UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

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

DANIELA CORTÉS KRETZER

TRAJETÓRIA DE PESO MATERNO: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PRÉ-GESTACIONAL, GANHO DE PESO GESTACIONAL E RETENÇÃO DE PESO PÓS-PARTO EM MULHERES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL - UM ESTUDO PROSPECTIVO

Porto Alegre, Brasil

2025

DANIELA CORTÉS KRETZER

TRAJETÓRIA DE PESO MATERNO: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PRÉ-GESTACIONAL, GANHO DE PESO GESTACIONAL E RETENÇÃO DE PESO PÓS-PARTO EM MULHERES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL - UM ESTUDO PROSPECTIVO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Pediatria.
Orientação: Prof. Dra. Juliana Rombaldi Bernardi

Porto Alegre, Brasil

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Kretzer, Daniela Cortés
Trajetória de peso materno: Índice de massa corporal pré-gestacional, ganho de peso gestacional e retenção de peso pós-parto em mulheres com e sem Diabetes mellitus gestacional - um estudo prospectivo / Daniela Cortés Kretzer. -- 2025.
143 f.
Orientadora: Juliana Rombaldi Bernardi.

Tese (Doutorado) -- 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, 2025.

1. Diabetes gestacional. 2. Ganho de peso gestacional. 3. IMC pré-gestacional. 4. Retenção de peso pós-parto. I. Bernardi, Juliana Rombaldi, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DANIELA CORTÉS KRETZER

TRAJETÓRIA DE PESO MATERNO: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL PRÉ-GESTACIONAL, GANHO DE PESO GESTACIONAL E RETENÇÃO DE PESO PÓS-PARTO EM MULHERES COM E SEM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL - UM ESTUDO PROSPECTIVO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de doutorado em pediatria.

Aprovado em: 17 de dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Márcia Dornelles Machado Mariot

_____

Cesuca

Prof. Dra. Catiane Souza

_____

FURB

Prof. Dra. Letícia Souza Muza

_____

UFRGS

Dedico este trabalho à minha família, que me deu todo suporte para completar esta etapa e a todos que me auxiliaram no decorrer dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, aos meus pais, Antônio e Nancy, e irmão, Bruno, que deram todo suporte emocional, financeiro e motivacional para que eu pudesse concluir mais essa etapa.

Ao meu marido Guilherme, que me incentivou nos momentos difíceis e compreendeu a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

À minha filha, que mesmo antes de nascer, já me ensinou sobre a força, paciência e capacidade de superação de uma mãe.

À minha orientadora Juliana Bernardi, que aceitou acompanhar desde 2016 minha formação e diferentes fases da vida. A sua força, compreensão, incentivo e atenção foram essenciais para a minha motivação à medida que as dificuldades foram surgindo ao longo do percurso.

Às pessoas e amigos com quem convivi ao longo desses anos de curso, que me incentivaram e que, de alguma forma, deixaram marcas na minha formação acadêmica e pessoal.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O *Diabetes mellitus* gestacional (DMG) está associado a desfechos maternos e neonatais adversos e pode interagir com o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional e com o ganho de peso gestacional (GPG). Como diferenças antropométricas entre populações influenciam a adequação ponderal durante a gestação, o uso de recomendações nacionais pode aprimorar a estratificação de risco. Além disso, o GPG é um determinante modificável de desfechos maternos e neonatais e exerce influência na retenção de peso pós-parto (RPPP). **OBJETIVO:** Associar em gestantes com e sem diagnóstico de DMG características maternas, IMC pré-gestacional, padrão de GPG, com base nas novas recomendações brasileiras para GPG (BRAS) e segundo a classificação do Institute of Medicine (IOM), e a RPPP aos 1, 3 e 6 meses pós-parto. **MÉTODOS:** Estudo longitudinal conduzido com gestantes e seus respectivos recém-nascidos acompanhados pelo estudo IVAPSA, desde o pré-natal até seis meses após o parto. As participantes foram classificadas segundo o diagnóstico de DMG. Foram analisadas características maternas, consumo alimentar, IMC pré-gestacional, GPG segundo BRAS e IOM, desfechos obstétricos, antropometria neonatal e RPPP (1, 3 e 6 meses). As análises incluíram comparação de médias e proporções entre grupos e modelos de regressão linear. **RESULTADOS:** Dos 221 pares mãe-filho, 61 (27,6%) eram do grupo com DMG e 160 (72,4%) eram do grupo sem DMG. Gestantes com DMG apresentaram maior idade materna, menarca mais precoce, maior prevalência de excesso de peso pré-gestacional e maior consumo de alimentos *in natura*, com menor ingestão de ultraprocessados. Além disso, tiveram maior frequência de cesarianas e recém-nascidos com z-escore de IMC mais elevado. A curva BRAS identificou proporções substancialmente maiores de GPG excessivo do que a classificação do IOM em ambos os grupos. Entre gestantes com DMG, menos de seis consultas de pré-natal predisseram ao GPG excessivo, enquanto entre mulheres sem DMG o sobrepeso e a obesidade pré-gestacionais foram os preditores mais robustos. O GPG excessivo mostrou-se fortemente associado à RPPP em todos os momentos analisados: para cada quilograma adicional de GPG, observou-se incremento de 0,6–0,7 kg na RPPP, independentemente do DMG. Diferenças no padrão de consumo alimentar também foram observadas entre categorias de GPG. **CONCLUSÕES:** Gestantes com DMG apresentaram perfil clínico, metabólico e gestacional distinto. O excesso de peso pré-gestacional emergiu como o principal determinante do GPG excessivo, especialmente em mulheres sem DMG, reforçando a importância do manejo do peso no período pré-concepcional. Além disso, o GPG excessivo foi um determinante direto e quantitativo da RPPP aos 1, 3 e 6 meses pós-parto, destacando sua relevância para a saúde materna no pós-parto. As curvas brasileiras demonstraram maior sensibilidade para identificar mulheres em risco, sendo ferramentas adequadas para monitoramento em populações locais.

Palavras-chave: Diabetes gestacional; Ganho de peso gestacional; IMC pré-gestacional; Retenção de peso pós-parto.

RESUMO

INTRODUCTION: Gestational diabetes mellitus (GDM) is associated with adverse maternal and neonatal outcomes and may interact with pre-pregnancy body mass index (BMI) and gestational weight gain (GWG). Given that anthropometric differences across populations influence weight adequacy during pregnancy, the use of country-specific recommendations may enhance risk stratification. Additionally, GWG is a modifiable determinant of maternal and neonatal outcomes and plays a critical role in postpartum weight retention (PPWR). **OBJECTIVES:** To compare maternal characteristics, pre-pregnancy BMI, and GWG between women with and without GDM using the Brazilian GWG charts (BRAS) and the Institute of Medicine (IOM) guidelines, and to investigate the associations between GWG classification and PPWR at 1, 3, and 6 months postpartum. **METHODS:** This longitudinal study included pregnant women and their newborns participating in the IVAPSA study, followed from early pregnancy to six months postpartum. Participants were classified according to GDM diagnosis. Maternal characteristics, dietary intake, pre-pregnancy BMI, GWG (BRAS and IOM), obstetric outcomes, neonatal anthropometry, and PPWR at 1, 3, and 6 months were assessed. Analyses included comparisons of means and proportions between groups and linear regression models. **RESULTS:** Among the 221 mother–infant pairs, 61 (27.6%) were classified in the GDM group and 160 (72.4%) in the non-GDM group. Women with GDM were older, reported earlier menarche, had a higher prevalence of pre-pregnancy excess weight, and consumed more unprocessed foods while reporting lower intake of ultra-processed products. They also presented higher rates of cesarean delivery and newborns with higher BMI z-escores. The BRAS chart identified substantially higher proportions of excessive GWG than the IOM classification in both groups. Among women with GDM, fewer than six prenatal visits predicted excessive GWG, whereas among those without GDM, pre-pregnancy overweight and obesity were the strongest predictors. Excessive GWG was strongly associated with PPWR at all time points: each additional kilogram of GWG was associated with a 0.6–0.7 kg increase in PPWR, independent of GDM status. Differences in dietary patterns were also observed across GWG categories. **CONCLUSIONS:** Women with GDM exhibited distinct clinical, metabolic, and gestational profiles. Pre-pregnancy excess weight emerged as the primary determinant of excessive GWG, particularly among women without GDM, underscoring the importance of weight management before conception. Excessive GWG was also a direct and quantitative determinant of PPWR at 1, 3, and 6 months postpartum, highlighting its relevance for maternal cardiometabolic health in the postpartum period. The Brazilian GWG charts demonstrated greater sensitivity for identifying women at risk and appear to be appropriate tools for monitoring weight trajectories in local populations.

Keywords: Gestational diabetes; Gestational weight gain; Pre-pregnancy BMI; Postpartum weight retention.

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 (tese) - Seleção da amostra..... 27

Figura 2 (tese) - Diagrama da logística da coleta de dados da Coorte IVAPSA e a obtenção das variáveis de interesse do presente estudo, Porto Alegre, Brasil 28

Fluxograma 1 (artigo 1) - Seleção da amostra..... 56

Fluxograma 1 (artigo 2) - Seleção da amostra..... 84

Figuras 1, 2 e 3 (artigo 2) - Gráficos de dispersão demonstrando a relação entre o GPG, classificado pela curva BRAS, e a RPPP aos 1, 3 e 6 meses, segundo a presença de DMG. 90

Figuras 4 e 5 (artigo 2) - Trajetória do peso materno do período pré-gestacional, gestacional e até 6 meses pós-parto em mulheres com e sem DMG segundo o IMC pré-gestacional. 91

LISTRA DE TABELAS

Tabela 1 (tese) - Recomendação de ganho de peso durante a gestação (IOM) 17

Tabela 2 (tese) - Recomendação de ganho de peso durante a gestação (BRAS) 18

Tabela 1 (artigo1) - Características sociodemográficas, clínicas e nutricionais das mulheres com e sem DMG 57

Tabela 2 (artigo 1) - Associação entre a classificação do IMC pré-gestacional e desfechos materno-infantis em gestantes com e sem DMG. 59

Tabela 3 (artigo 1) - Razão de incidência cumulativa dos fatores associados ao GPG excessivo, segundo curva de classificação (IOM e brasileira). 61

Tabela 1 (artigo 2) - Características sociodemográficas, clínicas e nutricionais das mulheres com e sem DMG. 85

Tabela 2 (artigo 2) - Comparação da classificação do GPG segundo a classificação do IOM e curvas brasileiras, em gestantes com e sem DMG. 87

Tabela 3 (artigo 2) - Associação entre o GPG classificado pela curva BRAS e características materno-infantis em gestantes com e sem DMG. 87

Tabela 4 (artigo 2) - Associação entre RPPP de acordo com a curva BRAS. 89

Tabela 5 (artigo 2) - Regressão linear do GPG (em kg) em relação à RPPP nos 3 momentos (1, 3 e 6 meses) 89

LISTRA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRAS	Curvas nacionais de ganho de peso
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBNMI	Consórcio Brasileiro de Nutrição Materno-Infantil (CBNMI)
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPC	Centro de Pesquisas Clínicas
DM	*Diabetes mellitus*
DMG	*Diabetes mellitus* gestacional
DP	Desvio padrão
EUA	Estados Unidos da América
GIG	Grande para idade gestacional
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	*Human Immunodeficiency Virus*
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
IOM	Institute of Medicine
IVAPSA	Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida – Estudo IVAPSA
PIG	Pequeno para idade gestacional
RPPP	Retenção de peso pós-parto
USDA	United States Department of Agriculture

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
2 REVISÃO DA LITERATURA 15
2.1 *DIABETES MELLITUS* GESTACIONAL 15
2.2 ESTADO NUTRICIONAL PRÉ-GESTACIONAL E GESTACIONAL 18
2.3 GANHO DE PESO GESTACIONAL 19
2.4 RETENÇÃO DE PESO PÓS-PARTO 21
3 JUSTIFICATIVA 24
4 OBJETIVOS 25
4.1 OBJETIVO GERAL 25
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 26
5 METODOLOGIA 26
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 27
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA 27
5.2.1 Local do estudo 27
5.2.2 Critério de inclusão 27
5.2.3 Critérios de exclusão 28
5.2.4 Amostragem 28
5.2.5 Tamanho da amostra 30
5.3 PROCESSO DE OBTENÇÃO DE DADOS E VARIÁVEIS 31
5.3.1 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE E MANUAL DE PROCEDIMENTOS 31
5.3.2 LOGÍSTICA DO ESTUDO 31
5.4 TÉCNICAS DE COLETA 34
5.4.1 *Diabetes mellitus* gestacional 34
5.4.2 Dados sociais, econômicos, maternos e referentes ao parto 34
5.4.3 Dados antropométricos: IMC pré-gestacional, GPG e indicadores antropométricos infantis. 35
5.4.4 Consumo alimentar materno durante a gestação 36
5.4.5 Processamento dos alimentos 37
5.4.7 Tempo de aleitamento materno 39
5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 39
5.5.1 QUALIDADE DOS DADOS 39
5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 40
5.7 ORÇAMENTO 41
6 ARTIGOS 49
6.1 ARTIGO 1 49
6.2 ARTIGO 2 76
REFERÊNCIAS 42
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PÓS-PARTO 103
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE 7 DIAS 110
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE 15 DIAS 114
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE 1 MÊS 120
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE 3 MESES 127
APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DE 6 MESES 134

1 INTRODUÇÃO

O *Diabetes mellitus* gestacional (DMG) é uma desordem metabólica caracterizada pela intolerância à glicose detectada pela primeira vez durante a gestação e representa uma das principais causas de morbidade materna e neonatal em nível global (Zajdenverg *et al.*, 2023). Mulheres com DMG apresentam maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia, parto cesáreo e de progressão para o diabetes tipo 2 (DM2), enquanto os recém-nascidos expostos à hiperglicemia gestacional têm risco aumentado de macrossomia, hipoglicemia neonatal e maior probabilidade obesidade e distúrbios metabólicos ao longo da vida, destacando a dimensão intergeracional da hiperglicemia intrauterina (Nakshine and Jogdand, 2023; Mocellin *et al.*, 2024).

Entre os fatores que modulam a fisiopatologia do DMG e seus efeitos, o perfil nutricional materno pré-gestacional, avaliado pelo índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, tem papel central. O sobrepeso e a obesidade amplificam a resistência insulínica fisiológica da gestação e constituem preditores robustos para o desenvolvimento de DMG (Liu *et al.*, 2019; Kim *et al.*, 2025). Além disso, o diagnóstico nutricional antes da concepção influencia diretamente a trajetória de ganho de peso gestacional (GPG), um marcador clínico modificável que se relaciona tanto ao risco metabólico materno, quanto perinatal (Abdi *et al.*, 2025; Lubrano *et al.*, 2025). O GPG inadequado, especialmente excessivo, tem sido associado a desfechos adversos, como maior incidência de parto cesáreo, nascimento de recém-nascidos grandes para a idade gestacional e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de obesidade e pior perfil metabólico materno e infantil (Ferreira *et al.*, 2022).

Contudo, a interpretação do GPG depende diretamente do referencial adotado. As recomendações do Institute of Medicine (IOM), amplamente utilizadas em diversos países, foram desenvolvidas com base em características antropométricas específicas da

população norte-americana (IOM, 2009). Como consequência, sua aplicabilidade em populações de média e baixa renda tem sido questionada, especialmente em cenários com diferentes perfis de composição corporal, etnia, padrão alimentar e prevalência de obesidade (Farias *et al.*, 2022; Carrilho *et al.*, 2023). No Brasil, essa lacuna motivou a criação das curvas nacionais de ganho de peso (BRAS), desenvolvidas pelo Consórcio Brasileiro de Nutrição Materno-Infantil (CBNMI), com o objetivo de produzir parâmetros mais representativos da realidade gestacional brasileira e aprimorar a acurácia da vigilância nutricional (Kac *et al.*, 2021; Carrilho *et al.*, 2023). Comparações recentes entre curvas nacionais e as recomendações do IOM apontam para discrepâncias relevantes na classificação do GPG, sugerindo possível subestimação ou superestimação de riscos obstétricos e neonatais dependendo do referencial utilizado (Farias *et al.*, 2022; Carrilho *et al.*, 2023).

Ademais, o GPG excessivo é um dos principais determinantes da retenção de peso pós-parto (RPPP) e está associado a maior probabilidade de intolerância à glicose e desenvolvimento de DM2 no pós-parto (Li *et al.*, 2025). Uma recente revisão sistemática indicou que mulheres com GPG excessivo retêm, em média, 2,98 kg até seis meses após o parto e, em média, 1,89 kg após um ano do parto, em comparação àquelas que mantiveram GPG dentro das recomendações (Meyer *et al.*, 2024). Além disso, evidências demonstram que mais de 20% das mulheres retêm uma parcela significativa de peso, mesmo de 6 meses a 2 anos após o parto, indicando que o manejo do peso ao longo do período reprodutivo é fundamental, especialmente em mulheres com DMG (Li *et al.*, 2025; Wang *et al.*, 2024).

Nesse contexto, torna-se evidente a necessidade de modelos de cuidado que integrem o diagnóstico de DMG, o acompanhamento do GPG e o monitoramento da RPPP, reconhecendo a estreita relação entre esses componentes. Estratégias de

vigilância nutricional que considerem tanto o estado nutricional pré-concepcional quanto o padrão de ganho ponderal durante a gestação podem aprimorar a identificação de riscos e orientar intervenções mais efetivas.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo associar em gestantes com e sem diagnóstico de DMG características maternas, IMC pré-gestacional, padrão de GPG, com base nas novas recomendações brasileiras para GPG (BRAS) e segundo a classificação do Institute of Medicine (IOM), e a RPPP aos 1, 3 e 6 meses pós-parto.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 *DIABETES MELLITUS* GESTACIONAL

O Diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica complexa que requer cuidados multidisciplinares contínuos com estratégias multifatoriais de redução de risco, além do controle glicêmico. As formas mais prevalentes de DM são: tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) e *Diabetes mellitus* gestacional (DMG) (Zajdenverg *et al.*, 2023). No DMG, assim como em outras formas de hiperglicemia, há uma inadequação da secreção de insulina frente às exigências metabólicas aumentadas, especialmente pela resistência à insulina. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), estima-se que aproximadamente 16% dos nascidos vivos são gerados por mulheres que tiveram alguma forma de hiperglicemia durante a gravidez. Aproximadamente 8% dos casos são de mulheres com diabetes diagnosticada antes da gravidez (Zajdenverg *et al.*, 2023).

Diversos estudos sugerem que a exposição ao DMG gera maior risco de pré-eclâmpsia, cesariana, parto prematuro, macrossomia e adiposidade neonatal, com efeito que se estende para maior probabilidade de sobrepeso e obesidade na infância, além do risco materno de desenvolvimento de DM2 e de doenças cardiovasculares (Ye *et al.*, 2022; Nakshine and Jogdand, 2023; Wicklow and Retnakaran, 2023; Li *et al.*, 2024).

As causas da disfunção das células β pancreáticas que levam à insuficiência de insulina no DMG não estão totalmente esclarecidas. Três categorias gerais foram identificadas: (1) disfunção das células β autoimunes, (2) anormalidades genéticas altamente penetrantes que levam à secreção deficiente de insulina, e (3) disfunção das células β que está associada à resistência crônica à insulina (Metzger *et al.*, 2007). Embora haja evidências de que o DMG possa ocorrer em todas as três configurações (Hu *et al.*, 2019), a maioria dos casos de DMG apresenta-se como disfunção das células β em um contexto de resistência crônica à insulina (Plows *et al.*, 2018). Em mulheres com função pancreática adequada, a produção de insulina é suficiente para enfrentar o desafio da resistência fisiológica na gestação para manter os níveis adequados de glicose. Já em mulheres com DMG ou DM pré-existente, a hiperglicemia ocorre se o tratamento não for ajustado adequadamente (Nakshine and Jogdand, 2023).

Portanto, a identificação de fatores de risco modificáveis relacionados à gênese da DM durante a gestação é fundamental, visto que a placenta serve como comunicação primária entre a mãe e o feto (Hu *et al.*, 2019). O aumento no transporte placentário de glicose, aminoácidos e ácidos graxos decorrente da DMG estimula a produção endógena de insulina pelo feto e o fator de crescimento semelhante à insulina 1 (IGF-1). Juntos, estes podem causar supercrescimento fetal, muitas vezes resultando em neonatos GIG (Plows *et al.*, 2018). Deste modo, alterações nas funções de transporte placentário podem modificar o impacto das anormalidades metabólicas maternas do DMG no feto em desenvolvimento e acarretar efeitos negativos com consequências a longo prazo.

A alimentação baseada em frutas, legumes, nozes, grãos integrais e peixes e baixa em carne vermelha e processada, produtos de grãos refinados, ovos e laticínios ricos em gordura pode ser benéfica para a redução do risco de DMG (Hassani Zadeh *et al.*, 2020; Zhu *et al.*, 2023). Em contrapartida, o padrão alimentar composto por

alimentos doces, geleias, maionese, refrigerantes, salgadinhos, gordura, produtos lácteos com alto teor de gordura, vísceras, ovos, carne vermelha, alimentos processados, chá e café está associado com um risco aumentado de desenvolvimento de DMG (Quan *et al.*, 2021; Talebi *et al.*, 2024).

O sobrepeso e a obesidade também são fatores que colaboram para o surgimento de DMG, assim como para algumas complicações obstétricas e perinatais, como parto prematuro, pré-eclâmpsia, parto cesáreo e aumento do risco de a mãe permanecer diabética após o parto (Plows *et al.*, 2018). Assim, torna-se de suma importância o controle e a avaliação do peso corporal materno durante a gestação para que medidas de prevenção e intervenção precoces sejam implementadas visando a minimizar os riscos à saúde materno-infantil (Wang *et al.*, 2024).

O tratamento da DMG inclui intervenções medicamentosas e não medicamentosas. Segundo Al Hashmi *et al.* (2019), as intervenções não médicas, como modificações no estilo de vida, principalmente na alimentação e inclusão de exercícios físicos, são recomendadas para melhora significativa nos desfechos positivos maternos e neonatais. Evidências consistentes de ensaios clínicos randomizados determinaram que o manejo adequado é eficaz para garantir melhoria de desfechos a longo prazo em mulheres com DMG (Dolatkhah *et al.*, 2018; Zhang *et al.*, 2019).

Portanto, intervenções no estilo de vida durante a gravidez, incluindo prática de atividade física, orientação psicossocial e nutricional, podem aumentar a adesão das mulheres à mudança alimentar, o que pode promover um impacto considerável sobre a eficácia de comportamentos alimentares específicos complementares e interativos na saúde fisiológica e psicológica das mulheres com DMG (Al Hashmi *et al.*, 2019; Saros *et al.*, 2025).

2.2 ESTADO NUTRICIONAL PRÉ-GESTACIONAL E GESTACIONAL

O impacto da obesidade sobre os resultados reprodutivos tem sido objeto de investigação, devido ao aumento da prevalência da obesidade em mulheres em idade reprodutiva nos últimos anos (Gilmore and Redman, 2019). Estudos recentes demonstram associação consistente entre IMC materno elevado antes da concepção e resultados obstétricos e perinatais adversos, como risco aumentado de desenvolver DMG, pré-eclâmpsia, aumento das taxas de cesariana, parto prematuro, macrossomia fetal e recém-nascido natimorto (Zhang *et al.*, 2024; Stogianni *et al.*, 2025).

O estudo das origens desenvolvimentistas da saúde e da doença (DOHaD) sugere que a obesidade durante a gravidez não só aumenta o risco da mãe de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis posteriores, mas também pode transferir o risco para seus descendentes por meio de mecanismos como remodelação epigenética, alterações no microbioma intestinal e exposições socioculturais compartilhadas (Barker, 2007; Godfrey *et al.*, 2017; Alba-Linares *et al.*, 2023). Tais processos reforçam a noção de que a gestação representa uma janela crítica de plasticidade biológica, na qual exposições metabólicas maternas podem repercutir em múltiplas gerações.

Diante desse cenário, as mulheres devem ser encorajadas a iniciar a gravidez com um IMC <30 kg/m² e, idealmente, na faixa saudável, entre 18,5 e 24,9 kg/m², uma vez que o estado nutricional pré-gestacional adequado reduz significativamente o risco de complicações metabólicas e obstétricas (Heslehurst *et al.*, 2022). Dessa forma, atingir um IMC saudável antes da concepção não é apenas uma medida preventiva individual, mas uma intervenção de saúde pública com potencial impacto intergeracional.

Intervenções baseadas em nutrição e estilo de vida, aplicadas antes e durante a gestação, têm mostrado efeitos promissores na modulação do peso, na redução de marcadores inflamatórios e na melhora da sensibilidade à insulina. Portanto, a obesidade

materna não apenas representa um risco imediato durante a gestação, mas também atua como um potente fator programador para doenças metabólicas na próxima geração (Rouhana *et al.*, 2024; Wang *et al.*, 2024). Estratégias preventivas devem priorizar o controle de peso antes da concepção, promoção de intervenções nutricionais personalizadas e monitoramento contínuo do peso materno no pré-natal para minimizar esses riscos e interromper esse ciclo intergeracional de vulnerabilidade metabólica (Mcauliffe *et al.*, 2020).

2.3 GANHO DE PESO GESTACIONAL

A investigação do GPG é clinicamente importante para a vigilância da saúde materna e neonatal, uma vez que tanto o excesso quanto a insuficiência de ganho ponderal estão associados a desfechos adversos ao longo do período gestacional e pós-natal (Gonzalez-Ballano *et al.*, 2019; Meyer *et al.*, 2024). Recente revisão sistemática com metanálise avaliou mais de um milhão de mulheres e concluiu que o GPG excessivo está associado ao aumento no número de cesáreas, aumento do risco de nascimento de neonatos grandes para a idade gestacional (GIG), aumento da adiposidade infantil e fatores de risco cardiometabólico, como maior nível de glicemia de jejum e resistência à insulina. Em contrapartida, o GPG insuficiente está associado ao aumento do risco de neonatos pequenos para idade gestacional (PIG) e risco de parto prematuro (Goldstein *et al.*, 2018).

Modificações epigenéticas também podem desempenhar papel importante nessas adaptações (Lin *et al.*, 2017). O ambiente intrauterino adverso, como no caso do DMG, é capaz de modular mecanismos desde as diversas fases do desenvolvimento fetal até a vida adulta (Warrington *et al.*, 2018; Longmore *et al.*, 2019). As diretrizes de GPG do Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (IOM/EUA), embora não

específicas para gestações com DMG, são frequentemente aplicadas, uma vez que atualmente não existem diretrizes de GPG específicas para DMG (Wong *et al.*, 2017).

O IOM desenvolveu em 1990 (IOM, 1990) diretrizes para GPG e as atualizou em 2009 (IOM, 2009). As recomendações são categorizadas por estado nutricional pré-gestacional e são descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Recomendação de ganho de peso durante a gestação

Categorização do IMC pré gestacional*	Intervalo de referência (Kg/m^2)	Recomendação de GPG (kg)
Baixo Peso	< 18,5	12,5 a 18
Eutrofia	≥ 18,5 < 25	11,5 a 16
Sobrepeso	≥ 25,0 < 30	7,0 a 11,5
Obesidade	≥ 30	5,0 a 9,0

Adaptado de IOM, 2009. *Conforme WHO, 1995. IMC: Índice de Massa Corporal; GPG: Ganho de peso gestacional; Kg: Quilogramas; m: Metros.

Apesar da relevância dessas diretrizes internacionais, elas foram desenvolvidas com base em populações predominantemente de países de alta renda. No contexto brasileiro, isso pode gerar imprecisões na avaliação do GPG, uma vez que fatores genéticos, dietéticos e socioeconômicos diferem substancialmente (Farias *et al.*, 2022). Para suprir essa lacuna, o Consórcio Brasileiro de Nutrição Materno-Infantil (CONMAI) elaborou as curvas BRAS de GPG, derivadas de dados longitudinais de gestantes brasileiras saudáveis. Essas curvas permitem estimar percentis de GPG por idade gestacional, estratificados por IMC pré-gestacional, e são adaptadas à realidade epidemiológica brasileira (Kac *et al.*, 2021).

As curvas BRAS classificam o GPG como insuficiente (abaixo do percentil 10), adequado (entre os percentis 10 e 90) e excessivo (acima do percentil 90), o que facilita uma avaliação individualizada e culturalmente sensível da gestante (Kac *et al.*, 2021).

Os intervalos de GPG gestacional recomendados, conforme IMC pré-gestacional, podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2 - Recomendação de ganho de peso durante a gestação

Categorização do IMC pré gestacional*	Intervalo de referência (Kg/m^2)	Recomendação de GPG (kg)
Baixo Peso	< 18,5	9,7 a 12,2
Eutrofia	≥ 18,5 < 25	8,0 a 12,0
Sobrepeso	≥ 25,0 < 30	7,0 a 9,0
Obesidade	≥ 30	5,0 a 7,2

Adaptado de Brasil (2022). *Conforme WHO, 1995. IMC: Índice de Massa Corporal; GPG: Ganho de peso gestacional; Kg: Quilogramas; m: Metros.

Assim, durante o pré-natal, é essencial que o atendimento da mulher contemple ações de avaliação nutricional, enfatizando a importância do GPG (Tebbani *et al.*, 2019), bem como práticas de alimentação adequada e saudável, visto que são importantes fatores de risco modificáveis para saúde materno-infantil (Maugeri *et al.*, 2019; Voerman *et al.*, 2019; De Oliveira *et al.*, 2022; Morales-Suarez-Varela and Rocha-Velasco, 2025).

2.4 RETENÇÃO DE PESO PÓS-PARTO

A RPPP é reconhecida como fenômeno central na trajetória metabólica de mulheres em idade reprodutiva, configurando-se como elo crítico entre gestação e risco cardiometabólico a longo prazo. A RPPP representa um dos principais determinantes da transição para obesidade, influenciando desfechos metabólicos desde o primeiro ano pós-natal até fases mais tardias da vida, com variabilidade refletida por diferenças comportamentais, metabólicas e sociodemográficas (Kramer *et al.*, 2024).

A dinâmica temporal da perda de peso materna demonstra trajetória não linear, uma vez que a magnitude e os determinantes da RPPP variam ao longo do primeiro ano.

Embora parte expressiva da redução ponderal ocorra nos primeiros meses após o parto, estudos de coorte evidenciam que muitas mulheres permanecem acima do peso pré-gestacional por longos períodos, podendo alcançar até dois anos de retenção significativa (Kaur *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2023). Assim, a compreensão da RPPP exige considerar não apenas a magnitude absoluta da retenção, mas também o padrão temporal e os determinantes fisiológicos e comportamentais que modulam essa trajetória.

Entre os fatores mais consistentemente associados à RPPP, o GPG excessivo destaca-se como preditor central. Evidências robustas demonstram que o GPG acima das recomendações representa o principal fator modificável relacionado à retenção ponderal, independentemente do IMC pré-gestacional (Ha *et al.*, 2019; Meyer *et al.*, 2024). O IMC pré-gestacional, por sua vez, funciona como um modulador desse risco: mulheres com baixo IMC inicial tendem a reter mais peso caso ultrapassem as recomendações de GPG, enquanto aquelas com sobrepeso ou obesidade, apesar de apresentarem menor retenção relativa, enfrentam maior probabilidade de não retornarem ao peso pré-gestacional antes de uma gestação subsequente (Ketterl *et al.*, 2018; Ha *et al.*, 2019; Ahmadibeni *et al.*, 2023). Em síntese, embora ambos os indicadores influenciem a RPPP, o GPG excessivo permanece como o determinante mais decisivo, enquanto o IMC pré-gestacional contribui como fator amplificador ou modulador de risco, mas não como fonte primária do problema.

Atribui-se papel relevante aos padrões alimentares e comportamentais na determinação da RPPP. Estilos de vida marcados por ingestão elevada de alimentos ultraprocessados, baixa qualidade dietética e níveis reduzidos de atividade física estão associados à maior retenção ponderal. He *et al.* (2024), sugere que intervenções estruturadas combinando dieta equilibrada e exercício físico são capazes de reduzir

substancialmente a RPPP, mesmo entre mulheres com condições metabólicas específicas, como DMG. Esse achado reforça a importância de estratégias multidimensionais, que integrem mudanças comportamentais sustentáveis no período pós-natal.

A amamentação é outro componente amplamente estudado no contexto da RPPP, embora sua relação com a trajetória ponderal pós-parto seja complexa. Enquanto estudos recentes apontam que o aleitamento materno exclusivo pode favorecer maior mobilização de reservas adiposas e reduzir a retenção de peso, essa associação depende de variáveis como tipo e duração do aleitamento materno, estado nutricional materno e condições socioculturais (Foster *et al.*, 2023; Loy *et al.*, 2024). Diante disso, políticas públicas que promovam incentivo, apoio e suporte adequado à amamentação podem exercer papel indireto, mas relevante, na prevenção da RPPP em âmbito populacional.

Do ponto de vista fisiopatológico, a RPPP não representa apenas um marcador antropométrico, mas um fenômeno metabolicamente ativo. Kramer *et al.* (2024) demonstrou que a manutenção de peso acima do pré-gestacional está associada a piora progressiva de índices cardiometabólicos, incluindo resistência à insulina e piora do perfil lipídico. A identificação dessas alterações precocemente reforça a necessidade de acompanhamento pós-natal sistemático como estratégia de prevenção primária. Ademais, intervenções voltadas à perda ponderal nos primeiros meses pós-parto mostram potencial para mitigar tais riscos, funcionando como janela crítica de oportunidade (Quaderer *et al.*, 2025).

Em síntese, a literatura converge no entendimento de que a RPPP constitui um desfecho multifatorial, influenciado primordialmente pelo GPG e pelo IMC pré-gestacional, mas modulável por determinantes comportamentais, nutricionais e psicossociais. Intervenções precoces, integradas e culturalmente adaptadas apresentam

potencial significativo para reduzir a retenção ponderal e, consequentemente, atenuar o risco cardiometabólico materno ao longo da vida (He *et al.*, 2024; Meyer *et al.*, 2024). Essa compreensão reforça não apenas a relevância clínica, mas também a urgência em aprimorar políticas de cuidado perinatal que contemplem o período pós-natal como elemento estratégico de saúde pública.

3 JUSTIFICATIVA

O GPG representa um importante marcador da adequação nutricional durante a gestação e está fortemente associado a desfechos maternos e neonatais. A magnitude e o padrão do GPG refletem a interação entre fatores biológicos, metabólicos, nutricionais e comportamentais, tornando sua monitorização um componente essencial do cuidado pré-natal.

A literatura demonstra que tanto o GPG insuficiente quanto o excessivo estão relacionados a desfechos adversos. O GPG excessivo, em especial, tem sido apontado como fator de risco para o desenvolvimento de DMG, além de contribuir para maior retenção de peso após o parto. Essa combinação potencializa a adiposidade materna, favorece a manutenção do excesso de peso e alimenta um ciclo intergeracional de obesidade. Por sua vez, a presença de DMG também pode modificar a própria dinâmica do ganho ponderal, reforçando a importância de compreender as interações entre distúrbios glicêmicos e trajetória de peso durante a gestação.

Apesar da ampla utilização das recomendações do IOM, essas diretrizes foram desenvolvidas com base em populações norte-americanas e podem não refletir adequadamente as características antropométricas, nutricionais e étnicas de gestantes brasileiras. Nesse contexto, estudos nacionais propuseram curvas específicas para a população brasileira, que consideram particularidades regionais e oferecem parâmetros

mais compatíveis com a realidade brasileira. Entretanto, ainda são escassas as investigações que comparam as classificações de GPG segundo ambas as referências, especialmente entre gestantes com e sem DMG, o que representa uma lacuna relevante no conhecimento.

Adicionalmente, a RPPP emerge como um desfecho relevante na saúde materna, uma vez que está relacionada ao aumento do risco de sobrepeso, obesidade e desenvolvimento de doenças crônicas ao longo da vida. A identificação dos fatores associados à RPPP, como o IMC pré-gestacional, a presença de DMG e o padrão de GPG, é fundamental para orientar intervenções nutricionais e estratégias de acompanhamento no período gestacional e pós-parto.

Dessa forma, compreender as inter-relações entre IMC pré-gestacional, DMG, GPG e RPPP em diferentes momentos após o parto contribui de maneira significativa para o avanço do conhecimento científico e para a formulação de recomendações clínicas e políticas públicas mais adequadas à realidade brasileira. O presente estudo se justifica, portanto, pela necessidade de gerar evidências que subsidiem práticas assistenciais e estratégias de prevenção voltadas à saúde materno-infantil, com base em parâmetros antropométricos específicos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo tem como objetivo associar em gestantes com e sem diagnóstico de DMG características maternas, IMC pré-gestacional, padrão de GPG, com base nas novas recomendações brasileiras para GPG (BRAS) e segundo a classificação do Institute of Medicine (IOM), e a RPPP aos 1, 3 e 6 meses pós-parto.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar as características maternas (sociodemográficas, antropométricas e obstétricas) entre gestantes com e sem DMG.
- Avaliar a distribuição do IMC pré-gestacional e sua relação com o GPG entre gestantes com e sem DMG.
- Comparar a classificação do GPG segundo as curvas brasileiras de GPG (BRAS) e as recomendações do Institute of Medicine (IOM) em gestantes com e sem DMG.
- Analisar a prevalência de GPG insuficiente, adequado e excessivo classificado conforme as curvas brasileiras de GPG (BRAS) e as recomendações do Institute of Medicine (IOM) entre os grupos.
- Investigar a associação entre o GPG e a RPPP aos 1, 3 e 6 meses pós-parto.
- Explorar os fatores preditores da RPPP, considerando IMC pré-gestacional, presença de DMG e padrão de GPG durante a gestação.

5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa do projeto maior intitulado: “Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido nos primeiros seis meses de vida – Estudo IVAPSA”. A metodologia completa do projeto foi apresentada em detalhes em publicação anterior (Bernardi *et al.*, 2012). Os métodos que serão apresentados a seguir se referem exclusivamente a esta tese, não sendo representativos do estudo maior.

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional longitudinal, com amostra de conveniência de puérperas com diagnóstico de DMG e de puérperas sem DMG. As participantes foram acompanhadas por seis meses após o parto em um total de seis entrevistas.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

5.2.1 Local do estudo

O recrutamento das participantes ocorreu em três hospitais públicos da cidade de Porto Alegre/RS: Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Hospital Nossa Senhora da Conceição e no Hospital Fêmina (HF), sendo os dois últimos pertencentes ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A segunda e a terceira entrevista foram realizadas no domicílio das participantes (de seis a oito dias pós-parto e 15 dias pós-parto, respectivamente), a quarta, nos consultórios do Centro de Pesquisas Clínicas (CPC) do HCPA (30-45 dias pós-parto), com reembolso do valor despendido para o deslocamento. Na impossibilidade das participantes se deslocarem até o hospital, a quarta entrevista foi realizada também em domicílio. A quinta entrevista foi realizada no domicílio das participantes (três meses pós-parto) e, por fim, a sexta entrevista foi realizada no CPC (seis meses pós-parto).

5.2.2 Critério de inclusão

Considerou-se elegível para participar do estudo as puérperas do alojamento conjunto dos HNSC e HF do GHC e no HCPA, com parto finalizado entre 24 e 48 horas do momento do recrutamento e residentes na cidade de Porto Alegre/RS no momento do convite para a participação na pesquisa.

5.2.3 Critérios de exclusão

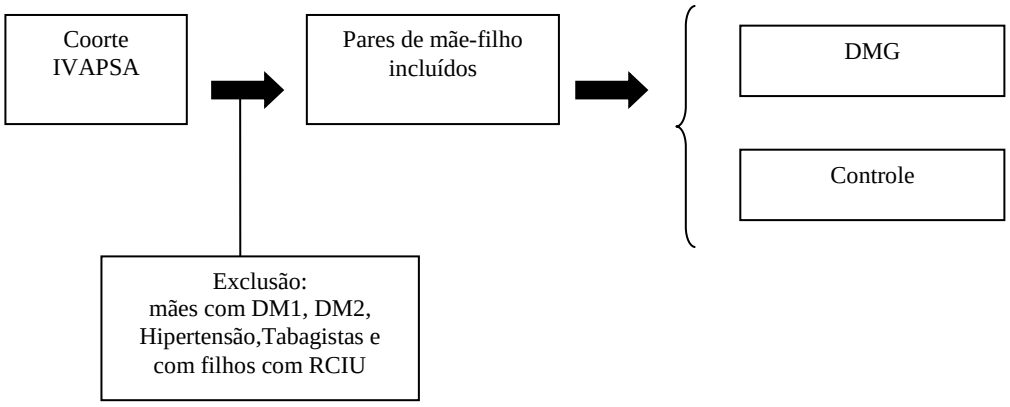
Puérperas com teste positivo para *Human Immunodeficiency Virus* (HIV); residentes de outras cidades no momento do convite para a participação na pesquisa; com parto realizado com menos de 37 semanas gestacionais completas; em pós-parto de gestação gemelar; cujo recém-nascido fosse portador de doença aguda, malformação congênita ou que tivesse necessidade de internação hospitalar prolongada. Para essa pesquisa foram excluídos os recém-nascidos com peso para a idade gestacional abaixo do percentil 5 da curva de Alexander (Alexander *et al.*, 1996); mães que tenham fumado em qualquer período da gestação, em qualquer quantidade; que tenham sido diagnosticadas com doenças hipertensivas gestacionais [hipertensão arterial crônica, hipertensão arterial gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou síndrome HELLP - H: hemólise (fragmentação das células do sangue); EL: elevação das enzimas hepáticas, e LP: baixa contagem de plaquetas] presente durante a última gestação e mulheres com diagnóstico de DM1 ou DM2.

5.2.4 Amostragem

A seleção dos participantes, segundo os critérios de inclusão e de exclusão do estudo, foi realizada a partir das informações contidas no prontuário eletrônico e, adicionalmente, nos prontuários dos hospitais. A partir da lista de potenciais participantes, ordenavam-se como prioridade de convite as mães pertencentes aos grupos que tivessem menor número de participantes recrutado até o momento. Havendo mais de uma mãe disponível do mesmo grupo preferencial para seleção, a ordem de convite dava-se aleatoriamente. Eram convidadas as mães, seguindo a ordem de conveniência, até que uma delas aceitasse participar do estudo.

Nesse projeto, participaram os pares mãe-filho que compuseram a amostra inicial do projeto IVAPSA. As etapas da seleção da amostra para este estudo estão descritas na Figura 1.

Figura 1: Seleção da amostra.



DMG: Diabetes *mellitus* gestacional; RCIU: Restrição de crescimento intrauterino

Fonte: Autor do estudo, 2025.

5.2.5 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra do projeto "Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a Saúde do Recém-Nascido nos Primeiros Seis Meses de Vida" constituiu-se de 400 pares mãe-filho na primeira entrevista do pós-parto (BERNARDI *et al.*, 2012).

A amostra do projeto maior foi calculada considerando a possibilidade de detecção de 0,5 desvio padrão (DP) da diferença entre as médias *score-z* de peso corporal nos seis primeiros meses de vida, com um grau de significância de 5% e um teste com poder de 80%. O cálculo resultou em 72 duplas mãe/recém-nascido para os cinco grupos intrauterinos, sendo um deles o grupo de DM e 144 duplas mãe/recém-nascido para o grupo controle, perfazendo-se um total de 432 pares. Calculando-se a possível perda de 20% dos indivíduos ao longo do seguimento, a estimativa da amostra final constituiu-se de 87 duplas em cada um dos quatro grupos adversos e 174 duplas no grupo controle (BERNARDI *et al.*, 2012).

Para o projeto atual, o cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa G power (versão 3.1). Assumiu-se tamanho de efeito de 0,60, teste com poder de 90%, nível de significância de 5% e uma razão de 1 controle para 1 caso (DMG). O número

total foi de 98 indivíduos, sendo 49 controles e 49 do grupo DMG. Considerando possíveis perdas, assume-se 5,0% a mais do número total, totalizando de 104 indivíduos, sendo 52 controles e 52 do grupo DMG.

5.3 PROCESSO DE OBTENÇÃO DE DADOS E VARIÁVEIS

5.3.1 Capacitação da equipe e manual de procedimentos

Durante a primeira etapa do estudo IVAPSA, os pesquisadores receberam capacitação, com base nos questionários, protocolos e medidas antropométricas. Todos os pesquisadores estavam aptos a realizar todas as tarefas da pesquisa. Um manual de orientação foi usado para garantir a normatização das instruções e coerência das informações ao longo das entrevistas e coletas.

5.3.2 Logística do estudo

As duplas mães/recém-nascidos foram acompanhadas durante os seis primeiros meses de vida. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas estruturadas que aconteceram 24 a 48 horas após o parto no ambiente hospitalar e aos sete dias, 15 dias, um mês, três meses e seis meses de vida da criança no ambiente domiciliar da puérpera ou no CPC/HCPA, conforme demonstrado na figura 2. Para o presente estudo foram utilizadas as entrevistas no pós-parto, aos sete dias e um, três e seis meses de vida da criança.

Figura 2- Diagrama da logística da coleta de dados da Coorte IVAPSA e a obtenção das variáveis de interesse do presente estudo, Porto Alegre, Brasil.



QFA: Questionário de Frequência Alimentar; CPC: Centro de Pesquisa Clínica.

Fonte: Autor do estudo, 2025.

1ª entrevista: pós-nascimento

Semanalmente, os pesquisadores do projeto foram ao alojamento conjunto do HCPA, do HNSC e do HF verificar os nascimentos ocorridos e as características das puérperas, por meio de análise dos prontuários hospitalares para, posteriormente, classificá-las e recrutá-las para os grupos previamente definidos. Nesta primeira entrevista, foram explicados os objetivos do projeto e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após sua concordância e assinatura, foi aplicado um questionário sobre informações prévias de saúde das gestantes. Também foram coletadas informações dos prontuários, tais como: peso e comprimento do recém-nascido e, para as mães, peso atual e dados retrospectivos de número de consultas de pré-natal, peso e ganho de peso na gestação.

No final da primeira entrevista, foi agendada a próxima, que foi realizada no domicílio da participante. Neste mesmo dia, as mães foram orientadas quanto às entrevistas seguintes que aconteceriam no CPC do HCPA e sobre as próximas visitas que o pesquisador faria em seu domicílio.

Cada dupla de mãe/recém-nascido recebeu um número de identificação específico, correspondendo aos questionários e aos exames realizados, mantendo-se desta forma o anonimato dos participantes.

2ª entrevista: sete dias de vida

A segunda entrevista ocorreu no domicílio das participantes. As medidas antropométricas realizadas nesta ocasião foram: peso e comprimento da criança. Os aspectos referentes ao consumo alimentar materno durante a gestação foram avaliados utilizando-se um questionário de frequência alimentar (QFA).

4ª entrevista: um mês de vida

A quarta entrevista ocorreu no CPC do HCPA. As medidas antropométricas realizadas nesta ocasião foram: peso materno e peso e comprimento da criança. Os aspectos referentes ao comportamento alimentar do lactente foram analisados através de um questionário com perguntas sobre a amamentação.

5ª entrevista: três meses de vida

A quinta entrevista ocorreu no domicílio das participantes. As medidas antropométricas realizadas nesta ocasião foram: peso materno e peso e comprimento da criança. Os aspectos referentes ao comportamento alimentar do lactente foram analisados através de um questionário com perguntas sobre a amamentação.

6ª entrevista: seis meses de vida

A sexta entrevista ocorreu no CPC do HCPA. As medidas antropométricas realizadas nesta ocasião foram: peso materno e comprimento. Os aspectos referentes ao comportamento alimentar do lactente foram analisados através de um questionário com perguntas sobre a amamentação.

Em todas as entrevistas que inicialmente ocorreriam no HCPA e as mães não poderiam se deslocar até o HCPA, foram realizadas no domicílio da participante.

5.4 TÉCNICAS DE COLETA

5.4.1 *Diabetes mellitus* gestacional

A Sociedade Brasileira de Diabetes define DMG como qualquer nível de intolerância à glicose com diagnóstico ou início durante a gestação. Os valores limiares para o diagnóstico de DMG recomendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes são: glicemia plasmática em jejum ≥ 92 mg/dL, glicemia plasmática em 1h após uma carga oral de glicose de 75g ≥ 180 mg/dL ou glicose plasmática em 2h após uma carga oral de glicose de 75g ≥ 153 mg/dL (Zajdenverg *et al.*, 2023). O diagnóstico de DMG foi identificado pela revisão dos prontuários hospitalares e posteriormente confirmado através de perguntas detalhadas sobre a doença durante a primeira entrevista.

5.4.2 Dados sociais, econômicos, maternos e referentes ao parto

Informações sobre a renda familiar, escolaridade, idade, tabagismo, situação conjugal, paridade, planejamento da gestação, idade da menarca e dados do parto foram coletados durante a primeira entrevista. A renda familiar foi obtida pelo somatório da renda e dos benefícios recebidos por todos os moradores da casa. A escolaridade e idade foram obtidas através do número total de anos completos. O tabagismo foi obtido através da resposta positiva ou negativa da puérpera. A situação conjugal e a idade da menarca foram obtidas através de autorrelato. A paridade foi obtida através do número de filhos nascidos vivos. O planejamento da gestação foi obtido através da resposta positiva ou negativa da puérpera. Foram coletados dados referentes nascimento da criança como: tipo de parto, peso ao nascer e comprimento ao nascer.

5.4.3 Dados antropométricos: IMC pré-gestacional, GPG e indicadores antropométricos infantis.

Para coleta dos dados antropométricos, a estatura foi aferida por pesquisadores treinados, e o peso pré-gestacional autorreferido foi coletado no momento da inclusão no estudo, confirmado por meio do registro de pré-natal da gestante. Esses dados foram utilizados para o cálculo do IMC pré-gestacional, determinado pela razão entre o peso (em quilogramas) e o quadrado da estatura (em metros) (Organization, 1995). As classificações de IMC de sobrepeso e obesidade foram combinadas na variável "excesso de peso".

O GPG foi calculado pela diferença entre o último peso registrado pela equipe de saúde durante a gestação e o peso pré-gestacional autorreferido ou coletado até o 1ª trimestre gestacional, com conferência na carteirinha de saúde. A classificação do GPG foi realizada segundo as recomendações do Institute of Medicine (IOM, 2009) e as curvas brasileiras de GPG (Kac *et al.*, 2021). As diretrizes do IOM propõem faixas de ganho total e semanal de acordo com o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional, considerando as categorias de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade. Assim, o ganho gestacional adequado foi definido conforme limites específicos para cada faixa de IMC, por exemplo, entre 11,5 e 16,0 kg para mulheres eutróficas. Já as curvas brasileiras (BRAS), recentemente propostas pelo CONMAI, foram elaboradas a partir de dados longitudinais de gestantes brasileiras saudáveis, contemplando curvas de ganho de peso cumulativo por idade gestacional e percentis de referência estratificados segundo o IMC pré-gestacional. Nessa classificação, valores abaixo do 10º percentil foram considerados ganho insuficiente, entre o 10º e 90º percentis adequados, e acima do 90º percentil excessivos.

A avaliação das medidas antropométricas da criança foi realizada seguindo as recomendações da OMS (WHO, 2008) ao nascimento e foram extraídos retrospectivamente dos prontuários médicos fornecidos pelo hospital, coletados por meio da pesagem direta da criança pela equipe médica e de enfermagem após o nascimento. Obtivemos as seguintes medidas de tamanho corporal da criança: peso e comprimento. As medidas antropométricas realizadas pelos pesquisadores foram feitas em duplicata, utilizando-se a média das duas medidas para os cálculos necessários. Os indicadores antropométricos das crianças foram classificados por escores z de peso para idade, estatura para idade e IMC para idade, de acordo com idade e sexo, utilizando o software AnthroTM (versão 3.2.2, janeiro de 2011) (WHO, 2011).

De acordo com a curva de peso para idade foram consideradas crianças de muito baixo peso para idade as que tiveram escore-z < -3; baixo peso para idade o escore z ≥ -3 e < -2; peso adequado para idade o escore z ≥ -2 e ≤ +2; e peso elevado para idade o escore z > +2 (WHO, 1995). De acordo com a curva de IMC para idade foram consideradas crianças com magreza acentuada as que tiveram escore z < -3, magreza o escore z ≥ -3 e < -2; eutróficas o escore z ≥ -2 e ≤ +1; risco de sobrepeso o escore z > +1 e ≤ +2, sobrepeso entre escore z > +2 e ≤ +3; e obesidade o escore z > +3 (WHO, 1995).

5.4.4 Consumo alimentar materno durante a gestação

O consumo alimentar retrospectivo das gestantes foi avaliado utilizando um QFA semiquantitativo adaptado de um QFA previamente validado para gestantes (Giacomello *et al.*, 2008). O instrumento apresentava oito opções de frequência de consumo que variavam de “mais de três vezes ao dia” até “nunca ou quase nunca”. A lista de alimentos do QFA continha 96 itens alimentares. A cada quatro ou cinco

alimentos questionados o entrevistador foi orientado a relembrar a puérpera que o questionário se referia a alimentação durante toda a gestação.

A conversão dos alimentos relatados em medidas caseiras para gramas foi realizada com base na padronização da tabela Pinheiro (Pinheiro, 2004). A análise dos nutrientes foi realizada de acordo com a Tabela Americana de Composição dos Alimentos - *Food Composition Databases* (Agriculture, 2012) e a partir da consulta de rótulos daqueles alimentos não constantes na tabela. Posteriormente, os alimentos foram agrupados de acordo com a proposta do artigo de Monteiro *et al.* (2018).

5.4.5 Processamento dos alimentos

Para definição do consumo alimentar, foram abrangidas quatro categorias de alimentos, definidas de acordo com o tipo de processamento empregado na sua produção, abordados pelo Guia Alimentar para População Brasileira (Brasil, 2014) e Monteiro *et al.* (2018), são eles:

1- Alimentos *in natura* ou minimamente processados: alimentos *in natura* são obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem qualquer alteração após deixar a natureza. Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos *in natura* que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original. Foram considerados neste grupo os legumes, verduras e frutas '*in natura*' ou embalados, porcionados, refrigerados ou congelados; arroz branco, integral ou parboilizado, a granel ou embalado; outros cereais; feijão de várias cores, lentilhas, grão de bico e outras leguminosas; raízes e tubérculos; cogumelos frescos, congelados ou secos; frutas secas

e sucos de frutas sem adição de açúcar ou outras substâncias; castanhas e nozes sem sal ou açúcar; especiarias e ervas frescas ou secas; farinhas de mandioca, de milho ou de trigo e massas frescas ou secas feitas com essas farinhas e água; carnes, aves e peixes frescos, resfriados ou congelados; leite fresco ou pasteurizado, iogurte (sem adição de açúcar); ovos; chás, cafés, infusões de ervas, água de fonte, de torneira ou engarrafada.

2- Ingredientes culinários: são produtos extraídos de alimentos *in natura* ou da natureza por processos como prensagem, moagem, trituração, pulverização e refino. São adicionados às preparações com intuito de temperar e saborizar os alimentos. Exemplos: Óleos de soja, de milho, de girassol ou de oliva, manteiga, banha de porco, gordura de coco, açúcar de mesa branco, demerara ou mascavo, sal de cozinha refinado ou grosso, especiarias, temperos e ervas.

3- Alimentos processados: são fabricados pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos *in natura* para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar. Foram considerados os alimentos em geral preservados em salmoura ou em solução de sal e vinagre (cenoura, pepino, ervilhas, palmito, cebola, couve-flor); frutas preservadas em açúcar (compotas de frutas e frutas cristalizadas); carnes salgadas e eventualmente defumadas como presunto, toucinho e carne seca; peixes conservados em sal e sal e óleo e eventualmente defumados; queijos feitos exclusivamente de leite, microrganismos e sal; e pães feitos de farinha de trigo, leveduras, água e sal.

4- Alimentos ultraprocessados: são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de

aditivos usados para dotar os produtos de propriedades sensoriais atraentes). Grupo composto por vários tipos de biscoitos, sorvetes, balas e guloseimas em geral, cereais açucarados para o desjejum matinal, bolos e misturas para bolo, barras de cereal, sopas, macarrão e temperos "instantâneos", molhos, salgadinhos "de pacote", refrescos e refrigerantes, iogurtes e bebidas lácteas adoçados e aromatizados, bebidas energéticas, produtos congelados e prontos para aquecimento como pratos de massas, pizzas, hambúrgueres e extratos de carne de frango ou peixe empanados do tipo *nuggets*, salsichas e outros embutidos, pães de forma, pães para hambúrguer ou *hot dog*, pães doces e produtos panificados cujos ingredientes incluem substâncias como gordura vegetal hidrogenada, açúcar, amido, soro de leite, emulsificantes e outros aditivos.

5.4.7 Tempo de aleitamento materno

O tempo de aleitamento materno foi definido como o número total de dias de aleitamento materno, independentemente de ser exclusivo ou não.

5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

5.5.1 Qualidade dos dados

O banco de dados foi criado e digitado em duplicata no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0. O *validate* dos dados presentes nas duas versões do banco foi realizado através do programa *Epi Info* versão 6.0. Todas as inconsistências apontadas no *validate* foram checadas nos questionários originais e corrigidas individualmente nos dois bancos. As variáveis em estudo foram ainda submetidas a uma série de testes analíticos para verificar possíveis inconsistências

residuais, as quais também foram conferidas nos questionários originais e corrigidas no banco de dados.

As variáveis quantitativas foram descritas em média e desvio padrão (±DP) quando a distribuição foi simétrica, e mediana e intervalo interquartil quando a distribuição foi assimétrica. As variáveis categóricas foram descritas em número absoluto e frequência. As análises estatísticas foram realizadas considerando um nível de significância de 5% ($p<0,05$) e um intervalo de confiança de 95%. Os dados foram analisados com o programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa tem a aprovação do comitê de ética do HCPA e do GHC – HNSC e Hospital Fêmina - sob os números 11-0097 e 11-027, respectivamente.

Os participantes, no momento do convite para participar da pesquisa, receberam explicações sobre os objetivos do estudo, bem como, sobre sua realização. Foi salientado que, ao longo do estudo, o participante teria liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso lhe traga prejuízo.

Após expressarem concordância verbal em participar, foi fornecido ao responsável o TCLE (Apêndice I), em duas vias idênticas, para leitura e assinatura. Depois do aceite, uma cópia ficou sob a posse da participante e a outra com o pesquisador.

5.7 ORÇAMENTO

O projeto foi financiado pelas fontes: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsas de mestrado/doutorado; taxas de bancada e o FIPE (Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

REFERÊNCIAS

Abdi, F. *et al.* Prepregnancy overweight and obesity and the risk of adverse pregnancy outcomes. **Scientific Reports**, v. 15, n. 1, p. 16846, 2025.

Ahmadibeni, A. *et al.* The relationship of pre-pregnancy body mass index with maternal anthropometric indices, weight retention and the baby's weight and nutrition in the first 6 months post-partum. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, p. 802, 2023.

Al Hashmi, I.; Nandy, K.; Seshan, V. Non-Medical Strategies to Improve Pregnancy Outcomes of Women with Gestational Diabetes Mellitus: A literature review. **Sultan Qaboos University Medical Journal**, v. 19, n. 1, p. e4–e10, 2019.

Alba-Linares, J. J. *et al.* Maternal obesity and gestational diabetes reprogram the methylome of offspring beyond birth by inducing epigenetic signatures in metabolic and developmental pathways. **Cardiovascular Diabetology**, v. 22, n. 1, p. 44, 2023.

Alexander, G. R. *et al.* A United States national reference for fetal growth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 87, n. 2, p. 163–168, 1996.

Barker, D. J. The origins of the developmental origins theory. **Journal of Internal Medicine**, v. 261, n. 5, p. 412–417, 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. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, p. 25, 2012.

Brasil. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.

Carrilho, T. R. B. *et al.* Gestational weight gain according to the Brazilian charts and its association with maternal and infant adverse outcomes. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 117, n. 2, p. 414–425, 2023.

Council, Institute of Medicine and National Research. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. **Washington, DC: National Academies Press**, 2009.

Dolatkhah, N.; Hajifaraji, M.; Shakouri, S. K. Nutrition Therapy in Managing Pregnant Women With Gestational Diabetes Mellitus: A Literature Review. **Journal of Family and Reproductive Health**, v. 12, n. 2, p. 57–72, 2018.

Farias, D. R. *et al.* Comparison between the Brazilian and 3 international gestational weight gain charts. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 116, n. 4, p. 1157–1167, 2022.

Ferreira, L. B. *et al.* Dietary Patterns during Pregnancy and Gestational Weight Gain: A Systematic Review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, n. 5, p. 540–547, 2022.

Foster, S. F. *et al.* Breastfeeding, socioeconomic status, and long-term postpartum weight retention. **International Breastfeeding Journal**, v. 18, n. 1, p. 1, 2023.

Giacomello, A. *et al.* Validation of a Food Frequency Questionnaire conducted among pregnant women attended by the Brazilian National Health Service in Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 4, p. 445–454, 2008.

Gilmore, L. A.; Redman, L. M. Application of mathematical models in the management of obesity during pregnancy and the postpartum period in reproductive age women. **Nutrition Research**, v. 70, p. 7–10, 2019.

Godfrey, K. M. *et al.* Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 5, n. 1, p. 53–64, 2017.

Goldstein, R. F. *et al.* Gestational weight gain across continents and ethnicity. **BMC Medicine**, v. 16, n. 1, p. 153, 2018.

Gonzalez-Ballano, I. *et al.* Pregestational BMI, trimester-specific weight gain and total gestational weight gain: influence on perinatal outcomes. **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, p. 1–8, 2019.

Ha, A. V. V. *et al.* Postpartum weight retention in relation to gestational weight gain and pre-pregnancy BMI. **Obesity Research & Clinical Practice**, v. 13, n. 2, p. 143–149, 2019.

Hassani Zadeh, S.; Boffetta, P.; Hosseinzadeh, M. Dietary patterns and risk of gestational diabetes mellitus: meta-analysis. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 36, p. 1–9, 2020.

He, J. *et al.* Effect of dietary and physical activity behavioral interventions on reducing postpartum weight retention among women with recent gestational diabetes. **Obesity Reviews**, v. 25, n. 4, 2024.

Heslehurst, N. *et al.* Association between maternal adiposity and adverse outcomes. **Obesity Reviews**, v. 23, n. 7, e13449, 2022.

Hu, Z. *et al.* Maternal metabolic factors during pregnancy predict early childhood growth. **International Journal of Obesity**, 2019.

Institute of Medicine. Nutrition During Pregnancy. **Washington: National Academies Press**, 1990.

Kac, G. *et al.* Gestational weight gain charts: Brazilian Maternal and Child Nutrition Consortium. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 113, n. 5, p. 1351–1360, 2021.

Kaur, D. *et al.* Postpartum weight retention and associated factors: India. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, v. 17, n. 1, p. 102701, 2023.

Ketterl, T. G. *et al.* Pre-pregnancy BMI and postpartum weight retention. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. 9, p. 1339–1344, 2018.

Kim, S. *et al.* Pregravid Weight Gain and GDM Risk. **Diabetes & Metabolism Journal**, v. 49, n. 4, p. 826–836, 2025.

Li, W. *et al.* Maternal gestational diabetes and childhood adiposity risk. **International Journal of Obesity**, v. 48, n. 3, p. 414–422, 2024.

Li, Y. *et al.* Association between body composition and weight retention postpartum. **BMJ Open**, v. 15, n. 5, e092439, 2025.

Lin, X. *et al.* Developmental pathways to adiposity before birth. **BMC Medicine**, v. 15, n. 1, p. 50, 2017.

Liu, J. *et al.* Weight retention at six weeks postpartum and GDM risk in second pregnancy. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 19, p. 272, 2019.

Longmore, D. K. *et al.* Maternal BMI and neonatal adiposity. **Pediatric Obesity**, v. 14, n. 4, e12490, 2019.

Loy, S. L. *et al.* Breastfeeding Practices and Postpartum Weight Retention in an Asian Cohort. **Nutrients**, v. 16, n. 13, 2024.

Lubrano, C. *et al.* Gestational weight gain as modifiable factor in extreme BMI. **Nutrients**, v. 17, n. 4, 2025.

McAuliffe, M. *et al.* FIGO guideline on obesity in pregnancy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 151, Suppl. 1, p. 16–36, 2020.

Metzger, B. E. *et al.* Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 30, Suppl. 2, p. S251–S260, 2007.

Meyer, D. *et al.* How gestational weight gain influences postpartum retention. **Obesity Reviews**, v. 25, n. 4, e13679, 2024.

Mocellin, L. P. *et al.* Gestational diabetes mellitus prevalence in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 8, e00064919, 2024.

Monteiro, C. A. *et al.* The NOVA food classification. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 1, p. 5–17, 2018.

Morales-Suarez-Varela, M.; Rocha-Velasco, O. A. Ultra-processed food and pregnancy outcomes. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 65, p. 288–304, 2025.

Nakshine, V. S.; Jogdand, S. D. Comprehensive Review of GDM. **Cureus**, v. 15, n. 10, e47500, 2023.

Organization, W. H. WHO Anthro (version 3.2.2). Geneva: **WHO**, 2011.

Organization, W. H. Physical status: use and interpretation of anthropometry. Geneva: **WHO**, 1995.

Organization, W. H. Training Course on Child Growth Assessment. Geneva: **WHO**, 2008.

Plows, J. F. *et al.* The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 19, n. 11, 2018.

Quan, W. *et al.* Western dietary patterns and GDM risk. **Advances in Nutrition**, v. 12, n. 4, p. 1353–1364, 2021.

Quaderer, S. *et al.* Risk factors for substantial weight retention at 1 year postpartum. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 311, n. 4, p. 997–1006, 2025.

Rouhana, S.; Hallit, S.; Nicolas, G. Pre-pregnancy BMI and pregnancy outcomes. **Irish Journal of Medical Science**, v. 193, n. 1, p. 303–312, 2024.

Saros, L. *et al.* Diet intake in women with GDM. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 79, n. 7, p. 676–684, 2025.

Stogianni, A. *et al.* Impact of maternal BMI above 30 kg/m². **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 104, n. 11, p. 2093–2101, 2025.

Talebi, S. *et al.* Ultra-processed food and pregnancy outcomes. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 24, n. 1, p. 369, 2024.

Tebbani, F.; Oulamara, H.; Agli, A. Factors associated with low maternal weight gain. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, v. 67, n. 4, p. 253–260, 2019.

U.S. Department of Agriculture. **National Nutrient Database for Standard Reference** [Internet]. 2012. Disponível em: https://ndb.nal.usda.gov/ndb/search/list

Voerman, E. *et al.* Maternal BMI, GWG and child obesity risk. **PLOS Medicine**, v. 16, n. 2, e1002744, 2019.

Wang, S. S. *et al.* Maternal BMI, GWG and GDM with childhood BMI trajectory. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi,** v. 45, n. 10, p. 1348–1355, 2024.

Wang, X. *et al.* Postpartum body weight trajectories. **Obesity**, v. 31, n. 6, p. 1655–1665, 2023.

Warrington, N. M. *et al.* Maternal and fetal genetics in GWG. **International Journal of Obesity**, v. 42, n. 4, p. 775–784, 2018.

Wicklow, B.; Retnakaran, R. Gestational Diabetes Mellitus and Its Implications. **Diabetes & Metabolism Journal**, v. 47, n. 3, p. 333–344, 2023.

Wong, T. *et al.* Are the IOM weight gain targets applicable in GDM? **Diabetologia**, v. 60, n. 3, p. 416–423, 2017.

Ye, W. *et al.* GDM and adverse outcomes: meta-analysis. **BMJ**, v. 377, e067946, 2022.

Zajdenverg, L. *et al.* Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. Sociedade Brasileira de Diabetes – Diretriz Oficial. São Paulo: **SBD**, 2023. DOI: 10.29327/557753.2022-11.

Zhang, W.; Niu, F.; Ren, X. Pre-pregnancy BMI, GWG and infant growth. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 55, n. 6, p. 673–679, 2019.

Zhang, Y. *et al.* Maternal BMI and pregnancy complications. **Frontiers in Endocrinology**, v. 15, 1280692, 2024.

Zhu, Y. *et al.* Plant-based dietary patterns and GDM risk. **PLOS One**, v. 18, n. 10, e0291732, 2023.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PÓS-PARTO

PÓS-PARTO

"IVAPSA"

Identificação:

Prontuário mãe:
Prontuário criança:

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: _____

DADOS PARA CONHECIMENTO DOS GRUPOS DE ESTUDO:

(1) Diabetes (2) Hipertensão (3) Tabagismo (4) RCIU idiopático (5) Controle

DADOS GERAIS DA MÃE

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 _____

SE SIM:

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 _____

DADOS DO FILHO ANTERIOR:

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 FACN 1 _____ 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 _____

DADOS DO OUTRO FILHO:

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** _____
DADOS DO OUTRO FILHO:		
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)**		

Renda:	**Benefícios:**	
Pessoa 1: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	Pessoa 1: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	**RDRTOTAL** _____ **RDBTOTAL** _____
Pessoa 2: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	Pessoa 2: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	
Pessoa 3: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	Pessoa 3: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	
Pessoa 4: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	Pessoa 4: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	
Pessoa 5: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	Pessoa 5: R$ __ __ __ __ __ __ por mês	
TOTAL:_____ (77) Não sabe	TOTAL:_____ (77) Não sabe	

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** _____
SE SIM: outro suplemento não	
A51) **Qual o suplemento?**	**SUPLF** _____
- Ferro (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA	**SUPLA** _____
- Ácido Fólico (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA	**SUPLO** _____
- Outros, qual(is): _____ (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA	**SUPLQ** _____
A52) **Quando iniciou o uso?**	
- Ferro (0) Prévio, desde quando? _____	**SUPLFI** _____
(1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA	**SUPLFP** _____
- Ácido Fólico (0) Prévio, desde quando? _____	**SUPLAI** _____
(1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA	**SUPLAP** _____
- Outro (0) Prévio, desde quando? _____	**SUPLOI** _____
(1) Na gravidez (2) No pós-parto (7) Não sabe (8) NSA	**SUPLOP** _____

A53) **Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas gestacionais?** - 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
A54) **Quando terminou o uso, com quantas semanas gestacionais?** - 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
A55) **A suplementação teve interrupção de uso?** (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (8) NSA	SUPLI___
SE SIM:	
A56) **Quanto tempo de interrupção?** _____ semanas (77) Não sabe (88) NSA	SUPLIT___ semanas
A57) **Está utilizando algum suplemento atualmente?** (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____	SUPLPP_____ SUPLPPQ_____ SUPLPPV_____
A58) **Você utilizou algum MEDICAMENTO durante a gestação?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** ou **NÃO SABE**, PULE PARA QUESTÃO **A62.**	MEDG _____
SE SIM:	
A59) **Nome?** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	A60) **Motivo?** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA
A61) **Início do uso?** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ **(em meses)** (88) NSA	MEDGQ1 _____ MEDGM1 _____ MEDGT1 _____ MEDGQ2 _____ MEDGM2 _____ MEDGT2 _____ MEDGQ3 _____ MEDGM3 _____ MEDGT3 _____
A62) **Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** ou **NÃO SABE**, PULE PARA QUESTÃO **A66.**	MED _____
SE SIM:	
A63) **Nome?** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA	A64) **Motivo?** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____
A65) **Tempo uso?** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ **(em dias)**	MEDAQ1 _____ MEDAM1 _____ MEDAT1 _____ MEDAQ2 _____ MEDAM2 _____ MEDAT2 _____ MEDAQ3 _____ MEDAM3 _____ MEDAT3 _____
A66) **Você teve infecção urinária na gestação?** (0) Não (1) Sim	GIU _____
A67) **Você teve outras doenças na gestação?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **A69.** (0) Não (1) Sim	GDO _____
SE SIM:	
A68) **Qual(is) doença(s)?** _____ (88) NSA	GDOQ _____
A69) **Você foi hospitalizada na gestação?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **A72.** (0) Não (1) Sim	GHOSP _____
SE SIM:	
A70) **Quantos dias?** _____ (88) NSA	GHOSPD _____ dias
A71) **Por qual(is) motivo(s)?** _____ (88) NSA	GHOSPM _____
A72) **Como você recebeu e a notícia da sua gravidez?**	RECMAE _____
A73) **Como o pai da criança recebeu a notícia da sua gravidez?**	RECPAI _____
A74) **Sua gestação foi planejada?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **A75.** (0) Não (1) Sim	PLAN _____

SE SIM:	
Intenção ou objetivo de engravidar: (0) Não (1) Sim (8) NSA Cessação de método anticoncepcional: (0) Não (1) Sim (8) NSA Concordância do parceiro: (0) Não (1) Sim (8) NSA Momento adequado com relação a estilo/estágio de vida: (0) Não (1) Sim (8) NSA	PLAN1 _____ PLAN2 _____ PLAN3 _____ PLAN4 _____
A75) **Sua gestação foi por concepção assistida (artificial)?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **A77.**	PCAS _____
SE SIM:	
A76) **Qual foi o método?** (0) Inseminação Intra-Uterina (1) Fertilização in vitro (8) NSA	PCASM _____
A77) Você já fumou ou fuma cigarros de tabaco? SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **A85.** (0) Não, nunca fumou (1) Sim, já fumou (2) Sim, fuma atualmente	TAB _____
SE JÁ FUMOU OU FUMA:	
A78) **Por quanto tempo fumou ou fuma?** _____ meses (88) NSA	TABT _____ meses
A79) **Quantos cigarros você fumava ou fuma por dia?** _____ cigarros (88) NSA	TABQ _____ cigarros
A80) **Se parou de fumar, quanto tempo antes de engravidar?** _____ meses (88) NSA	TABP _____ meses
A81) **Usa ou usou na gestação medicações específicas para parar de fumar?** (0) Não (1) Sim	TABM _____
SE SIM:	
A82) **Qual(is) tipo(s) de tratamento(s)?** (0) Medicação via oral (1) Goma de mascar (2) Adesivo (3) Outro (8) NSA	TABMQ _____
A83) **Se iniciou durante a gestação, com quantas semanas?**___ semanas (88) NSA	TABMI_____ semanas
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
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 **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **A87.**	TABC _____
SE SIM:	
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 _____
DADOS DA ALIMENTAÇÃO DA MÃE	
A88) **Você já recebeu alguma orientação de como se alimentar?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **A91.**	PORI _____
SE SIM:	
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 _____
DADOS GERAIS DA CRIANÇA	
A91) **A criança já tem nome?** SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **A93.** (0) Não (1) Sim	CRNOME _____
SE SIM:	
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 _____
SE NÃO MAMOU NO PEITO:	
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
A109 **Qual foi seu peso no final do 1º trimestre?** _____ kg (7777) Não sabe	PESO1T _____ kg
A110 **Qual foi seu peso no final do 2 º trimestre?** _____ kg (7777) Não sabe	PESO2T _____ kg
A111 **Qual era o peso antes do parto?** _____ kg (7777) Não sabe	PESOAP _____ kg
A112 **Qual era a altura antes do parto?** _____ cm (7777) Não sabe	ASLTAP _____ cm
A113) **Data da última menstruação?** ___/___/___ (66) Não tem na carteirinha	DUM ___/___/___
A114) **Ecografias: peso e comprimento fetal aproximado (prontuário)** 1º Peso: _____ gramas 2º Peso:_____ 3º Peso: _____ 1º Comprimento: _____ cm 2º Compr.:_____ cm 3º Compr.: _____cm Data Eco 1º TRI: __/__/__ Data Eco 2º TRI: __/__/__ Data Eco 3º TRI: __/__/__ 1º IG: _____ 2º IG: _____ 3º IG: _____ (8) NSA (8) NSA (8) NSA	ECOP1 _____g ECOC1 _____cm ECOD1 ___/___/___ ECOIG1 _____ ECOP2 _____g ECOC2 _____cm ECOD2 ___/___/___ ECOIG2 _____ ECOP3 _____g ECOC3 _____cm ECOD3 ___/___/___ ECOIG3 _____
A115) **Peso da placenta (prontuário)?** _____ gramas (66) Não tem esse dado	PESOPL _____ g
A116) **Data da primeira consulta do pré-natal?** _____/_____/_____ IG: _____ (66) Não tem na carteirinha	PCPN ___/___/___ PCPNIG _____
A117) **Data da última consulta do pré-natal?** _____/_____/_____ IG: _____ (66) Não tem na carteirinha	UCPN ___/___/___ UCPNIG _____
A118) **Número de consultas pré-natais?** _____ (66) Não tem na carteirinha	NCPN _____
A119) **Primeiro nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal?** _____mmHg x _____ mmHg (66) Não tem na carteirinha Data: ___/___/___ IG: _____	PPASPN _____ PPADPN _____ DPPA ___/___/___ IGPPA _____
A120) **Último nível de PAS e PAD aferido em consulta pré-natal?** _____mmHg x _____ mmHg (66) Não tem na carteirinha Data: ___/___/___ IG: _____	UPASPN _____ UPADPN _____ DUPA ___/___/___ IGUPA _____
EXAMES LABORATORIAIS DA MÃE	
A121) **Últimos exames laboratoriais (prontuário e carteira da gestante)?** **Colocar 66 se não tem dado** Tipo sanguíneo da mãe _____ Fator Rh _____ Hematócrito _____ % Hemoglobina _____ g/dl Eritrócito _____ milhões/ul Leucócitos Totais _____ Plaquetas _____ul Tempo de Tromboplastina Parcial _____ s Tempo de Protrombina _____ s RNI _____ VDRL (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo HBSAg (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo Toxoplasmose IgM (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	SABO _____ FRH _____ HEMT _____ HEMG _____ ERIT _____ LEUT _____ PLAQ _____ TTP _____ TP _____ RNI _____ VDRL _____ VHB _____ TOXOM _____

Toxoplasmose IgG (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	TOXOG _____
Rubéola (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	RUB _____
Citomegalovirose (0) Não reagente (1) Reagente (2) Inconclusivo	CMV _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do primeiro trimestre	GLI1 _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do segundo trimestre	GLI2 _____
Glicose em jejum _____ mg/dl do terceiro trimestre	GLI3 _____
TTG 75g (jejum) _____ mg/dl	TTG1 _____
TTG (2h após) _____ mg/dl	TTG2 _____
Colesterol HDL _____ mg/dl	HDL _____
Colesterol LDL _____ mg/dl	LDL _____
Triglicerídeos _____ mg/dl	TRIG _____
Colesterol Total _____ mg/dl	COLT _____
Aspartato-aminotransferase (TGO) _____ U/L	TGO _____
Transaminase glutâmica pirúvica (TGP) _____ U/L	TGP _____
Bilirrubina Total _____ mg/dl	BILIT _____
Ferritina _____ ng/ml	FERR _____
Ácido Fólico _____ ng/dl	ACFO _____
T4 _____ mcg/100ml	T4 _____
TSH _____ microUI/ml	TSH _____
Creatinina _____ mg/dl	CREA _____
Uréia _____ mg/dl	UREIA _____
Exame qualitativo de urina (0) Não realizou (1) Realizou	EQU _____
Urocultura (0) Negativa (1) Positivo	URO _____
Parasitológico de fezes (0) Negativo (1) Positivo	ECF _____
Citopatológico - Colo do Útero (0) Negativo (1) Positivo	CP _____
Hemoglobina glicada _____	HBGLIC _____

QUESTIONÁRIOS ESPECÍFICOS – GRUPOS

DOENÇA HIPERTENSIVA

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 _____
SE DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO CRÔNICA (HC):	
B2) **Quando teve o diagnóstico?** _____ anos (88) NSA	HIPDG _____ anos
SE POSSUI HIPERTENSÃO GESTACIONAL, PRÉ-ECLÂMPSIA OU ECLÂMPSIA	
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 SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B10.**	HIPM_____
SE SIM:	
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
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
B10) **Teve hipertensão na gestação anterior?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B13.** (0) Não (1) Sim (8) NSA	HIPAN_____
SE SIM:	
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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B15.** (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPHF_____
SE SIM:	
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_____
DIABETES	
D1) **Qual a classificação de sua diabetes (prontuário)?** (1) DM1 (2) DM2 (3) Diabetes Gestacional (DMG)	DMCL _____
SE DIAGNÓSTICO DE DM1 ou DM2:	
D2) **Quando teve o diagnóstico?** _____ anos (88) NSA	DMD _____ anos
SE POSSUI DIABETES GESTACIONAL (DMG):	
D3) **Com quantas semanas gestacionais a DMG foi diagnosticada?** _____ semanas (88) NSA	DMGDG _____
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
D4) **Em gestações anteriores alguma vez você apresentou diabetes?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	DMGANT _____
SE SIM:	
D5) **Em quantas gestações?**_____ (88) NSA	DMGANTQ _____
D6) **A diabetes persistiu após o parto?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	DMGANTP _____
SE SIM:	
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 _____
SE HIPOGLICEMIANTE OU INSULINA:	
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 _____
SE NÃO OU ÀS VEZES:	
D12) **Por qual(is) motivo(s)?** _____ (88) NSA	DMTRATRM _____
D13) **Quantas vezes, nesta gestação, você foi internada para controle glicêmico?** Número de vezes: _____	DMCGI ____
SE FOI INTERNADA:	
D14) **Por quanto tempo?** _____ (88) NSA	DMCGP ___ dias
D15) **Durante a gestação você fazia controle da sua glicemia?** (0) Não (1) Sim	DMCG _____
SE SIM:	
D16) **Qual o método que utilizava no controle da sua glicemia?** (1) Fita-teste (2) Exame Laboratorial (3) Ambas (8) NSA	DMCGM _____
D17) **Com que freqüência monitorava sua glicemia?** _____ (88) NSA	DMCGMF _____semana
D18) **Você possui histórico familiar de diabetes?** (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	DMHF _____
SE SIM:	
D19) **Qual o parentesco?** (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	DMPAR _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE 7 DIAS

7 DIAS

"IVAPSA"

Identificação:

Data da entrevista: __/__/__	2GDE __/__/__
Entrevistador (a): _____	2ENTREV ____
Nome mãe / bebê: _____	
B1)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: _____	
DADOS GERAIS DA CRIANÇA	
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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B7.** (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	7CDOEN _____
SE SIM:	
B6) **Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica)** _____ (88) NSA	7CDOENQ _____
B7) **Seu filho recebeu algum medicamento desde que nasceu?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B10.**	7CMED _____
SE SIM:	
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 SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B13.**	7CINTER _____
SE SIM:	
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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B16.** (0) Não (1) Sim (2) Já usou	7CBICO _____
SE SIM ou JÁ USOU:	
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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B22.** (0) Não (1) Sim	7CPUERI _____
SE SIM:	
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 ____ 7CPUERIM3 ____

Consulta 2: _____ (88) NSA **Consulta 3:** _____ (88) NSA	
B21) **Quantos registros de consultas no posto há no Cartão da criança:** ___ (88) NSA	7CPUERIC_____
HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA	
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 _____
SE NÃO:	
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 _____
SE SIM:	
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 _____
DADOS GERAIS DA MÃE	
B34) **Você recebeu alguma orientação sobre amamentação durante o Pré-Natal?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B36.**	7ORIAM _____
SE SIM	
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 SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B38**	7ORINTAM _____
SE SIM	
B37) **Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda?** _____	7ORINTAMST _____
SE NÃO	
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?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** ou **NÃO SABE**, PULE PARA QUESTÃO **B44.**	7MED _____
SE SIM:	
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 _____
TABACO, CONSUMO DE BEBIDA DE ÁLCOOL E USO DE DROGAS	
B44) **Você fuma atualmente?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B46.**	7MFUMA _____
SE SIM:	
B45) **Quantos cigarros por dia?** _____ (88) NSA	7MFUMAQ _____
B46) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B48.**	7FUMOCS _____
SE SIM:	
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). SE **NENHUM** PULE PARA QUESTÃO **B50.** (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 _____
SE SIM:	
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) **Você usou algum tipo de droga durante a gestação?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B55**	7DROG ____
SE SIM:	
B53) **Qual(is) a(s) substância(s)?** 1) Estimulantes: anfetaminas, "speed", ritalina, pílulas anorexígenas. (1) Sim (0) Não 2) Cocaína: cocaína, "coca", crack, pó, folha de coca. (1) Sim (0) Não 3) Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina. (1) Sim (0) Não 4) Alucinogéneos: LSD, "ácido", mescalina, PCP, "pó de anjo", "cogumelos", ecstasy. (1) Sim (0) Não **Respostas:**	7DROGQ1_____ 7DROGQ2_____ 7DROGQ3_____ 7DROGQ4_____ 7DROGQ5_____ 7DROGQ6_____ 7DROGQ7_____ 7DROGQ8_____

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".	(1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não	
B54) **Quantas vezes fazia uso por semana?** _____ vezes.	(888) NSA	7DROGV _____
B55) **O seu companheiro costuma tomar bebida de álcool?** (0) Não (1) Sim (9) IGN SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **B58**		7DROGC _____
SE SIM:		
B56) **Com que frequência ele costuma beber?** (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Todos os finais de semana (4) Todos os dias	(8) NSA	7DROGCF _____
B57) **Das vezes que ele bebe, quantas vezes ele fica alterado?** (0) Nenhuma (1) Às vezes (2) sempre	(8) NSA	7DROGCA _____
DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA		
B58) **Peso da mãe + peso do bebê** (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg		7PESOMB _____ kg
B59) **Peso da mãe** (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg		7PESOM _____ kg
B60) **Altura da mãe** (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média _____ cm		7ALTM _____ cm
B61) **Peso do bebê** (1ª) _____ g (2ª) _____ g Média: _____ g		7PESOCR _____ g
B62) **Circunferência da cintura da mãe** (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm		7CBM _____ cm
B63) **Circunferência braquial da mãe** (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm		7DCTM _____ cm
B64) **Dobra cutânea tricipital da mãe** (1ª) _____ mm (2ª) _____ mm Média: _____ mm		7DCTM _____ mm
B65) **Dobra cutânea subescapular da mãe** (1ª) _____ mm (2ª) _____ mm Média: _____ mm		7DCSBM _____ mm
B66) **Comprimento do bebê** (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm		7COMPCR _____ cm
B67) **Perímetro cefálico do bebê** (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm		7PCCR _____ cm
COLETA DE MATERIAIS		
B68) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da mãe?** (0) Não, motivo? _____	(1) Sim	7ANTRM _____ 7ANTRMM _____
B69) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da criança?** (0) Não, motivo? _____	(1) Sim	7ANTRC _____ 7ANTRCM _____

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE 15 DIAS

15 DIAS

"IVAPSA"

Identificação:

SEGUIMENTO	
Data da entrevista: __ __ / __ __ / __ __	3GDE__/__/__
Entrevistador (a): _____	3ENTREV ___
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:	
DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
D1) Idade do bebê em dias? _____	15IDADCR ___
D2) Seu filho vai à creche? *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D5*** (0) Não (1) Sim	15CRECHE ___
SE SIM:	
D3) **Em qual turno?** (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	15CRECHET ___
D4) **Desde quando?** _____ dias (88) NSA	15CRECHEI ___
D5) Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho? (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	15QMCUID ___ 15QMCUIDQ ___
D6) Seu filho tem ou teve alguma doença? *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D8*** (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	15CDOEN ___
SE SIM:	
D7) **Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica)** _____ _____ _____ (88) NSA	15CDOENQ ___
D8) **Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?** *SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **D16*** (0) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente	15DOENT ___
SE SIM:	
D9) **Aumenta a frequência das mamadas?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	15FREQM ___
D10) **Aumenta a oferta de líquidos?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	15ALIQ ___
D11) **Força a criança a comer?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	15FCOMD
D12) **Oferece os alimentos preferidos da criança?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	15PREFE ___
D13) **Oferece os alimentos com maior frequência?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	15FREQC ___
D14) **Faz restrições alimentares?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	15RESTR ___
D15) **Outra mudança, qual?** _____ (88) NSA	15DOENTMD ___
D16) Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista? *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D19*** (0) Não (1) Sim	15QUEDA ___

SE SIM:	
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?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D22.*** (0) Não (1) Sim	**15CMED** ___
SE SIM:	
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?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D25.*** (0) Não (1) Sim	**15CINTER** ___
SE SIM:	
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?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D28.*** (0) Não (1) Sim (2) Já usou	**15CBICO** ___
SE SIM ou JÁ USOU:	
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?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D32.*** (0) Não (1) Sim	**15MFUMA** ____
SE SIM:	
D31) **Quantos cigarros por dia?** _____ (88) NSA	**15MFUMAQ** ____
D32) **Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe)** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D34.*** (0) Não (1) Sim	**15FUMOCS** ____
SE SIM:	
D33) **Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente?** _____ (88) NSA	**15FUMOCSQ** ___
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
D34) **O seu bebê mama no peito?** *SE **SIM** PULE PARA QUESTÃO **D37.*** (0) Não (1) Sim	**15MAMAP** ____
SE NÃO:	
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 (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) **Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?** ___ vezes Leite Materno ___ vezes Fórmula infantil ___ vezes Leite de vaca	15MAMAQN__ v/d
D40) **O seu bebê recebe ou recebeu água pura?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D47.*** (0) Não (1) Sim	15AGUA ___
SE SIM:	
D41) **Que tipo de água é utilizada?** (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (5) Filtrada/ Fervida (6) Outro, qual?_____ (88) NSA	15AGUA1 ___
D42) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QDAG ___
D43) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?** _____ (88) NSA	15AGUAVZ ___
D44) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	15AGUAM ___
D45) ***SE PAROU*, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QPAG ___
D46) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar_____ (8) NSA (3) o companheiro (7) Não sabe	15RECAG ___ 15RECAGE ___
D47) **O seu bebê recebe ou recebeu chá?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D53.*** (0) Não (1) Sim	15CHA ___
SE SIM:	
D48) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QDCH ___
D49) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?** _____ (88) NSA	15CHAVZ ___
D50) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	15CHAM ___
D51) ***SE PAROU*, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QPCH ___
D52) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar_____ (8) NSA (3) o companheiro (7) Não sabe	15RECCH ___ 15RECCHO ___
D53) **O seu bebê recebe ou recebeu suco?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D60.*** (0) Não (1) Sim	15SUCO ___
SE SIM:	
D54) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QDSC ___
D55) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?** _____ (88) NSA	15SUCOVZ ___
D56) **Qual o tipo de suco oferecido?** 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	15TSUCO1 ___ 15TSUCO2 ___ 15TSUCO3 ___ 15TSUCO4 ___
D57) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	15SUCOM ___
D58) ***SE PAROU*, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QPSC ___
D59) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	15RECSC ___ 15RECSCE ___
D60) **O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D66.*** (0) Não (1) Sim	15REFR_____
SE SIM:	
D61) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QDSC ___
D62) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu refrigerante?** _____ (88) NSA	15SUCOVZ ___
D63) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	15SUCOM ___
D64) ***SE PAROU*, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QPSC ___
D65) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	15RECSC ___ 15RECSCE ___

D66) **O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?** *SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **D78**.* (0) Não (1) Sim	15LEITE ____
SE SIM:	
D67) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QDLT ____
D68) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o leite?** _____ (88) NSA	15LEITEVZ ____
D69) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	15LEITEM ____
D70) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	15RECLT ___ 15RECLTE ___
D71) **Qual o tipo de leite oferecido?** 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	15LEITE1 ____ 15LEITE2 ____ 15LEITE3 ____ 15LEITE4 ____ 15LEITE5 ____ 15LEITEQ ____
D72) **Algum outro produto é adicionado ao leite?** (0) Não (1) Sim	15LTENG ____
SE SIM:	
D73) **Quais produtos são utilizado para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?** 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	15FARIN1 ____ 15FARIN2 ____ 15ACU3 ____ 15ACHO4 ____ 15OLEO5 ____ 15OUTRQ ____
D74) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	15QDLTG ____
D75) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	15FARINM ____
D76) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	15RECLTG ___ 15RECLTGE ___
D77) **Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?** (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (4) Outros/ especificar_____ (88) NSA	15LTQMDA ___ 15LTQMDAE___
D78) **Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?** (0) Não (1) Sim	15MAMAD ____
D79) **Seu bebê come outros alimentos (sólidos)?** *SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **D96**.* (0) Não (1) Sim	15OALIM ____
SE SIM	
D80) **Seu bebê tem horários certos para se alimentar?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	15HORAC ____
D81) **O que você faz se a criança recusa algumas refeições?** (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	15RECUSA _____ 15RECSUB ____
D82) **Como você oferece os alimentos para o bebê?** 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	15ALPREP1 ___ 15ALPREP2 ___ 15ALPREP3 ___ 15ALPREP4 ___ 15ALPREP5 ___ 15ALPREP6 ___

D83) **A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?** (1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA	15SAL ____
D84) **Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?** (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar_____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	15ALIBB ____ 15ALIBBE____
D85) **Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	15COMES ___
D86) **Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	15INTERAG __
D87) **Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	15ESTIM ____
D88) **Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	15FORCM ____
D89) **Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	15RECMP ____
D90) **A comida do bebê é preparada separadamente?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	15COMSE ____
D91) **A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	15COMHR ____
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?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	15APRES ____
D93) **Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que são preparados com antecedência?** (0) Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente	15ASOBR ____
D94) **A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?** (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (88) NSA	15LAVMP ____
D95) **A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?** (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe (88) NSA	15LAVMR ____

DADOS GERAIS DA MÃE			
D96) **Depois que você foi para casa, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar?** (0) Não (1) Sim *SE **NÃO**, PULE PARA QUESTÃO **D98**.*			15ORAMUB ____
***SE SIM*:**			
D97) **Que tipo (quais) orientação (ões)/ajuda?** _____			15ORAMUBT _____
SE NÃO:			
D98) **Você considera (acha) que precisava de ajuda?** (0) Não (1) Sim, qual ou para quê? _____			15OAUBAJ ____ 15OAUBAS ____
D99) **Está utilizando algum suplemento atualmente?** (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____			15SUPL_____ 15SUPLPQ _____ 15SUPLPD _____
D100) **Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO?** (0) Não (1) Sim *SE **NÃO** ou **NÃO SABE**, PULE PARA QUESTÃO **D104**.*			15MED _____
***SE SIM*:**			
D101) **Nome** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____(88) NSA	D102) **Motivo** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	D103) **Tempo do uso** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ **(em dias)**	15MEDAQ1 _____ 15MEDAM1 _____ 15MEDAT1 _____ 15MEDAQ2 _____ 15MEDAM2 _____ 15MEDAT2 _____ 15MEDAQ3 _____ 15MEDAM3 _____ 15MEDAT3 _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA	
D135) **Peso da mãe + peso do bebê** (1º) _____ Kg (2º) _____ Kg Média: _____ Kg	15PESMB_____kg
D136) **Peso da mãe** (1º) _____ Kg (2º) _____ Kg Média: _____ Kg	15PESOM_____ kg
D137) **Peso do bebê?** (1º) _____ g (2º) _____ g Média: _____ g	15PESOCR_____ g
D138) **Circunferência da cintura da mãe?** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	15CCM_____ cm
D139) **Circunferência braquial da mãe?** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	15CBM_____ cm
D140) **Dobra cutânea tricipital da mãe?** (1º) _____ mm (2º) _____ cm Média: _____ mm	15DCTM_____ mm
D141) **Dobra cutânea subescapular da mãe?** (1º) _____ mm (2º) _____ cm Média: _____ mm	15DCSPM____ mm
D142) **Comprimento do bebê?** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	15CMPCR_____ cm
D143) **Perímetro cefálico do bebê?** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	15PCC _____ cm

AGENDAMENTO:

Próxima entrevista: 1 mês de vida da criança
Dia: ____ / ____ / ____
Horário: _____
Local: CPC - HCPA

APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO DE 1 MÊS

1 MÊS

"IVAPSA"

Identificação:

SEGUIMENTO	
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:	
DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
E1) **Idade do bebê em dias?** _____	1IDADCR ___
E2) **Seu filho vai à creche?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E5**. (0) Não (1) Sim	1CRECHE ___
SE SIM:	
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 ___
SE SIM:	
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 ___
SE SIM:	
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 ___
SE SIM:	
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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E17.** (0) Não (1) Sim	1CMED ___
SE SIM:	

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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E20.** (0) Não (1) Sim		1CINTER ___
SE SIM:		
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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E23.** (0) Não (1) Sim (2) Já usou		1CBICO ___
SE SIM ou JÁ USOU:		
E21) **Quando iniciou o uso?** _____ dias (88) NSA		1CBICOI ___
E22) **Tempo de uso?** _____ dias (88) NSA		1CBICOT ___
E23) **Você têm 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?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E27.** (0) Não (1) Sim		1MFUMA ___
SE SIM:		
E26) **Quantos cigarros por dia?** _____ (88) NSA		1MFUMAQ ___
E27) **Há alguém que fuma na sua casa?** (exceto a mãe) SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E29.** (0) Não (1) Sim		1FUMOCS ___
SE SIM:		
E28) **Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente?** _____ (88) NSA		1FUMOCSQ ___
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA		
E29) **O seu bebê mama no peito?** SE **SIM** PULE PARA QUESTÃO **E32.** (0) Não (1) Sim		1MAMAP ___
SE NÃO:		
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 (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) **Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?** ___ vezes Leite Materno ___ vezes Fórmula infantil ___ vezes Leite de vaca		1MAMAQN___ v/d
E35) **O seu bebê recebe ou recebeu água pura?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E42.** (0) Não (1) Sim		1AGUA ___
SE SIM:		
E36) **Que tipo de água é utilizada?** (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (4) Cisterna (5) Filtrada/ Fervida (6) Outro, qual? _____ (88) NSA		1AGUAT ___
E37) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA		1QDAG ___
E38) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?** _____ (88) NSA		1AGUAVZ ___
E39) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA		1AGUAM ___
E40) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA		1QPAG ___

E41) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECAG ____ 1RECAGE ____
E42) **O seu bebê recebe ou recebeu chá?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E48.** (0) Não (1) Sim	1CHA ____
SE SIM:	
E43) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDCH ____
E44) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?** _____ (88) NSA	1CHAVZ ____
E45) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	1CHAM ____
E46) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPCH ____
E47) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECCH ____ 1RECCHO ____
E48) **O seu bebê recebe ou recebeu suco?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E55.** (0) Não (1) Sim	1SUCO ____
SE SIM:	
E49) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDSC ____
E50) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?** _____ (88) NSA	1SUCOVZ ____
E51) **Qual o tipo de suco oferecido?** 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) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	1SUCOM ____
E53) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QPSC ____
E54) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECSC ____ 1RECSCE ___
E55) **O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E61.** (0) Não (1) Sim	1REFR ____
SE SIM:	
E56) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDREF ____
E57) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante?** _____ (88) NSA	1REFML ____
E58) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	1REFRM ____
E59) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1REFP _____
E60) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1QPREF ____
E61) **O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **E73.** (0) Não (1) Sim	1LNM_____
SE SIM:	
E62) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDLT ____
E63) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?** _____ (88) NSA	1LEITEVZ ____
E64) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	1LEITEM ____
E65) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	1RECLT ___ 1RECLTE ___
E66) **Qual o tipo de leite oferecido?** 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) **Algum outro produto é adicionado ao leite?** (0) Não (1) Sim	1LTENG ____
SE SIM:	
E68) **Quais produtos são utilizado para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?** 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	1FARIN1 ____ 1FARIN2 ____ 1ACU3 ____ 1ACHO4 ____ 1OLEO5 ____ 1AGUA6 ____ 1OUTRQ ____
E69) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	1FARINM ____
E70) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	1QDLTG ____
E71) **Alguém recomendou?** (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) **Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?** (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar_____ (7) Não sabe	1LTQMDA ___ 1LTQMDAE___
E73) Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)? (0) Não (1) Sim	1MAMAD ____
E74) Seu bebê come outros alimentos (sólidos)? SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **E99.** (0) Não (1) Sim	1OALIM ____
SE SIM	
E75) **Seu bebê tem horários certos para se alimentar?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	1HORAC ____
E76) **O que você faz se a criança recusa algumas refeições?** (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	1RECUSA1 ___
E77) **Como você oferece os alimentos para o bebê?** 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 ___
E78) **A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?** (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 ____
E79) **Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?** (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar_____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	1ALIBB ____ 1ALIBBE____
E80) **Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	1COMES ___
E81) **Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	1INTERAG __
E82) **Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	1ESTIM ____
E83) **Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	1FORCM ____
E84) **Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	1RECMP ____
E85) **A comida do bebê é preparada separadamente?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	1COMSE ____

E86) **A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (88) NSA	1COMHR ____
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?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	1APRES ____
E88) **Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência?** (88) NSA (0) Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente	1ASOBR ____
E89) **A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?** (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (88) NSA	1LAVMP ____
E90) **A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?** (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe (88) NSA	1LAVMR ____
E91) **Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?** SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **E88.** (0) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente (88) NSA	1DOENT ____
SE SIM:	
E92) **Aumenta a frequência das mamadas?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FREQM ____
E93) **Aumenta a oferta de líquidos?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	1ALIQ ____
E94) **Força a criança a comer?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FCOMD
E95) **Oferece os alimentos preferidos da criança?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	1PREFE ____
E96) **Oferece os alimentos com maior frequência?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	1FREQC ____
E97) **Faz restrições alimentares?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	1RESTR ____
E98) **O que muda? (outra, qual?)** _____ (88) NSA	1DOENTM ___

DADOS GERAIS DA MÃE	
E99) **Depois que você foi para casa, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO**, PULE PARA QUESTÃO **E102.**	1ORAMUB _____
SE SIM:	
E100) **Que tipo (quais) orientação (ões)/ajuda?** _____	1ORAMUBT _____
SE NÃO:	
E101) **Você considera (acha) que precisava de ajuda?** (0) Não (1) Sim, qual ou para quê? _____	1OAUBAJ _____ 1OAUBAS _____
E102) **Está utilizando algum suplemento atualmente?** (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____	1SUPL _____ 1SUPLPQ _____ 1SUPLPD _____
E103) **Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** ou **NÃO SABE**, PULE PARA QUESTÃO **E107.**	1MED _____
SE SIM:	

E104) **Nome**	E105) **Motivo**	E106) **Tempo do uso**	
Med 1 _____	Med 1 _____	Med 1 _____	1MEDAQ1 _____
Med 2 _____	Med 2 _____	Med 2 _____	1MEDAM1 _____
Med 3 _____	Med 3 _____	Med 3 _____	1MEDAT1 _____
Med 4 _____	Med 4 _____	Med 4 _____	1MEDAQ2 _____
Med 5 _____	Med 5 _____	Med 5 _____	1MEDAM2 _____
(88) NSA		**(em dias)**	1MEDAT2 _____
			1MEDAQ3 _____
			1MEDAM3 _____
			1MEDAT3 _____

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

	Não	< 15 dias	15 dias	1º mês	2º mês
E107) **Açúcar adicional (mamadeira, suco ou chá)**					
E108) Achocolatado					
E109) **Mel**					
E110) **Café**					
E111) **Funchicória**					
E112) Fruta amassada					
E113) **Papa salgada/ Sopa**					
E114) Sopa industrializada					
E115) **Verduras ou legumes**					
E116) Leguminosas (ex. feijão,lentilha)					
E117) **Comida da família**					
E118) Carne (gado, frango, porco, peixe)					
E119) **Miúdos (ex.fígado, moela)**					
E120) **Ovo**					
E121) **Embutidos (ex. presunto, salsicha, mortadela, salsichão, salame)**					
E122) Bolacha recheada ou wafer					
E123) **Bolacha doce (maria ou maisena)**					
E124) Danoninho					
E125) **Refrigerante**					
E126) Chocolate ou bombom					
E127) **Bala ou pirulito**					
E128) Salgadinho					
E129) **Gelatina / Pudins/ sacolé artificial**					
E130) Sorvete / Picolé/ sacolé de leite					
E131) **Frituras (ex.batata frita, bolinho frito, aipim frito, frango á milanesa)**					

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA	
E132) **Peso da mãe + peso do bebê** (1º) _____ Kg (2º) _____ Kg Média: _____ K g	1PESOMB_____ kg
E133) **Peso da mãe** (1ª) _____ Kg (2ª) _____ Kg Média: _____ Kg	1PESOM _____ kg
E134) **Altura da mãe** (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média _____ cm	1ALTM _____ cm
E135) **Peso do bebê** (1º) _____ g (2º) _____ g Média: _____ g	1PESOCR _____ g
E136) **Circunferência da cintura da mãe** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	1CCM _____ cm
E137) **Circunferência braquial da mãe?** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	1CBM _____ cm
E138) **Dobra cutânea tricipital da mãe** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	1DCTM _____ mm
E139) **Dobra cutânea subescapular da mãe** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	1DCSBM _____ mm
E140) **Comprimento do bebê** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	1COMPCR _____ cm
E141) **Perímetro cefálico do bebê** (1º) _____ cm (2ºº) _____ cm Média: _____ cm	1PCCR _____ cm

COLETA DE MATERIAIS	
E142) **Conseguiu coletar o leite da mãe?** (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	1LEITE _____ 1LEITEM ____
E143) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da mãe?** (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	1ANTRM _____ 1ANTRMM ____
E144) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da criança?** (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	1ANTRC _____ 1ANTRCM ____

AGENDAMENTO:

Próxima entrevista: 3 meses de vida da criança
Dia: ____ / ____ / ____
Horário: _____
Local: Domicílio

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE 3 MESES

3 MESES

"IVAPSA"

Identificação:

SEGUIMENTO	
Data da entrevista: ___/___/___	3GDE __/__/__
Entrevistador (a): _____	3ENTREV ____
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:	
DADOS GERAIS SOBRE A CRIANÇA E A FAMÍLIA	
F1) **Idade do bebê em dias?** _____	3IDADCR ___
F2) **Seu filho vai à creche?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F5.** (0) Não (1) Sim	3CRECHE ___
SE SIM:	
F3) **Em qual turno?** (1) turno integral (2) meio turno (8) NSA	3CRECHET ___
F4) **Desde quando?** _____ dias (88) NSA	3CRECHEI ___
F5) **Na maior parte do tempo quem cuida do seu filho?** (1) a própria mãe (2) avós (3) Pai/ companheiro (4) outra pessoa, qual? _____	3QMCUID ___ 3QMCUIDQ ___
F6) **Seu filho tem ou teve alguma doença?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F8.** (0) Não (1) Sim (2) Em investigação	3CDOEN ___
SE SIM:	
F7) **Qual? (Respiratória, Alérgica, Cardíaca, Renal, Intestinal, Neurológica)** _____ _____ (88) NSA	3CDOENQ ___
F8) **Seu filho sofreu alguma queda ou acidente desde a última entrevista?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F11.** (0) Não (1) Sim	3QUEDA ___
SE SIM:	
F9) **Qual (is) acidente (s)?** _____ (88) NSA	3QUEDAQ ___
F10) **Foi levado ao médico?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3QUEDAMD ___
F11) **Seu filho recebeu algum medicamento desde a última entrevista?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO F14. (0) Não (1) Sim	3CMED ___
SE SIM:	
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 3CMEDQ1 ___ 3CMEDM1 ___ 3CMEDQ2 ___ 3CMEDM2 ___ 3CMEDQ3 ___ 3CMEDM3 ___ 3CMEDQ4 ___ 3CMEDM4 ___ 3CMEDQ5 ___ 3CMEDM5 ___
F14) **Seu filho foi internado desde a última entrevista?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F17.** (0) Não (1) Sim	3CINTER ___
SE SIM:	
F15) **Vezes que foi internado?** _____ (88) NSA	3CINTERV ___

F16) **Motivo(s) da internação(ões)?** _____ _____ (88) NSA	3CINTERM ___
F17) **Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F20.** (0) Não (1) Sim (2) Já usou	3CBICO ___
SE SIM ou JÁ USOU:	
F18) **Quando iniciou o uso?** _____ dias (88) NSA	3CBICOI ___
F19) **Tempo de uso?** _____ dias (88) NSA	3CBICOT ___
F20) **Você têm o costume de ler, contar histórias para o seu filho?** (0) Não (1) Sim	3LER ____
F21) **Você faz a higiene bucal do seu filho?** (0) Não (1) Sim	3HIGBC ____
F22) **Você fuma atualmente?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F24.** (0) Não (1) Sim	3MFUMA ____
SE SIM:	
F23) **Quantos cigarros por dia?** _____ (88) NSA	3MFUMAQ ____
F24) **Há alguém que fuma na sua casa?** (exceto a mãe) SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F26.** (0) Não (1) Sim	3FUMOCS ____
SE SIM:	
F25) **Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente?** _____ (88) NSA	3FUMOCSQ ___
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
F26) **O seu bebê mama no peito?** SE **SIM** PULE PARA QUESTÃO **F29.** (0) Não (1) Sim	3MAMAP ____
SE NÃO:	
F27) **Por quê?** _____ (88) NSA	3MAMAPN ____
F28) **Quando parou de amamentar?** _____ dias (88) NSA	3QPAMA _____
F29) **Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)?** (0) Não (1) Sim	3HCMAMA ___
F30) **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	3MAMAQD ___
F31) **Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?** ___ vezes Leite Materno ___ vezes Fórmula infantil ___ vezes Leite de vaca	3MAMAQN ___
F32) **O seu bebê recebe ou recebeu água pura?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F39.** (0) Não (1) Sim	3AGUA ____
SE SIM:	
F33) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QDAG ____
F34) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?** _____ (88) NSA	3AGUAVZ ____
F35) **Que tipo de água é utilizada?** (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (3) Torneira (4) Filtrada/ Fervida (5) Outro, qual? _____	3AGUA1 ____
F36) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	3AGUAM ____
F37) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QPAG ____
F38) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	3RECAG ____ 3RECAGE ____
F39) **O seu bebê recebe ou recebeu chá?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F45.** (0) Não (1) Sim	3CHA ____
SE SIM:	
F40) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QDCH ____
F41) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?** _____ (88) NSA	3CHAVZ ____
F42) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	3CHAM ____
F43) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QPCH ____
F44) **Alguém recomendou?**	3RECCH ____ 3RECCHO ____

(1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	
F45) **O seu bebê recebe ou recebeu suco?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F52.** (0) Não (1) Sim	3SUCO ____
SE SIM:	
F46) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QDSC ____
F47) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?** _____ (88) NSA	3SUCOVZ ____
F48) **Qual o tipo de suco oferecido?** 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	3TSUCO1 ____ 3TSUCO2 ____ 3TSUCO3 ____ 3TSUCO4 ____
F49) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	3SUCOM ____
F50) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QPSC ____
F51) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	3RECSC ____ 3RECSCE ___
F52) O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante? SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F58.** (0) Não (1) Sim	3REFR ____
SE SIM:	
F53) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QDREF ____
F54) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante?** _____ (88) NSA	3REFML ____
F55) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	3REFRM ____
F56) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	
E57) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	3QPREF ____
F58) **O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **F70.** (0) Não (1) Sim	3OLEI ____
SE SIM:	
F59) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QDLT ____
F60) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?** _____ (88) NSA	3LEITEVZ ____
F61) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	3LEITEM ____
F62) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar _____ (88) NSA	3RECLT ____ 3RECLTE ___
F63) **Qual o tipo de leite oferecido?** 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	3LEITE1 ____ 3LEITE2 ____ 3LEITE3 ____ 3LEITE4 ____ 3LEITE5 ____ 3LEITEQ ____
F64) **Algum outro produto é adicionado ao leite?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	3LTENG ____
SE SIM:	
F65) **Quais os produtos utilizados para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?** 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	3FARIN1 ____ 3FARIN2 ____ 3ACU3 ____ 3ACHO4 ____ 3OLEO5 ____ 3AGUA6 3OUTRQ ____
F66) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	3FARINM ____
F67) **Quando introduziu?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	3QDLTG ____

F68) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar_____ (8) NSA (3) o companheiro (7) Não sabe	3RECLTG ___ 3RECLTGE ___
F69) **Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?** (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar_____ (7) Não sabe	3LTQMDA ___ 3LTQMDAE___
F70) **Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?** (0) Não (1) Sim	3MAMAD ____
F71) **Seu bebê come outros alimentos (sólidos)?** SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **F84.** (0) Não (1) Sim	3OALIM ____
SE SIM	
F72) **Seu bebê tem horários certos para se alimentar?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3HORAC ____
F73) **O que você faz se a criança recusa algumas refeições?** (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) **Como você oferece os alimentos para o bebê?** 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) **A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?** (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) **Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?** (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar_____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	3ALIBB ____ 3ALIBBE____
F77) **Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3COMES ___
F78) **Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3INTERAG __
F79) **Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3ESTIM ____
F80) **Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3FORCM ____
F81) **Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3RECMP ____
F82) **A comida do bebê é preparada separadamente?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	3COMSE ____
F83) **A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	3COMHR ____
F84) **Você aproveita o resto de leite ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	3APRES ____
F85) **Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência?** (88) NSA (0) Não guarda (1)Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente	3ASOBR ____
F86) **A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?** (0) Não (1) Sim (7) Não sabe (88) NSA	3LAVMP ____

F87) **A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?** (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe (88) NSA	3LAVMR ___
F88) **Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?** SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **F96.** (0) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente	3DOENT ___
SE SIM:	
F89) **Aumenta a frequência das mamadas?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	3FREQM ___
F90) **Aumenta a oferta de líquidos?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	3ALIQ ___
F91) **Força a criança a comer?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	3FCOMD ___
F92) **Oferece os alimentos preferidos da criança?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	3PREFE ___
F93) **Oferece os alimentos com maior frequência?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	3FREQC ___
F94) **Faz restrições alimentares?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	3RESTR ___
F95) **Outra mudança, qual?** _____ (8) NSA	3DOENTMD ___
F96) **Depois da última entrevista, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **F98.**	3ORAMUB ___
SE SIM	
F97) **Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda?** _____ _____	3OAMUBT ___
SE NÃO	
F98) **Você considera (acha) que precisava de ajuda?** _____ _____	3OAUBAJ ___ 3OAUBAS ___

CALENDÁRIO DE VACINAS

VACINAS	Idade	
F99) **Hepatite B** (2ªdose = 1ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	3HEP2 ___ 3IDHEP2 ___
F100) **VOP** - Vacina oral contra pólio (1ªdose = 2ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	3VOP1 ___ 3IDVOP1 ___
F101) **DTP + Hib** - Vacina pentavalente (1ªdose = 2ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	3TETR1 ___ 3IDTETR1 ___
F102) **VORH** – Vacina oral rotavírus humano(1ªdose = 2ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	3VORH1 ___ 3IDVORH1 ___
F103) **Pneumocócica 10** (1ªdose = 2ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	3PNEU1 ___ 3 IDPNEU1___

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA	
F104) **Peso da mãe + peso do bebê** (1º) _____ Kg (2º) _____ Kg Média: _____ K g	PESOMB _____ kg
F105) **Peso da mãe** (1ª) _____ Kg (2ª) _____ Kg Média: _____ Kg	3PESOM _____ kg
F106) **Peso do bebê** (1º) _____ g (2º) _____ g Média: _____ g	3PESOCR _____ g
F107) **Circunferência da cintura da mãe** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	3CCM _____ cm
F108) **Circunferência braquial da mãe** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	3CBM _____ cm
F109) **Dobra cutânea tricipital da mãe** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	3DCTM _____ mm
F110) **Dobra cutânea subescapular da mãe** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	3DSBM _____ mm
F111) **Comprimento do bebê** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	3COMPB _____ cm
F112) **Perímetro cefálico do bebê** (1º) _____ cm (2ºº) _____ cm Média: _____ cm	3PCB _____ cm
F113) **Circunferência braquial do bebê** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	3CBB _____ cm
F114) **Dobra cutânea tricipital do bebê** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	3DCTB _____ mm
F115) **Dobra cutânea subescapular do bebê** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	3DSBB _____ mm

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

	Não	< 1º mês	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês
F116) **Açúcar adicional (mamadeira, suco ou chá)**						
F117) **Achocolatado**						
F118) **Mel**						
F119) **Café**						
F120) **Funchicória**						
F121) **Fruta amassada**						
F122) **Papa salgada/ Sopa**						
F123) **Sopa industrializada**						
F124) **Verduras ou legumes**						
F125) **Leguminosas (ex. feijão,lentilha)**						
F126) **Comida da família**						
F127) **Carne (gado, frango, porco, peixe)**						
F128) **Miúdos (ex.fígado, moela)**						
F129) **Ovo**						
F130) **Embutidos (ex. presunto, salsicha, mortadela, salsichão, salame)**						
F131) **Bolacha recheada ou wafer**						
F132) **Bolacha doce (maria ou maisena)**						
F133) **Danoninho**						
F134) **Refrigerante**						
F135) **Chocolate ou bombom**						
F136) **Bala ou pirulito**						
F137) **Salgadinho**						
F138) **Gelatina / Pudins/ sacolé artificial**						
F139) **Sorvete / Picolé/ sacolé de leite**						
F140) **Frituras (ex.batata frita, bolinho frito, aipim frito, frango á milanesa)**						

COLETA DE MATERIAIS	
F141) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da mãe?** (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	3ANTRM ____ 3ANTRMM ____
F142) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da criança?** (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	3ANTRC ____ 3ANTRCM ____

AGENDAMENTO:

Próxima entrevista: 6 meses de vida da criança
Dia: ____ / ____ / ____
Horário: _____
Local: Centro de Pesquisas Clínicas - CPC

APÊNDICE F - QUESTIONÁRIO DE 6 MESES

6 MESES

"IVAPSA"

Identificação:

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

G17) **Dosagem de cada administração?** Dose administrada: ___ gotas administrado ___ ml administrado Prescrição médica: ___ gotas prescrito ___ ml prescrito ___ vezes ao dia (88) NSA	6DAG2___ gts/dia 6DAML2___ ml/dia 6DPG2___ gts/dia 6DPML2___ ml/dia
G18) **Quando iniciou o uso do suplemento?** _____ dias de vida da criança. (88) NSA	6SUPLIN____ dias
G19) **Seu filho recebeu algum medicamento desde a última entrevista?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO G22. (0) Não (1) Sim	6CMED ___
SE SIM:	
G20) **Nome** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____ (88) NSA G21) **Motivo** Med 1 _____ Med 2 _____ Med 3 _____ Med 4 _____ Med 5 _____	6CMEDQ1 ___ 6CMEDM1 ___ 6CMEDQ2 ___ 6CMEDM2 ___ 6CMEDQ3 ___ 6CMEDM3 ___ 6CMEDQ4 ___ 6CMEDM4 ___ 6CMEDQ5 ___ 6CMEDM5 ___
G22) **Seu filho foi internado desde a última entrevista?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G25.** (0) Não (1) Sim	6CINTER ___
SE SIM:	
G23) **Vezes que foi internado?** _____ (88) NSA	6CINTERV ___
G23) **Motivo(s) da internação(ões)?** _____ (88) NSA	6CINTERM ___
G25) **Seu filho usa ou usou bico desde a última entrevista?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G28.** (0) Não (1) Sim (2) Já usou	6CBICO ___
SE SIM ou JÁ USOU:	
G26) **Quando iniciou o uso?** _____ dias (88) NSA	6CBICOI ___
G27) **Tempo de uso?** _____ dias (88) NSA	6CBICOT ___
G28) **Você têm o costume de ler, contar histórias para o seu filho?** (0) Não (1) Sim	6LER ___
G29) **Você faz a higiene bucal do seu filho?** (0) Não (1) Sim	6HIGBC ___
G30) **Você fuma atualmente?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G32.** (0) Não (1) Sim	6MFUMA ___
SE SIM:	
G31) **Quantos cigarros por dia?** _____ (88) NSA	6MFUMAQ ___
G32) **Há alguém que fuma na sua casa?** (excelo a mãe) SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G34.** (0) Não (1) Sim	6FUMOCS ___
SE SIM:	
G33) **Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente?** _____ (88) NSA	6FUMOCSQ ___
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA	
G34) **O seu bebê mama no peito?** SE **SIM** PULE PARA QUESTÃO **G37.** (0) Não (1) Sim	6MAMAP ___
SE NÃO:	
G35) **Por quê?** _____ (88) NSA	6MAMAPN ___
G36) **Quando parou de amamentar?** _____ dias (88) NSA	6QPAMA _____
G37) **Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)?** (0) Não (1) Sim	6HCMAMA ___
G38) **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	6MAMAQD ___

G39) **Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula, quantas vezes durante a noite está recebendo?** ___ vezes Leite Materno ___ vezes Fórmula infantil ___ vezes Leite de vaca	6MAMAQN ___
G40) **O seu bebê recebe ou recebeu água pura?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G47.** (0) Não (1) Sim	6AGUA ___
SE SIM:	
G41) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QDAG ___
G42) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu água?** _____ (88) NSA	6AGUAVZ ___
G43) **Que tipo de água é utilizada?** (1) DMAE (2) Poço (3) Mineral (3) Torneira (4) Filtrada/ Fervida (5) Outro, qual?_____	6AGUA1 ___
G44) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	6AGUAM ___
G45) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QPAG ___
G46) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	3RECAG ___ 3RECAGE ___
G47) **O seu bebê recebe ou recebeu chá?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G53.** (0) Não (1) Sim	6CHA ___
SE SIM:	
G48) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QDCH ___
G49) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu chá?** _____ (88) NSA	6CHAVZ ___
G50) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	6CHAM ___
G51) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QPCH ___
G52) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	6RECCH ___ 6RECCHO ___
G53) **O seu bebê recebe ou recebeu suco?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G60.** (0) Não (1) Sim	6SUCO ___
SE SIM:	
G54) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QDSC ___
G55) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu suco?** _____ (88) NSA	6SUCOVZ ___
G56) **Qual o tipo de suco oferecido?** 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	6TSUCO1 ___ 6TSUCO2 ___ 6TSUCO3 ___ 6TSUCO4 ___
G57) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	6SUCOM ___
G58) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QPSC ___
G59) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	6RECSC ___ 6RECSCE ___
G60) **O seu bebê recebe ou recebeu refrigerante?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G66.** (0) Não (1) Sim	6REFR ___
SE SIM:	
G61) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QDREF ___
G62) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu o refrigerante?** _____ (88) NSA	6REFML ___
G63) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	6REFRM ___
G64) **SE PAROU, quando?** _____ dias de vida do bebê. (88) NSA	
G65) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (3) o companheiro (2) a avó (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	6QPREF ___
G66) **O seu bebê recebe ou recebeu outro leite, que não seja o leite materno?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G79.** (0) Não (1) Sim	6LEIT___
SE SIM:	

G67) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QDLT ____
G68) **Qual volume (ml) por dia recebe ou recebeu leite?** _____ (88) NSA	6LEITEVZ ____
G69) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	6LEITEM ____
G70) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (2) a avó (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar_____ (88) NSA	6RECLT ___ 6RECLTE ___
G71) **Qual o tipo de leite oferecido?** 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	6LEITE1 ____ 6LEITE2 ____ 6LEITE3 ____ 6LEITE4 ____ 6LEITE5 ____ 6LEITEQ ____
G72) **Algum outro produto é adicionado ao leite?** (0) Não (1) Sim	6LTENG ____
SE SIM:	
G73) **Quais os produtos utilizados para engrossar, diluir, enriquecer ou adoçar o leite?** 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	6FARIN1 ____ 6FARIN2 ____ 6ACU3 ____ 6ACHO4 ____ 6OLEO5 ____ 6OUTRQ ____
G75) **Qual o motivo da introdução?** _____ (88) NSA	6FARINM ____
G76) **Quando introduziu?**_____ dias de vida do bebê. (88) NSA	6QDLTG ____
G77) **Alguém recomendou?** (1) ela própria decidiu (4) algum profissional da saúde (2) a avó (5) outros/especificar_____ (8) NSA (3) o companheiro (7) Não sabe	6RECLTG ___ 6RECLTGE ___
G78) **Quem na maioria das vezes dá o leite para o bebê?** (1) mãe (2) avó materna (3) companheiro (8) NSA (4) Outros/ especificar_____ (7) Não sabe	6LTQMDA ___ 6LTQMDAE ___
G79) **Seu bebê usa mamadeira (qualquer líquido)?** (0) Não (1) Sim	6MAMAD ____
G80) **Seu bebê come outros alimentos (sólidos)?** SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **G93.** (0) Não (1) Sim	6OALIM ____
SE SIM	
G81) **Seu bebê tem horários certos para se alimentar?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	6HORAC ____
G82) **O que você faz se a criança recusa algumas refeições?** (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	6RECUSA1 ___ 6RECSUB ____
G83) **Como você oferece os alimentos para o bebê?** 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 ___ 6ALPREP2 ___ 6ALPREP3 ___ 6ALPREP4 ___ 6ALPREP5 ___ 6ALPREP6 ___
G84) **A quantidade de sal que você usa na comida do bebê é?** (1) igual a da sua família (3) maior que a da sua família (2) menor que a da sua família (4) Nada (88) NSA	6SAL ____
G85) **Quem alimenta o bebê na maioria das vezes?** (1) mãe (4) funcionária da creche (2) pai / companheiro (5) outra pessoa/ especificar_____ (3) avós (7) Não sabe (88) NSA	6ALIBB ____ 6ALIBBE ____

G86) **Deixa ele levar o alimento à boca por si próprio?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	6COMES ___
G87) **Costuma interagir (conversar, dar atenção...) com a criança?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	6INTERAG __
G88) **Precisa estimulá-lo (conversar, oferecer o alimento várias vezes) a comer?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	6ESTIM ____
G89) **Insiste (força) quando ele não quer comer (briga, dá castigo...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	6FORCM ____
G90) **Oferece recompensas (doces, outros alimentos, brinquedos...)?** (0) Não (1) Sim (88) NSA	6RECMP ____
G91) **A comida do bebê é preparada separadamente?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	6COMSE ____
G92) **A comida do bebê é preparado na hora em que ele vai se alimentar?** (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca (7) Não sabe (88) NSA	6COMHR ____
G93) **Você aproveita o resto de leite ou a comida que sobrou no copo, mamadeira ou prato para oferecer mais tarde para o bebê?** (0) Não (1) Sim	6APRES ____
G94) **Onde você guarda os alimentos e/ou leite do bebê que sobram ou são preparados com antecedência?** (0) Não guarda (1) Na geladeira (2) No freezer (3) Em temperatura ambiente	6ASOBR ____
G95) **A pessoa que prepara os alimentos e/ou o leite do bebê lava as mãos antes do preparo?** (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	6LAVMP ____
G96) **A pessoa que alimenta seu filho(a) lava as mãos da criança antes da refeição?** (1) Sempre (2) Às vezes (3) Nunca (7) Não sabe	6LAVMR ____
G97) **Quando o bebê está doente, algo muda na alimentação dele?** (0) Não (1) Sim (2) nunca ficou doente SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **G105.**	6DOENT ____
SE SIM:	
G98) **Aumenta a frequência das mamadas?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	6FREQM ____
G99) **Aumenta a oferta de líquidos?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	6ALIQ ____
G100) **Força a criança a comer?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	6FCOMD
G101) **Oferece os alimentos preferidos da criança?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	6PREFE ____
G102) **Oferece os alimentos com maior frequência?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	6FREQC ____
G103) **Faz restrições alimentares?** (0) Não (1) Sim (8) NSA	6RESTR ____
G104) **Outra mudança , qual?** _____ (88) NSA	6DOENTMD _
G105) **Depois da última entrevista, no posto de saúde ou no consultório do pediatra, você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar?** (0) Não (1) Sim SE **NÃO** PULE PARA A QUESTÃO **G107**	6ORAMUB ____
SE SIM:	
G106) **Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda?** _____ _____	6AMUBT ____
SE NÃO:	
G107) **Você considera (acha) que precisava de ajuda?** (0) Não (1) Sim, qual ou para quê? _____	6AUBAJ ____ 6AUBAS ____
G108) **Você já levou seu filho ao posto de saúde?** SE **NÃO** PULE PARA QUESTÃO **G114.** (0) Não (1) Sim	6CPUERI _____
SE SIM:	
G109) **Qual posto?** _____ (88) NSA	6CPUERIP ____

G110) **Idade, em dias, da primeira visita ao posto?** _____	(88) NSA	6CPUERIID____
G111) **Quantas vezes já o levou ao posto?** _____	(88) NSA	6CPUERIV ____
G112) **Motivo (s) da(s) consulta(s)?**		
Consulta 1: _____	(88) NSA	6CPUERIM1 ____
Consulta 2: _____	(88) NSA	6CPUERIM2 ____
Consulta 3: _____	(88) NSA	6CPUERIM3 ____
G113) **Quantos registros de consultas no posto há no Cartão da criança:** ____	(88) NSA	6CPUERIC____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA	
G114) **Peso da mãe + peso do bebê** (1º) _____ Kg (2º) _____ Kg Média: _____ K g	6PESOMB_____
G115) **Peso da mãe** (1ª) _____ Kg (2ª) _____ Kg Média: _____ Kg	6PESOM ____ kg
G116) **Peso do bebê** (1º) _____ g (2º) _____ g Média: _____ g	6PESOCR ____ g
G117) **Circunferência da cintura da mãe** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6CCM _____ cm
G118) **Circunferência braquial da mãe** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6CBM _____ cm
G119) **Dobra cutânea tricipital da mãe** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	6DCTM ____ mm
G120) **Comprimento do bebê** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6COMPB__ cm
G121) **Perímetro cefálico do bebê** (1º) _____ cm (2ºº) _____ cm Média: _____ cm	6PCB _____ cm
G122) **Circunferência braquial do bebê** (1º) _____ cm (2º) _____ cm Média: _____ cm	6CBB _____ cm
G123) **Dobra cutânea tricipital do bebê** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	6DCTB ____ mm
G124) **Dobra cutânea subescapular do bebê** (1º) _____ mm (2º) _____ mm Média: _____ mm	6DCSB ____ mm
COLETA DE MATERIAIS	
G125) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da mãe?** (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	6ANTRM _____ 6ANTRMM ____
G126) **Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da criança?** (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	6ANTRC _____ 6ANTRCM ____

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

	Não	< 1º mês	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês
G127) **Açúcar adicional (mamadeira, suco ou chá)**									
G128) **Achocolatado**									
G129) **Mel**									
G130) **Café**									
G131) **Funchicória**									
G132) **Fruta amassada**									
G133) **Papa salgada/ Sopa**									
G134) **Sopa industrializada**									
G135) **Verduras ou legumes**									
G136) **Leguminosas (ex. feijão,lentilha)**									
G137) **Comida da família**									
G138) **Carne (gado, frango, porco, peixe)**									
G139) **Miúdos (ex.fígado, moela)**									
G140) **Ovo**									
G141) **Embutidos (ex. presunto, salsicha, mortadela, salsichão, salame)**									
G142) **Bolacha recheada ou wafer**									
G143) **Bolacha doce (maria ou maisena)**									
G144) **Danoninho**									
G145) **Refrigerante**									
G146) **Chocolate ou bombom**									
G147) **Bala ou pirulito**									
G148) **Salgadinho**									
G149) **Gelatina / Pudins/ sacolé artificial**									
G150) **Sorvete / Picolé/ sacolé de leite**									
G151) **Frituras (ex.batata frita, bolinho frito, aipim frito, frango á milanesa)**									

CALENDÁRIO DE VACINAS

VACINAS	Idade	Codificações
G152) **Meningocócica C** (1ª dose = 3ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6MENC1 ___ 6IDMENC1 ___
G153) **VOP** - Vacina oral contra pólio (2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VOP2 ___ 6IDVOP2 ___
G154) **DTP + Hib** - Vacina tetravalente (2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6TETR2 ___ 6IDTETR2 ___
G155) **Pneumocócica 10** (2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6PNEU2 ___ 6IDPNEU2___
G156) **VORH** – Vacina oral rotavírus humano(2ªdose = 4ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VORH2 ___ 6IDVORH2 ___
G157) **Meningocócica C** (2ªdose = 5ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6MENC2 ___ 6IDMENC2 ___
G158) **DP + Hib** - Vacina tetravalente (3ªdose = 6ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6TETR3 ___ 6IDTETR3 ___
G159) **VOP** - Vacina oral contra pólio (3ªdose = 6ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6VOP3 ___ 6IDVOP3 ___
G160) **Pneumocócica 10** (3ªdose = 6ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6PNEU3 ___ 6IDPNEU3___
G161) **Hepatite B** (3ªdose = 6ºM): (0)Não Realizou (1)Realizou (8) NSA	Data: __/__/__	6HEP3 ___ 6IDHEP3 ___

ANEXO A– QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR



7 DIAS
"IVAPSA"

Identificação:

Data da entrevista: __ __/ __ __/ __ __	GDE __/__/____
Entrevistador(a):	ENTREV ____
Nome da mãe: _____	

QUESTIONÁRIO DE FREQUENCIA ALIMENTAR

Primeiro pergunte: com que frequência você tem comido "nome do alimento"? Caso ela refira consumir o alimento, perguntar: Quantas "ler a medida caseira"? A cada 4 ou 5 alimentos lembrar a puérpera que o questionário se refere a alimentação **durante toda a gestação.**

Alimento	**Quantidade consumida por vez**	(1) Mais de 3 x/dia	(2) 2 a 3x/ dia	(3) 1x/ dia	(4) 5 a 6x/ sem.	(5) 2 a 4x/ sem.	(6) 1x/ sem.	(7) 1 a 3x/ mês	(8) Nunca ou quase nunca	
1. Arroz branco	( ) colher sopa cheia									**QFA1Q** ___ **QFA1F** ___
2. Arroz integral	( ) colher sopa cheia									**QFA2Q** ___ **QFA2F** ___
3. Feijão	( ) concha média									**QFA3Q** ___ **QFA3F** ___
4. Macarrão	( ) escumadeira cheia ou pegador									**QFA4Q** ___ **QFA4F**___
5. Macarrão integral	( ) escumadeira cheia ou pegador									**QFA5Q** ___ **QFA5F** ___
6. Farinha de mandioca	( ) colher sopa									**QFA6Q** ___ **QFA6F** ___
7. Pão cacetinho ou fatiado	( ) francês/ 2 fatias pão forma									**QFA7Q** ___ **QFA7F** ___
8. Pão integral ou centeio	( ) fatia									**QFA8Q** ___ **QFA8F** ___
9. Pão caseiro	( ) fatia									**QFA9Q** ___ **QFA9F** ___
10. Biscoito doce	( ) unidade									**QFA10Q** ___ **QFA10F** ___
11. Bolos ou cucas	( ) fatias									**QFA11Q** ___ **QFA11F** ___
12. Biscoito salgado	( ) pacote									**QFA12Q** ___ **QFA12F** ___
13. Polenta	( ) pedaço									**QFA13Q** ___ **QFA13F**____
14. Batata frita ou chips	( ) porção pequena									**QFA14Q** ___ **QFA14F** ___
15. Batata cozida	( ) unidade									**QFA15Q** ___ **QFA15F** ___
16. Mandioca, aipim	( ) pedaço									**QFA16Q** ___ **QFA16F** ___
17. Milho verde	( )1 espiga = 4 colher sopa									**QFA17Q** ___ **QFA17F** ___
18. Pipoca	( ) saco									**QFA18Q** ___ **QFA18F** ___
19. Lentilha ou Ervilha ou Grão de bico	( ) colher sopa									**QFA19Q** ___ **QFA19F** ___
20. Alface	( ) folha									**QFA20Q** ___ **QFA20F** ___
21. Couve	( ) colher sopa cheia									**QFA21Q** ___ **QFA21F** ___

Alimento	Quantidade consumida por vez	(1) Mais de 3 x/dia	(2) 2 a 3x/ dia	(3) 1x/ dia	(4) 5 a 6x/ sem.	(5) 2 a 4x/ sem.	(6) 1x/ sem.	(7) 1 a 3x/ mês	(8) Nunca ou quase nunca	
22. Repolho	( ) colher sopa cheia									**QFA22Q** ___ **QFA22F** ___
23. Laranja, bergamota	( ) unidade									**QFA23Q** ___ **QFA23F** ___
24. Banana	( ) unidade									**QFA24Q** ___ **QFA24F** ___
25. Mamão ou Papaia	( ) fatia/ meio papaia									**QFA25Q** ___ **QFA25F** ___
26. Maçã	( ) unidade									**QFA26Q** ___ **QFA26F** ___
27. Melancia/ Melão	( ) fatia									**QFA27Q** ___ **QFA27F** ___
28. Abacaxi	( ) fatia									**QFA28Q** ___ **QFA28F** ___
29. Abacate	( ) 1/2 unidade									**QFA29Q** ___ **QFA29F** ___
30. Manga	( ) unidade									**QFA30Q** ___ **QFA30F** ___
31. Limão	Só freqüência.									**QFA31F** ___
32. Maracujá	Só freqüência.									**QFA32F** ___
33. Uva	( ) cacho médio									**QFA33Q** ___ **QFA33F** ___
34. Goiaba	( ) unidade									**QFA34Q** ___ **QFA34F** ___
35. Pêra	( ) pêra									**QFA35Q** ___ **QFA35F** ___
36. Chicória	( ) colher sopa cheia									**QFA36Q** ___ **QFA36F** ___
37. Tomate	( ) unidade									**QFA37Q** ___ **QFA37F** ___
38. Chuchu	( ) colher sopa cheia									**QFA38Q** ___ **QFA38F** ___
39. Abóbora	( ) colher sopa cheia									**QFA39Q** ___ **QFA39F** ___
40. Abobrinha	( ) colher sopa cheia									**QFA40Q** ___ **QFA40F** ___
41. Pepino	( ) fatia									**QFA41Q** ___ **QFA41F** ___
42. Vagem	( ) colher sopa cheia									**QFA42Q** ___ **QFA42F** ___
43. Cebola	Só freqüência.									**QFA43F** ___
44. Alho	Só freqüência.									**QFA44F** ___
45. Pimentão	Só freqüência.									**QFA45F** ___
46. Cenoura	( ) colher sopa cheia									**QFA46Q** ___ **QFA46F** ___
47. Beterraba	( ) fatia									**QFA47Q** ___ **QFA47F** ___
48. Couve-flor	( ) ramo ou flor									**QFA48Q** ___ **QFA48F** ___
49. Ovos	( ) unidades									**QFA49Q** ___ **QFA49F** ___
50. Leite Integral	( ) copo									**QFA50Q** ___ **QFA50F** ___
51. Leite Semi-desnatado	( ) copo									**QFA51Q** ___ **QFA51F** ___
52. Leite Desnatado	( ) copo									**QFA52Q** ___ **QFA52F** ___
53. Iogurte Normal	( ) unidade									**QFA53Q** ___ **QFA53F** ___

Alimento	Quantidade consumida por vez	(1) Mais de 3 x/dia	(2) 2 a 3x/ dia	(3) 1x/ dia	(4) 5 a 6x/ sem.	(5) 2 a 4x/ sem.	(6) 1x/ sem.	(7) 1 a 3x/ mês	(8) Nunca ou quase nunca	
54. Iogurte light	( ) unidade									**QFA54Q** ___ **QFA54F** ___
55. Queijo	( ) fatia média									**QFA55Q** ___ **QFA55F** ___
56. Requeijão	Só freqüência.									**QFA56F** ___
57. Manteiga	Só freqüência.									**QFA57F** ___
58. Margarina	Só freqüência.									**QFA58F** ___
59. Vísceras: fígado, coração, bucho	( ) pedaço									**QFA59Q** ___ **QFA59F** ___
60. Carne de boi sem osso	( ) 1 bife médio = 4 colheres sopa moída ou 2 pedaços									**QFA60Q** ___ **QFA60F** ___
61. Carne de boi com osso	( ) pedaço									**QFA61Q** ___ **QFA61F** ___
62. Carne porco	( ) pedaço									**QFA62Q** ___ **QFA62F** ___
63. Frango	( ) pedaço									**QFA63Q** ___ **QFA63F** ___
64. Salsicha/lingüiça	( ) unidade ou gomo									**QFA64Q** ___ **QFA64F** ___
65. Peixe fresco branco (merluza, pescada, corvina) Qual? _____ Preparo? _____	( ) filé ou posta									**QFA65**___ **QFA65P**___ **QFA65Q** ___ **QFA65F** ___
66. Peixe fresco oleoso (salmão, atum, sardinha) Qual? _____ Preparo? _____	( ) filé ou posta									**QFA66** ___ **QFA66P**___ **QFA66Q** ___ **QFA66F** ___
67. Atum enlatado	( ) latas									**QFA67Q** ___ **QFA67F** ___
68. Sardinha enlatada	( ) latas									**QFA68Q** ___ **QFA68F** ___
69. Hambúrguer	( ) unidades									**QFA69Q** ___ **QFA69F** ___
70. Pizza	( ) pedaço									**QFA70Q** ___ **QFA70F** ___
71. Camarão	( ) unidade									**QFA71Q** ___ **QFA71F** ___
72. Bacon/toucinho	( ) fatia									**QFA72Q** ___ **QFA72F** ___
73. Maionese	( ) colher chá									**QFA73Q** ___ **QFA73F** ___
74. Salgados: kibe, pastel	( ) unidades									**QFA74Q** ___ **QFA74F** ___
75. Salgadinhos	( ) pacote									**QFA75Q** ___ **QFA75F** ___
76. Sorvete	( ) unidades									**QFA76Q** ___ **QFA76F** ___
77. Açúcar	( ) colher sobremesa									**QFA77Q** ___ **QFA77F** ___
78. Caramelos, balas	Só freqüência.									**QFA78F** ___
79. Chocolate pó/ Nescau	( ) colher sobremesa									**QFA79Q** ___ **QFA79F** ___
80. Chocolate barra/ Bombom	( ) 1 pequeno ou 2 bombons									**QFA80Q** ___ **QFA80F** ___

Alimentos não mencionados:

Existe algum alimento que habitualmente era consumido por você durante a gestação e não foi mencionado?

Alimento	**Quantidade consumida por vez**	(1) Mais de 3 x/dia	(2) 2 a 3 x /dia	(3) 1 x /dia	(4) 5 a 6 x/ semana	(5) 2 a 4 x/ semana	(6) 1 x/ semana	(7) 1 a 3x/ mês	(8) Nunca ou quase nunca	
97. Cápsula de óleo Qual?_____ Dosagem? ___										**QFA97Q** ___ **QFA96D** ___ **QFA96F** ___
98. _____										**QFA98A** ___ **QFA98Q** ___ **QFA98F** ___
99. _____										**QFA99A** ___ **QFA99Q** ___ **QFA99F** ___

Questões adicionais:

100. Quanto tempo dura 1 pacote de sal (1kg)? _____ dias. **QFA100CD** ___

101. Qual é seu consumo mensal de óleo? _____ litros. Qual óleo? _____ **QFA101CD** ___

102. Qual é o seu consumo mensal de banha de porco? _____ Kg. **QFA102CD** ___

103. Com que frequência você costumava comer **VERDURAS e LEGUMES** crus, cozidos ou refogados, sem incluir batatas, mandioca/aipim, inhame e cará? **QFA103** ___

(1) Mais de 3 x/dia	(2) 2 a 3 x /dia	(3) 1 x /dia	(4) 5 a 6 x/ semana	(5) 2 a 4 x/ semana	(6) 1 x/ semana	(7) 1 a 3x/ mês	(8) Nunca ou quase nunca

104. Com que frequência você costumava comer **FRUTAS**, sem incluir sucos de frutas? **QFA104** ___

(1) Mais de 3 x/dia	(2) 2 a 3 x /dia	(3) 1 x /dia	(4) 5 a 6 x/ semana	(5) 2 a 4 x/ semana	(6) 1 x/ semana	(7) 1 a 3x/ mês	(8) Nunca ou quase nunca

105. Com que frequência você costuma comer **FAST FOOD** (pizza, quibe, coxinha, hambúrguer)? **QFA105** ___

(1) Mais de 3 x/dia	(2) 2 a 3 x /dia	(3) 1 x /dia	(4) 5 a 6 x/ semana	(5) 2 a 4 x/ semana	(6) 1 x/ semana	(7) 1 a 3x/ mês	(8) Nunca ou quase nunca