANOVA de duas vias foi realizado para testar a relação do PBI (Proteção e Cuidado) entre os grupos em estudo e variáveis associadas. O teste ANCOVA foi realizado para testar a relação do PBI e EPDS entre os grupos em estudo. Para as análises de regressão, utilizou-se a regressão de *Poisson* que avalia o risco relativo (RR) entre o AM e as variáveis selecionadas (PBI e EPDS). O nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0.

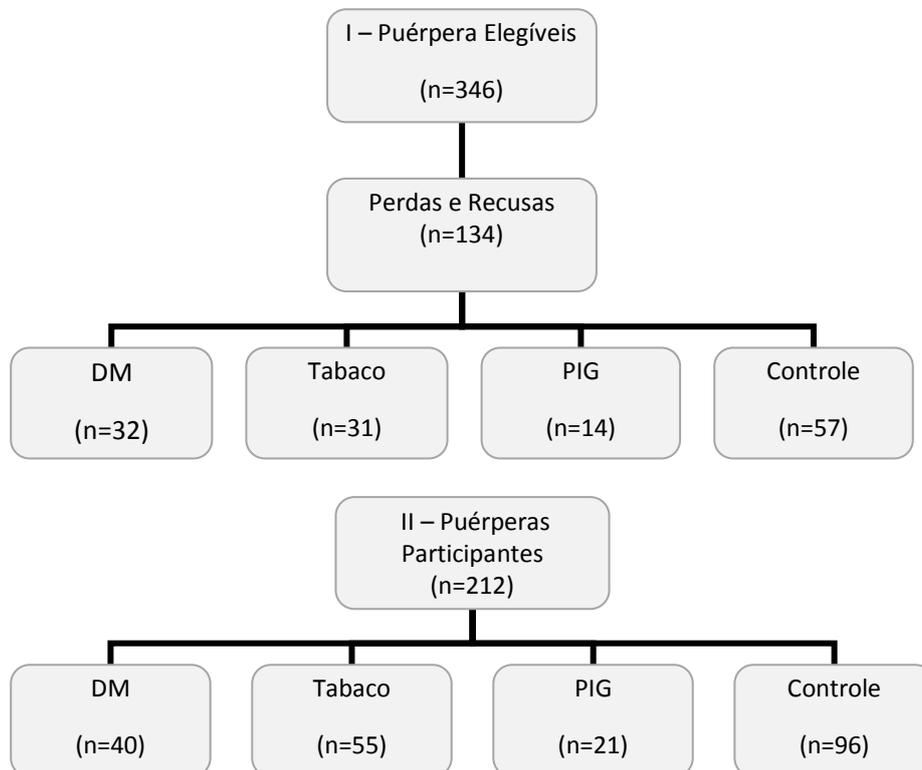
## **7 ASPECTOS ÉTICOS**

O projeto IVAPSA foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do grupo Hospitalar Conceição, sendo aprovado sob os números 110097 e 11027, respectivamente, e conforme a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época. Não apresenta riscos para os sujeitos da pesquisa, estando em consonância com a Resolução atual de nº 466/2012. As participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias: uma entregue ao responsável e outra ao pesquisador. Nele, foram informados os objetivos do estudo e todos os procedimentos realizados durante o acompanhamento. Foram concedidos o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes, as quais foram utilizadas apenas para esta pesquisa.

## 8 RESULTADOS

O projeto IVAPSA encontra-se em andamento. Para este estudo, foram utilizados os dados referentes ao período de coleta de Setembro de 2011 a Agosto de 2015.

O grupo total de puérperas elegíveis para o estudo foi de 346 duplas mãe/criança, 134 (38,72%) duplas foram consideradas perdas de seguimento e recusas (n=63). Portanto, a amostra final utilizada para este estudo foi de 212 duplas de mãe/criança, sendo 40 duplas no grupo DM, 55 no grupo tabaco, 21 no grupo de PIG e 96 no grupo controle. Os dados estão apresentados no fluxograma abaixo (Figura 2).



**Figura 2** - Fluxograma - IVAPSA, Porto Alegre, Setembro-2011 a Agosto-2015.

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e perinatais maternas entre os grupos de estudo. Em relação às variáveis sociodemográficas, houve diferença estatisticamente significativa entre a idade, o número de consultas pré-natais, a

situação conjugal e o desejo da gestação ( $p=0,035$ ,  $<0,001$ ,  $<0,001$ ,  $0,019$ , respectivamente). Em relação à idade da mãe, o grupo DM foi significativamente diferente do grupo de FIG, mas não diferiu estatisticamente dos demais grupos. O grupo DM foi estatisticamente diferente dos demais grupos em relação ao número de consultas no pré-natal. Em relação à situação conjugal, 82,1% da amostra era casada ou morava com companheiro, sendo o grupo tabaco significativamente diferente dos demais grupos em estudo. Quanto ao desejo da gestação, 64,6% das mães relataram não ter desejado a gestação, sendo o grupo tabaco estatisticamente diferente dos grupos DM e controle, mas não diferiu do grupo de FIG. Escolaridade e raça maternas não diferiram entre os grupos ( $p=0,265$ ;  $0,551$ , respectivamente). Em relação aos dados perinatais, houve diferença estatisticamente significativa entre IMC pré-gestacional, peso ao nascer, comprimento e perímetro cefálico da criança ( $p<0,001$ ). Os grupos em estudo não diferiram entre tipo de parto e sexo do recém-nascido ( $p=0,374$ ;  $0,560$ , respectivamente).

No grupo DM, 97,5% (39) das mães tiveram diabetes *mellitus* durante a gestação (DMG), apenas 2,5% (1) das mães já tinham diabetes prévia, caracterizada por DM2. Neste grupo, não tivemos nenhuma mãe com DM1. A média diária de cigarros consumidos pelas mães do grupo tabaco foi de  $11,27\pm 9,00$ , e a mediana de  $10,00[4,00-20,00]$ .

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e perinatais maternas entre os grupos de estudo. IVAPSA, Porto Alegre, Setembro de 2011 a Agosto de 2015.

Variáveis	DM (n=40)	TAB (n=55)	PIG (n=21)	CTL (n=96)	Total (n=212)	p* Valor
Idade (anos) (mediana, P25-P75)	28,50[22,25-33,75] <sup>b</sup>	24,00[20,00-29,00] <sup>ab</sup>	22,00[19,50-28,00] <sup>a</sup>	25,00[20,00-31,00] <sup>ab</sup>	25,00[20,25-31,00]	0,035
Escolaridade (anos de estudo) (mediana, P25-P75)	10,00[7,00-11,00]	9,00[7,00-11,00]	11,00[8,00-11,25]	10,50[8,00-11,00]	10,00[8,00-11,00]	0,265
Situação conjugal (n, %)						
Com companheiro	34(85,0) <sup>a</sup>	35(63,6) <sup>b</sup>	18(85,7) <sup>a</sup>	87(90,3) <sup>a</sup>	174(82,1)	<0,001
Sem companheiro	6(15,0)	20(36,4)	3(14,3)	9(9,4)	38(17,9)	
Raça relatada (n, %)						0,551
Branca	26(65,0)	30(54,5)	11(52,4)	61(63,5)	128 (60,4)	<0,001
Não branca	14(35,0)	25(45,5)	10(47,6)	35(36,5)	84 (39,6)	
IMC pré- gestacional (mediana, P25-P75)	28,26[24,82-31,61] <sup>b</sup>	22,76[21,33-26,64] <sup>c</sup>	20,65[19,685-23,36] <sup>a</sup>	23,68[20,67-27,61] <sup>ac</sup>	23,79[20,82-28,02]	<0,001
Gestação desejada (n, %)						0,019
Sim	18(45,0) <sup>a</sup>	10(18,2) <sup>b</sup>	8(38,1) <sup>ab</sup>	39(40,6) <sup>a</sup>	75(35,4)	<0,001
Não	22(55,0)	45(81,8)	13(61,9)	57(59,4)	137(64,6)	
Número de consultas pré-natal (mediana, P25-P75)	10,00[8,00-11,75] <sup>b</sup>	6,00[4,00-8,00] <sup>a</sup>	8,00[4,50-10,50] <sup>a</sup>	9,00[6,00-11,00] <sup>c</sup>	8,00[6,00-10,00]	<0,001
Tipo de Parto (n, %)						0,374
Cesariana	17(42,5)	18(32,7)	7(33,3)	26(27,1)	68(32,1)	0,560
Vaginal	23(57,5)	37(67,3)	14(66,7)	70(72,9)	144(67,9)	
Sexo (n, %)						
Masculino	22(55,0)	26(47,3)	8(38,1)	42(43,8)	98(46,2)	<0,001
Feminino	18(45,0)	29(52,7)	13(61,9)	54(56,3)	114(53,8)	
Peso ao nascer (g) (x ± DP)	3414,88(±421,55) <sup>b</sup>	3093,98(±412,61) <sup>c</sup>	2541,95(±168,98) <sup>a</sup>	3325,68(±409,27) <sup>bc</sup>	3205,29(±465,45)	<0,001
Comprimento ao nascer (cm) (mediana, P25-P75)	49,00[47,25-50,00] <sup>bc</sup>	48,7[46,87-50,00] <sup>b</sup>	47,00[45,75-47,50] <sup>a</sup>	49,00[48,00-50,00] <sup>c</sup>	49,00[47,00-50,00]	<0,001
Perímetro cefálico (cm) (mediana; P25-P75)	34,00[33,12-35,37] <sup>b</sup>	34,00[33,00-35,00] <sup>c</sup>	32,00[31,00-33,00] <sup>a</sup>	34,00[33,00-35,00] <sup>bc</sup>	34,00[33,00-35,00]	<0,001

Legenda: DM: Diabetes *Mellitus*; TAB: Tabaco; PIG: Pequeno para Idade Gestacional; CTL: Controle; IMC: Índice de Massa Corporal; DP: Desvio Padrão; P: Percentil. \* ANOVA post hoc de *Tukey* para variáveis paramétricas; *Kruskal-Wallis* com *post hoc* de *Dunn* para as variáveis não paramétricas  
# Letras distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes

A média geral dos escores dos grupos na subescala de cuidado materno foi de  $25,48 \pm 7,84$ . Houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo DM ( $21,85 \pm 9,66$ ) e o grupo controle ( $27,36 \pm 6,48$ ;  $p=0,022$ ). Ainda nesta subescala, tivemos 99 (49,3%) mães com baixa percepção de cuidados maternos, significando indiferença e rejeição, e 102 (50,7%) mães com percepção de alto cuidado materno, significando afeição e carinho, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos em estudo ( $p=0,115$ ).

A média geral na subescala de proteção materna foi de  $17,56 \pm 7,68$  não apresentando diferença significativa entre os grupos estudados ( $p=0,161$ ). Ainda nesta subescala encontramos 56 (27,7%) mães com baixa percepção de proteção materna, significando autonomia e 146 (72,3%) mães com alta percepção de proteção materna, significando controle ( $p=0,943$ ).

O escore geral dos grupos medido pelo *EPDS* foi de  $5,51 \pm 4,76$ , sem diferença entre os grupos em estudo ( $p=0,230$ ). Encontramos 21 (10,2%) mães com escores de *EPDS*  $\geq 12$  e 184 (89,8%) mães com escores de *EPDS*  $< 12$  pontos ( $p=0,155$ ).

A associação entre a percepção dos cuidados parentais medido pelo PBI e amamentação, demonstrou que o grupo de mães que não praticavam mais o aleitamento materno no terceiro mês de vida de seu filho, apresentaram menores escores de percepção de cuidados maternos e maiores escores de percepção de proteção materna que o grupo de mães, cujos filhos estavam em AME ( $p=0,017; 0,038$ , respectivamente) (Tabela 2).

Dentre o grupo de mães dos recém-nascidos PIGs, as mães que apresentaram maiores médias de escores de percepção de proteção materna foram aquelas que não estavam mais amamentando no terceiro mês de vida de criança, sendo diferente

estatisticamente do grupo de mães, cujos filhos estavam em AME ( $p=0,028$ ). (Tabela 2).

Em relação aos sintomas depressivos maternos medido pelo *EPDS*, os grupos apresentaram maiores escores dentre aquelas mães que não praticavam mais o aleitamento materno em comparação com as crianças que estavam AME no terceiro mês de vida ( $p=0,037$ ). No grupo controle, as mães que não amamentavam foram estatisticamente diferentes das mães que praticavam o AM ( $p=0,027$ ) (Tabela 3).

**Tabela 2** - Associação entre os escores de percepção cuidado e proteção materna (*PBI*) e amamentação aos 3 meses

Variáveis	DM (n=39)	TAB (n=51)	PIG (n=20)	CTL (n=92)	Total (n=202)
<b>Cuidado</b>					
3 meses M±DP (n)					
AME	27,14±9,35 (7)	28,75±6,47 (8)	31,75±1,50 (4)	28,36±6,08 (22)	28,56±6,43 (41) <sup>a</sup>
Não AME	20,66±9,31 (27)	23,26±8,30 (34)	24,00±6,70 (12)	27,89±6,12 (59)	24,87±7,96 (132) <sup>a,b</sup>
Não amamentam	24,40±8,38 (5)	28,55±5,57 (9)	21,25±9,32 (4)	22,72±7,96 (11)	24,62±7,67 (29) <sup>b</sup>
p*Valor	p=0,160	p=0,085	p=0,072	p=0,086	p=0,017
Variáveis	DM (n=39)	TAB (n=52)	PIG (n=20)	CTL (n=92)	Total (n=203)
<b>Proteção</b>					
3 meses M ±DP (n)					
AME	14,71±8,53 (7)	16,00±7,25 (8)	10,75±5,85 (4) <sup>a</sup>	15,86±7,28 (22)	15,19±7,27 (41) <sup>a</sup>
Não AME	19,74±7,36 (27)	18,85±8,23 (35)	19,08±8,17 (12) <sup>a,b</sup>	15,83±7,18 (59)	17,71±7,70 (133) <sup>a,b</sup>
Não amamentam	16,40±8,79 (5)	19,88±7,67 (9)	25,75±3,09 (4) <sup>b</sup>	19,18±7,20 (11)	19,82±7,39 (29) <sup>b</sup>
p*Valor	p=0,268	p=0,577	p=0,028	p=0,358	p=0,038

Dados expressos como médias ± DP (n). \*Teste Anova de duas vias e *Kruskal-Wallis*. Legenda: PBI: *Parental Bonding Instrument*; AME: aleitamento materno exclusivo; AM: aleitamento materno; DM: diabetes *mellitus*; TAB: tabaco; PIG: pequeno para idade gestacional; CTL: controle. # Letras distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes.

**Tabela 3** - Associação entre sintomas depressivos (*EPDS*) e amamentação aos 3 meses

Variáveis	DM (n=38)	TAB (n=51)	PIG (n=21)	CTL (n=95)	Total (n=205)
<b>EPDS M ±DP (n)</b>					
AME	2,42±1,61(7)	3,75±3,82(8)	4,75±2,87(4)	4,86±2,98(22) <sup>a,b</sup>	4,21±3,01(41) <sup>a</sup>
Não AME	5,33±4,34(27)	6,68±4,60(35)	6,69±5,61(13)	4,12±3,45(62) <sup>a</sup>	5,26±4,48(137) <sup>a,b</sup>
Não amamentam	10,50±11,73(4)	5,75±5,59(8)	10,75±6,94(4)	9,54±7,36(11) <sup>b</sup>	8,74±7,40(27) <sup>b</sup>
<i>p</i> * Valor	<i>p</i> =0,113	<i>p</i> =0,285	<i>p</i> =0,401	<i>p</i> =0,027	<i>p</i> =0,037

Dados expressos como médias ± DP (n). \*Teste Anova de duas vias e *Kruskal-Wallis*. Legenda: EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; AME: aleitamento materno exclusivo; AM: aleitamento materno; DM: diabetes *mellitus*; TAB: tabaco; PIG: pequeno para idade gestacional; CTL: controle. # Letras distintas representam médias ou proporções estatisticamente diferentes.

A partir destas análises, unimos os grupos DM, PIG e tabaco, e chamamos de grupo de ambientes intrauterinos adversos, e continuamos com o grupo controle, como descrito na metodologia.

A Tabela 4 apresenta os resultados das médias ajustadas, considerando-se a covariável EPDS, para escores do PBI para cada grupo. O grupo controle apresentou maior pontuação de percepção de cuidados e menor percepção de proteção materna em relação ao grupo de diversos ambientes intrauterinos ( $p=0,005$ ,  $p=0,049$ , respectivamente).

**Tabela 4** – Médias ajustadas entre *PBI*, grupos e *EPDS*

<b>PBI</b>	Grupo ambientes intrauterinos adversos      Grupo controle		<b>P*</b>
	Média ajustada e IC 95%		
<b>Cuidado</b>	24,17 [22,73-25,61]	27,20 [25,66-28,74]	<b>0,005</b>
<b>Proteção</b>	18,47[17,02-19,93]	16,32[14,75-17,90]	<b>0,049</b>

Legenda: *EPDS*: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; IC: Intervalo de Confiança; *PBI*: *Parental Bonding Instrument*

\* Teste ANCOVA ajustada pelo *EPDS* (Média: 5,49)

Os gráficos demonstram a relação entre cuidado e proteção com *EPDS*. A figura 3 e 4 apresentam que quanto menor cuidado e maior proteção (controle sem afeto) maior é a pontuação do *EPDS*, nos grupos de ambientes intrauterinos adversos e controle.

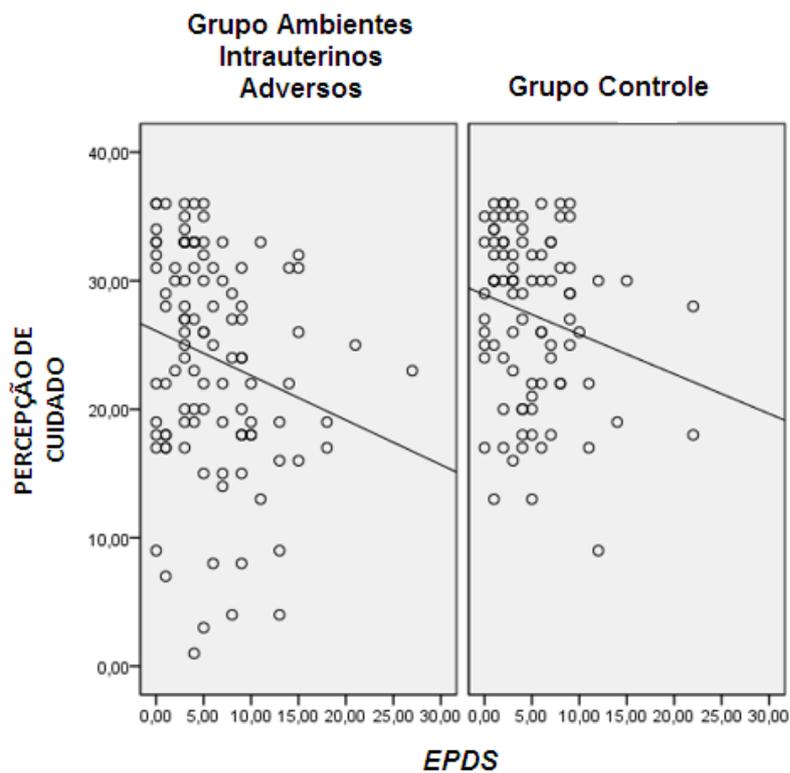


Figura 3 - Gráfico de médias ajustadas entre *PBI*, Grupos e *EPDS*. ( $R_2=0,042$ ,  $p=0,005$ )

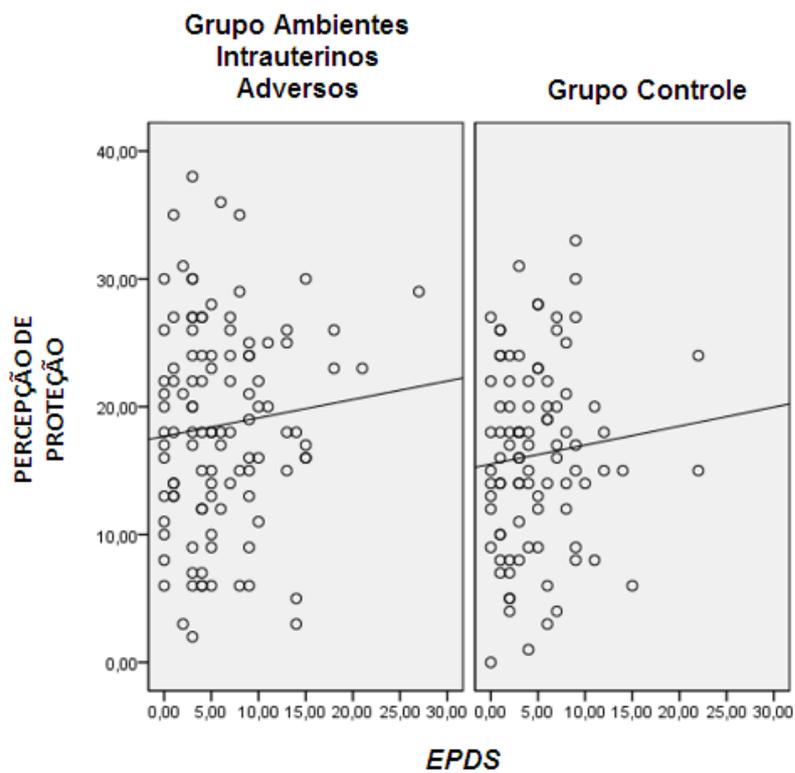


Figura 4 - Gráfico de médias ajustadas entre *PBI*, Grupos e *EPDS*. ( $R_2=0,008$ ,  $p=0,049$ )

A média dos escores do grupo de ambientes intrauterinos adversos ( $n=112$ ) e do grupo controle ( $n=96$ ) para a percepção dos cuidados maternos foi de  $23,92\pm 8,53$  e  $27,36\pm 6,48$  ( $p=0,006$ , respectivamente) e para a percepção da proteção materna foi de  $18,66\pm 7,94$  e  $16,22\pm 7,17$  ( $p=0,023$ , respectivamente).

A Tabela 5 e 6 mostram os resultados das análises de efeito principal e de interação entre *PBI*, grupos e variáveis. Para a variável IMCpg, obtemos médias de percepção de cuidado materno estatisticamente mais elevadas no grupo controle do que no grupo de ambientes intrauterinos adversos ( $p=0,014$ ). Não houve diferença na média das variáveis ( $p=0,124$ ), assim como não houve diferença na média da interação dos grupos e variáveis ( $p=0,669$ ). Em relação à percepção de proteção materna, não houve resultado estatisticamente significativo ( $p>0,05$ ).

A percepção de cuidados maternos em relação à escolaridade materna se mostrou estatisticamente significativa entre os grupos ( $p=0,004$ ), mas não diferiu entre a interação escolaridade e grupos, assim como na média das variáveis. Em relação à percepção de proteção materna, não houve resultado estatisticamente significativo ( $p>0,05$ ).

Em relação ao desejo da gestação, pela percepção dos cuidados e proteção materna, se mostrou estatisticamente significativo entre os grupos ( $p=0,040$ ;  $0,021$ ; respectivamente). Na percepção de cuidado materno, a média da interação do grupo controle foi maior naquelas mães que não desejaram a gestação, e, no grupo de ambientes intrauterinos adversos, a média da interação foi maior dentre aquelas que desejaram a gestação ( $p<0,001$ ).

Em relação ao tipo de parto, o grupo de ambientes intrauterinos adversos apresentou médias estatisticamente menores de percepção de cuidados e maiores da

percepção de proteção materna em relação ao grupo controle ( $p=0,001$ ;  $p=0,036$ , respectivamente).

As demais variáveis analisadas (situação conjugal, peso ao nascer e idade da mãe) não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre o grupo controle e o grupo de ambientes intrauterinos adversos para percepção de cuidados e proteção materna ( $p>0,05$ ). Além disso, em relação à percepção de proteção materna e às variáveis estudadas, não houve resultado estatisticamente significativo ( $p>0,05$ ).

**Tabela 5** – Relação entre percepção de cuidado (*PBI*), grupos e as variáveis associadas

Variáveis	Grupo ambientes intrauterinos adversos	Grupo controle	Média das variáveis	P1*	P2*	P3*
Média e IC 95%						
<b>IMCPG</b> ( $n=189$ )				0,014	0,124	0,669
Eutrófico	24,32 [22,28-26,36]	28,01 [25,90-30,13]	26,17 [24,70-27,63]			
Excesso peso	23,60 [21,35-25,85]	25,70 [23,09-28,32]	24,65 [22,93-26,38]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>23,96[22,44-25,48]</b>	<b>26,86[25,18-28,54]</b>				
				0,004	0,617	0,651
<b>Escolaridade materna</b> ( $n=212$ )						
0 a 8 anos	23,87[21,49-26,26]	26,59[23,89-29,29]	25,23[23,43-27,03]			
>8 anos	23,82[21,96-25,67]	27,68[25,70-29,65]	25,75[24,39-27,10]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>23,85[22,33-25,36]</b>	<b>27,13[25,46-28,81]</b>				
				0,040	0,564	>0,001
<b>Gestação Desejada</b> ( $n=212$ )						
Sim	27,22[24,78-29,66]	25,23[22,86-27,61]	26,26[24,52-27,93]			
Não	22,36[20,68-24,04]	28,83[26,86-30,81]	25,60[24,30-26,89]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>24,79[23,31-26,27]</b>	<b>27,03[25,49-28,58]</b>				
				0,001	0,738	0,467
<b>Tipo de Parto</b> ( $n=212$ )						
Vaginal	24,09[22,29-25,90]	27,02[25,18-28,87]	25,56[24,27-26,85]			
Cesariana	23,63[21,26-26,00]	28,28[25,24-31,31]	25,95[24,03-27,88]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>23,86[22,37-25,35]</b>	<b>27,65[25,87-29,43]</b>				

\* Teste ANOVA de duas vias (P1: grupo; P2: variáveis; P3: interação grupos vs variáveis)

Legenda: IMCPG: Índice de massa corporal pré-gestacional; IC: Intervalo de confiança; *PBI*: Parental Bonding Instrument

**Tabela 6** – Relação entre percepção de proteção (*PBI*), grupos e as variáveis associadas

Variáveis	Grupo de diversos ambientes intrauterino	Grupo controle	Média das variáveis	P1*	P2*	P3*
<b>Média e IC 95%</b>						
<b>IMCPG</b> (n=189)				0,116	0,353	0,841
Eutrófico	18,03 [16,01-20,05]	16,00 [13,88-18,11]	17,01 [15,55-18,47]			
Excesso peso	18,87 [16,62-21,11]	17,29 [14,68-19,90]	18,08 [16,36-19,80]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>18,45[16,94-19,96]</b>	<b>16,64[14,96-18,32]</b>		0,092	0,118	0,489
<b>Escolaridade</b> (n=212)						
0 a 8 anos	19,07[16,75-21,39]	17,96[15,34-20,59]	18,52[16,76-20,27]			
>8 anos	18,10[16,32-19,89]	15,45[13,53-17,36]	16,77[15,46-18,08]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>18,58[17,12-20,05]</b>	<b>16,70[15,08-18,33]</b>				
<b>Gestação Desejada</b> (n=212)				0,021	0,151	0,910
Sim	19,68[17,15-22,22]	17,23[14,82-19,63]	18,45[16,71-20,20]			
Não	18,20[16,49-19,91]	15,50[13,45-17,54]	16,85[15,52-18,18]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>18,94[17,41-20,47]</b>	<b>16,36[14,78-17,94]</b>		0,036	0,081	0,585
<b>Tipo de Parto</b> (n=212)						
Vaginal	19,65[17,87-21,44]	16,61[14,78-18,43]	18,13[16,85-19,41]			
Cesariana	17,02[14,71-19,32]	15,23[12,30-18,16]	16,12[14,26-17,99]			
<b>Média dos grupos</b>	<b>18,34[16,88-19,79]</b>	<b>15,92[14,19-17,64]</b>				

\*Teste ANOVA de duas vias (P1: grupo; P2: variáveis; P3: interação grupos vs variáveis).

Legenda: IMCPG: Índice de massa corporal pré-gestacional; IC: Intervalo de confiança; *PBI*: *Parental Bonding Instrument*

A tabela 7 apresenta os resultados da análise da regressão de *Poisson* entre amamentação, grupos, *PBI* e *EPDS*. Os dados mostram que, a cada um ponto a mais no protocolo de *EPDS*, o risco de não amamentar até os 3 meses aumenta em 10,4% e aos 6 meses aumenta em 4,7% ( $p < 0,001$ , 0,004, respectivamente). Em relação ao aleitamento materno exclusivo aos 3 meses, a cada um ponto a mais no protocolo de

*EPDS* o risco de não amamentar aumenta em 5,4% ( $p=0,002$ ). As puérperas que perceberam restrição de carinho de suas mães aos 6 meses, apresentaram risco de 2,42% em relação a categoria de cuidado ótimo para não amamentar ( $p=0,044$ ). Aquelas mães que perceberam suas mães como negligentes, apresentaram tendência de maior risco de 2,53% em relação à categoria de cuidado ótimo para não amamentar aos 6 meses de vida da criança ( $p=0,058$ ).

**Tabela 7** - Regressão entre a Amamentação, *EPDS*, *PBI* e grupos

Variáveis	AMT 3 MESES		AMT 6 MESES		AME 3 MESES	
	RR / IC 95%	P*	RR / IC 95%	P*	RR / IC95%	P*
EPDS (pontuação)	1,104 [1,053-1,157]	<0,001	1,047 [1,015-1,080]	0,004	1,054 [1,019-1,091]	0,002
Grupos adversos	1,073 [0,517-2,225]	0,850	0,977 [0,636-1,500]	0,916	1,437 [0,829-2,494]	0,197
Grupo controle	1		1		1	
Restrição de carinho	2,844 [0,686-11,782]	0,150	2,422 [1,023-5,733]	0,044	3,339 [0,872-12,785]	0,078
Negligente	2,399 [0,441-13,060]	0,312	2,527 [0,968-6,597]	0,058	2,717 [0,578-12,778]	0,206
Controle sem afeto	1,750 [0,393-7,787]	0,462	1,695 [0,705-4,076]	0,238	3,322 [0,816-13,519]	0,094
Cuidado ótimo	1		1		1	

Legenda: *EPDS*: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; *PBI*: *Parental Bonding Instrument*. AMT: aleitamento materno total; AME: aleitamento materno exclusivo; RR: Risco relativo; IC: intervalo de confiança.

\* Regressão de Poisson

## 9 DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a percepção de cuidados das mães durante a infância associou-se a sintomas depressivos após o parto e influenciou na frequência do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno das crianças estudadas.

As gestantes diabéticas apresentaram idade e IMC<sub>pg</sub> mais elevados dos demais grupos, sendo estatisticamente diferente do grupo FIG. Estudos mostram que a idade da mulher, assim como, IMC elevado são fatores para desenvolver DMG (LI *et al.*, 2013; MASSUCATTI *et al.*, 2012; OLIVEIRA E GRACILIANO, 2015). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, as mulheres acima de 35 anos têm 6 vezes mais a chance em desenvolver a doença (SBD, 2014).

Em relação à situação conjugal, a maioria das mulheres tinha companheiros. Porém 36,4% das puérperas sem companheiros pertenciam ao grupo das tabagistas, sendo diferente estatisticamente dos demais grupos em estudo. Corroborando com estes achados, outros estudos já apresentaram esta associação, que descrevem um risco maior de mulheres sem companheiro serem tabagistas na gestação quando comparadas a mulheres que convivem com um companheiro (BARBOSA *et al.*, 2015; FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que a gestante realize, no mínimo, seis consultas de pré-natal, neste estudo todos os grupos apresentaram média de consultas como a recomendada pelo MS, porém, o que se destacou foi o grupo de gestantes diabéticas, com média de consultas significativamente maior dos demais grupos. Sabe-se que as gestantes após serem diagnosticadas com DMG, são encaminhadas ao serviço de pré-natal de alto risco, a fim de minimizar os riscos da doença (MS, 2010).

A gravidez indesejada é considerada um indicador da falha no controle do processo reprodutivo. A maioria das participantes deste estudo não desejou a gestação. Dentre os

grupos, as mais jovens que não desejaram a gestação foram do grupo PIG. Gravidezes não planejadas, principalmente entre as jovens, têm como consequência a deserção escolar, multiparidade, desemprego, perpetuação do ciclo da pobreza (OLINTO E GALVÃO, 1999; ALVES *et al.*, 2010).

O peso ao nascer, comprimento e perímetro cefálico das crianças do grupo PIG mostrou resultados esperados. Sabe-se que as crianças nascidas PIG apresentam estas características (VICTORA *et al.*, 2015).

A média dos escores de cuidados e proteção materna encontradas neste estudo foi de 25,48 e 17,56, respectivamente. Outros estudos encontraram médias de cuidados mais elevadas (28,4; 29,3) e proteção menores (10,1 e 11,6) (CHOI *et al.*, 2013; SUZUKI *et al.*, 2013). Talvez o que possa explicar estas médias de cuidados e superproteção serem diferentes neste estudo seja a idade dos participantes. Este estudo apresentou média de mulheres com idade de 25 anos. No estudo de Choi *et al.*, (2013), as participantes apresentaram média de idade maior do que ao nosso, 31 anos. No estudo de Suzuki *et al.*, (2013), a média de idade foi de 30,2 anos. Parece que quanto mais velhas as participantes maiores a percepção dos cuidados maternos e menor a percepção de proteção materna.

A média do escore do *EPDS* da nossa amostra foi de 5,51. Outros estudos apresentam diferentes médias de pontuação deste protocolo, demonstrando que o menor nível de escolaridade materna, mulheres mais jovens, pobreza, insegurança alimentar, gestação não desejada, medo dos membros da família, conflito conjugal e violência do parceiro aumentaram as médias do *EPDS*. Por outro lado, mulheres com maior escolaridade e acima de 35 anos tiveram escores mais baixos no protocolo de *EPDS*. (MURRAY *et al.*, 2015; KHALIFA *et al.*, 2015; ZHÃO *et al.*, 2015). Neste estudo, a média de escolaridade foi de 9,39 anos, não apresentando diferença entre os grupos em estudo.

A associação entre *PBI*, *EPDS* e Amamentação entre os grupos em estudo mostrou que as mães que não amamentavam no 3º mês de vida da criança apresentaram maiores escores de proteção e menores de cuidados maternos do que as mães que estavam em AME. Dentre os grupos, o que se mostrou diferente dos demais foi o grupo de crianças nascidas PIGs, este grupo apresentou superproteção no 3º mês de vida e esta superproteção interferiu no AME. Como já apresentado anteriormente, o baixo cuidado e a superproteção na infância têm desfechos desfavoráveis na vida adulta.

O resultado deste estudo de maior percepção de proteção, pode-se dizer que seja pelo fato de ser um grupo que apresenta maior risco de morte neonatal (ALMEIDA *et al.*, 1998; YAMAKAWA *et al.*, 2016). Estudo de Indredavik e Col. (2016) encontraram que os adolescentes nascidos pequenos para idade gestacional avaliaram seus pais como sendo mais protetores do que o grupo de adolescentes nascidos a termo.

O grupo de mães que estavam em AME no 3º mês de vida do seu filho apresentou maiores escores de cuidado materno e menores escores de sintomas depressivos maternos, sendo diferente estatisticamente do grupo de mães que estavam em AM. Já as mães do grupo controle que não estavam mais amamentando apresentaram maior pontuação na escala de depressão, sendo diferente estatisticamente do grupo de mães que estavam em AM. Este é o primeiro estudo que avalia a percepção dos cuidados maternos e a frequência de AMT e AME, levando em consideração os sintomas depressivos após o parto, portanto, não foi possível realizar a comparação dos cuidados maternos com o AM e AME, mas estudos de depressão e AM encontraram resultados semelhantes a este estudo, de que quanto maior os sintomas depressivos e depressão, menor o tempo de AMT e AME (BROWN *et al.*, 2015; PITONYAK *et al.*, 2015).

A depressão materna vem sendo estudada como um destes fatores que leva ao abandono precoce da amamentação (BROWN *et al.*, 2015; PITONYAK *et al.*, 2015). Estudo

de coorte de Machado e col. (2014), com amostra semelhante à deste estudo, apresentando média de idade das puérperas 25 anos, realizado em rede pública em Minas gerais, encontrou que o abandono do aleitamento materno ocorreu no segundo e quarto mês de vida de criança, no 2º mês pela análise de regressão, mostrou-se fortemente associado o desmame com a depressão pós-parto e com parto traumático (MACHADO *et al.*, 2014).

O grupo controle apresentou ser um grupo com maiores médias de percepção de cuidados maternos, assim como, maiores médias de cuidados maternos para a variável IMCpg, escolaridade materna, desejo da gestação e tipo de parto do que o grupo de ambientes intrauterinos adversos e menores médias de superproteção materna. No entanto o grupo de diversos ambientes intrauterinos apresentou maiores médias de proteção materna para as variáveis de desejo da gestação e tipo de parto. As mães que desejaram a gestação apresentaram médias maiores de cuidados maternos. Não foram encontrados estudos que relacionassem os cuidados maternos percebidos com as variáveis acima descritas.

As médias ajustadas entre *EPDS*, *PBI* e os grupos mostraram que o grupo controle apresentou maior pontuação de percepção de cuidados e menor percepção de proteção materna em relação ao grupo de ambientes intrauterinos adversos. Sendo representado pelos gráficos que demonstram que quanto menor o cuidado e maior proteção materna (controle sem afeto) maior é a pontuação do *EPDS*, nos grupos de ambientes intrauterinos adversos e controle. Alguns estudos sugerem que quanto maior o cuidado materno medido pelo *PBI*, menor os sintomas depressivos maternos, menor a prevalência de tabaco em mulheres, menos risco de doença (ALMEIDA *et al.*, 2010; HAYAKAWA *et al.*, 2012) e menores dificuldades em identificar e descrever sentimentos (THORBERG *et al.*, 2011), e quanto maior a proteção, maior dependência, atitudes disfuncionais (SUZUKI, 2013), maior prevalência de dor crônica (ANNO, 2015) e transtornos alimentares (SERRANO *et al.*, 2015).

Como já discutido anteriormente, os sintomas depressivos maternos interferem na frequência do aleitamento materno, pela análise de regressão de *Poisson*, reforçamos esta associação. Nesta análise, verificamos também que a restrição de carinho percebida pelas mães aos 6 meses de vida da criança, interferiu no risco de não amamentar.

Sabe-se que os cuidados maternos estão associados a transtornos psiquiátricos (YOUNG *et al.*, 2011; COCK e SHEVLIN, 2014) e depressão (HAYAKAWA *et al.*, 2012).

O presente estudo mostrou que a percepção de restrição de carinho (alta proteção e alto cuidado) aos 6 meses de vida da criança associou-se à maior pontuação na escala de sintomas depressivos medido pelo *EPDS*. Corroborando com este estudo, outros trabalhos concluíram que o estilo de cuidado parental exercido durante a infância interfere negativamente na vida de seus filhos, refletindo em sintomas de depressão e ansiedade no pré-natal e pós-natal (GRANT *et al.*, 2012) , transtornos de ansiedade (COCK e SHEVLIN, 2014) bulimia nervosa e desordem alimentar não especificada (SERRANO *et al.*, 2015). Estudos mostram também que a parentalidade negligente está fortemente associado a transtornos de personalidade e fobia social (EIKENAES *et al.*, 2015) assim como o aumento no risco de desenvolver transtornos psiquiátricos (CASTELLI, *et al.*, 2015; YOUNG *et al.*, 2011) e doença crônica (PINQUART, 2013).

## **10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Uma das principais limitações deste estudo foi o tamanho da amostra, não sendo possível realizar algumas análises com a variável aleitamento materno exclusivo aos 6 meses de vida da criança, devido ao número amostral pequeno, assim como, quando dividido por grupos de cuidado e proteção.

## **11 PONTOS FORTES DO ESTUDO**

Um dos pontos fortes deste estudo é o pioneirismo em avaliar a percepção dos cuidados maternos e aleitamento materno, levando em consideração os sintomas depressivos após o parto, assim, demonstrando comportamento transgeracional. Além disso, é um estudo que utilizou instrumentos que são utilizados por décadas, adaptado, validado e utilizado em diversos países e culturas, sem alteração significativa do construto, com boas propriedades psicométricas e estabilidade ao longo dos anos (GOMEZ-BENEYTO *et al.*, 1993; QADIR *et al.*, 2005; WILHELM *et al.*, 2005; BEHZADI E PARKER, 2015).

## **12 CONCLUSÃO**

Os achados deste estudo sugerem que o estilo parental de baixo cuidado e de superproteção percebidos durante a infância, interfere na frequência do aleitamento materno e leva a sintomas depressivos após o parto. Demonstram, ainda, que os sintomas depressivos maternos após o parto influenciam na frequência da amamentação.

**REFERÊNCIAS**

AARNOUDSE-MOENS, C. S. H. et al. Meta analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. **Pediatrics**, v. 124, n. 2, p. 717-728, 2009.

ADA. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 37, n. 1, p. 81-90, 2014.

AKTAS, S.; CALIK, K. Y. Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. **Iran Red Crescent Med J**, v. 17, n. 9, 2015.

ALVES, E. D.; MUNIZ, M. C. V.; TELES, C. C. G. D. Estudos sobre gravidez na adolescência: a constatação de um problema social. Unopar Cient. Ciênc. Biol. Saúde. v. 12, n. 3, p. 49-56, 2010.

AL-SHAWI, A. F.; LAFTA, R. K. Effect of adverse childhood experiences on physical health in adulthood: Results of a study conducted in Baghdad city. **J Family Community Med**, v. 22, n. 2, p. 78-84, 2015.

ALEXANDER, G. R. et al. A United States national reference for fetal growth. **Obstet Gynecol**, v. 87, n. 2, p. 163-168, 1996.

ALMEIDA, M. F. D. et al. Small for gestational age. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 217-224, 1998.

ALMEIDA, N. D. et al. Quality of parental emotional care and calculated risk for coronary heart disease. **Psychosom Med**, v. 72, n. 2, p. 148-55, 2010.

AMARAL, A. R. et al. Impacto do diabetes gestacional nos desfechos neonatais: um a coorte retrospectiva. **Scientia Medica**, v. 25, n. 1, p. 58-70, 2015.

ANNO, K. et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 181, 2015.

ASSARIAN, F. et al. The association of postpartum maternal mental health with breastfeeding status of mothers: a case-control study. **Iran Red Crescent Med J**, v. 16, n. 3, 2014.

ATIF, N.; LOVELL, K.; RAHMAN, A. Maternal mental health: The missing "m" in the global maternal and child health agenda. **Semin Perinatol**, v. 39, n. 5, p. 345-52, 2015.

BANDIERA, F. C. et al. Secondhand smoke exposure and mental health among children and adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 165, n. 4, p. 332-8, 2011.

BAO, W. et al. Parental smoking during pregnancy and the risk of gestational diabetes in the daughter. **Int J Epidemiol**, v. 45, n. 1, p. 160-169, 2016.

BARBOSA, R. L. et al. Prevalência e fatores associados ao hábito de fumar de gestantes na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 3, p. 325-335, 2015.

BARGIOTA, A. et al. The impact of parental bonding on sexual distress in women with type 1 diabetes mellitus. **J Sex Med**, v. 10, n. 2, p. 378-85, 2013.

BARKER, D. J. The developmental origins of chronic adult disease. **Acta Paediatr Suppl**, v. 93, n. 446, p. 26-33, 2004.

BARKER, D. J. et al. Trajectories of growth among children who have coronary events as adults. **N Engl J Med**, v. 353, n. 17, p. 1802-1809, 2005.

BARROS, F. C. et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, v. 365, n. 9462, p. 847-854, 2005.

BAUER, N. S. et al. Secondhand smoke exposure, parental depressive symptoms and preschool behavioral outcomes. **J Pediatr Nurs**, v. 30, n. 1, p. 227-35, 2015.

BEHZADI, B.; PARKER, G. A Persian version of the parental bonding instrument: factor structure and psychometric properties. **Psychiatry Res**, v. 225, n. 3, p. 580-587, 2015.

BENYSHEK, D. C. The developmental origins of obesity and related health disorders--prenatal and perinatal factors. **Coll Antropol**, v. 31, n. 1, p. 11-17, 2007.

BERNARDI, J. R. et al. Impact of perinatal different intrauterine environments on child growth and development in the first six months of life--IVAPSA birth cohort: rationale, design, and methods. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 12, p. 25, 2012.

BERTANI, A. L. et al. Preventing smoking during pregnancy: the importance of maternal knowledge of the health hazards and of the treatment options available. **J Bras Pneumol**, v. 41, n. 2, p. 175-81, 2015.

BORGELT, J. M. et al. Assessment of first trimester thymus size and correlation with maternal diseases and fetal outcome. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 95, n. 2, p. 210-216, 2015.

BOWLBY, J. A Secure Base Parent Child Attachment and Healthy Human Development. **Basic Books**, p.136 ed. 1988.

BRASIL, Vigitel Brasil 2014 : Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da saúde, 2015, 152 páginas, 2015.

BRAZ, P. et al. A doença crónica materna e o nascimento de crianças com anomalias congénitas em Portugal. **Instituto Nacional da Saúde**, n. 15, p. 38-40, 2014.

BROWN, A.; RANCE, J.; BENNETT, P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 2, p. 273-282, 2015.

CAMINHA, M. D. F. C. et al. Time trends and factors associated with breastfeeding in the state of Pernambuco, Northeastern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010.

CARLESSO, J. P. P. et al. Maternal depression and clinical risk indicators in child development. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

CASTELLI, R. D. et al. Association between perception of maternal bonding styles and social anxiety disorder among young women. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 37, n. 4, p. 331-333, 2015.

CHEN, R. et al. Is exposure to secondhand smoke associated with cognitive parameters of children and adolescents?--a systematic literature review. **Ann Epidemiol**, v. 23, n. 10, p. 652-61, 2013.

CHO, N. H. et al. IDF Diabetes Atlas. Sixth Edition. **International Diabetes Federation:** 160 p. 2013.

CHOI, H. et al. Predictors for exacerbation/improvement of postpartum depression--a focus on anxiety, the mothers' experiences of being cared for by their parents in childhood and borderline personality: a perspective study in Japan. **J Affect Disord**, v. 150, n. 2, p. 507-12, 2013.

CHOWDHURY, R. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr**, v. 104, n. 467, p. 96-113, 2015.

CIESIELSKI, T. H.; MARSIT, C. J.; WILLIAMS, S. M. Maternal psychiatric disease and epigenetic evidence suggest a common biology for poor fetal growth. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 1, p. 192, 2015.

COCK, T. P.; SHEVLIN, M. Parental Bonding: A Typology of the parent-child relationship in a population sample. **Sage Open**, v. 4, n. 3, p. 1-13, 2014.

COLEMAN-COWGER, V. H. et al. Factors associated with early pregnancy smoking status among low-income smokers. **Matern Child Health J**, v. 20, n. 5, p. 1054-1060, 2016.

COSTA, A. G. V.; SABARENSE, C. M. Modulation and composition of fatty acids in human milk. **Rev. Nutr.**, v. 23, n. 3, p. 445-457, 2010.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-6, 1987.

DABELEA, D. et al. Association of intrauterine exposure to maternal diabetes and obesity with type 2 diabetes in youth: the SEARCH Case-Control Study. **Diabetes Care**, v. 31, n. 7, p. 1422-1426, 2008.

DAHL, L. B. et al. Emotional, behavioral, social, and academic outcomes in adolescents born with very low birth weight. **Pediatrics**, v. 118, n. 2, p. 449-459, 2006.

DARLING, N.; STEINBERG, L. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological Bulletin**, v. 113, n. 3, 1993.

DIAS, M. P. S.; BASEGGIO, D. B. A depressão materna e suas implicações no desenvolvimento infantil. Mostra de Iniciação Científica **IMED**: 2014.

DOLAN, C. V. et al. Testing causal effects of maternal smoking during pregnancy on offspring's externalizing and internalizing behavior. **Behav Genet**, v. 46, n. 3, p. 378-388, 2015.

EGO, A. Definitions: small for gestational age and intrauterine growth retardation. **J Gynecol Obstet Biol Reprod**, v. 42, n. 8, p. 872-94, 2013.

EIKENAES, I. et al. Avoidant personality disorder versus social phobia: the significance of childhood neglect. **PLoS One**, v. 10, n. 3, p. e0122846, 2015.

ERIKSSON, J. G. et al. Patterns of growth among children who later develop type 2 diabetes or its risk factors. **Diabetologia**, v. 49, n. 12, p. 2853-2858, 2006.

FIGUERAS, F.; GARDOSI, J. Intrauterine growth restriction: new concepts in antenatal surveillance, diagnosis, and management. **Am J Obstet Gynecol**, v. 204, n. 4, p. 288-300, 2011.

FREEZE, M. K.; BURKE, A.; VORSTER, A. C. The role of parental style in the conduct disorders: a comparison between adolescent boys with and without conduct disorder. **J Child Adolesc Ment Health**, v. 26, n. 1, p. 63-73, 2014.

FREIRE, K.; PADILHA, P. DE C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 7, p. 335-341, 2009.

FRICK, A. P. et al. Prediction of large for gestational age neonates: Screening by maternal factors and biomarkers in the three trimesters of pregnancy. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v. 47, n. 3, p. 332-339, 2016.

GALLO, E. A. G. et al. Size at birth and mental health problems at 11 years of age in a Brazilian birth cohort. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1622-1632, 2011.

GAU, S. S.; CHANG, J. P. Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. **Res Dev Disabil**, v. 34, n. 5, p. 1581-1594, 2013.

GEARY, D. C.; FLINN, M. V. Evolution of human parental behavior and the human family. parenting: **Science and Practive**, v. 1, n. 1, p. 5-61, 2011.

GOMEZ-BENEYTO, M. et al. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 28, n. 5, p. 252-255, 1993.

GRANT, K. A. et al. Parental care and control during childhood: associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress. **Arch Womens Ment Health**, v. 15, n. 4, p. 297-305, 2012.

GRATACÓS, E.; FIGUERAS, F. Fetal growth restriction as a perinatal and long-term health problem: clinical challenges and opportunities for future (4P) fetal medicine. **Fetal Diagnosis and Therapy**, v. 36, n. 2, p. 85-85, 2015.

GRAUE, M. et al. Health-related quality of life and metabolic control in adolescents with diabetes: the role of parental care, control, and involvement. **J Pediatr Nurs**, v. 20, n. 5, p. 373-82, 2005.

HANNA, K. M. et al. Parent-adolescent dyads: association of parental autonomy support and parent-adolescent shared diabetes care responsibility. **Child Care Health Dev**, v. 39, n. 5, p. 695-702, 2013.

HASSELMANN, M. H. et al. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 341-352, 2008.

HAUCK, S. et al. Cross-cultural adaptation of parental bonding instrument (PBI) to brazilian portuguese. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 28, n. 2, p. 162-168, 2006.

HAYAKAWA, N. et al. The postpartum depressive state in relation to perceived rearing: a prospective cohort study. **PLoS One**, v. 7, n. 11, p. e50220, 2012.

HEIJMANS, B. T. et al. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. **Proc Natl Acad Sci U S A**, v. 105, n. 44, p. 17046-17049, 2008.

HERSKIN, C. W. et al. Low prevalence of long-term breastfeeding among women with type 2 diabetes. **J Matern Fetal Neonatal Med**, v. 29, n. 15, p. 2516-2517, 2016.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa especial de tabagismo e Pesquisa Nacional de Saúde. 2015.

INDREDAVIK, M. S. et al. Low-birthweight adolescents: Quality of life and parent-child relations. **Acta Paediatrica**, v. 94, n. 9, p. 1295-1302, 2016.

KAUFMANN, C. C. et al. Feeding during the first three months of life for infants of a cohort in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. paul. pediatr.**, v. 30, n. 2, p. 157-165, 2012.

KHALIFA, D. S. et al. Postnatal depression among Sudanese women: prevalence and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 3 months postpartum. **Int J Womens Health**, v. 7, p. 677-84, 2015.

KHAN, S. et al. Prenatal exposure to secondhand smoke may increase the risk of postpartum depressive symptoms. **J Public Health (Oxf)**, v. 37, n. 3, p. 406-11, 2015.

KITAMURA, T. et al. Early loss of parents and early rearing experience among women with antenatal depression. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 15, n. 3, p. 133-139, 1994.

LAMOUNIER, J. A. et al. More than one decade of the baby-friendly health care initiative in Brazil: thinking about the future. **Rev. paul. pediatr.**, v. 26, n. 2, p. 161-169, 2008.

LEVY, L.; BÉRTOLO, H. **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Edição revisada 2008.

LI, N. et al. Maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain on pregnancy outcomes. **PLoS One**, v. 8, n. 12, p. e82310, 2013.

LIU, S. et al. Impact of pre-pregnancy diabetes mellitus on congenital anomalies, Canada, 2002-2012. **Health Promot Chronic Dis Prev Can**, v. 35, n. 5, p. 79-84, 2015.

LOOSLI, L. et al. Association between maternal depression and gender differences in child behavior: a systematic review. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 32, n. 3, p. 94-101, 2010.

MACHADO, M. C. et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 6, p. 985-94, 2014.

MAHEDY, L. et al. Mothers' own recollections of being parented and risk of offspring depression 18 years later: a prospective cohort study. **Depress Anxiety**, v. 31, n. 1, p. 38-43, 2014.

MANFROI, E. C. et al. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 21, n. 1, p. 59-69, 2011.

MARCUS, M. et al. Depression: A global public health Concern. **WHO Department of Mental Health and Substance Abuse**, 2012.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ 2, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **J Pediatr**, v.80, n.2, 99-105, 2004.

MASSUCATTI, L. A.; PEREIRA, R. A.; MAIOLI, T. U. Prevalência de diabetes gestacional em unidades básicas de saúde. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.1, n.1, p.70-79, 2012.

MATOS, S. D.; LAZARETTI, R. K.; BOSCO, S. D. Nutrição e Saúde: Aleitamento Materno. In: UNIVATES, E. (Ed.). **Nutrição e Saúde**. Lajeado: v.1, p. 231, 2013.

MAYER, C.; JOSEPH, K. S. Fetal growth: a review of terms, concepts and issues relevant to obstetrics. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v.41, n.2, p.136-45, 2013.

MEDINA, A. M. et al. Diabetes mellitus tipo I e sua influência na gestação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, 2013.

MEITES, T. M.; INGRAN, R. E.; SIEGLE, G. J. Unique and Shared Aspects of Affective Symptomatology: **The Role of Par**. v. 36, p. 173-181, 2015.

MIAN, L. et al. A depressão Materna e o Comportamento de crianças em idade escolar. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 029-037, 2009.

MITROVIC, M. et al. The impact of diabetes mellitus on the course and outcome of pregnancy during a 5-year follow-up. **Vojnosanit Pregl**, v.71, n.10, p.907-14, 2014.

MOREIRA NETO, A. D. R.; CÓRDOBA, J. C. M.; PERAÇOLI, J. C. Intrauterine growth restriction etiology (IUGR). **Comun. Ciênc. Saúde**, v.22, n.1, p.21-30, 2011.

MORGAN, Z. et al. The effects of parent-child relationships on later life mental health status in two national birth cohorts. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 47, n. 11, p. 1707-15, 2012.

MORGANO, M. A. et al. Mineral composition of human bank milk. **Food Sci. Technol (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 819-824, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196/96, p. 1-16, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 466/12, p. 1-12, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 108p., 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco**: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 5. ed., p. 302 , 2010.

MURRAY, L. et al. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. **BMC Pregnancy & Childbirth**. v.15, n.1, p. 234, 2015.

NASREEN, H. E. et al. Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population based study in Bangladesh. **J Affect Disord**, v. 146, n. 2, p. 254-61, 2013.

NEUMAN, A. et al. Maternal smoking in pregnancy and asthma in preschool children: a pooled analysis of eight birth cohorts. **Am J Respir Crit Care Med**, v. 186, n. 10, p. 1037-43, 2012.

O'CONNOR, C. et al. A review of contemporary modalities for identifying abnormal fetal growth. **J Obstet Gynaecol**, v. 33, n. 3, p. 239-45, 2013.

OLINTO, M. T. A.; GALVÃO, L. W. Reproductive characteristics of women from 15 to 49 years of age: comparative studies and planning for actions. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 64-72, 1999.

OLIVEIRA, A. C. M. D.; GRACILIANO, N. G. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes mellitus gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 441-451, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ed. **Mulheres e Saúde: Evidências de hoje, Agenda de amanhã.**, p.112, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. **Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica - n.23**, 2009.

PARKER, G.; TUPLING, H.; BROWN, L. B. Parental bonding instrument (PBI) scale and instructions - **British Journal of Medical Psychology**. p. 1-10, 1979.

PAULSON, J. F. et al. The course and interrelationship of maternal and paternal perinatal depression. **Arch Womens Ment Health**, p.1-9, 2016.

PEREIRA, R. S. V. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, 2010.

PINELES, B. L.; PARK, E.; SAMET, J. M. Systematic review and meta-analysis of miscarriage and maternal exposure to tobacco smoke during pregnancy. **Am J Epidemiol**, v. 179, n. 7, p. 807-23, 2014.

PINQUART, M. Do the parent–child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. **J Pediatric Psychol.**, v. 38, n. 7, p. 708-721, 2013.

PITONYAK, J. S. et al. Life course factors associated with initiation and continuation of exclusive breastfeeding. **Matern Child Health J**, p.1-10, 2015.

PIZETA, F. A. et al. Maternal depression and risks for children's behavior and mental health: a review. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 18, n. 3, p. 429-437, 2013.

PONTES, A. M. et al. The repercussions of exclusive breastfeeding in children with low birth weight. **Saúde debate**, v. 37, n. 97, p. 354-361, 2013.

PRADO, A. B.; PIOVANOTTI, M. R. A.; VIEIRA, M. L. Concepciones de padres y madres sobre comportamiento paterno real e ideal. **Psicol. Estud.**, v. 12, n.1, p. 41-50, 2007.

PRETTY, C. et al. Adverse childhood experiences and the cardiovascular health of children: a cross-sectional study. **BMC Pediatr**, v. 13, p. 208, 2013.

QADIR, F. et al. The validity of the Parental Bonding Instrument as a measure of maternal bonding among young Pakistani women. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 40, n. 4, p. 276-82, 2005.

SAMPAIO, I. T. A.; CATARINA, U. F. D. S. Inventário de Estilos Parentais (IEP): um novo instrumento para avaliar as relações entre pais e filhos. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 125-126, 2007.

SERRANO, C. H. et al. Parental rearing and eating psychopathology. **Actas Esp Psiquiatr**, v. 43, n. 3, p. 91-98, 2015.

SANTOS, M. M.; PASQUALI, L. Escala de auto avaliação de depressão pós parto: estudo no Brasil. **Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)**, v. 26, p. 90-95, 1999.

SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014-2015**. Grupo editorial nacional. São Paulo: 2015.

SCHWENGBER, D. D. D. S. et al. Maternal depression and mother-infant interaction by the end of the first year of life. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

SEDAGHAT, K.; ZAHEDIASL, S.; GHASEMI, A. Intrauterine programming. **Iranian Journal of Basic Medical Sciences**, v. 18, n. 3, p. 212-220, 2015.

SILVA, R. et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 34, n. 2, p. 143-148, 2012.

SILVEIRA, P. P. et al. Developmental origins of health and disease (DOHaD). **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 83, n. 6, p. 494-504, 2007.

SIMON, V. G.; SOUZA, J. M.; SOUZA, S. B. Breastfeeding, complementary feeding, overweight and obesity in pre-school children. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 1, p. 60-9, 2009.

SOUSA, V. B. G. et al. Pregnancy and diabetes: relationship between nutritional status and glycemic control. **Brazilian Journal in Health Promotion**, v. 27, n. 4, p. 541-549, 2015.

SUZUKI, K. O., AKIHITO et al. Parental overprotection engenders dysfunctional attitudes about achievement and dependency in a gender-specific manner. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 345, 2013.

TEODORO, M. L. M. et al. Propriedades psicométricas do parental bonding Instrument e associação com funcionamento familiar. **Aval. psicol.**, v. 9, n. 2, p. 243-251, 2010.

THORBERG, F. A. et al. Parental bonding and alexithymia: a meta-analysis. **Eur Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 187-93, 2011.

TINOCO, S. M. et al. The importance of essential fatty acids and the effect of trans fatty acids in human milk on fetal and neonatal development]. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 525-34, 2007.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, supl. 2, p. s235-s246, 2008 .

TOMLINSON, M. et al. Community health workers can improve child growth of antenatally-depressed, South African mothers: a cluster randomized controlled trial. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 225, 2015.

VAYSSIERE, C. et al. Fetal growth restriction and intra-uterine growth restriction: guidelines for clinical practice from the French college of gynaecologists and obstetricians. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v. 193, p. 10-8, 2015.

VICTORA, C. G. et al. Anthropometric characterization of impaired fetal growth: risk factors for and prognosis of newborns with stunting or wasting. **JAMA pediatrics**, v. 169, n. 7, p. e151431, 2015.

VITOLLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev.Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n.1, p.28-34, 2007.

VON BECKERATH, A. K. et al. Perinatal complications and long-term neurodevelopmental outcome of infants with intrauterine growth restriction. **Am J Obstet Gynecol**, v. 208, n. 2, p. 130-131, 2013.

WEBER, L. N. D. et al. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.17, n.3, p 323-331, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere**. WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mental health. WHO**, 2015.

WILHELM, K. et al. The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. **Psychol Med**, v. 35, n. 3, p. 387-393, 2005.

WOLD, A. E.; ADLERBERTH, I. Breast feeding and the intestinal microflora of the infant--implications for protection against infectious diseases. **Adv Exp Med Biol**, v. 478, p. 77-93, 2000.

WRIGHT, R. J. Epidemiology of stress and asthma: from constricting communities and fragile families to epigenetics. **Immunol Allergy Clin North Am**, v. 31, n. 1, p. 19-39, 2011.

YAMAKAWA, T.; ITABASHI, K.; KUSUDA, S. Mortality and morbidity risks vary with birth weight standard deviation score in growth restricted extremely preterm infants. **Early Hum Dev**, v. 92, p. 7-11, 2016.

YOUNG, R.; LENNIE, S.; MINNIS, H. Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 52, n. 8, p. 889-897, 2011.

YUSUFF, A. S. et al. Antenatal depressive symptoms and breastfeeding: A prospective cohort study. **Breastfeed Med**, v. 10, n. 6, p. 300-304, 2015.

ZAMBONATO, A. M. K. et al. Risk factors for small-for-gestational age births among infants in Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 24-29, 2004.

ZHANG, L. et al. Maternal smoking during pregnancy and anthropometric measurements of newborns: a population-based study in southern of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1768-1776, 2011.

ZHAO, Y. et al. Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. **Psychiatry Res**, v. 226, n. 1, p. 113-119, 2015.

ZHOU, S. et al. Physical, behavioral, and cognitive effects of prenatal tobacco and postnatal secondhand smoke exposure. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, v. 44, n. 8, p. 219-241, 2014.

## INFLUENCE OF MATERNAL PERCEIVED CARE BY MOTHERS AND BREASTFEEDING FREQUENCY

Salete de Matos<sup>1,2</sup>, Juliana Rombaldi Bernardi<sup>1,2</sup>, Charles Francisco Ferreira<sup>2</sup>, Isabel Cristina Werlang<sup>1,2</sup>, Vera Lúcia Bosa<sup>2</sup>, Clécio Homrich da Silva<sup>1,2</sup>, Marcelo Zubaran Goldani<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente (PPGSCA) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Faculdade de Medicina (FAMED) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre/RS, Brazil.

<sup>2</sup>Núcleo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA) – Laboratório de Pediatria Translacional (LPT) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Faculdade de Medicina (FAMED) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre/RS, Brazil.

### Background

The relationship among parents and their children during childhood and adolescence has been already investigated, mainly focused on the aspects of their possible influence on children's psychological development (Verrocchio *et al.*, 2015). When this relation is not adequately established, it has been considered a trigger for psychological disorders in adulthood (Freeze *et al.*, 2014; Gau and Chang, 2013; Meites *et al.*, 2012). The perceived maternal care has been demonstrated long-term psychological and health consequences in adolescents (Machado *et al.*, 2016; Neuwald *et al.*, 2014) and in adulthood (Bourne *et al.*, 2014; Hoffart Lunding and Hoffart, 2016). Furthermore, studies also suggest that parental care during youthfulness may contribute as a risk factor for psychological and psychiatric disorders in adulthood (Eikenaes *et al.*, 2015; Grant *et al.*, 2012; Young *et al.*, 2011).

Additionally, some maternal conditions – such as postpartum depression – exposes newborns to adverse situations (Pizeta *et al.*, 2013), affecting negatively the mother-to-infant attachment (Ohoka *et al.*, 2014) and the family environment (Loosli and Loureiro, 2010; Schwengber and Piccinini, 2004). This condition may occur up to one year after birth (WHO, 2015), and affects children's psychological and behavioral development (Carlesso *et al.*, 2014; Mian *et al.*, 2009; Pizeta *et al.*, 2013). Studies reported an association between

maternal depressive symptoms after delivery and a shorter or the cessation of breastfeeding, affecting children's health (Chowdhury *et al.*, 2015; Machado *et al.*, 2014; Vitolo *et al.*, 2007; Yusuff *et al.*, 2015).

Little is known about the triad: perceived parental care by the mother, depressive symptoms after delivery and breastfeeding practice, justifying this research. Thus, the objective of this longitudinal study was to analyze the influence of perceived maternal care by their mothers and maternal depressive symptoms on the exclusive breastfeeding frequencies at 3 and 6 months after delivery in a convenience sample exposed to different intrauterine environments.

### Methods

This study is a part of research: "Impact of perinatal different intrauterine environments on child growth and development in the first six months of life" (IVAPSA) Birth Cohort, which aimed to assess the interactions between the maternal phenotype during pregnancy (*e.g.* smoking mothers, diabetic mothers, mothers having small newborns for their gestational age, and control mothers) and their associations with outcomes related to newborn's growth, behavior and neurodevelopment. It is an observational, longitudinal study, with a convenience sample composed of mothers and newborns. Therefore, the groups consisted of newborns exposed to those conditions during pregnancy. These mothers were residents of Porto Alegre city, Rio Grande do Sul (RS), Brazil, and the sample did not include HIV/SIDA mothers, mothers with gestational age below 37 weeks, twin pregnancy mothers, mothers of newborns with chronic or congenital illnesses, or which newborns required hospitalization. For this study, we excluded women with hypertensive disorders during pregnancy.

This protocol study was published elsewhere (Bernardi *et al.*, 2012) and this research was ethically approved by the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and Grupo Hospitalar Conceição (GHC) Research Ethics Committees (numbers 11.0097 and 11.027, respectively).

The sample was divided into four intrauterine adverse environments groups, according to the newborn's exposure conditions during pregnancy, considering the following criteria: smoking mothers – mothers who affirmatively answered the smoking issue during pregnancy; diabetic mothers (DM) – mothers who reported the diagnosis of types 1 and 2 *diabetes mellitus* and gestational *diabetes*; mothers of newborns small for their gestational age (SGA) – term children that were below the 5<sup>th</sup> percentile, according Alexander's curve

(Alexander *et al.*, 1996); and a control group (CTL) – represented by mothers who did not present any of the mentioned conditions. Additionally to these four intrauterine groups, some analyzes were performed dividing our sample in two groups: a group of adverse intrauterine environments (represented by smoking mothers, DM and SGA) and CTL.

After the eligibility criteria were met, postpartum women were invited to participate in the study, and only those that provide a written consent will be included. The participants' recruitment was carried out in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) and Grupo Hospitalar Conceição (GHC) both located in Porto Alegre/RS, Brazil. The initial recruitment and interview was carried out within 24 to 48 hours after delivery in Hospitals' roomings, and 5 postnatal follow-ups occurred after 7 and 15 days, and 1, 3 and 6 months after birth. Three of these interviews were home visits (7 and 15 days and 3 months) and two were scheduled at the Clinical Research Centre (CRC) of HCPA (1 and 6 months). In all interviews, mothers were instructed about the next interview schedule, being asked or to return to CRC/HCPA or to receive the interviewers in home meetings. Importantly, before all data collection, clinical supervisors and interviewers (biomedical, nursing, physiotherapy, medicine and nutrition graduation students) have been trained and certified by the study coordinators researchers, for data collection standardizing.

The evaluation of maternal perceived care was conducted during the 3<sup>rd</sup> month home visit interview, with a self-administrated questionnaire: Parental Bonding Instrument (PBI; Parker *et al.*, 1979) adapted to Portuguese by Hauck and *cols.* (Hauck *et al.*, 2006). This instrument is represented by a Likert-type scale (0=very similar and 3=very different), consisted of 25 items related to a retrospective maternal and parental care, perceived under 16 years old. This scale considers two factors: care (affection and love *versus* indifference and rejection) and protection (control *versus* autonomy). Parental bonding evaluated by PBI can be classified into four quadrants, according to the possible combinations of the two dimensions: “optimal parenting” (high care and low protection), “neglectful parenting” (low care and low protection), “affectionate constraint” (high care and high protection), and “affectionless control” (low care and high protection). For this study, it was conducted only the perception of maternal care, not considering the parental care.

The presence of depressive symptoms in the postnatal period was investigated by the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox *et al.*, 1987) is a self-report questionnaire, and it was applied during the 3<sup>rd</sup> month home visit interview. Mothers were asked to describe their mood during the last 7 days through 10 items. It was used a score scale from 0 to 3,

which the highest scores indicated depressive symptoms. A cut-off 12 points was used and it was analyzed continuously (Matthey *et al.*, 2006).

Additionally, breastfeeding was assessed by questionnaires applied in almost all interviews (*e.g.* 15-days, 1-month, 3-months and 6-months). Breastfed group included children who received, besides breast milk, water, water-based drinks, teas, sugar water infusion, fruit juice, and/or any other solid or liquid food. It was considered exclusive breastfeeding (EBF) those children who received only breast milk. The EBF classification criterion was no other liquids or solids, except for drops or syrups consisting of vitamins, oral rehydration salts, mineral supplements or medicines (WHO, 2016a).

Statistical analyses were conducted at the individual level using the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS), version 18.0. Continuous variables were presented through mean and standard deviation (SD) or median and interquartile range (IR) or confidence interval (CI), and categorical variables by its absolute number (*n*) and relative frequency (%). The normality test of variables distributions was performed and parametric data was analyzed by one-way ANOVA with Tukey *post hoc* test, while non-parametric data was analyzed by Kruskal-Wallis test with Dunn *post hoc* test. A two-way ANOVA was performed to test the relationship between PBI, the study groups and associated variables. The ANCOVA test was performed to assess the relationship of PBI and EPDS between the studied groups. Poisson regression was applied to detect variables association with maternal breastfeeding duration. The significant level was set at 5% ( $p \leq 0.05$ ) for all analyzes.

## Results

For this data, it was used data collected between September 2011 and August 2015. Table 1 shows the distribution of maternal sociodemographic and perinatal variables among intrauterine environments groups. This sample was composed of 212 mother-child pairs, 40 pairs in the *Diabetes mellitus* (DM) group, 55 in the smoking group, 21 in the newborns small for gestational age (SGA) group and 96 in the control (CTL) group. Considering maternal age, DM mothers were older than SGA mothers were ( $p=0.035$ ). DM mothers also displayed a higher number of antenatal care visits during pregnancy as compared to CTL mothers. Besides, CTL mothers had more medical appointments during pregnancy than smoking and SGA mothers ( $p \leq 0.001$ ). A higher proportion of single or divorced women was found in smoking group, as compared to the others ( $p \leq 0.001$ ). Smoking mothers showed less intention to be pregnant in relation to CTL and DM groups ( $p=0.019$ ). SGA mothers presented lower

pre pregnancy BMI compared to smoking and DM ( $p \leq 0.001$ ). Additionally, newborns from SGA group displayed lower birth weight, length at birth and cephalic perimeter when compared to other groups ( $p \leq 0.001$ )

The maternal care average ( $\pm$ SD) was  $25.48 \pm 7.84$  and there was a significant difference between DM ( $21.85 \pm 9.66$ ) and CTL ( $27.36 \pm 6.48$ ) groups ( $p = 0.022$ , data not shown). However, the maternal protection average ( $\pm$ SD) was  $17.56 \pm 7.68$ , with no differences among adverse environments groups ( $p = 0.161$ , data not shown). Considering EPDS scores, the average ( $\pm$ SD) was  $5.51 \pm 4.76$ , with no statistical difference among the studied groups ( $p = 0.230$ , data not show).

In all sample, breastfeeding practices, PBI and EPDS counts among the studied groups, revealed that mothers who no longer practiced breastfeeding at 3 months after delivery exhibited greater scores of protection than those who practiced exclusive breastfeeding ( $p = 0.038$ ). Additionally, the maternal care count was increased in exclusive breastfeeding mothers in relation those who no longer practiced breastfeeding 3 months after delivery ( $p = 0.017$ ). Exclusive breastfeeding SGA mothers presented higher perception of protection, compared to SGA mothers who were not breastfeeding at 3 months after delivery ( $p = 0.072$ ). Furthermore, in this 3<sup>rd</sup> month, SGA mothers who were no longer breastfeeding were statistically different from SGA mothers who were exclusively breastfeeding ( $p = 0.028$ ), since the maternal perceived protection average was higher in these mothers, compared to those who were exclusively breastfeeding. These results are shown in Table 2.

Considering the maternal depressive symptoms, measured by the EPDS, mothers who were not breastfeeding displayed higher EPDS scores compared to those mothers who were exclusive breastfeeding 3 months after delivery ( $p = 0.037$ ). In CTL group, mothers who were not breastfeeding displayed higher EPDS count compared to those who were breastfeeding 3 months after delivery ( $p = 0.027$ ). These results are displayed in Table 3.

Table 4 exhibits the adjusted PBI and EPDS scores and intrauterine environment groups means. ANCOVA analysis revealed that the control group had higher average of perceived care ( $p = 0.005$ ) and lower perception of maternal overprotection ( $p = 0.049$ ) in relation to the intrauterine groups (DM, smoking and SGA together). The relationship among maternal care, maternal overprotection, intrauterine environment groups and EPDS scores indicated that a lower care and a greater overprotection (named an “affectionless control” pattern) induced higher EPDS scores in both adverse intrauterine environments and CTL groups (Figure 1).

Poisson regression analysis among breastfeeding practices, PBI and EDPS scores and intrauterine groups are presented in Table 5, revealing that each additional count on EPDS represented a +10.4% ( $p \leq 0.0001$ ) risk to not breastfeeding at 3 months after delivery and a +4.7% ( $p = 0.004$ ) risk to not breastfeeding at 6 months after birth. Compared to the exclusive breastfeeding practice, at 3 months after birth, each additional count on EPDS represented a +5.4% ( $p = 0.002$ ) risk to no breastfeeding. In these analysis, the mothers that perceived an “affectionate constraint” care pattern from their mothers, 6 months after birth, presented a risk of +2.4% ( $p = 0.044$ ) not to breastfeed at 3 months after delivery. Additionally, the mothers who perceived a “neglectful parenting” care pattern from their mothers, tended to increase the not breastfeeding risk (+2.5%,  $p = 0.058$ ).

## Discussion

This investigation analyzed the perceived maternal care, during their first 16 years of life, and its association with depressive symptoms and breastfeeding practices at 3 and 6 months after delivery, exhibiting a negative influence of this perception on exclusive breastfeeding frequencies.

It was observed that the IVAPSA birth cohort sample had a median of 25.00 years. DM mothers showed higher age and pre pregnancy body mass index (BMI) as compared to SGA group. Some studies pointed that a high maternal age (over than 35 years), as well as greater BMI are 5 to 6 times factors for gestational DM development (Oliveira and Graciliano, 2015). National and International reports recommend that pregnant women perform, at least, four to six antenatal care visits (WHO, 2016b). In this study, all women were inserted in these recommended frequencies. Moreover, DM mothers antenatal care visits median was higher in relation to other groups. It is known that diabetic women or pregnant women diagnosed with gestational DM are forwarded to the prenatal service of high risk, in order to minimize the symptoms of the disease (Gilmartin *et al.*, 2008).

Another factor considered an indicator in the reproductive process control is the unwanted pregnancy. In our study, most participants did not desire the analyzed pregnancy. Among the groups, the younger mothers that did not desire pregnancy were belonging to the SGA group. Unplanned pregnancies, especially in young women, also have other negative effects, such as school dropouts, multiparity, unemployment, perpetuating the cycle of poverty (Olinto and Galvão, 1999; Oliveira, 1998). Furthermore, birth weight, length and head circumference of SGA children were smaller, as compared to the other groups, as

expected. It is well established that SGA children born with those characteristics (Victora *et al.*, 2015). Regarding marital status, most women were married or living with companions. On the other hand, smoking mothers presented more single or divorced women (36.4%), as compared to the other groups. Some studies have described this association previously, pointing a higher frequency of single or divorced marital status for smoking women (Barbosa *et al.*, 2015; Freire *et al.*, 2009).

The average of maternal care and protection was 25.48 and 17.56, respectively. Other researches have described higher counts of care (28.4 and 29.3) and lower of protection (10.1 and 11.6) (Choi *et al.*, 2013; Otani *et al.*, 2013). These differences might be explained by the age of the participants, since in our analysis the participants average age was 25 years, in the study conducted by Choi *et al.* (Choi *et al.*, 2013) the participants mean age was 31.1 years old and in the Otani *et al.* (Otani *et al.*, 2013) investigation the average age was 30.2 years. It seems that as older as the participants are, higher is the maternal perception of care and lesser is the protection perception.

IVAPSA maternal EPDS average was 5.51. Other studies published different scores using this protocol, depending on the sample characteristics, demonstrating that lower maternal educational level, younger women, low familiar income, food insecurity, unwanted pregnancy, fear of family members, marital conflicts and partner violence, have increased EPDS count. On the other hand, women with higher educational level and aged over 35 displayed lower scores on EPDS (Khalifa *et al.*, 2015; Murray *et al.*, 2015; Zhao *et al.*, 2015). In our study, maternal educational level average was 9.39 years, with no significant difference among the groups.

Among the studied groups, SGA not breastfeeding mothers displayed higher overprotection scores at 3 months after birth, in relation to SGA exclusive breastfeeding mothers, showing that an overprotection pattern interfered in SGA exclusive and maternal breastfeeding practices. As previously presented, low care and overprotection during childhood and adolescence is related to unfavorable outcomes in adulthood (de Almeida and Jorge, 1998; Hayakawa *et al.*, 2012). Nested cross-sectional study found that children SGA born whose mothers reported low maternal care during their infancy showed lower scores in the attentional set shifting trait and attention construct at 18 months of age (Neuwald *et al.*, 2014). Moreover, Indredavik and cols. (Indredavik *et al.*, 2005) found that adolescents, born at term, rated their parents as being less protective than SGA adolescents did. Mothers who exclusively breastfed 3 months after birth displayed higher maternal care scores, with lower depressive symptoms, compared to mothers who breastfed in the same period.

Mothers that exclusively breastfed at 3 months after birth presented higher scores of maternal care and lower of depressive symptoms, compared to mothers that were not exclusively breastfeeding. On the other hand, mothers who were no longer breastfeeding, in the control group, exhibited lower depressive symptoms scores than control mothers who were breastfeeding. To our knowledge, this is the first study assessing the relations among maternal care, postpartum depression and breastfeeding frequency, not allowing to compare to other specific maternal care data and its correlation to breastfeeding duration, but similar results were reported in studies of postpartum depression and breastfeeding practice, since a greater depression and depressive symptoms reduced breastfeeding and exclusive breastfeeding (Brown *et al.*, 2016; Pitonyak *et al.*, 2016). In this sense, maternal depressive symptoms have been pointed as one of the factors leading to early weaning (Brown *et al.*, 2016; Pitonyak *et al.*, 2016). A cohort study of Machado *et al.* (Machado *et al.*, 2014), conducted in a public hospital located in Minas Gerais/Brazil, found that the abandonment of breastfeeding occurred on the second and fourth month after birth. In the second month, regression analysis strongly associated this weaning to postpartum depression symptoms and traumatic delivery.

The adjusted average among EPDS and PBI scores, and groups, revealed that the CTL group presented a higher perceived care and a lower perception of maternal protection compared to the adverse intrauterine environment group. The lower maternal care, with a higher maternal protection (named affectionless control), was confirmed to induce higher scores in EPDS in both, control and intrauterine environment group. Some studies suggest that a higher maternal care, measured by PBI, represents a lower maternal depressive symptom rate, reducing the prevalence of maternal smoking and decreasing the risk of some diseases (Almeida *et al.*, 2010; Hayakawa *et al.*, 2012). Other studies also reported that a higher maternal care results in a minor difficulty of identifying and describing feelings (Thorberg *et al.*, 2011), while a greater protection perception results in a higher dependency and dysfunctional attitudes (Otani *et al.*, 2013), higher prevalence of chronic pain (Anno *et al.*, 2015) and eating disorders (Herraiz-Serrano *et al.*, 2015).

As discussed previously, maternal depressive symptoms interfered in the breastfeeding practice, and Poisson regression analysis reinforced this interaction. In this investigation, we found that an affection constraint pattern, perceived by the mothers 6 months after delivery, was related to the risk of not maintaining breastfeeding. It is also known that maternal care is associated to psychiatric disorders (de Cock and Shevlin, 2014; Young *et al.*, 2011) and to depression (Hayakawa *et al.*, 2012). The perception of an affection

restriction (high protection and high care) 6 months after delivery was associated with higher depressive symptoms scores, measured by EPDS. Confirming our data, other studies concluded that a control affectionless pattern, perceived by the mother, interfered negatively in their lives, being this arrangement related to depressive and anxiety symptoms (de Cock and Shevlin, 2014; Grant *et al.*, 2012), bulimia nervosa and eating disorders (Herraiz-Serrano *et al.*, 2015) in both, prenatal and postnatal stages. Some studies also strongly associated a neglectful parenting perception to personality disorders and social phobia (Eikenaes *et al.*, 2015), psychiatric disorders (Young *et al.*, 2011) and chronic disease (Pinquart, 2013).

It is important to note that our study is limited by its small sample size, considering that it was not possible to perform some analysis at six months after delivery. The sample size also did not permit to analyze the intrauterine environment groups individually when comparing maternal care and protection scores. However, strengths of our study include that it was a pioneer research in assessing the perception of maternal care, maternal depression symptoms and breastfeeding practice, characterizing these relations as a transgenerational behavior. Furthermore, it was a study that only applied validated instruments, used in several countries and cultures, without a significant alteration of the construct and that contains good psychometric properties and stability over the years (Behzadi and Parker, 2015; Gómez-Beneyto *et al.*, 1993; Qadir *et al.*, 2005; Wilhelm *et al.*, 2005).

## **Conclusions**

Our findings suggest that both low care and overprotective parenting styles, perceived during childhood and adolescence, modulate maternal breastfeeding practices and predisposes to depressive symptoms after delivery. It was also demonstrated that maternal depressive symptoms, after birth, influenced breastfeeding and exclusive breastfeeding duration, resulting in an early weaning.

**Table 1** - Distribution of maternal sociodemographic and perinatal variables between study groups.  
IVAPSA, Porto Alegre, September 2011 to August 2015.

Variables	Total (n=212)	DM (n=40)	Smoking (n=55)	SGA (n=21)	Control (n=96)	p* Value
Age (years) (median, Q25-Q75)	25.00[20.25-31.00]	28.50[22.25-33.75] <sup>b</sup>	24.00[20.00-29.00] <sup>ab</sup>	22.00[19.50-28.00] <sup>a</sup>	25.00[20.00-31.00] <sup>ab</sup>	0.035
Race related (n, %)	128 (60.4)	26(65.0)	30(54.5)	11(52.4)	61(63.5)	0.551
White	84 (39.6)	14(35.0)	25(45.5)	10(47.6)	35(36.5)	
No white						
Scholarity (years of study) (median, Q25-Q75)	10.00[8.00-11.00]	10.00[7.00-11.00]	9.00[7.00-11.00]	11.00[8.00-11.25]	10.50[8.00-11.00]	0.265
Number of prenatal visits (median, Q25-Q75)	8.00[6.00-10.00]	10.00[8.00-11.75] <sup>b</sup>	6.00[4.00-8.00] <sup>a</sup>	8.00[4.50-10.50] <sup>a</sup>	9.00[6.00-11.00] <sup>c</sup>	<0.001
Marital status (n, %)						
Married and lives with companion	174(82.1)	34(85.0) <sup>a</sup>	35(63.6) <sup>b</sup>	18(85.7) <sup>a</sup>	87(90.3) <sup>a</sup>	<0.001
No single partner or separated	38(17.9)	6(15.0)	20(36.4)	3(14.3)	9(9.4)	
Type of delivery (n, %)						0.374
Caesarean	68(32.1)	17(42.5)	18(32.7)	7(33.3)	26(27.1)	
Vaginal	144(67.9)	23(57.5)	37(67.3)	14(66.7)	70(72.9)	
Desired pregnancy (n, %)						0.019
Yes	75(35.4)	18(45.0) <sup>a</sup>	10(18.2) <sup>b</sup>	8(38.1) <sup>ab</sup>	39(40.6) <sup>a</sup>	
No	137(64.6)	22(55.0)	45(81.8)	13(61.9)	57(59.4)	
Pre pregnancy BMI (median, Q25-Q75)	23.79[20.82-28.02]	28.26[24.82-31.61] <sup>b</sup>	22.76[21.33-26.64] <sup>c</sup>	20.65[19.685-23.36] <sup>a</sup>	23.68[20.67-27.61] <sup>ac</sup>	<0.001
Birth weight (g) (x ± DP)	3205.29(±465.45)	3414.88(±421.55) <sup>b</sup>	3093.98(±412.61) <sup>c</sup>	2541.95(±168.98) <sup>a</sup>	3325.68(±409.27) <sup>bc</sup>	<0.001
Length at birth (cm) (median, Q25-Q75)	49.00[47.00-50.00]	49.00[47.25-50.00] <sup>bc</sup>	48.7[46.87-50.00] <sup>b</sup>	47.00[45.75-47.50] <sup>a</sup>	49.00[48.00-50.00] <sup>c</sup>	<0.001
Cephalic perimeter (cm)(median; Q25-Q75)	34.00[33.00-35.00]	34.00[33.12-35.37] <sup>b</sup>	34.00[33.00-35.00] <sup>c</sup>	32.00[31.00-33.00] <sup>a</sup>	34.00[33.00-35.00] <sup>bc</sup>	<0.001
Sex (n, %)						0.560
Male	98(46.2)	22(55.0)	26(47.3)	8(38.1)	42(43.8)	
Female	114(53.8)	18(45.0)	29(52.7)	13(61.9)	54(56.3)	

Legend: DM: Diabetes Mellitus; SGA: Small for Gestational Age; BMI: Body Mass Index; DP: standard deviation; Q: Percentile \* ANOVA post hoc Tukey for parametric variables; Kruskal-Wallis with post hoc Dunn for nonparametric variables. # Different letters represent averages or statistically different proportions.

**Table 2** – Association between the care perception scores and maternal protection (PBI) and breastfeeding at 3 months

Variables	DM (n=39)	Smoking (n=51)	SGA (n=20)	Control (n=92)	Total (n=202)
Care					
3 months M±DP (n)	27.14±9.35 (7)	28.75±6.47 (8)	31.75±1.50 (4)	28.36±6.08 (22)	28.56±6.43 (41) <sup>a</sup>
AME	20.66±9.31 (27)	23.26±8.30 (34)	24.00±6.70 (12)	27.89±6.12 (59)	24.87±7.96 (132)
Not AME	24.40±8.38 (5)	28.55±5.57 (9)	21.25±9.32 (4)	22.72±7.96 (11)	24.62±7.67 (29) <sup>b</sup>
Not breastfeeding	<i>p</i> =0.160	<i>p</i> 0.085	<i>p</i> =0.072	<i>p</i> =0.086	<i>p</i> =0.017
<i>p</i> *Value					
Variables	DM (n=39)	Smoking (n=52)	SGA (n=20)	Control (n=92)	Total (n=203)
Protection					
3 months M ±DP (n)	14.71±8.53 (7)	16.00±7.25 (8)	10.75±5.85 (4) <sup>c</sup>	15.86±7.28 (22)	15.19±7.27 (41) <sup>a</sup>
AME	19.74±7.36 (27)	18.85±8.23 (35)	19.08±8.17 (12)	15.83±7.18 (59)	17.71±7.70 (133)
Not AME	16.40±8.79 (5)	19.88±7.67 (9)	25.75±3.09 (4) <sup>d</sup>	19.18±7.20 (11)	19.82±7.39 (29) <sup>b</sup>
Not breastfeeding	<i>p</i> =0.268	<i>p</i> =0.577	<i>p</i> =0.028	<i>p</i> =0.358	<i>p</i> =0.038
<i>p</i> *Value					

Data are expressed as means ± SD (n). \* Two-Way Anova and Kruskal-Wallis.

Legend: EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; AME: exclusive breastfeeding; AM: breastfeeding; DM: diabetes mellitus; SGA: small for gestational age.

# Different letters represent average or statistically different proportions.

**Table 3** – Association between depressive symptoms (*EPDS*) and breastfeeding at 3 months

<b>Variables</b>	<b>DM (n=38)</b>	<b>Smoking (n=51)</b>	<b>SGA (n=21)</b>	<b>Control (n=95)</b>	<b>Total (n=205)</b>
<b>EPDS M ±DP (n)</b>					
AME	2.42±1.61(7)	3.75±3.82(8)	4.75±2.87(4)	4.86±2.98(22)	4.21±3.01(41) <sup>a</sup>
Not AME	5.33±4.34(27)	6.68±4.60(35)	6.69±5.61(13)	4.12±3.45(62) <sup>c</sup>	5.26±4.48(137)
Not breastfeeding	10.50±11.73(4)	5.75±5.59(8)	10.75±6.94(4)	9.54±7.36(11) <sup>d</sup>	8.74±7.40(27) <sup>b</sup>
<i>p</i> * Valor	<i>p</i> =0.113	<i>p</i> =0.285	<i>p</i> =0.401	<i>p</i> =0.027	<i>p</i> =0.037

Data are expressed as means ± SD (n). \* Two-way Anova and Kruskal-Wallis.

Legend: EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; AME: exclusive breastfeeding; AM: breastfeeding; DM: diabetes mellitus; SGA: small for gestational age.

# Different letters represent average or statistically different proportions.

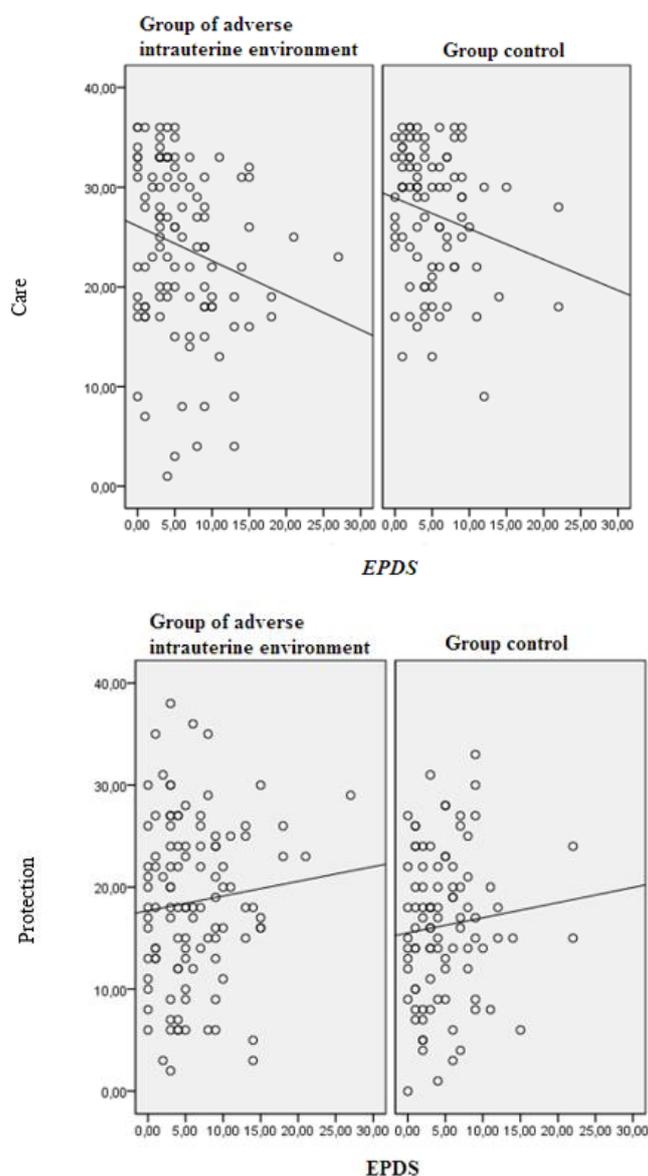
**Table 4** – Adjusted means of PBI, groups and EPDS

<b>PBI</b>	Group of adverse intrauterine environment	Group control	<b>P*</b>
	Adjusted mean e CI 95%		
<b>Care</b>	24.17 [22.73-25.61]	27.20 [25.66-28.74]	<b>0.005</b>
<b>Protection</b>	18.47[17.02-19.93]	16.32[14.75-17.90]	<b>0.049</b>

Legend: EPDS: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; CI: Confidence Interval; PBI: *Parental Bonding Instrument*

\* ANCOVA test set by the EPDS (Average: 5.49)

Figura 1: Mean adjusted between PBI and groups and EPDS



**Table 5** – - Regression analysis among breastfeeding practices 3 and 6 months after delivery, maternal care and protection scores (PBI), depressive symptoms (EPDS) and studied groups.

Variables	AMT 3 months		AMT 6 months		AME 3 months	
	RR / IC 95%	<i>P</i> *	RR / IC 95%	<i>P</i> *	RR / IC95%	<i>P</i> *
EPDS	1.104 [1.053-1.157]	0.000	1.047 [1.015-1.080]	0.004	1.054[1.019-1.091]	0.002
Adverse groups	1.073 [0.517-2.225]	0.850	0.977 [0.636-1.500]	0.916	1.437[0.829-2.494]	0.197
Control group	1		1		1	
Affectionate constraint	2.844 [0.686-11.782]	0.150	2.422 [1.023-5.733]	0.044	3.339[0.872-12.785]	0.078
Neglectful parenting	2.399 [0.441-13.060]	0.312	2.527 [0.968-6.597]	0.058	2.717[0.578-12.778]	0.206
Affectionless control	1.750 [0.393-7.787]	0.462	1.695 [0.6705-4.076]	0.238	3.322[0.816-13.519]	0.094
Optimal parenting	1		1		1	

Legend: *EPDS*: *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; *PBI*: *Parental Bonding Instrument*. AMT: full breastfeeding; AME: exclusive breastfeeding.

\* Regression Poisson

## References

ALEXANDER, G. R. et al. A United States national reference for fetal growth. **Obstet Gynecol**, v. 87, n. 2, p. 163-168, 1996.

ALMEIDA, M. F. D. et al. Small for gestational age. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 217-224, 1998.

ALMEIDA, N. D. et al. Quality of parental emotional care and calculated risk for coronary heart disease. **Psychosom Med**, v. 72, n. 2, p. 148-55, 2010.

ANNO, K. et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 181, 2015.

BARBOSA, R. L. et al. Prevalência e fatores associados ao hábito de fumar de gestantes na cidade de São Luís, Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 3, p. 325-335, 2015.

BEHZADI, B.; PARKER, G. A Persian version of the parental bonding instrument: factor structure and psychometric properties. **Psychiatry Res**, v. 225, n. 3, p. 580-587, 2015.

BERNARDI, J. R. et al. Impact of perinatal pifferent intrauterine environments on child growth and development in the first six months of life--IVAPSA birth cohort: rationale, design, and methods. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 12, p. 25, 2012.

BOURNE, K., BERRY, K., JONES, L., 2014. The relationships between psychological mindedness, parental bonding and adult attachment. **Psychol Psychother**, v. 87, p. 167-177, 2014.

BROWN, A.; RANCE, J.; BENNETT, P. Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 2, p. 273-282, 2015.

CARLESSO, J. P. P. et al. Maternal depression and clinical risk indicators in child development. **Rev. CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 500-510, 2014.

CHOI, H. et al. Predictors for exacerbation/improvement of postpartum depression--a focus on anxiety, the mothers' experiences of being cared for by their parents in

childhood and borderline personality: a perspective study in Japan. **J Affect Disord**, v. 150, n. 2, p. 507-12, 2013.

CHOWDHURY, R. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr**, v. 104, n. 467, p. 96-113, 2015.

COCK, T. P.; SHEVLIN, M. Parental Bonding: A Typology of the parent-child relationship in a population sample. **Sage Open**, v. 4, n. 3, p. 1-13, 2014.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br J Psychiatry**, v. 150, p. 782-6, 1987.

EIKENAES, I. et al. Avoidant personality disorder versus social phobia: the significance of childhood neglect. **PLoS One**, v. 10, n. 3, p. e0122846, 2015.

FREEZE, M. K.; BURKE, A.; VORSTER, A. C. The role of parental style in the conduct disorders: a comparison between adolescent boys with and without conduct disorder. **J Child Adolesc Ment Health**, v. 26, n. 1, p. 63-73, 2014.

FREIRE, K. et al. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.31, p. 335-341, 2009.

GAU, S. S.; CHANG, J. P. Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. **Res Dev Disabil**, v. 34, n. 5, p. 1581-1594, 2013.

GILMARTIN, A.B., URAL, S.H., REPKE, J.T. Gestational diabetes mellitus. **Rev Obstet Gynecol**, v. 1, p.129-134, 2008.

GOMEZ-BENEYTO, M. et al. Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 28, n. 5, p. 252-255, 1993.

GRANT, K. A. et al. Parental care and control during childhood: associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress. **Arch Womens Ment Health**, v. 15, n. 4, p. 297-305, 2012.

HAUCK, S. et al. Cross-cultural adaptation of parental bonding instrument (PBI) to brazilian portuguese. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 28, n. 2, p. 162-168, 2006.

HAYAKAWA, N. et al. The postpartum depressive state in relation to perceived rearing: a prospective cohort study. **PLoS One**, v. 7, n. 11, p. e50220, 2012.

HOFFART L. et al. Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems. **Clin Psychol Psychother**, v. 23, p. 107-117, 2016.

INDREDAVIK, M. S. et al. Low-birthweight adolescents: Quality of life and parent-child relations. **Acta Paediatrica**, v. 94, n. 9, p. 1295-1302, 2016.

KHALIFA, D. S. et al. Postnatal depression among Sudanese women: prevalence and validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 3 months postpartum. **Int J Womens Health**, v. 7, p. 677-84, 2015.

LOOSLI, L. et al. Association between maternal depression and gender differences in child behavior: a systematic review. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 32, n. 3, p. 94-101, 2010.

MACHADO, M. C. et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. **Rev Saude Publica**, v. 48, n. 6, p. 985-94, 2014.

MACHADO, T. D. et al. Interaction between perceived maternal care, anxiety symptoms, and the neurobehavioral response to palatable foods in adolescents. **Stress** v. 19, p. 287-294, 2016.

MAATTHEY, S. et al. Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale: implications for clinical and research practice. **Arch Womens Ment Health**, v. 9, p. 309-315, 2006.

MEITES, T. M.; INGRAN, R. E.; SIEGLE, G. J. Unique and Shared Aspects of Affective Symptomatology: **The Role of Par**. v. 36, p. 173-181, 2015.

MIAN, L. et al. A depressão Materna e o Comportamento de crianças em idade escolar. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 25, n. 1, p. 029-037, 2009.

MURRAY, L. et al. Postnatal depressive symptoms amongst women in Central Vietnam: a cross-sectional study investigating prevalence and associations with social, cultural and infant factors. **BMC Pregnancy & Childbirth**. v.15, n.1, p. 234, 2015.

NEUWALD, M.F. et al. Transgenerational effects of maternal care interact with fetal growth and influence attention skills at 18 months of age. *Early Hum Dev* 90, p. 241-246, 2014.

OHOKA, H. et al. Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment. *Psychiatry Clin Neurosci* 68, p. 631-639, 2014.

OLINTO, M. T. A.; GALVÃO, L. W. Reproductive characteristics of women from 15 to 49 years of age: comparative studies and planning for actions. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, p. 64-72, 1999.

OTANI, K. et al. Parental overprotection engenders dysfunctional attitudes about achievement and dependency in a gender-specific manner. *BMC Psychiatry* 13, p.345, 2013.

PARKER, G.; TUPLING, H.; BROWN, L. B. Parental bonding instrument (PBI) scale and instructions - **British Journal of Medical Psychology**. p. 1-10, 1979.

PINQUART, M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. **J Pediatric Psychol.**, v. 38, n. 7, p. 708-721, 2013.

PITONYAK, J. S. et al. Life course factors associated with initiation and continuation of exclusive breastfeeding. **Matern Child Health J**, p.1-10, 2015.

PIZETA, F. A. et al. Maternal depression and risks for children's behavior and mental health: a review. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 18, n. 3, p. 429-437, 2013.

QADIR, F. et al. The validity of the Parental Bonding Instrument as a measure of maternal bonding among young Pakistani women. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 40, n. 4, p. 276-82, 2005.

SCHWENGBER, D. D. D. S. et al. Maternal depression and mother-infant interaction by the end of the first year of life. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 20, n. 3, p. 233-240, 2004.

SERRANO, C. H. et al. Parental rearing and eating psychopathology. **Actas Esp Psiquiatr**, v. 43, n. 3, p. 91-98, 2015.

THORBERG, F. A. et al. Parental bonding and alexithymia: a meta-analysis. **Eur Psychiatry**, v. 26, n. 3, p. 187-93, 2011.

VERROCCHIO, M.C. et al. Perceived Parental Functioning, Self-Esteem, and Psychological Distress in Adults Whose Parents are Separated/Divorced. **Front Psychol**, v.6, p. 1760, 2015.

VICTORA, C.G. et al. Anthropometric Characterization of Impaired Fetal Growth: Risk Factors for and Prognosis of Newborns With Stunting or Wasting. **JAMA Pediatr**, 169, e151431, 2015.

VITOLO, M. R. et al. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. **Rev.Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n.1, p.28-34, 2007.

WHO. World Health Organization. Maternal mental health, 2015.

WHO. World Health Organization. Exclusive breastfeeding, 2016a.

WHO. World Health Organization. Universal access to reproductive health, 2016b.

WILHELM, K. et al. The stability of the Parental Bonding Instrument over a 20-year period. **Psychol Med**, v. 35, n. 3, p. 387-393, 2005.

YOUNG, R.; LENNIE, S.; MINNIS, H. Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 52, n. 8, p. 889-897, 2011.

YUSUFF, A. S. et al. Antenatal depressive symptoms and breastfeeding: A prospective cohort study. **Breastfeed Med**, v. 10, n. 6, p. 300-304, 2015.

ZHAO, Y. et al. Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. **Psychiatry Res**, v. 226, n. 1, p. 113-119, 2015.

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Seu filho(a) recém nascido \_\_\_\_\_ e você \_\_\_\_\_ estão sendo convidados(as) a participar da pesquisa intitulada **“Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida”** que tem como objetivo principal compreender os efeitos de diferentes situações ocorridas durante a gestação que podem interferir sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como a possibilidade de identificar, muito cedo, os fatores que possam trazer prejuízos para a criança e para o adulto no futuro. Dessa forma, os resultados da presente pesquisa trarão benefícios na compreensão no desenvolvimento de doenças assim como sua prevenção relacionadas com problemas de saúde ocorridos durante a gestação e no início da infância, além de acompanhar o crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, será realizada uma entrevista logo após o parto, ainda no hospital, e marcaremos mais cinco encontros, que podem variar de 90 a 120 minutos, com você e seu filho ou sua filha que deverão acontecer nos 7 e 15 dias de vida, no primeiro, terceiro e sexto mês. Desses, três encontros serão realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no Centro de Pesquisa Clínica e dois na sua casa.

Além da consulta, serão realizados, nesses encontros, testes e questionários referentes às condições de vida e saúde, tais como: hábito alimentar e de atividade física; histórico de doenças; condições de moradia; consumo de bebidas, medicações e outras drogas; condições emocionais da mãe após o parto; relação da mãe com o bebê em relação aos seus cuidados, sua confiança ou insegurança; as condições de sono, comportamento e desenvolvimento do bebê. Algumas avaliações ou medidas específicas de risco mínimo e que podem causar algum desconforto serão realizadas nesses encontros, entre os quais:

- Em todos os encontros: medidas de peso, estatura, circunferência da cintura e medida das dobras cutâneas sua e do seu bebê;
- No 6º encontro será realizada uma filmagem de você com seu bebê realizando algumas tarefas que já fazem parte do seu dia-a-dia com a criança, como por exemplo, você alimentando seu filho(a) e ele(a) brincando;
- No 2º, 4º e 5º encontros, caso você esteja amamentando, serão coletadas três pequenas amostras do seu leite (materno) para avaliar a composição nutricional, e uma amostra de sua saliva e do seu bebê para caracterizar genes que podem estar associados à obesidade.

Os seus dados de identificação e do seu filho(a) não serão divulgados, preservando as suas identidades. As demais informações obtidas serão utilizadas somente para essa pesquisa e serão armazenadas durante cinco anos para posterior descarte.

Se, durante algum dos encontros da pesquisa, seu filho apresentar algum problema de saúde agudo, de maior gravidade como febre alta, dificuldade respiratória, desidratação, por exemplo, ou

Comitê de Ética em Pesquisa  
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

27, 06, 2011  
11 0017 FHV

mesmo se você estiver se sentindo muito cansada, triste ou chorosa, os entrevistadores realizarão uma avaliação. Caracterizada uma situação de emergência, serão encaminhados para avaliação no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Diferentemente, situações que, não necessitem de atendimento de emergência, serão encaminhadas às Unidades Básicas de Saúde de referência, próximo da sua casa.

Alguns questionários poderão lhe causar algum desconforto e se você não quiser responder solicite ao pesquisador. Caso opte por não participar, você e seu filho(a) não sofrerão nenhum prejuízo.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa;

- De que a minha participação e a do meu filho(a), é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga qualquer prejuízo para mim ou para meu filho(a), tanto individual como assistencial;

- Da segurança de que eu e meu (a) filho (a) não seremos identificados, quando da divulgação dos resultados e que essas informações serão utilizadas somente para fins científicos e de ensino;

- De que se existirem gastos decorrentes da participação na pesquisa, como, por exemplo, transporte, eu receberei do orçamento da pesquisa;

- Do acesso às informações sobre o projeto de pesquisa, dúvidas e a forma como ele será conduzido pelo grupo de pesquisadores do Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente (NESCA) ou o pesquisador responsável Marcelo Zubaran Goldani no telefone (51) 3359 8515 ou na Rua Ramiro Barcellos 2350, 11º andar, sala 1131B.

- De que quaisquer dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com Nadine Clausell, Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA pelo telefone (51) 3359 8304, endereço Av. Ramiro Barcellos, 2350, 2º andar.

Declaro que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi elaborado em duas vias, das quais uma delas ficará com o pesquisador.

\_\_\_\_\_  
Nome da mãe ou responsável  
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador  
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa  
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

27, 06, 2011

11009774V

## APÊNDICE B – Questionário de Pós-parto

Nome do Hospital: _____	NUHOSPITAL _____
Data da entrevista: ___ / ___ / ___	GDE ___ / ___ / ___
Entrevistador(a): _____	ENTREV _____
A1) Nome da mãe: _____	
Endereço: _____ _____ ( ) casa ( ) apartamento	
Referência / Como chegar: _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: ( ) _____	
Outros telefones para contato: ( ) _____	
Unidade de Saúde (Pré-natal): _____	
Linha de ônibus: _____	
E-mail: _____	
<b>DADOS PARA CONHECIMENTO DOS GRUPOS DE ESTUDO:</b>	
( 1 ) Diabetes ( 2 ) Hipertensão ( 3 ) Tabagismo ( 4 ) RCIU idiopático ( 5 ) Controle	
<b>DADOS GERAIS DA MÃE</b>	
A2) Qual é sua data de nascimento? ___ / ___ / ___	PNASC ___ / ___ / ___
A3) Cor ou raça da mãe? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena	CORMAED _____ CORMAEO _____
A4) Cor ou raça do pai? Declarada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena Observada (1) branca (2) preta (3) amarela (4) parda (5) indígena (8) NSA (9) IGN	CORPAID _____ CORPAIO _____
A5) Qual é a idade do pai da criança? _____ anos completos (777) Não sabe	PIDADE _____
A6) Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo a mãe e criança? _____	PPESS _____
A7) Dessas, quantas pessoas são adultas? _____	PPESSA _____
A8) Quantos irmãos você tem ou teve? _____	PIRMA _____
A9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) Casada ou mora com companheiro (3) Viúva (2) Solteira, sem companheiro ou separada (4) Divorciada	PCONJU _____
A10) Qual a idade de sua menarca (primeira menstruação)? _____ anos	PMENAR _____
A11) Você já engravidou antes? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A38. (0) Não (1) Sim	PFILHOS _____
<b>SE SIM:</b>	
A12) Número de filhos (incluir o atual)? _____ (88) NSA	PANFIL _____
A13) Número de gestações? _____ (88) NSA	PANGES _____
A14) Número de filhos que não nasceram (abortos)? _____ (88) NSA	PAABORT _____
A15) Algum filho é doente? (0) Não (1) Sim (88) NSA	PAND _____
A16) Se a resposta anterior for positiva, qual a doença? _____ (88) NSA	PANDQ _____
<b>DADOS DO FILHO ANTERIOR:</b>	
A17) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	FSEX1 _____
A18) Data de nascimento? ___ / ___ / ___ (88) NSA	FNASC1 ___ / ___ / ___
A19) Peso ao nascimento? _____ gramas (88) NSA	FAPN1 _____ g
A20) Comprimento ao nascimento? _____ cm (88) NSA	FACN1 _____ cm
A21) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____ (88) NSA	FAM1 _____ semanas

A22) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim	(88) NSA	FAM1 _____
A23) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses	(88) NSA	AMT1 _____
<b>DADOS DO OUTRO FILHO:</b>		
A24) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		FSEX2 _____
A25) Data de nascimento? ___/___/___	(88) NSA	FNASC2 ___/___/___
A26) Peso ao nascimento? _____ gramas	(88) NSA	FAPN2 _____ g
A27) Comprimento ao nascimento? _____ cm	(88) NSA	FACN2 _____ cm
A28) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____	(88) NSA	FAM2 _____ semanas
A29) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim	(88) NSA	FAM2 _____
A30) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses	(88) NSA	AMT2 _____
<b>DADOS DO OUTRO FILHO:</b>		
A31) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino		FSEX3 _____
A32) Data de nascimento? ___/___/___	(88) NSA	FNASC3 ___/___/___
A33) Peso ao nascimento? _____ gramas	(88) NSA	FAPN3 _____ g
A34) Comprimento ao nascimento? _____ cm	(88) NSA	FACN3 _____ cm
A35) Com quantas semanas de gravidez a criança nasceu? _____	(88) NSA	FAM3 _____ semanas
A36) Amamentou seu filho? (0) Não (1) Sim	(88) NSA	FAM3 _____
A37) SE SIM, por quanto tempo? _____ meses	(88) NSA	AMT3 _____
A38) Você tem religião? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A40. (0) Não (1) Sim		RELIG _____
SE SIM:		
A39) Qual é a sua religião? _____	(88) NSA	RELIGQ _____
A40) Até que ano da escola você estudou? Série? _____ Grau? _____		PESCOL1 _____ PESCOL2 _____
A41) Você sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim		PLER _____
A42) Qual é a sua profissão? _____		PPROF _____
A43) Qual é a sua ocupação? _____		POCUP _____
A44) Você trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim		PCART _____
A45) Até que ano da escola o pai do(a) seu(sua) filho(a) estudou? Série? _____ Grau? _____ (77) Não sabe		PASCOL1 _____ PASCOL2 _____
A46) Qual é a profissão do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		PAPROF _____
A47) Qual é a ocupação do pai do(a) seu(ua) filho(a)? _____ (7) Não sabe		PAOCUP _____
A48) Ele trabalha com carteira assinada atualmente? (0) Não (1) Sim (2) Está afastado (7) Não sabe		PACART _____
A49) No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram na sua casa? (incluir renda de trabalho, benefícios ou aposentadoria)		
<b>Renda:</b> Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês  TOTAL: _____ (77) Não sabe	<b>Benefícios:</b> Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês  TOTAL: _____ (77) Não sabe	RDRTOTAL _____ RDBTOTAL _____
A50) Você recebeu indicação para tomar algum SUPLEMENTO de vitamina ou mineral durante a gestação? (exemplos: sulfato ferroso, ácido fólico) SE NÃO ou NÃO SABE PULE PARA QUESTÃO A57. (0) Não (1) Sim		
SUPL _____		
<b>SE SIM: outro suplemento não</b>		

<b>A51) Qual o suplemento?</b> - Ferro (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA Ácido Fólico (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA - Outros, qual(is): _____ (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA		SUPLF _____ SUPLA _____ SUPLO _____ SUPLQ _____	
<b>A52) Quando iniciou o uso?</b> - Ferro (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA - Ácido Fólico (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA - Outro (0) Prévio, desde quando? _____ (1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA		SUPLFI _____ SUPLFP _____ SUPLAI _____ SUPLAP _____ SUPLOI _____ SUPLOP _____	
<b>A53) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas gestacionais?</b> - Ferro _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA - Ácido Fólico _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA - Outro _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA		SUPLFIG _ semanas SUPLAIG _ semanas SUPLOIG _ semanas	
<b>A54) Quando terminou o uso, com quantas semanas gestacionais?</b> - Ferro _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA - Ácido Fólico _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA - Outro _____ semanas (66) Não parou na gestação (77) Não sabe (88) NSA		SUPLFTG _ semanas SUPLATG _ semanas SUPLOTG _ semanas	
<b>A55) A suplementação teve interrupção de uso?</b> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA		SUPLI _____	
<b>SE SIM:</b>			
<b>A56) Quanto tempo de interrupção?</b> _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA		SUPLIT _____ semanas	
<b>A57) Está utilizando algum suplemento atualmente?</b> (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____		SUPLPP _____ SUPLPPQ _____ SUPLPPV _____	
<b>A58) Você utilizou algum MEDICAMENTO durante a gestação?</b> (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO A62.</i>		MEDG _____	
<b>SE SIM:</b>			
<b>A59) Nome?</b> Med 1 _____ _____ Med 2 _____ _____ Med 3 _____ _____ Med 4 _____ _____ Med 5 _____ _____ (88) NSA	<b>A60) Motivo?</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ _____ (88) NSA	<b>A61) Início do uso?</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ _____ (em meses) (88) NSA	MEDGQ1 _____ MEDGM1 _____ MEDGT1 _____ MEDGQ2 _____ MEDGM2 _____ MEDGT2 _____ MEDGQ3 _____ MEDGM3 _____ MEDGT3 _____
<b>A62) Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO?</b> (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO A66.</i>		MED _____	
<b>SE SIM:</b>			
<b>A63) Nome?</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	<b>A64) Motivo?</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	<b>A65) Tempo uso?</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ _____ (em dias)	MEDAQ1 _____ MEDAM1 _____ MEDAT1 _____ MEDAQ2 _____ MEDAM2 _____ MEDAT2 _____ MEDAQ3 _____

			<b>MEDAM3</b> <b>MEDAT3</b> _____
A66) <b>Você teve infecção urinária na gestação?</b> (0) Não (1) Sim			<b>GIU</b> _____
A67) <b>Você teve outras doenças na gestação? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A69.</b> (0) Não (1) Sim			<b>GDO</b> _____
<b>SE SIM:</b>			
A68) <b>Qual(is) doença(s)?</b> _____ (88) NSA			<b>GDOQ</b> _____
<b>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A72.</b>			
A69) <b>Você foi hospitalizada na gestação? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A72.</b> (0) Não (1) Sim			<b>GHOSP</b> _____
<b>SE SIM:</b>			
A70) <b>Quantos dias?</b> _____ (88) NSA			<b>GHOSPD</b> _____ dias
A71) <b>Por qual(is) motivo(s)?</b> _____ (88) NSA			<b>GHOSPM</b> _____
A72) <b>Como você recebeu e a notícia da sua gravidez?</b>			<b>RECMAE</b> _____
A73) <b>Como o pai da criança recebeu a notícia da sua gravidez?</b>			<b>RECPAI</b> _____
A74) <b>Sua gestação foi planejada? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A75.</b> (0) Não (1) Sim			<b>PLAN</b> _____
<b>SE SIM:</b>			
Intenção ou objetivo de engravidar: (0) Não (1) Sim (8) NSA			<b>PLAN1</b> _____
Cessação de método anticoncepcional: (0) Não (1) Sim (8) NSA			<b>PLAN2</b> _____
Concordância do parceiro: (0) Não (1) Sim (8) NSA			<b>PLAN3</b> _____
Momento adequado com rela�o a estilo/estágio de vida: (0) Não (1) Sim (8) NSA			<b>PLAN4</b> _____
A75) <b>Sua gestação foi por concepção assistida (artificial)?</b> (0) Não (1) Sim <b>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A77.</b>			<b>PCAS</b> _____
<b>SE SIM:</b>			
A76) <b>Qual foi o método?</b> (0) Inseminação Intrauterina (1) Fertilização in vitro (8) NSA			<b>PCASM</b> _____
A77) <b>Você já fumou ou fuma cigarros de tabaco? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO A85.</b> (0) Não, nunca fumou (1) Sim, já fumou (2) Sim, fuma atualmente			<b>TAB</b> _____
<b>SE J� FUMOU OU FUMA:</b>			
A78) <b>Por quanto tempo fumou ou fuma?</b> _____ meses (88) NSA			<b>TABT</b> _____ meses
A79) <b>Quantos cigarros você fumava ou fuma por dia?</b> _____ cigarros (88) NSA			<b>TABQ</b> _____ cigarros
A80) <b>Se parou de fumar, quanto tempo antes de engravidar?</b> _____ meses (88) NSA			<b>TABP</b> _____ meses
A81) <b>Usa ou usou na gestação medicações específicas para parar de fumar?</b> (0) Não (1) Sim			<b>TABM</b> _____
<b>E SIM:</b>			
A82) <b>Qual(is) tipo(s) de tratamento(s)?</b> (0) Medica�o via oral (1) Goma de mascar (2) Adesivo (3) Outro (8) NSA			<b>TABMQ</b> _____
A83) <b>Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas?</b> ___ semanas (88) NSA			<b>TABMI</b> ___ semanas
<b>SE TEVE OUTROS FILHOS:</b>			

A84) Fumou na gestação anterior? (0) Não (1) Sim (88) NSA	TABGA _____
A85) Há alguém que fuma na sua casa (exceto a mãe)? (0) Não (1) Sim SE <b>NÃO</b> PULE PARA QUESTÃO A87.	TABC _____
<b>SE SIM:</b>	
A86) Quantas pessoas em sua casa atualmente fumam (exceto a mãe)? Número de pessoas _____ (88) NSA	TABCP _____
A87) Sua mãe fumou na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	TABMG _____
<b>DADOS DA ALIMENTAÇÃO DA MÃE</b>	
A88) Você já recebeu alguma orientação de como se alimentar? (0) Não (1) Sim SE <b>NÃO</b> PULE PARA A QUESTÃO A91.	PORI _____
<b>SE SIM:</b>	
A89) Essa orientação ocorreu: (1) Antes de engravidar (2) Durante a gestação (3) opções 1 e 2 (8) NSA	PORIM _____
A90) De quem recebeu a orientação? _____ (8) NSA	PORIQ _____
<b>DADOS GERAIS DA CRIANÇA</b>	
A91) A criança já tem nome? SE <b>NÃO</b> PULE PARA A QUESTÃO A93. (0) Não (1) Sim	CRNOME _____
<b>SE SIM:</b>	
A92) Qual o nome da criança? _____ (88) NSA	NOMECR _____
A93) Sexo? (0) Feminino (1) Masculino	CSEX _____
A94) Data de nascimento? ____/____/____	CRDN ____/____/____
A95) Número da Declaração de Nascido Vivo (DN)? _____	NUDN _____
A96) Peso ao nascer? _____ gramas	PESOCR _____ g
A97) Comprimento ao nascer? _____ cm	COMPCR _____ cm
A98) Perímetro cefálico? _____ cm	PCCR _____ cm
A99) Apgar1? _____	APGAR1 _____
A100) Apgar5? _____	APGAR5 _____
A101) Tipo de parto? (1) Cesárea (2) Vaginal (3) Fórceps	CTPART _____
A102) Teve mecônio (prontuário)? (0) Não (1) Sim (6) Não tem no prontuário	MECO _____
A103) Hora que a criança nasceu? _____	HRNASC _____
A104) A criança mamou no primeiro dia de vida? (0) Não (1) Sim	MAMOD1 _____
<b>SE NÃO MAMOU NO PEITO:</b>	
A105) O que recebeu? (0) Solução glicosada via oral (1) Soro glicosado endovenoso (2) Fórmula 1º Semestre (3) Outro, qual? _____ (7) Não sabe (8) NSA	MAMO _____ MAMOQ _____
A106) Quantos minutos após nascer a criança mamou no peito pela primeira vez? _____ minutos (5555) mamou após 1º dia (8888) NSA	HRMAMO _____
A107) Peso de nascimento da mãe? _____ gramas (7777) Não sabe	PNM _____ g
A108) Qual era seu peso antes de engravidar? _____ kg (7777) Não sabe	PESOAG _____ kg



TTG 75g (jejum) _____ mg/dl	GLI1 _____
TTG (2h após) _____ mg/dl	GLI2 _____
Colesterol HDL _____ mg/dl	GLI3 _____
Colesterol LDL _____ mg/dl	TTG1 _____
Triglicerídeos _____ mg/dl	TTG2 _____
Colesterol Total _____ mg/dl	HDL _____
Aspartato-aminotransferase (TGO) _____ U/L	LDL _____
Transaminase glutâmica pirúvica (TGP) _____ U/L	TRIG _____
Bilirrubina Total _____ mg/dl	COLT _____
Ferritina _____ ng/ml	TGO _____
Ácido Fólico _____ ng/dl	TGP _____
T4 _____ mcg/100ml	BILIT _____
TSH _____ microUI/ml	FERR _____
Creatinina _____ mg/dl	ACFO _____
Uréia _____ mg/dl	T4 _____
Exame qualitativo de urina (0) Não realizou (1) Realizou	TSH _____
Urocultura (0) Negativa (1) Positivo	CREA _____
Parasitológico de fezes (0) Negativo (1) Positivo	UREIA _____
Citopatológico - Colo do Útero (0) Negativo (1) Positivo	EQU _____
Hemoglobina glicada _____	URO _____
	ECF _____
	CP _____
	HBG LIC _____
<b>QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS – GRUPOS</b>	
<b>DOENÇA HIPERTENSIVA</b>	
B1) Qual a classificação de sua hipertensão (prontuário)? (1) Pré-eclâmpsia (2) Hipertensão crônica (3) Eclâmpsia (4) Pré-eclâmpsia superposta à HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIP _____
<b>SE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO CRÔNICA (HC):</b>	
B2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	HIPDG ____ anos
<b>SE POSSUI HIPERTENSÃO GESTACIONAL, PRÉ-ECLÂMPسيا OU ECLÂMPسيا</b>	
B3) Com quantas semanas gestacionais a HAS foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	HIP ____ semanas
B4) Maior nível de PAS na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAS ____ PASD ____/____/____
B5) Maior nível de PAD na internação? _____ mmHg Data: ____/____/____	PAD ____ PADD ____/____/____
B6) Usou medicações específicas para a hipertensão na gestação? (0) Não (1) Sim <b>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B10.</b>	HIPM ____
<b>SE SIM:</b>	
B7) Qual(is)? _____ (88) NSA	HIPMQ ____
B8) Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMI ____ semanas
B9) Se parou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMP ____ semanas
<b>SE TEVE OUTROS FILHOS:</b>	
B10) Teve hipertensão na gestação anterior? <b>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B13.</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	HIPAN ____

<b>SE SIM:</b>		
B11) Qual era a classificação de sua hipertensão? (1) Pré-eclâmpsia (2) Pré-eclâmpsia superposta à HC (3) Eclâmpsia (4) Hipertensão crônica-HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA		HIPANQ _____
B12) Qual(is) a(s) medicação(ões) que utilizava? _____ _____ (88) NSA		HIPANM _____
B13) Possui histórico familiar de hipertensão? <b>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B15.</b> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe		HIPHF _____
<b>SE SIM:</b>		
B14) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA		HIPHFQ _____
B15) Sua mãe teve hipertensão na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe		HIPMM _____
<b>DIABETES</b>		
D1) Qual a classificação de sua diabetes (prontuário)? (1) DM1 (2) DM2 (3) Diabetes Gestacional (DMG)		DMCL _____
<b>SE DIAGNÓSTICO DE DM1 ou DM2:</b>		
D2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA		DMD _____ anos
<b>SE POSSUI DIABETES GESTACIONAL (DMG):</b>		
D3) Com quantas semanas gestacionais a DMG foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA		DMGDG _____
<b>SE TEVE OUTROS FILHOS:</b>		
D4) Em gestações anteriores alguma vez você apresentou diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA		DMGANT _____
<b>SE SIM:</b>		
D5) Em quantas gestações? _____ (88) NSA		DMGANTQ _____
D6) A diabetes persistiu após o parto? (0) Não (1) Sim (8) NSA		DMGANTP _____
<b>SE SIM:</b>		
D7) A diabetes persistiu por quanto tempo? _____ meses (555) Nunca mais normalizou (888) NSA		DMGANTPT _____
D8) Que tipo de tratamento foi indicado para o diabetes nesta gestação? (0) nenhum tratamento (1) dieta (2) atividade física (3) insulina (4) hipoglicemiante oral (5) Outros: _____		DMTRAT _____ DMTRATO _____
<b>SE HIPOGLICEMIANTE OU INSULINA:</b>		
D9) Qual(is) medicação(ões)? _____ (88) NSA		DMTRATQ _____
D10) Dose(s) _____ (88) NSA		DMTRATD _____
D11) Você seguiu o tratamento recomendado? (0) Não (2) Às vezes (1) Sim, durante toda a gestação desde o momento do diagnóstico		DMTRATR _____
<b>SE NÃO OU ÀS VEZES:</b>		
D12) Por qual(is) motivo(s)? _____ (88) NSA		DMTRATRM _____
D13) Quantas vezes, nesta gestação, você foi internada para controle glicêmico? Número de vezes: _____		DMCGI _____
<b>SE FOI INTERNADA:</b>		

D14) <b>Por quanto tempo?</b> _____ (88) NSA	DMCGP ___ dias
D15) <b>Durante a gestação você fazia controle da sua glicemia?</b> (0) Não (1) Sim	DMCG _____
<b>SE SIM:</b>	
D16) <b>Qual o método que utilizava no controle da sua glicemia?</b> (1) Fita-teste (2) Exame Laboratorial (3) Ambas (8) NSA	DMCGM _____
D17) <b>Com que frequência monitorava sua glicemia?</b> _____ (88) NSA	DMCGMF __ semana
D18) <b>Você possui histórico familiar de diabetes?</b> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	DMHF _____
<b>SE SIM:</b>	
D19) <b>Qual o parentesco?</b> (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	DMPAR _____

**CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO**

A118) <b>De qual material a maioria das paredes de sua moradia é constituída?</b> (0) Tijolo (1) Tábua (madeira) ou taipa (2) Concreto ou cimento (3) Outro Qual? _____	MATPAR _____
A119) <b>De qual material a maioria do piso de sua moradia é constituído?</b> (0) Cerâmica ou cimento (1) Tábua (madeira) (2) Terra ou barro (3) Carpete (4) Outro Qual? _____	MATPISO _____
A120) <b>Na sua casa tem manchas de umidade na parede ou no teto?</b> (0) Não (1) Sim	MOFO _____
A121) <b>De onde vem a água usada na sua habitação?</b> (0) Canalização interna (1) Ponto de água externo (2) Outro Qual? _____	AGUAHAB _____
A122) <b>Na sua casa tem encanação para esgoto?</b> (0) Não (1) Sim	ESGHAB _____
A123) <b>Onde está situado o banheiro que é utilizado por você e pelas pessoas da sua casa?</b> (0) Dentro de casa (1) Fora de casa	BANHAB _____
<b>COLETA DE MATERIAIS</b>	
A124) <b>Conseguiu realizar a coleta de saliva da mãe?</b> (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	SALIVM _____
A125) <b>Conseguiu realizar a coleta de leite?</b> (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	LEITEM _____
A126) <b>Conseguiu realizar a coleta de saliva da criança?</b> (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	SALIVC _____

**Critério de Classificação Econômica Brasil ABIPEME (ABEP, 2010)**

Abaixo, marcar um X sobre o número de itens de cada eletrodoméstico existente na casa em que a gestante mora:

**Posse de itens:**

Itens	Não tem	Quantidade de itens			
		1	2	3	4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel (carro ou moto)	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer*	0	2	2	2	2

\*Aparelho independente ou parte da geladeira duplex

Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	Pontos	
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/até 3ª série fundamental	0	Pontuação Mínima: 0
Primário completo/Ginasial incompleto	4ª série fundamental	1	
Ginasial completo/Colegial incompleto	Fundamental completo	2	
Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo	4	Pontuação Máxima: 46
Superior completo	Superior completo	8	

**Grau de instrução do chefe da família:**

### APÊNDICE C – Questionário de 7 dias

Data da entrevista: ___ / ___ / ___	2GDE ___ / ___ / ___
Entrevistador (a): _____	2ENTREV _____
<b>Nome mãe / bebê:</b> _____	
B1) Endereço: _____ _____ ( ) casa ( ) apartamento	
Referência/Como chegar _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Outros telefones para contato: ( ) _____	
Linhas de ônibus: _____	
E-mail: _____	
<b>DADOS GERAIS DA CRIANÇA</b>	
B2) Peso da criança na alta hospitalar? _____ gramas	7PESOCRI _____ g
B3) Idade gestacional? IG DUM: _____ IG eco: _____ IG clínico: _____	IGDUM _____ sem. IGECO _____ sem. IGCLI _____ sem
B4) Na maior parte do tempo em casa quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	7QMCUID _____ 7QMCUIDQ _____
B5) Seu filho possui alguma doença no momento? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B7.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	7CDOEN _____
<b>SE SIM:</b>	
B6) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ (88) NSA	7CDOENQ _____
B7) Seu filho recebeu algum medicamento desde que nasceu? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B10.</i>	7CMED _____
<b>SE SIM:</b>	
B8) Qual(is) medicamento(s)? _____ _____ (8) NSA	7CMEDQ1 _____ 7CMEDQ2 _____
B9) Motivo(s) da(s) utilização(ões)? _____ _____ (8) NSA	7CMEDM1 _____ 7CMEDM2 _____
B10) Seu filho foi internado alguma vez desde que nasceu? (no mínimo 1 noite) (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B13.</i>	7CINTER _____
<b>E SIM:</b>	
B11) Vezes que foi internado: _____ (88) NSA	7CINTERV _____
B12) Motivo(s) da(s) internação(ões): _____ (88) NSA	7CINTERM _____
B13) Seu filho usa ou usou bico? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B16.</i> (0) Não (1) Sim (2) Já usou	7CBICO _____
<b>SE SIM ou JÁ USOU:</b>	
B14) Quando iniciou o uso? _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	7CBICOI _____ dias
B15) Tempo de uso? _____ dias (88) NSA	7CBICOT _____ dias
B16) Você já levou seu filho ao posto de saúde? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B22.</i> (0) Não (1) Sim	7CPUERI _____
<b>SE SIM:</b>	
B17) Qual posto? _____ (88) NSA	7CPUERIP _____
B18) Idade, em dias, da primeira visita ao posto? _____ (88) NSA	7CPUERIID _____ dias
B19) Quantas vezes já o levou ao posto? _____ (88) NSA	7CPUERIV _____
B20) Motivo (s) da(s) consulta(s)? Consulta 1: _____ (88) NSA	7CPUERIM1 _____ 7CPUERIM2 _____

Consulta 2: _____ (88) NSA	7CPUERIM3 _____
Consulta 3: _____ (88) NSA	
B21) Quantos registros de consultas no posto há no Cartão da criança: _____ (88) NSA	7CPUERIC _____
<b>HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA</b>	
B22) Alimentação na alta hospitalar: ( 1 ) Aleitamento materno exclusivo ( 2 ) Aleitamento materno + fórmula infantil ( 3 ) Somente fórmula infantil ( 4 ) Outro, Qual? _____	7ALIAL _____ 7ALIALQ _____
B23) O seu bebê mama no peito? SE SIM PULE PARA QUESTÃO B26. (0) Não (1) Sim	7MAMAP _____
<b>SE NÃO:</b>	
B24) Por quê? _____ (88) NSA	7PQNMAMA _____
B25) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA	7QPAMA _____
B26) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim	7HCMAMA _____
B27) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula/leite de vaca, quantas vezes ao dia está recebendo? _____ vezes Leite Materno _____ vezes Fórmula infantil _____ vezes Leite de vaca	7MAMAQD ___ v/d
B28) Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula/leite de vaca, quantas vezes durante a noite está recebendo? _____ vezes Leite Materno _____ vezes Fórmula infantil _____ vezes Leite de vaca	7MAMAQN ___ v/n
B29) Além do leite materno/ fórmula/ leite de vaca, você oferece algum outro alimento ou líquido ao seu filho? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B34. (0) Não (1) Sim	7OUTROAL _____
<b>SE SIM:</b>	
B30) Quais os alimentos/bebidas oferecidos a criança? Alimento 1: _____ Alimento 2: _____ Alimento 3: _____ Alimento 4: _____ Alimento 5: _____ (88) NSA	7ALIOF1 _____ 7ALIOF2 _____ 7ALIOF3 _____ 7ALIOF4 _____ 7ALIOF5 _____
B31) Motivo(s) da(s) introdução(ões): Alimento 1: _____ Alimento 2: _____ Alimento 3: _____ Alimento 4: _____ Alimento 5: _____ (88) NSA	7MOTIV1 _____ 7MOTIV2 _____ 7MOTIV3 _____ 7MOTIV4 _____ 7MOTIV5 _____
B32) Quando introduziu, o bebê tinha quantos dias de vida? Alimento 1: _____ dias de vida do bebê Alimento 2: _____ dias de vida do bebê Alimento 3: _____ dias de vida do bebê Alimento 4: _____ dias de vida do bebê Alimento 5: _____ dias de vida do bebê (88) NSA	7QUAN1 ___ dias 7QUAN2 ___ dias 7QUAN3 ___ dias 7QUAN4 ___ dias 7QUAN5 ___ dias
B33) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (2) a avó materna (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar: _____ (8) NSA	7RECOM _____ 7RECOMO _____
<b>DADOS GERAIS DA MÃE</b>	
B34) Você recebeu alguma orientação sobre amamentação durante o Pré-Natal? (0) Não (1) Sim SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B36.	7ORIAM _____

<b>SE SIM</b>		
B35) Que tipo (quais) de orientação (ões)? _____		7ORIAMT _____
B36) Durante a internação hospitalar (quando você “ganhou” esse bebê) você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar o bebê? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B38</i>		7ORINTAM _____
<b>SE SIM</b>		
B37) Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda? _____		7ORINTAMST _____
<b>SE NÃO</b>		
B38) Você considera (acha) que precisou de ajuda? (0) Não (1) Sim, qual o motivo? _____		7OINAMAJ _____ 7OINAMAJQ _____
B39) Você está utilizando algum SUPLEMENTO atualmente? (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____		7SUPL _____ 7SUPLPQ _____ 7SUPLPD _____
B40) Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO? (1) Não (1) Sim <i>SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO B44.</i>		7MED _____
<b>SE SIM:</b>		
B41) Nome Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	B42) Motivo Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	B43) Tempo do uso Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (em dias) 7MEDAQ1 _____ 7MEDAM1 _____ 7MEDAT1 _____ 7MEDAQ2 _____ 7MEDAM2 _____ 7MEDAT2 _____ 7MEDAQ3 _____ 7MEDAM3 _____ 7MEDAT3 _____
<b>TABACO, CONSUMO DE BEBIDA DE ALCÓOL E USO DE DROGAS</b>		
B44) Você fuma atualmente? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B46.</i>		7MFUMA _____
<b>SE SIM:</b>		
B45) Quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA		7MFUMAQ _____
B46) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B48.</i>		7FUMOCS _____
<b>SE SIM:</b>		
B47) Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente (exceto a mãe)? ____ (88) NSA		7FUMOCSQ _____
B48) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você tomou pelo menos um ou uma dose de bebida alcoólica? Uma dose padrão equivale a uma lata de cerveja (350 ml), ou uma taça de vinho (120 ml) ou uma dose de bebida destilada (45 ml). <i>SE NENHUM PULE PARA QUESTÃO B50.</i> (1) 1 a 5 dias (2) 6 a 9 dias (3) 10 a 19 dias (4) 20 a 29 dias (5) Todos os 30 dias (6) Nenhum dia		7BEB _____
<b>SE SIM:</b>		
B49) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quanto você tomou (copos, taças) por dia? _____ (88) NSA		7BEBF _____ copos
B50) Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbada? (1) Nenhuma vez na vida (2) 1 ou 2 vezes (3) 3 a 5 vezes (4) 6 a 9 vezes (5) 10 ou mais vezes (7) Não sabe		7BEBB _____
B51) Você tem acesso à drogas em seu ambiente familiar? (0) Não (1) Sim		7ACESSO _____

B52) <b>Você usou algum tipo de droga durante a gestação?</b> (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B55</i>		7DROG _____
<b>SE SIM:</b>		
B53) <b>Qual(is) a(s) substância(s)?</b> 1) Estimulantes: anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas. 2) Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca. 3) Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina. 4) Alucinogêneos: LSD, “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy. 5) Solventes voláteis: “cola”, éter. 6) Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC. 7) Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos. 8) Diversos: Anabolizantes, esteróides, “poppers”.	<b>Respostas:</b> (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não	7DROGQ1 _____ 7DROGQ2 _____ 7DROGQ3 _____ 7DROGQ4 _____ 7DROGQ5 _____ 7DROGQ6 _____ 7DROGQ7 _____ 7DROGQ8 _____
B54) <b>Quantas vezes fazia uso por semana?</b> _____ vezes. (888) NSA	7DROGV _____	
B55) <b>O seu companheiro costuma tomar bebida de álcool?</b> (0) Não (1) Sim (9) IGN <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B58</i>	7DROGC _____	
<b>SE SIM:</b>		
B56) <b>Com que frequência ele costuma beber?</b> (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Todos os finais de semana (4) Todos os dias (8) NSA	7DROGCF _____	
B57) <b>Das vezes que ele bebe, quantas vezes ele fica alterado?</b> (0) Nenhuma (1) Às vezes (2) sempre (8) NSA	7DROGCA _____	
<b>DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA</b>		
B58) <b>Peso da mãe + peso do bebê</b> (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg	7PESOMB _____ kg	
B59) <b>Peso da mãe</b> (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg	7PESOM _____ kg	
B60) <b>Altura da mãe</b> (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7ALTM _____ cm	
B61) <b>Peso do bebê</b> (1ª) _____ g (2ª) _____ g Média: _____ g	7PESOCR _____ g	
B62) <b>Circunferência da cintura da mãe</b> (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7CBM _____ cm	
B63) <b>Circunferência braquial da mãe</b> (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7DCTM _____ cm	
B64) <b>Dobra cutânea tricipital da mãe</b> (1ª) _____ mm (2ª) _____ mm Média: _____ mm	7DCTM _____ mm	
B65) <b>Dobra cutânea subescapular da mãe</b> (1ª) _____ mm (2ª) _____ mm Média: _____ mm	7DCSBM _____ mm	
B66) <b>Comprimento do bebê</b> (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7COMPCR _____ cm	
B67) <b>Perímetro cefálico do bebê</b> (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7PCCR _____ cm	
<b>COLETA DE MATERIAIS</b>		
B68) <b>Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da mãe?</b> (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	7ANTRM _____ 7ANTRMM _____	
B69) <b>Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da criança?</b> (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	7ANTRC _____ 7ANTRCM _____	



### APÊNDICE D – Questionário de 15 dias

<b>SEGUIMENTO</b>	
Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	<b>3GDE</b> __ / __ / __
Entrevistador (a): _____	<b>3ENTREV</b> __
Nome mãe/ bebê: _____	
Endereço: _____ _____ ( ) casa ( ) apartamento	
Referência/Como chegar _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: ( ) _____	
Outros telefones para contato: ( ) _____	
Linhas de ônibus: _____	
E-mail: _____	
<b>DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA</b>	
D1) Idade do bebê em dias? _____	<b>15IDADCR</b> _
D2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D5.</i> (0) Não (1) Sim	<b>15CRECHE</b> _
<b>SE SIM:</b>	
D3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	<b>15CRECHET</b> __
D4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	<b>15CRECHEI</b> ____
D5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	<b>15QMCUID</b> ____ <b>15QMCUIDQ</b> __
D6) Seu filho tem ou teve alguma doença? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D8.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	<b>15CDOEN</b> __
<b>SE SIM:</b>	
D7) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ _____ _____ (88) NSA	<b>15CDOENQ</b> ____
D8) Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele? <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO D16.</i> (0) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente	<b>15DOENT</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
D9) Aumenta a frequência das mamadas? (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>15FREQM</b> ____
D10) Aumenta a oferta de líquidos? (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>15ALIQ</b> ____
D11) Força a criança a comer? (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>15FCOMD</b>
D12) Oferece os alimentos preferidos da criança? (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>15PREFE</b> ____
D13) Oferece os alimentos com maior frequência? (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>15FREQC</b> ____
D14) Faz restrições alimentares? (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>15RESTR</b> ____
D15) Outra mudança, qual? _____ (88) NSA	<b>15DOENTMD</b> __

D16) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D19.</i> (0) Não (1) Sim		15QUEDA ___
<b>SE SIM:</b>		
D17) Qual (is) acidente (s)? _____ (88) NSA		15QACI _____
D18) Foi levado ao médico? (0) Não (1) Sim (8) NSA		15QUEDAMD _
D19) Seu filho recebeu algum medicamento desde que nasceu? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D22.</i> (0) Não (1) Sim		15CMED ___
<b>SE SIM:</b>		
D20) Nome Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	D21) Motivo Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	15CMEDQ1 ___ 15CMEDM1 ___ 15CMEDQ2 ___ 15CMEDM2 ___ 15CMEDQ3 ___ 15CMEDM3 ___ 15CMEDQ4 ___ 15CMEDM4 ___ 15CMEDQ5 ___ 15CMEDM5 ___
D22) Seu filho foi internado desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D25.</i> (0) Não (1) Sim		15CINTER ___
<b>SE SIM:</b>		
D23) Vezes que foi internado? _____ (88) NSA		15CINTERV ___
D24) Motivo(s) da internação(ões)? _____ (88) NSA		15CINTERM __
D25) Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D28.</i> (0) Não (1) Sim (2) Já usou		15CBICO ___
<b>SE SIM ou JÁ USOU:</b>		
D26) Quando iniciou o uso? _____ dias (88) NSA		15CBICOI ___
D27) Tempo de uso? _____ dias (88) NSA		15CBICOT ___
D28) Você têm o costume de ler ou contar histórias para o seu (a) filho (a)? (0) Não (1) Sim		15LER ___
D29) Você faz a higiene bucal do seu filho? (0) Não (1) Sim		15HIGBC ___
D30) Você fuma atualmente? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D32.</i> (0) Não (1) Sim		15MFUMA ___
<b>SE SIM:</b>		
D31) Quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA		15MFUMAQ ___
D32) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D34.</i> (0) Não (1) Sim		15FUMOCS ___
<b>SE SIM:</b>		
D33) Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente? _____ (88) NSA		15FUMOCSQ __
<b>ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA</b>		
D34) O seu bebê mama no peito? <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO D37.</i> (0) Não (1) Sim		15MAMAP ___
<b>SE NÃO:</b>		
D35) Por quê? _____ (88) NSA		15MAMAPN ___
D36) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA		15QPAMA ___
D37) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim		15HCMAMA __
D38) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo? ___ vezes Leite Materno ___ vezes Fórmula infantil ___ vezes Leite de vaca		15MAMAQD__ v/d

D39) <b>Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?</b> ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	<b>15MAMAQN__ v/d</b>
D40) <b>O seu bebê recebe ou recebeu água pura? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D47.</b> (0) Não (1) Sim	<b>15AGUA ____</b>
<b>SE SIM:</b>	
D41) <b>Que tipo de água é utilizada?</b> (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (5) Filtrada/ Fervida (6) Outro, qual? (88) NSA	<b>15AGUA1 ____</b>
D42) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QDAG ____</b>
D43) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?</b> _____ (88) NSA	<b>15AGUAVZ ____</b>
D44) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>15AGUAM ____</b>
D45) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QPAG ____</b>
D46) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar _____ (8) (3) o companheiro NSA (7) Não sabe	<b>15RECAG ____</b> <b>15RECAGE ____</b>
D47) <b>O seu bebê recebe ou recebeu chá? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D53.</b> (0) Não (1) Sim	<b>15CHA ____</b>
<b>SE SIM:</b>	
D48) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QDCH ____</b>
D49) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?</b> _____ (88) NSA	<b>15CHAVZ ____</b>
D50) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>15CHAM ____</b>
D51) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QPCH ____</b>
D52) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar _____ (8) (3) o companheiro NSA (7) Não sabe	<b>15RECCH ____</b> <b>15RECCHO ____</b>
D53) <b>O seu bebê recebe ou recebeu suco? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D60.</b> (0) Não (1) Sim	<b>15SUCO ____</b>
<b>SE SIM:</b>	
D54) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QDSC ____</b>
D55) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?</b> _____ (88) NSA	<b>15SUCOVZ ____</b>
D56) <b>Qual o tipo de suco oferecido?</b> 1. Natural (0) Não (1) Sim 2. Concentrado – garrafa ou polpa (0) Não (1) Sim (8) NSA 3. Diluído – caixinha (0) Não (1) Sim 4. Artificial – pó/xarope (0) Não (1) Sim	<b>15TSUCO1 ____</b> <b>15TSUCO2 ____</b> <b>15TSUCO3 ____</b> <b>15TSUCO4 ____</b>
D57) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>15SUCOM ____</b>
D58) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QPSC ____</b>
D59) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>15RECSC ____</b> <b>15RECSCE ____</b>
D60) <b>O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D66.</b> (0) Não (1) Sim	<b>15REFR ____</b>
<b>SE SIM:</b>	
D61) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QDSC ____</b>
D62) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu refrigerante?</b> _____ (88) NSA	<b>15SUCOVZ ____</b>
D63) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>15SUCOM ____</b>
D64) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QPSC ____</b>

D65) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>15RECSC</b> ____ <b>15RECSCE</b> ____
D66) <b>O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?</b> <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO D78.</i> (0) Não (1) Sim	<b>15LEITE</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
D67) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QDLT</b> ____
D68) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o leite?</b> _____ (88) NSA	<b>15LEITEVZ</b> ____
D69) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>15LEITEM</b> ____
D70) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>15RECLT</b> ____ <b>15RECLTE</b> ____
D71) <b>Qual o tipo de leite oferecido?</b> 1. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Milupa, Aptamil. (0) Não (1) Sim 2. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê. (0) Não (1) Sim 3. Leite de vaca (caixinha ou saquinho). (0) Não (1) Sim 4. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk. (0) Não (1) Sim 5. Outro tipo de leite. Qual? _____ (8) NSA	<b>15LEITE1</b> ____ <b>15LEITE2</b> ____ <b>15LEITE3</b> ____ <b>15LEITE4</b> ____ <b>15LEITE5</b> ____ <b>15LEITEQ</b> ____
D72) <b>Algum outro produto é adicionado ao leite?</b> (0) Não (1) Sim	<b>15LTENG</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
D73) <b>Quais produtos são utilizado para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?</b> 1. Cereais não enriquecidos (aveia, amido de milho) (0) Não (1) Sim 2. Cereais enriquecidos (Mucilon, Arrozinha, Farinha Láctea) (0) Não (1) Sim 3. Açúcar (0) Não (1) Sim 4. Achocolatado (0) Não (1) Sim 5. Óleo (0) Não (1) Sim 6. Água (0) Não (1) Sim 7. Outro tipo de produto. Qual? _____ (8) NSA	<b>15FARIN1</b> ____ <b>15FARIN2</b> ____ <b>15ACU3</b> ____ <b>15ACHO4</b> ____ <b>15OLEO5</b> ____ <b>15OUTRQ</b> ____
D74) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>15QDLTG</b> ____
D75) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>15FARINM</b> ____
D76) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>15RECLTG</b> ____ <b>15RECLTGE</b> _
D77) <b>Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?</b> (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (4) Outros/ especificar _____ (88) NSA	<b>15LTQMDA</b> ____ <b>15LTQMDAE</b> _
D78) <b>Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?</b> (0) Não (1) Sim	<b>15MAMAD</b> ____
D79) <b>Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO D96.</b> (0) Não (1) Sim	<b>15OALIM</b> ____
<b>SE SIM</b>	
D80) <b>Seu bebê tem horários certos para se alimentar?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	<b>15HORAC</b> ____
D81) <b>O que você faz se a criança recusa algumas refeições?</b> (1) oferece a mesma comida mais tarde (2) espera o horário da próxima refeição (3) substitui por leite materno (4) substitui por mamadeira (5) substitui por outro alimento/especificar _____ (88) NSA	<b>15RECUSA</b> ____ <b>15RECSUB</b> ____
D82) <b>Como você oferece os alimentos para o bebê?</b>	<b>15ALPREP1</b> ____

1. Liquidificados (0) Não (1) Sim		<b>15ALPREP2</b> ____
2. Passados na peneira (0) Não (1) Sim		<b>15ALPREP3</b> ____
3. Raspados (0) Não (1) Sim (88) NSA		<b>15ALPREP4</b> ____
4. Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim		<b>15ALPREP5</b> ____
5. Picados em pequenos pedaços (0) Não (1) Sim		<b>15ALPREP6</b> ____
6. Consistência da família (0) Não (1) Sim		
<b>D83) A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?</b> (1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada		<b>15SAL</b> ____
<b>D84) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?</b> (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA		<b>15ALIBB</b> ____ <b>15ALIBBE</b> ____
<b>D85) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?</b> (0) Não (1) Sim (88)		<b>15COMES</b> ____
<b>D86) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA		<b>15INTERAG</b> ____
<b>D87) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA		<b>15ESTIM</b> ____
<b>D88) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA		<b>15FORCM</b> ____
<b>D89) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA		<b>15RECOMP</b> ____
<b>D90) A comida do bebê é preparada separadamente?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA		<b>15COMSE</b> ____
<b>D91) A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA		<b>15COMHR</b> ____
<b>D92) Você aproveita o resto de leite (ou LM) ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA		<b>15APRES</b> ____
<b>D93) Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que são preparados com antecedência?</b> (0) Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente		<b>15ASOBR</b> ____
<b>D94) A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?</b> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (88) NSA		<b>15LAVMP</b> ____
<b>D95) A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?</b> (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe (88) NSA		<b>15LAVMR</b> ____

#### DADOS GERAIS DA MÃE

<b>D96) Depois que você foi para casa, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar?</b> (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO D98.</i>	<b>15ORAMUB</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
<b>D97) Que tipo (quais) orientação (ões)/ajuda?</b> _____	<b>15ORAMUBT</b> ____
<b>SE NÃO:</b>	

D98) <b>Você considera (acha) que precisava de ajuda?</b> (0) Não (1) Sim, qual ou para quê? _____		15OAUBAJ _____ 15OAUBAS _____
D99) <b>Está utilizando algum suplemento atualmente?</b> (0) Não (1) Sim Qual? _____ vezes por dia: _____		15SUPL _____ 15SUPLPQ _____ 15SUPLPD _____
D100) <b>Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO?</b> (2) Não (1) Sim <i>SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO D104.</i>		15MED _____
<b>SE SIM:</b>		
D101) <b>Nome</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____(88) NSA	D102) <b>Motivo</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	D103) <b>Tempo do uso</b> Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (em dias)
		15MEDAQ1 _____ 15MEDAM1 _____ 15MEDAT1 _____ 15MEDAQ2 _____ 15MEDAM2 _____ 15MEDAT2 _____ 15MEDAQ3 _____ 15MEDAM3 _____ 15MEDAT3 _____

O seu filho tomou leite materno até qual idade e quando introduziu os seguintes alimentos?

	Não	7 dias	5 dias	1º mês
D110) Açúcar adicional(mamadeira, suco ou chá)				
D111) Achocolatado				
D112) Mel				
D113) Café				
D114) Funchicória				
D115) Fruta amassada				
D116) Papa salgada/ Sopa				
D117) Sopa industrializada				
D118) Verduras ou legumes				
D119) Leguminosas (ex. feijão,lentilha)				
D120) Comida da família				
D121) Carne (gado, frango, porco, peixe)				
D122) Miúdos (ex.fígado, moela)				
D123) Ovo				
D124) Embutidos (ex. presunto, salsicha, mortadela, salsichão, salame)				
D125) Bolacha recheada ou wafer				
D126) Bolacha doce (maria ou maisena)				
D127) Danoninho				
D128) Refrigerante				
D129) Chocolate ou bombom				
D130) Bala ou pirulito				





## APÊNDICE E – Questionário de 1 mês

<b>SEGUIMENTO</b>	
Data da entrevista: ___/___/___	1GDE ___/___/___
Entrevistador (a): _____	1ENTREV _____
Nome mãe/ bebê: _____	
Endereço: _____ _____ ( ) casa ( ) apartamento	
Referência/Como chegar _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: ( ) _____	
Outros telefones para contato: ( ) _____	
Linhas de ônibus: _____	
E-mail: _____	
<b>DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA</b>	
E1) Idade do bebê em dias? _____	1IDADCR _____
E2) Seu filho vai à creche? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E5. (0) Não (1) Sim	1CRECHE _____
<b>SE SIM:</b>	
E3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	1CRECHET _____
E4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	1CRECHEI _____
E5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	1QMCUID _____ 1QMCUIDQ _____
E6) Seu filho fez o teste do pezinho? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E9. (0) Não (1) Sim	1TSTPE _____
<b>SE SIM:</b>	
E7) Ele teve que repetir o teste? (0) Não (1) Sim, Qual o motivo? _____ (8) NSA	1TSTPER _____ 1TSTPERM _____
E8) Resultados do Teste do Pezinho: Fenilcetonúria (1) Positivo (2) Negativo Anemia falciforme (1) Positivo (2) Negativo Hipotireoidismo (1) Positivo (2) Negativo (8) NSA Fibrose cística (1) Positivo (2) Negativo Outros _____ (1) Positivo (2) Negativo	1FENIL _____ 1ANEFAL _____ 1HIPOT _____ 1FIBRCIS _____ 1OUTRO _____ 1OUTROQ _____
E9) Seu filho tem ou teve alguma doença? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E11. (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	1CDOEN _____
<b>SE SIM:</b>	
E10) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ _____ _____ (88) NSA	1CDOENQ _____
E11) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E14. (0) Não (1) Sim	1QUEDA _____
<b>SE SIM:</b>	
E12) Qual (is) acidente (s)? _____ (88) NSA	1QUEDAAC _____

E13) Foi levado ao médico? (0) Não (1) Sim (88) NSA		1QUEDAMD ____
E14) Seu filho recebeu algum medicamento desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E17.</i> (0) Não (1) Sim		1CMED ____
<b>SE SIM:</b>		
E15) Nome Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	E16) Motivo Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	1CMEDQ1 ____ 1CMEDM1 ____ 1CMEDQ2 ____ 1CMEDM2 ____ 1CMEDQ3 ____ 1CMEDM3 ____ 1CMEDQ4 ____ 1CMEDM4 ____ 1CMEDQ5 ____ 1CMEDM5 ____
E17) Seu filho foi internado desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E20.</i> (0) Não (1) Sim		1CINTER ____
<b>SE SIM:</b>		
E18) Vezes que foi internado? _____ (88) NSA		1CINTERV ____
E19) Motivo(s) da internação(ões)? _____ (88) NSA		1CINTERM ____
E20) Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E23.</i> (0) Não (1) Sim (2) Já usou		1CBICO ____
<b>SE SIM ou JÁ USOU:</b>		
E21) Quando iniciou o uso? _____ dias (88) NSA		1CBICOI ____
E22) Tempo de uso? _____ dias (88) NSA		1CBICOT ____
E23) Você tem o costume de ler, contar histórias para o seu filho? (0) Não (1) Sim		1LER ____
E24) Você faz a higiene bucal do seu filho? (0) Não (1) Sim		1HIGBC ____
E25) Você fuma atualmente? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E27.</i> (0) Não (1) Sim		1MFUMA ____
<b>SE SIM:</b>		
E26) Quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA		1MFUMAQ ____
E27) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E29.</i> (0) Não (1) Sim		1FUMOCS ____
<b>SE SIM:</b>		
E28) Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente? _____ (88) NSA		1FUMOCSQ ____
<b>ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA</b>		
E29) O seu bebê mama no peito? <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO E32.</i> (0) Não (1) Sim		1MAMAP ____
<b>SE NÃO:</b>		
E30) Por quê? _____ (88) NSA		1MAMAPN ____
E31) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA		1QPAMA ____
E32) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim		1HCMAMA ____
E33) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo? ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca		1MAMAQD ____ v/d

E34) <b>Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?</b> ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	1MAMAQN ____ v/d
E35) <b>O seu bebê recebe ou recebeu água pura? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E42.</b> (0) Não (1) Sim	1AGUA ____
<b>SE SIM:</b>	
E36) <b>Que tipo de água é utilizada?</b> (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (5) Filtrada/ Fervida (6) Outro, qual? _____ (88) NSA	1AGUAT ____
E37) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDAG ____
E38) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?</b> _____ (88) NSA	1AGUAVZ ____
E39) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	1AGUAM ____
E40) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPAG ____
E41) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECAG ____ 1RECAGE ____
E42) <b>O seu bebê recebe ou recebeu chá? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E48.</b> (0) Não (1) Sim	1CHA ____
<b>SE SIM:</b>	
E43) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDCH ____
E44) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?</b> _____ (88) NSA	1CHAVZ ____
E45) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	1CHAM ____
E46) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPCH ____
E47) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECCH ____ 1RECCHO ____
E48) <b>O seu bebê recebe ou recebeu suco? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E55.</b> (0) Não (1) Sim	1SUCO ____
<b>SE SIM:</b>	
E49) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDSC ____
E50) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?</b> _____ (88) NSA	1SUCOVZ ____
E51) <b>Qual o tipo de suco oferecido?</b> 1. Natural (0) Não (1) Sim 2. Concentrado – garrafa ou polpa (0) Não (1) Sim (88) NSA 3. Diluído – caixinha (0) Não (1) Sim 4. Artificial – pó/xarope (0) Não (1) Sim	1TSUCO1 ____ 1TSUCO2 ____ 1TSUCO3 ____ 1TSUCO4 ____
E52) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	1SUCOM ____
E53) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPSC ____
E54) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECSC ____ 1RECSCE ____
E55) <b>O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E61.</b> (0) Não (1) Sim	1REFR ____
<b>SE SIM:</b>	
E56) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDREF ____
E57) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante?</b> _____ (88) NSA	1REFML ____
E58) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	1REFRM ____
E59) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1REFP ____

E60) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1QPREF ____
E61) <b>O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?</b> <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO E73.</i> (0) Não (1) Sim	1LNM ____
<b>SE SIM:</b>	
E62) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDLT ____
E63) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?</b> _____ (88) NSA	1LEITEVZ ____
E64) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	1LEITEM ____
E65) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECLT ____ 1RECLTE ____
E66) <b>Qual o tipo de leite oferecido?</b> 1. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Milupa, Aptamil. (0) Não (1) Sim 2. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê. (0) Não (1) Sim 3. Leite de vaca (caixinha ou saquinho). (0) Não (1) Sim 4. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk. (0) Não (1) Sim 5. Outro tipo de leite. Qual? _____ _____ (8) NSA	1LEITE1 ____ 1LEITE2 ____ 1LEITE3 ____ 1LEITE4 ____ 1LEITE5 ____ 1LEITEQ ____
E67) <b>Algum outro produto é adicionado ao leite?</b> (0) Não (1) Sim	1LTENG ____
<b>SE SIM:</b>	
E68) <b>Quais produtos são utilizado para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?</b> 1. Cereais não enriquecidos (aveia, amido de milho) (0) Não (1) Sim 2. Cereais enriquecidos (Mucilon, Arrozinha, Farinha Láctea) (0) Não (1) Sim 3. Açúcar (0) Não (1) Sim 4. Açoalado (0) Não (1) Sim 5. Óleo (0) Não (1) Sim 6. Água (0) Não (1) Sim 7. Outro tipo de produto. Qual? _____ (8) NSA	1FARIN1 ____ 1FARIN2 ____ 1ACU3 ____ 1ACHO4 ____ 1OLEO5 ____ 1AGUA6 ____ 1OUTRQ ____
E69) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	1FARINM ____
E70) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDLTG ____
E71) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar _____ (8) NSA (3) o companheiro (7) Não sabe	1RECLTG ____ 1RECLTGE ____
E72) <b>Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?</b> (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar _____ (7) Não sabe	1LTQMDA ____ 1LTQMDAE ____
E73) <b>Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?</b> (0) Não (1) Sim	1MAMAD ____
E74) <b>Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO E99.</b> (0) Não (1) Sim	1OALIM ____
<b>SE SIM</b>	
E75) <b>Seu bebê tem horários certos para se alimentar?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	1HORAC ____
E76) <b>O que você faz se a criança recusa algumas refeições?</b> (1) oferece a mesma comida mais tarde (2) espera o horário da próxima refeição (3) substitui por leite materno (4) substitui por mamadeira	1RECUSA1 ____

(5) substitui por outro alimento/especificar _____ (88) NSA	
<b>E77) Como você oferece os alimentos para o bebê?</b> 1. Liquidificados (0) Não (1) Sim 2. Passados na peneira (0) Não (1) Sim 3. Raspados (0) Não (1) Sim (88) NSA 4. Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim 5. Picados em pequenos pedaços (0) Não (1) Sim 6. Consistência da família (0) Não (1) Sim	1ALPREP1 ____ 1ALPREP2 ____ 1ALPREP3 ____ 1ALPREP4 ____ 1ALPREP5 ____ 1ALPREP6 ____
<b>E78) A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?</b> (1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA	1SAL ____
<b>E79) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?</b> (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	1ALIBB ____ 1ALIBBE ____
<b>E80) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	1COMES ____
<b>E81) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	1INTERAG ____
<b>E82) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	1ESTIM ____
<b>E83) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	1FORCM ____
<b>E84) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	1RECOMP ____
<b>E85) A comida do bebê é preparada separadamente?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	1COMSE ____
<b>E86) A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	1COMHR ____
<b>E87) Você aproveita o resto de leite (ou LM) ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	1APRES ____
<b>E88) Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência?</b> (88) NSA (0) Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente	1ASOBR ____
<b>E89) A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?</b> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (88) NSA	1LAVMP ____
<b>E90) A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?</b> (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe (88) NSA	1LAVMR ____
<b>E91) Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?</b> <b>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO E88.</b> (0) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente (88) NSA	1DOENT ____
<b>SE SIM:</b>	
<b>E92) Aumenta a frequência das mamadas?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FREQM ____
<b>E93) Aumenta a oferta de líquidos?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	1ALIQ ____
<b>E94) Força a criança a comer?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FCOMD



### APÊNDICE F – Questionário de 3 meses

<b>SEGUIMENTO</b>		
Data da entrevista: ___ / ___ / ___		<b>3GDE</b> _ / _ / _
Entrevistador (a): _____		<b>3ENTREV</b> ___
<b>Nome mãe/ bebê:</b> _____		
Endereço: _____ _____ ( ) casa ( ) apartamento		
Referência/Como chegar _____		
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____ _____		
Telefone fixo: ( ) _____		
Outros telefones para contato: ( ) _____		
Linhas de ônibus: _____		
E-mail: _____		
<b>DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA</b>		
F1) Idade do bebê em dias? _____		<b>3IDADCR</b> ___
F2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F5.</i> (0) Não (1) Sim		<b>3CRECHE</b> ___
<b>SE SIM:</b>		
F3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA		<b>3CRECHET</b> ___
F4) Desde quando? _____ dias (88) NSA		<b>3CRECHEI</b> ___
F5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____		<b>3QMCUID</b> ___ <b>3QMCUIDQ</b> ___
F6) Seu filho tem ou teve alguma doença? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F8.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação		<b>3CDOEN</b> ___
<b>E SIM:</b>		
F7) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ (88) NSA		<b>3CDOENQ</b> ___
F8) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F11</i> (0) Não (1) Sim		<b>3QUEDA</b> ___
<b>SE SIM:</b>		
F9) Qual (is) acidente (s)? _____ (88) NSA		<b>3QUEDAQ</b> ___
F10) Foi levado ao médico? (0) Não (1) Sim (88) NSA		<b>3QUEDAMD</b> ___
F11) Seu filho recebeu algum medicamento desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F14.</i> (0) Não (1) Sim		<b>3CMED</b> ___
<b>SE SIM:</b>		
F12) Nome Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____  (88) NSA	F13) Motivo Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____  (88) NSA	<b>3CMEDQ1</b> ___ <b>3CMEDM1</b> ___ <b>3CMEDQ2</b> ___ <b>3CMEDM2</b> ___ <b>3CMEDQ3</b> ___ <b>3CMEDM3</b> ___ <b>3CMEDQ4</b> ___ <b>3CMEDM4</b> ___ <b>3CMEDQ5</b> ___ <b>3CMEDM5</b> ___
F14) Seu filho foi internado desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F17.</i> (0) Não (1) Sim		<b>3CINTER</b> ___
<b>SE SIM:</b>		

F15) <b>Vezes que foi internado?</b> _____ (88) NSA	<b>3CINTERV</b> ____
F16) <b>Motivo(s) da internação(ões)?</b> _____ (88) NSA	<b>3CINTERM</b> ____
F17) <b>Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista?</b> <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F20.</i> (0) Não (1) Sim (2) Já usou	<b>3CBICO</b> ____
<b>SE SIM ou JÁ USOU:</b>	
F18) <b>Quando iniciou o uso?</b> _____ dias (88) NSA	<b>3CBICOI</b> ____
F19) <b>Tempo de uso?</b> _____ dias (88) NSA	<b>3CBICOT</b> ____
F20) <b>Você têm o costume de ler, contar histórias para o seu filho?</b> (0) Não (1) Sim	<b>3LER</b> ____
F21) <b>Você faz a higiene bucal do seu filho?</b> (0) Não (1) Sim	<b>3HIGBC</b> ____
F22) <b>Você fuma atualmente?</b> <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F24.</i> (0) Não (1) Sim	<b>3MFUMA</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
F23) <b>Quantos cigarros por dia?</b> _____ (88) NSA	<b>MFUMAQ</b> ____
F24) <b>Há alguém que fuma na sua casa?</b> (exceto a mãe) <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F26.</i> (0) Não (1) Sim	<b>3FUMOCS</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
F25) <b>Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente?</b> _____ (88) NSA	<b>3FUMOCSQ</b> ____
<b>ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA</b>	
F26) <b>O seu bebê mama no peito?</b> <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO F29.</i> (0) Não (1) Sim	<b>3MAMAP</b> ____
<b>SE NÃO:</b>	
F27) <b>Por quê?</b> _____ (88) NSA	<b>3MAMAPN</b> ____
F28) <b>Quando parou de amamentar?</b> _____ dias (88) NSA	<b>3QPAMA</b> ____
F29) <b>Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)?</b> (0) Não. Dou quando ele(a) quer/ pede (1) Sim	<b>3HCMAMA</b> ____
F30) <b>Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo?</b> ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	<b>3MAMAQD</b> ____
F31) <b>Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?</b> ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	<b>3MAMAQN</b> ____
F32) <b>O seu bebê recebe ou recebeu água pura?</b> <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F39.</i> (0) Não (1) Sim	<b>3AGUA</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
F33) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QDAG</b> ____
F34) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?</b> _____ (88) NSA	<b>3AGUAVZ</b> ____
F35) <b>Que tipo de água é utilizada?</b> (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (5) Filtrada/ Fervida (5) Outro, qual? _____	<b>3AGUA1</b> ____
F36) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>3AGUAM</b> ____
F37) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QPAG</b> ____
F38) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>3RECAG</b> ____ <b>3RECAGE</b> ____
F39) <b>O seu bebê recebe ou recebeu chá?</b> <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F45.</i> (0) Não (1) Sim	<b>3CHA</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
F40) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QDCH</b> ____
F41) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?</b> _____ (88) NSA	<b>3CHAVZ</b> ____

F42) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>3CHAM</b> _____
F43) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QPCH</b> _____
F44) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>3RECCH</b> _____ <b>3RECCHO</b> _____
F45) <b>O seu bebê recebe ou recebeu suco? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F52.</b> (0) Não (1) Sim	<b>3SUCO</b> _____
<b>SE SIM:</b>	
F46) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QDSC</b> _____
F47) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?</b> _____ (88) NSA	<b>3SUCOVZ</b> _____
F48) <b>Qual o tipo de suco oferecido?</b> 1. Natural (0) Não (1) Sim 2. Concentrado – garrafa ou polpa (0) Não (1) Sim (88) NSA 3. Diluído – caixinha (0) Não (1) Sim 4. Artificial – pó/xarope (0) Não (1) Sim	<b>3TSUCO1</b> _____ <b>3TSUCO2</b> _____ <b>3TSUCO3</b> _____ <b>3TSUCO4</b> _____
F49) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>3SUCOM</b> _____
F50) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QPSC</b> _____
F51) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>3RECSC</b> _____ <b>3RECSCCE</b> _____
F52) <b>O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F58.</b> (0) Não (1) Sim	<b>3REFR</b> _____
<b>SE SIM:</b>	
F53) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QDREF</b> _____
F54) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante?</b> _____ (88) NSA	<b>3REFML</b> _____
F55) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>3REFRM</b> _____
F56) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	
E57) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>3QPREF</b> _____
F58) <b>O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?</b> <b>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO F70.</b> (0) Não (1) Sim	<b>3OLEI</b> _____
<b>SE SIM:</b>	
F59) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>3QDLT</b> _____
F60) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?</b> _____ (88) NSA	<b>3LEITEVZ</b> _____
F61) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>3LEITEM</b> _____
F62) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>3RECLT</b> _____ <b>3RECLTE</b> _____
F63) <b>Qual o tipo de leite oferecido?</b> 1. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Milupa, Aptamil. (0) Não (1) Sim 2. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê. (0) Não (1) Sim 3. Leite de vaca (caixinha ou saquinho). (0) Não (1) Sim 4. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk. (0) Não (1) Sim 5. Outro tipo de leite. Qual? _____ (8) NSA	<b>3LEITE1</b> _____ <b>3LEITE2</b> _____ <b>3LEITE3</b> _____ <b>3LEITE4</b> _____ <b>3LEITE5</b> _____ <b>3LEITEQ</b> _____
F64) <b>Algum outro produto é adicionado ao leite?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>3LTENG</b> _____
<b>SE SIM:</b>	
F65) <b>Quais os produtos utilizados para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?</b>	<b>3FARIN1</b> _____

1. Cereais não enriquecidos (aveia, amido de milho)	(0) Não (1) Sim	3FARIN2 ____
2. Cereais enriquecidos (Mucilon, Arrozinha, Farinha Láctea)	(0) Não (1) Sim	3ACU3 ____
3. Açúcar	(0) Não (1) Sim	3ACHO4 ____
4. Achocolatado	(0) Não (1) Sim	3OLEO5 ____
5. Óleo	(0) Não (1) Sim	3AGUA6 ____
6. Água	(0) Não (1) Sim	3OUTRQ ____
7. Outro tipo de produto. Qual? _____	(8) NSA	
F66) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____	(88) NSA	3FARINM ____
F67) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	3QDLTG ____
F68) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar _____ (3) o companheiro (8) NSA (7) Não sabe		3RECLTG ____ 3RECLTGE ____
F69) <b>Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?</b> (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar _____ (7) Não sabe		3LTQMDA ____ 3LTQMDAE ____
F70) <b>Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?</b> (0) Não (1) Sim		3MAMAD ____
F71) <b>Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO F84.</b> (0) Não (1) Sim		3OALIM ____
<b>SE SIM</b>		
F72) <b>Seu bebê tem horários certos para se alimentar?</b> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	3HORAC ____
F73) <b>O que você faz se a criança recusa algumas refeições?</b> (1) oferece a mesma comida mais tarde (2) espera o horário da próxima refeição (3) substitui por leite materno (4) substitui por mamadeira (5) substitui por outro alimento/especificar _____ (88) NSA		3RECUSA1 ____ 3RECSUB ____
F74) <b>Como você oferece os alimentos para o bebê?</b> 1. Liquidificados (0) Não (1) Sim 2. Passados na peneira (0) Não (1) Sim 3. Raspados (0) Não (1) Sim (88) NSA 4. Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim 5. Picados em pequenos pedaços (0) Não (1) Sim 6. Consistência da família (0) Não (1) Sim		3ALPREP1 ____ 3ALPREP2 ____ 3ALPREP3 ____ 3ALPREP4 ____ 3ALPREP5 ____ 3ALPREP6 ____
F75) <b>A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?</b> (1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA		3SAL ____
F76) <b>Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?</b> (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA		3ALIBB ____ 3ALIBBE ____
F77) <b>Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?</b> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	3COMES ____
F78) <b>Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?</b> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	3INTERAG _
F79) <b>Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?</b> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	3ESTIM ____
F80) <b>Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?</b> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	3FORCM _
F81) <b>Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?</b> (0) Não (1) Sim	(88) NSA	3RECOMP ____

F82) <b>A comida do bebê é preparada separadamente?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	3COMSE ____
F83) <b>A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	3COMHR __
F84) <b>Você aproveita o resto de leite ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	3APRES ____
F85) <b>Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência?</b> (88) NSA Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente	3ASOBR ____
F86) <b>A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?</b> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (88) NSA	3LAVMP ____
F87) <b>A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?</b> (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe (88) NSA	3LAVMR ____
F88) <b>Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?</b> <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO F96.</i> Não (1) Sim (2) nunca ficou doente	3DOENT ____
<b>SE SIM:</b>	
F89) <b>Aumenta a frequência das mamadas?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	3FREQM ____
F90) <b>Aumenta a oferta de líquidos?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	3ALIQ ____
F91) <b>Força a criança a comer?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	3FCOMD ____
F92) <b>Oferece os alimentos preferidos da criança?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	3PREFE ____
F93) <b>Oferece os alimentos com maior frequência?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	3FREQC ____
F94) <b>Faz restrições alimentares?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	3RESTR ____
F95) <b>Outra mudança, qual?</b> _____ (8) NSA	3DOENTMD
F96) <b>Depois da última entrevista, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar?</b> (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO F98.</i>	3ORAMUB __
<b>SE SIM</b>	
F97) <b>Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda?</b> _____	3OAMUBT __
<b>SE NÃO</b>	
F98) <b>Você considera (acha) que precisava de ajuda?</b> _____	3OAUBAJ __ 3OAUBAS __



## APÊNDICE G – Questionário de 6 meses

<b>SEGUIMENTO</b>	
Data da entrevista: ___ / ___ / ___	<b>6GDE</b> ___ / ___ / ___
Entrevistador (a): _____	<b>6ENTREV</b> _____
<b>Nome mãe/ bebê:</b> _____	
Endereço: _____ _____ ( ) casa ( ) apartamento	
Referência/Como chegar _____	
Têm planos para se mudar? Se sim, informações do novo endereço _____	
Telefone fixo: ( ) _____	
Outros telefones para contato: ( ) _____	
Linhas de ônibus:	
E-mail:	
<b>DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA</b>	
G1) Idade do bebê em dias? _____	<b>6IDADCR</b> ___
G2) Seu filho vai à creche? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G5.</i> (0) Não (1) Sim	<b>6CRECHE</b> ___
<b>SE SIM:</b>	
G3) Em qual turno? (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	<b>6CRECHET</b> ___
G4) Desde quando? _____ dias (88) NSA	<b>6CRECHEI</b> ___
G5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	<b>6QMCUID</b> ___ <b>6QMCUIDQ</b> ___
G6) Seu filho tem ou teve alguma doença? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G8.</i> (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	<b>6CDOEN</b> ___
<b>SE SIM:</b>	
G7) Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica) _____ (88) NSA	<b>6CDOENQ</b> ___
G8) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G11.</i> (0) Não (1) Sim	<b>6QUEDA</b> ___
<b>SE SIM:</b>	
G9) Qual (is) acidente (s)? _____ (88) NSA	
G10) Foi levado ao médico? Não (1) Sim (88) NSA	<b>6QUEDAMD</b> ___
G11) Você recebeu prescrição para fornecer suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim	<b>6PRESCFE</b> ___
G12) Você está dando suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM PULE PARA QUESTÃO G15.</i>	<b>6USOFE</b> ___
<b>SE NÃO:</b>	
G13) Você deu alguma vez o suplemento de ferro ao seu filho(a)? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO, PULE PARA QUESTÃO G19.</i> Se SIM, por quanto tempo? _____ dias. (88) NSA	<b>6USOVEZ</b> ___ <b>6USOVEZT</b> ___ <b>6DAG1</b> ___ gts/dia <b>6DAML1</b> ___ ml/dia <b>6DPG1</b> ___ gts/dia <b>6DPML1</b> ___ ml/dia
G14) Dosagem de cada administração? Dose administrada: ___ gotas/dia administrado ___ ml/dia administrado Prescrição médica: ___ gotas/dia prescrito ___ ml/dia prescrito (88) NSA	
<b>SE SIM na G12:</b>	
G15) Quantas vezes por dia? _____ (88) NSA	<b>6SUPLTD</b> ___ dia
G16) Com que frequência você oferece? ___ vezes por semana. (88) NSA	<b>6SUPLVD</b> ___ dia



G38) <b>Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula, quantas vezes ao dia está recebendo?</b> ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca		<b>6MAMAQD</b> ____
G39) <b>Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?</b> ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca		<b>6MAMAQN</b> ____
G40) <b>O seu bebê recebe ou recebeu água pura? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G47.</b> (0) Não (1) Sim		<b>6AGUA</b> ____
<b>SE SIM:</b>		
G41) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	<b>6QDAG</b> ____
G42) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?</b> _____	(88) NSA	<b>6AGUAVZ</b> ____
G43) <b>Que tipo de água é utilizada?</b> (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (4) Filtrada/ Fervida (5) Outro, qual? _____		<b>6AGUA1</b> ____
G44) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____	(88) NSA	<b>6AGUAM</b> ____
G45) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	<b>6QPAG</b> ____
G46) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	<b>3RECAG</b> ____ <b>3RECAGE</b> ____
G47) <b>O seu bebê recebe ou recebeu chá? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G53.</b> (0) Não (1) Sim		<b>6CHA</b> ____
<b>SE SIM:</b>		
G48) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	<b>6QDCH</b> ____
G49) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?</b> _____	(88) NSA	<b>6CHAVZ</b> ____
G50) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____	(88) NSA	<b>6CHAM</b> ____
G51) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	<b>6QPCH</b> ____
G52) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	<b>6RECCH</b> ____ <b>6RECCHO</b> ____
G53) <b>O seu bebê recebe ou recebeu suco? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G60.</b> (0) Não (1) Sim		<b>6SUCO</b> ____
<b>SE SIM:</b>		
G54) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	<b>6QDSC</b> ____
G55) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?</b> _____	(88) NSA	<b>6SUCOVZ</b> ____
G56) <b>Qual o tipo de suco oferecido?</b> 1. Natural (0) Não (1) Sim 2. Concentrado – garrafa ou polpa (0) Não (1) Sim (88) NSA 3. Diluído – caixinha (0) Não (1) Sim 4. Artificial – pó/xarope (0) Não (1) Sim		<b>6TSUCO1</b> ____ <b>6TSUCO2</b> ____ <b>6TSUCO3</b> ____ <b>6TSUCO4</b> ____
G57) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____	(88) NSA	<b>6SUCOM</b> ____
G58) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	<b>6QPSC</b> ____
G59) <b>Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____	(88) NSA	<b>6RECSC</b> ____ <b>6RECSCE</b> ____
G60) <b>O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G66.</b> (0) Não (1) Sim		<b>6REFR</b> ____
<b>SE SIM:</b>		
G61) <b>Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	<b>6QDREF</b> ____
G62) <b>Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante?</b> _____	(88) NSA	<b>6REFML</b> ____
G63) <b>Qual o motivo da introdução?</b> _____	(88) NSA	<b>6REFRM</b> ____
G64) <b>SE PAROU, quando?</b> _____ dias de vida do bebê.	(88) NSA	

<b>G65) Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>6QPREF</b> ____
<b>G66) O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?</b> <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO G79.</i> (0) Não (1) Sim	<b>6LEIT</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
<b>G67) Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>6QDLT</b> ____
<b>G68) Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?</b> _____ (88) NSA	<b>6LEITEVZ</b> ____
<b>G69) Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>6LEITEM</b> ____
<b>G70) Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	<b>6RECLT</b> ____ <b>6RECLTE</b> ____
<b>G71) Qual o tipo de leite oferecido?</b> 1. Leite de seguimento – NAN, Nestogeno, Milupa, Aptamil. (0) Não (1) Sim 2. Leite em pó integral – Ninho, Glória, Elegê. (0) Não (1) Sim 3. Leite de vaca (caixinha ou saquinho). (0) Não (1) Sim 4. Leites especiais – Alfarré, Sobee, NAN Soy, Aptamil Soja, SoyMilk. (0) Não (1) Sim 5. Outro tipo de leite. Qual? _____ _____ (8) NSA	<b>6LEITE1</b> ____ <b>6LEITE2</b> ____ <b>6LEITE3</b> ____ <b>6LEITE4</b> ____ <b>6LEITE5</b> ____ <b>6LEITEQ</b> ____
<b>G72) Algum outro produto é adicionado ao leite?</b> (0) Não (1) Sim	<b>6LTENG</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
<b>G73) Quais os produtos utilizados para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?</b> 1. Cereais não enriquecidos (aveia, amido de milho) (0) Não (1) Sim 2. Cereais enriquecidos (Mucilon, Arrozinha, Farinha Láctea) (0) Não (1) Sim 3. Açúcar (0) Não (1) Sim 4. Achocolatado (0) Não (1) Sim 5. Óleo (0) Não (1) Sim 6. Água (0) Não (1) Sim 7. Outro tipo de produto. Qual? _____ (8) NSA	<b>6FARIN1</b> ____ <b>6FARIN2</b> ____ <b>6ACU3</b> ____ <b>6ACHO4</b> ____ <b>6OLEO5</b> ____ <b>6OUTRQ</b> ____
<b>G75) Qual o motivo da introdução?</b> _____ (88) NSA	<b>6FARINM</b> ____
<b>G76) Quando introduziu?</b> _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	<b>6QDLTG</b> ____
<b>G77) Alguém recomendou?</b> (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar _____ (3) o companheiro (8) NSA (7) Não sabe	<b>6RECLTG</b> ____ <b>6RECLTGE</b> ____
<b>G78) Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?</b> (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar _____ (7) Não sabe	<b>6LTQMDA</b> ____ <b>6LTQMDAE</b> ____
<b>G79) Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?</b> (0) Não (1) Sim	<b>MAMAD</b> ____
<b>G80) Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G93.</b> (0) Não (1) Sim	<b>6OALIM</b> ____
<b>SE SIM</b>	
<b>G81) Seu bebê tem horários certos para se alimentar?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	<b>6HORAC</b> ____
<b>G82) O que você faz se a criança recusa algumas refeições?</b> (1) oferece a mesma comida mais tarde (2) espera o horário da próxima refeição (3) substitui por leite materno (4) substitui por mamadeira (5) substitui por outro alimento/especificar _____ (88) NSA	<b>6RECUSA1</b> ____ <b>6RECSUB</b> ____

<b>G83) Como você oferece os alimentos para o bebê?</b> 1. Liquidificados (0) Não (1) Sim 2. Passados na peneira (0) Não (1) Sim 3. Raspados (0) Não (1) Sim (88) NSA 4. Amassados com o garfo (0) Não (1) Sim 5. Picados em pequenos pedaços (0) Não (1) Sim 6. Consistência da família (0) Não (1) Sim	6ALPREP1 ____ <b>6ALPREP2</b> ____ <b>6ALPREP3</b> ____ <b>6ALPREP4</b> ____ <b>6ALPREP5</b> ____ <b>6ALPREP6</b> ____
<b>G84) A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?</b> (1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA	<b>6SAL</b> ____
<b>G85) Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?</b> (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar _____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	<b>6ALIBB</b> ____ <b>6ALIBBE</b> ____
<b>G86) Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	<b>6COMES</b> ____
<b>G87) Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	<b>6INTERAG</b> ____
<b>G88) Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	<b>6ESTIM</b> ____
<b>G89) Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	<b>6FORCM</b> ____
<b>G90) Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?</b> (0) Não (1) Sim (88) NSA	<b>6RECOMP</b> ____
<b>G91) A comida do bebê é preparada separadamente?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	<b>6COMSE</b> ____
<b>G92) A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?</b> (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	<b>6COMHR</b> ____
<b>G93) Você aproveita o resto de leite ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê?</b> (0) Não (1) Sim	<b>6APRES</b> ____
<b>G94) Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência?</b> (1)	<b>6ASOBR</b> ____
<b>G95) A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?</b> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	<b>6LAVMP</b> ____
<b>G96) A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?</b> (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe	<b>6LAVMR</b> ____
<b>G97) Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?</b> Não (1) Sim (2) nunca ficou doente <i>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO G105.</i>	<b>6DOENT</b> ____
<b>SE SIM:</b>	
<b>G98) Aumenta a frequência das mamadas?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>6FREQM</b> ____
<b>G99) Aumenta a oferta de líquidos?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>6ALIQ</b> ____
<b>G100) Força a criança a comer?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>6FCOMD</b>
<b>G101) Oferece os alimentos preferidos da criança?</b> (0) Não (1) Sim (8) NSA	<b>6PREFE</b> ____



## ANEXO A – Parental Bonding Instrument (PBI)

Data da entrevista: ___ / ___ / ___					GDE ___ / ___ / ___
Entrevistadora: _____					ENTREV ___
A1) Nome da mãe: _____					
<b>Cuidado Materno - Parental Bonding Instrument (PBI)</b>					
Este questionário lista várias atitudes e comportamentos dos pais. Conforme você se lembra da sua <b>MÃE</b> até os 16 anos, faça uma marca no parêntese mais apropriado ao lado de cada afirmativa.					
Questões	(1) Muito Parecido	(2) Moderadamente Parecido	(3) Moderadamente Diferente	(4) Muito Diferente	
1. Falava comigo com uma voz meiga e amigável	( )	( )	( )	( )	1PBIFVMA__
2. Não me ajudava tanto quanto eu necessitava	( )	( )	( )	( )	1PBINAN__
3. Deixava-me fazer as coisas que eu gostava de fazer	( )	( )	( )	( )	1PBIDFCG__
4. Parecia emocionalmente frio(a) comigo	( )	( )	( )	( )	1PBIEPF__
5. Parecia compreender meus problemas e preocupações	( )	( )	( )	( )	1PBIPCP__
6. Era carinhoso(a) comigo	( )	( )	( )	( )	1PBIECC__
7. Gostava que eu tomasse minhas próprias decisões	( )	( )	( )	( )	1PBIGTPD__
8. Não queria que eu crescesse	( )	( )	( )	( )	1PBINQC__
9. Tentava controlar todas as coisas que eu fazia	( )	( )	( )	( )	1PBITCEF__
10. Invadia minha privacidade	( )	( )	( )	( )	1PBIIMP__
11. Gostava de conversar sobre as coisas comigo	( )	( )	( )	( )	1PBIGCC__
12. Frequentemente sorria para mim	( )	( )	( )	( )	1PBIFSM__
13. Tendia a me tratar como bebê	( )	( )	( )	( )	1PBITTB__
14. Parecia não entender o que eu necessitava ou queria	( )	( )	( )	( )	1PBIPNEN__
15. Deixava que eu decidisse coisas por mim mesmo	( )	( )	( )	( )	1PBIDEDC__
16. Fazia com que eu sentisse que não era querido(a)	( )	( )	( )	( )	1PBIFSNQ__
17. Podia me fazer sentir melhor quando eu estava chateado	( )	( )	( )	( )	1PBIPFSM__
18. Não conversava comigo	( )	( )	( )	( )	1PBINCC__
19. Tentava me fazer dependente dele(a)	( )	( )	( )	( )	1PBITMFD__
20. Ele(a) sentia que eu não poderia cuidar de mim mesmo, a menos que ele(a) estivesse por perto	( )	( )	( )	( )	1PBISENC__
21. Dava-me tanta liberdade quanto eu queria	( )	( )	( )	( )	1PBIDLQQ__
22. Deixava-me sair tão frequentemente quanto eu queria	( )	( )	( )	( )	1PBIDSFQ__
23. Era superprotetor(a) comigo	( )	( )	( )	( )	1PBIESC__
24. Não me elogiava	( )	( )	( )	( )	1PBINME__
25. Deixava-me vestir de qualquer jeito que eu desejasse	( )	( )	( )	( )	1PBIDVQJ__

## ANEXO B – Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Data da entrevista: ___/___/___	GDE ___/___/___
Entrevistadora: _____	ENTREV ____
<b>EPDS</b>	
<b>Nos últimos 7 dias, a senhora...</b>	
1. Tem sido capaz de rir e achar graça das coisas? (0) Como eu sempre fiz (1) Não tanto quanto antes (2) Sem dúvida, menos que antes (3) De jeito nenhum	3EPDS1 ____
2. Tem pensado no futuro com alegria? (0) Sim, como de costume (1) Um pouco menos que de costume (2) Muito menos que de costume (3) Praticamente não	3EPDS2 ____
3. Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado? (0) Não, de jeito nenhum (1) Não frequentemente. (2) Sim, algumas vezes. (3) Sim, a maior parte das vezes.	3EPDS3 ____
4. Tem ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão? (0) Não, de jeito nenhum (1) De vez em quando (2) Sim, às vezes (3) Sim, muito seguido	3EPDS4 ____
5. Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo? (0) Não, de jeito nenhum (1) Raramente (2) Sim, às vezes (3) Sim, muito seguido	3EPDS5 ____
6. Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia? (0) Não, eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes (1) Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles (2) Sim, algumas vezes não tenho conseguido lidar bem como antes (3) Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com eles	3EPDS6 ____
7. Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir? (0) Não, nenhuma vez (1) Raramente (2) Sim, algumas vezes (3) Sim, na maioria das vezes	3EPDS7 ____
8. Tem se sentido triste ou muito mal? (0) Não, de jeito nenhum (1) Raramente (2) Sim, muitas vezes (3) Sim, na maioria das vezes.	3EPDS8 ____
9. Tem se sentido tão triste que tem chorado? (0) Não, nunca (1) Só de vez em quando (2) Sim, muitas vezes (3) Sim, a maior parte do tempo	3EPDS9 ____
10. Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma? (0) Nunca (1) Raramente (2) Às vezes (3) Sim, muitas vezes	3EPDS10 ____