

O excesso de peso na infância e sua associação com problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos:
Estudo dos 4 aos 6-7 anos de uma coorte de nascimentos

Suélen Henriques da Cruz

Tese apresentada como exigência parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia sob orientação do Prof. Cesar Augusto Piccinini, PhD e co-orientação da Prof^a. Iná da Silva Santos, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Porto Alegre, agosto de 2015

Uma jornada de mil milhas

começa com um passo

Lao Tzu

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais, pela constância, pelo amor e apoio incondicionais.

Agradeço à Ju e à Magda, pela amizade e pelo suporte em todos os momentos.

Agradeço à tia Clenise, pela acolhida e pelo carinho.

Agradeço ao meu orientador, Cesar Piccinini, pelos ensinamentos, pela confiança e compreensão.

Agradeço à Iná Santos, por me oportunizar fazer parte desse grande grupo de trabalho que é a Coorte de 2004.

Agradeço à Helen Gonçalves por estar sempre por perto, nesses anos todos de trabalho.

Agradeço aos professores que tive, por poder levar um pouquinho de cada um deles para a vida.

Agradeço aos amigos que fiz ao longo desta caminhada, pelos ensinamentos e pelas boas risadas.

Agradeço a Deus pelas pedras deixadas pelo caminho, para me fazer lembrar que tudo nessa vida tem um tempo e uma razão de ser.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS E TABELAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
CAPÍTULO I.....	9
INTRODUÇÃO	9
Apresentação	9
Caracterizando o excesso de peso nas crianças	10
Etiologia do excesso de peso	12
Aspectos do contexto mais amplo: os determinantes sociais do excesso de peso.....	13
Fatores familiares: genética, estilos de parentalidade e funcionamento familiar	18
Fatores psicológicos associados ao excesso de peso	24
Justificativa e objetivos da pesquisa	29
CAPÍTULO II	31
MÉTODO.....	31
Participantes.....	31
Delineamento e Procedimento.....	33
Instrumentos	34
Considerações Éticas	37
Análise dos dados	38
CAPÍTULO III	40
RESULTADOS	40
3.1. Fatores sociodemográficos associados à prevalência de problemas de comportamento nas crianças de quatro anos de idade	40
3.2. Associação transversal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos e o excesso de peso	47
3.3. Associação longitudinal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças de peso adequado aos quatro anos, mas	53
com excesso de peso aos 6-7 anos.....	53
CAPÍTULO IV	56
DISCUSSÃO.....	56
4.1. Fatores sociodemográficos associados à prevalência de problemas de.....	56
comportamento nas crianças de quatro anos de idade	56
4.2. Associação transversal entre problemas de comportamento, fatores	60
sociodemográficos e biológicos e o excesso de peso	60

4.3. Associação longitudinal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças de peso adequado aos quatro anos, mas.....	63
com excesso de peso aos 6-7 anos.....	63
4.4. Limitações e vantagens do estudo	64
4.5. Considerações finais	67
REFERÊNCIAS	70
ANEXOS.....	86

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1. Prevalência de problemas de comportamento nas crianças, segundo sexo

TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e biológicas da amostra, por sexo das crianças

Tabela 2. Prevalência de problemas de comportamento, segundo índice de bens e escolaridade materna, por sexo da criança

Tabela 3. Descrição dos problemas de comportamento e sua associação com excesso de peso aos quatro anos entre os meninos.

Tabela 4. Descrição dos problemas de comportamento e sua associação com excesso de peso aos quatro anos entre as meninas.

Tabela 5. Prevalência de excesso de peso aos quatro e aos 6-7 anos de acordo com variáveis sociodemográficas

Tabela 6. Associação longitudinal entre problemas de comportamento aos quatro anos e excesso de peso aos 6-7 anos

RESUMO

O excesso de peso é atualmente um problema de saúde pública em nível mundial, e tem afetado não só adultos, mas também crianças. Constitui um fenômeno complexo, resultado da interação de diversos fatores, tais como sociais, genéticos, biológicos, comportamentais (i.e., sedentarismo e alimentação não saudável), e psicológicos, como os problemas de comportamento infantil. Investir na prevenção ainda na infância, quando os hábitos saudáveis podem ser introduzidos, pode contribuir para que se obtenha melhores resultados no combate ao excesso de peso, impedindo que este se cronifique. Uma vez estabelecido, o excesso de peso acaba associado ao surgimento de outras doenças podendo acarretar, ainda, problemas emocionais e sociais às crianças. O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos na infância e o excesso de peso em 3750 crianças de uma coorte de nascimentos, acompanhadas longitudinalmente em dois momentos, aos quatro e aos 6-7 anos de idade. Os resultados revelaram uma alta prevalência de problemas de comportamento aos quatro anos (35,6%), significativamente maior entre as meninas ($p < 0,05$), e entre as crianças com baixo nível socioeconômico e de escolaridade materna. A análise transversal da associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos com o excesso de peso revelou que, aos quatro anos, entre as meninas, a ocorrência de problemas de ansiedade-depressão esteve significativamente associada ao excesso de peso. Aos 6-7 anos, apenas a variável IMC materno esteve associada ao excesso de peso nas crianças. Já a análise longitudinal revelou que não houve associação significativa entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças de peso adequado aos quatro anos, mas com excesso de peso aos 6-7 anos. Sendo assim, os resultados sugerem que, nesta coorte, o excesso de peso na infância não foi previsto longitudinalmente pelas variáveis incluídas no modelo.

ABSTRACT

Overweight is currently a worldwide public health issue and has affected not only adults but also children. It is a complex phenomenon, the result of the interaction of several factors, such as social, genetic, biological, behavioral (i.e. inactivity and unhealthy diet), and psychological, such as child behavior problems. Investing in prevention in childhood when healthy habits can be introduced could contribute to achieve better results in the fight against overweight, preventing it from becoming chronic. Once overweight is established, it is consequently associated with the appearance of other diseases, which may cause emotional and social problems to children. The present study aims to investigate the association between behavioral problems, sociodemographic and biological factors in childhood with overweight in 3750 children from a birth cohort followed longitudinally in two moments, at four and at 6-7 years of age. The results revealed a high-prevalence of behavioral problems at age four (35.6%), significantly higher among girls ($p < 0.05$), and among children with low socioeconomic status and maternal education. The cross-sectional analysis between behavioral problems, demographic and biological factors with overweight revealed that among girls aged four the occurrence of anxiety-depression problems was significantly associated with overweight. At ages 6-7 only maternal BMI was associated with overweight in children. However, the longitudinal analysis revealed no significant association between behavioral problems, demographic and biological factors in children with weight appropriate to age four, but overweight at 6-7 years. Thus, the results suggest that in this cohort, overweight in childhood was not longitudinally predicted by the variables included in the model.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Apresentação

O excesso de peso é considerado atualmente um problema de saúde pública mundial devido ao aumento em sua prevalência não só nos países ricos, mas também nos países em desenvolvimento, como no Brasil. Suas causas têm sido atribuídas, nas sociedades ocidentais, a estilos de vida pouco saudáveis, caracterizados pelo consumo de alimentos altamente calóricos, e pela diminuição na prática de atividade física, tão comuns na atualidade. O aumento nos índices de sobrepeso e obesidade entre as crianças tem sido também motivo de grande preocupação, não apenas pelos prejuízos à saúde, mas pela possibilidade de essa condição se perpetuar na vida adulta aumentando, assim, o risco de desenvolver doenças crônicas de mortalidade. Os programas que buscam prevenir o ganho excessivo de peso e/ou estimulam o emagrecimento se concentram principalmente em alterações comportamentais tais como promoção de atividade física e consumo de alimentos saudáveis e, nem sempre, obtém sucesso. Ocorre que o excesso de peso envolve inúmeros fatores, tais como genéticos, metabólicos, comportamentais, sociais, culturais e psicológicos e a ênfase em apenas alguns desses fatores pode não dar conta de um fenômeno tão complexo. No presente estudo, além da investigação de fatores sociodemográficos e biológicos, se priorizou a investigação de fatores psicológicos associados ao excesso de peso nas crianças, em particular a presença de problemas de comportamento.

Nesta introdução serão apresentados, primeiramente, uma caracterização do excesso de peso infantil, a qual inclui aspectos epidemiológicos, para que se possa ter uma ideia de sua prevalência no Brasil e no mundo, e também os prejuízos que o excesso de peso acarreta à saúde física e emocional das crianças. A seguir, serão apresentados alguns aspectos teóricos relativos à etiologia do excesso de peso e, especialmente, sua relação com fatores psicológicos, em especial os problemas de comportamento na infância.

Caracterizando o excesso de peso nas crianças

Nas últimas décadas, a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade) aumentou de forma alarmante no mundo (WHO, 2010). No Brasil, o perfil nutricional da população está se modificando rapidamente, caracterizando-se por baixa prevalência de desnutrição e aumento substancial de sobrepeso e obesidade, fenômeno denominado de transição nutricional (Batista Filho & Rissin, 2003; Monteiro, Mondini, Souza & Popkin, 1995). Um estudo realizado que analisou dados da Vigilância de fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL, com 54 mil adultos de 27 capitais brasileiras entrevistados anualmente, constatou que o excesso de peso da população aumentou de 43,2% em 2006 para 51,0% em 2012, ou seja, com um incremento anual médio de 1,37% (Malta, Andrade, Claro, Bernal & Monteiro, 2014). De acordo com os autores, o incremento no excesso de peso se deu nos dois sexos e em todos os níveis de escolaridade.

Segundo alguns autores (Patarra, 2000; Yunes, 2000), a transição nutricional está relacionada a mudanças sociais e econômicas da população ocorridas, particularmente, a partir da segunda metade do século passado, como o aumento da renda *per capita*, a diminuição do tamanho da família economicamente dependente e a participação crescente da mulher no mercado de trabalho. Na relação entre excesso de peso e nível socioeconômico, o Brasil segue a tendência mundial de aumento na prevalência entre indivíduos de maior poder aquisitivo e escolaridade (Barbosa, Cabral, Lira & Florêncio, 2009; Gigante, Barros, Pavin & Olinto, 1997). No entanto, o estudo de Barbosa et al. (2009), realizado com uma amostra de 3.124 indivíduos de 20 a 69 anos de idade da região nordeste do país, revelou que o excesso de peso também tem ocorrido em pessoas com nível socioeconômico mais baixo, em função de melhorias nas condições de moradia e de acesso aos bens de consumo nessa camada da população.

Além de atingir adultos, o excesso de peso tem atingido crianças e adolescentes precocemente. A Organização Mundial de Saúde/OMS estima que, no mundo, o número de indivíduos menores de 18 anos com excesso de peso seja de 170 milhões (WHO, 2012). No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF, 2008-2009) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE mostram que 33,5% das crianças com idade entre cinco e nove anos apresentam sobrepeso e, dessas, 14,3% estão obesas. Esse excesso de peso ultrapassou em mais de oito vezes a prevalência de déficit nutricional (4,1%) e tendeu, segundo a pesquisa, a ser mais frequente no meio urbano. O aumento do peso nessa população se deu proporcionalmente ao aumento da renda familiar de modo

que, tanto em meninos como em meninas, a razão de prevalências entre classes extremas de renda oscilou aproximadamente de 2 a 3 vezes. A tendência secular do estado nutricional das crianças brasileiras (5-9 anos) obtida a partir de inquéritos nacionais realizados em 1974-1975, pelo Estudo Nacional da Despesa Familiar – ENDEF, em 1989, pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN, e, em 2008-2009, pela POF, aponta para um grande aumento nas prevalências de sobrepeso, passando respectivamente de 10,9 a 15,0 e, finalmente, a 34,8% entre os meninos e de 8,6 a 11,9 e 32,0% entre as meninas. Em ambos os sexos, a evolução do sobrepeso e da obesidade no primeiro e no segundo quintil da distribuição da renda familiar *per capita* (até um quarto de salário mínimo e de um quarto a meio salário) mostra estabilidade de prevalências de 1974-1975 a 1989 e grande aumento de 1989 a 2008-2009. Entre as crianças pertencentes aos três quintis de maior renda familiar, o aumento nas prevalências de sobrepeso e de obesidade já ocorreu no primeiro período, embora tenha havido evidência de aceleração no segundo período. Tais dados ilustram a associação entre condições sociais e econômicas e o excesso de peso infantil e confirmam os achados de pesquisas internacionais, de que as maiores prevalências têm sido encontradas em crianças pobres em países ricos e crianças ricas em países pobres (Wheaton, Millar, Allender & Nichols, 2015; Crossman, Sullivan & Benin, 2006). Questões relativas à associação entre excesso de peso e aspectos socioeconômicos serão discutidas mais adiante, na seção etiologia do excesso de peso.

Com base em suas altas prevalências, o excesso de peso tem sido considerado pela OMS um sério desafio para a saúde pública mundial no início do século 21 (WHO, 2012). O excesso de peso acarreta sérias consequências à saúde, sendo que um elevado índice de massa corporal (IMC) é considerado o maior fator de risco para diversas doenças, dentre elas as cardiovasculares, o diabetes tipo II e vários tipos de câncer. Também tem impacto negativo na saúde das crianças, ao causar dificuldades respiratórias, risco aumentado de fraturas, hipertensão arterial e resistência à insulina (WHO, 2010). Além disso, o excesso de peso poderá acarretar prejuízos a longo prazo. Por exemplo, crianças com sobrepeso ou obesidade possuem risco aumentado de se tornarem adultos obesos – fenômeno denominado internacionalmente *tracking* (Gurnani, Birken & Hamilton, 2015; Tan, Okamoto, Suyama & Miyamoto, 2000). Dados de um estudo de coorte retrospectiva com 854 adultos norte-americanos revelaram que as chances de crianças com peso excessivo aos seis anos de idade se tornarem adultos obesos ultrapassa 50%, ao passo que crianças eutróficas, isto é, de peso adequado, possuem apenas 10% de chance de se tornarem obesas na vida adulta (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997).

Além das consequências para o bem-estar físico das crianças, o excesso de peso também pode trazer consequências emocionais negativas. Por exemplo, estudos mostram que, em comparação a crianças de peso adequado, as obesas apresentam autoestima mais baixa, costumam ser mais depressivas e ansiosas (Pulgarón, 2013; Russell-Mayhew, McVey, Bardick & Ireland, 2012) apresentam funcionamento social mais empobrecido e dificuldade de relacionamento com outras crianças (Lee, Cheah, Chang & Siti, 2012; Pitrou, Shojaei, Wazana, Gilbert & Kovess-Masféty, 2010; Griffiths, Parsons & Hill, 2010), além de apresentarem menor qualidade de vida (Buttitta, Iliescu, Rousseau & Guerrien, 2014; Lee, Cheah, Chang & Siti, 2012). Em um estudo realizado na Austrália com 158 crianças de 7-11 anos de idade foi constatada associação negativa entre excesso de peso e auto-estima, isto é, quanto maior o IMC das crianças, maior sua insatisfação corporal e, conseqüentemente, menor sua autoestima (Taylor, Wilson, Slater & Mohr, 2012). Em outro estudo, realizado por Braet e Marviede (1997), com uma amostra de 239 crianças belgas com idade entre nove e 12 anos, das quais 139 estavam obesas e 150 tinham peso adequado, foi constatado que as crianças obesas expressaram com maior frequência sentimentos negativos em relação ao autoconceito geral, isto é, não estavam apenas insatisfeitas com sua aparência pessoal, mas também com outros aspectos de sua vida. Essa insatisfação pode ser explicada, em parte, pela predominância de uma visão negativa do excesso de peso na sociedade ocidental, a qual culpabiliza as pessoas com sobrepeso e/ou obesidade, como se elas fossem as únicas responsáveis por sua condição (Griffiths, Parsons & Hill, 2010; Puhl & Brownell, 2001).

Etiologia do excesso de peso

O excesso de peso é considerado uma condição multicausal pois tem envolvidos em sua etiologia diversos fatores, entre eles sociais, econômicos, culturais e, num nível mais proximal, aspectos genéticos e relacionados aos estilos de parentalidade e de funcionamento familiar, além de fatores psicológicos individuais. A seguir esses fatores serão apresentados em separado, a fim de facilitar sua compreensão. Entretanto, é necessário se ter em mente que a complexidade de se estabelecer a etiologia do excesso de peso está justamente no fato de esses fatores estarem intrinsecamente associados, de tal modo que um ou vários podem, inclusive, potencializar o efeito dos outros. Portanto, é importante destacar que a separação dos fatores é apenas para efeito de exposição, e a relevância a um ou a outro pode tornar a visão sobre o excesso de peso inadequada e/ou superficial.

Aspectos do contexto mais amplo: os determinantes sociais do excesso de peso

Atualmente, estudos tem buscado investigar o impacto das condições de vida na saúde das populações, em especial, a influência de determinantes sociais no processo saúde/doença (Assis, Avanci & Oliveira, 2009; Buss & Pellegrini Filho, 2007; Kestilä et al., 2006). Os determinantes sociais constituem fatores culturais, socioeconômicos e políticos, os quais estão presentes no contexto do indivíduo antes mesmo de seu nascimento, e que afetam crenças e atitudes as quais, por sua vez, podem ocasionar problemas de saúde (Buss & Pellegrini Filho, 2007). Em relação aos determinantes sociais do excesso de peso no Brasil, percebe-se que as mudanças socioeconômicas e culturais ocorridas nas últimas décadas no país tem ocasionado alterações nos estilos de vida da população as quais, por sua vez, têm sido associadas ao aumento nos índices de excesso de peso. Como exemplos, podem-se citar o aumento populacional, a intensa urbanização, e o sentimento de insegurança causado pelo incremento da violência urbana, todos esses fatores podendo levar à diminuição da prática de atividade física e a alterações nos padrões de comportamento alimentar.

O comportamento alimentar, por exemplo, é um aspecto complexo que envolve determinantes tanto internos quanto externos ao indivíduo. Como fatores internos podem-se citar preferências pessoais por determinados tipos de alimentos e o desejo de consumi-los, por exemplo (Garcia, 2003). Nesse sentido, o comportamento alimentar começa a se formar nos primeiros anos de vida (Quaioti & Almeida, 2006) e, mesmo na vida adulta, está associado aos comportamentos aprendidos na infância (Mikkilä, Räsänen, Raitakari, Pietinen & Viikari, 2004). Já um fator externo de grande influência no comportamento alimentar é o nível socioeconômico, pois determina o acesso a certos tipos de alimento e, conseqüentemente, às práticas alimentares dos indivíduos (Garcia, 2003). Segundo Garcia (2003), graças à industrialização dos alimentos e à globalização da economia, que possibilita a distribuição de produtos em escala mundial, bem como ao forte apelo publicitário, indivíduos de países pobres tem adotado cada vez mais os comportamentos alimentares característicos dos países ricos. Isso explica, em parte, o aumento nos índices de excesso de peso dos indivíduos nos países em desenvolvimento, pois nesses países até mesmo pessoas de estratos sociais menos favorecidos tem tido acesso a alimentos mais saborosos e de alta densidade energética, de custo relativamente baixo (Garcia, 2003; Drewnowski, 2000).

Especificamente em relação à influência dos fatores socioeconômicos no excesso de peso infantil, estes tem sido investigados especialmente através de duas variáveis:

renda familiar e escolaridade materna. Essas variáveis têm sido consideradas de extrema importância, uma vez que influenciam diretamente outros fatores ligados ao excesso de peso infantil, em especial a qualidade da alimentação (Kranz, Findeis & Shrestha, 2008). Por exemplo, em pesquisa realizada por Molina, Faria, Monteiro, Cade e Mill (2010), com 1282 crianças escolares de sete a 10 anos de idade residentes em Vitória, no Espírito Santo, foi encontrado que 40,6% e 24,3% das crianças consumiam alimentação de baixa e de média qualidade, respectivamente. A reduzida qualidade da alimentação esteve significativamente associada à baixa escolaridade materna, ou seja, o fato de a mãe ser analfabeta ou não ter completado o ensino fundamental aumentou aproximadamente quatro vezes a chance de a criança ter uma alimentação de baixa qualidade. Esse risco diminuiu com o aumento da escolaridade. O fato de a baixa escolaridade materna estar ligada à qualidade inferior de alimentação das crianças e, por conseguinte, ao seu excesso de peso, pode ter inúmeras explicações. Em primeiro lugar, baixa escolaridade materna constitui um indicativo do nível socioeconômico da família, que por sua vez determina o poder de compra de alimentos. Sabe-se que no Brasil nem sempre é possível à população de mais baixa renda ter acesso a alimentos considerados mais saudáveis, como frutas e vegetais, em função de seu preço, por vezes maior que o de alimentos industrializados, os quais podem ser pouco nutritivos e ricos em substâncias nocivas à saúde (Coutinho, Gentil & Toral, 2008; Garcia, 1997).

Além disso, mesmo que trabalhe fora de casa, a mulher continua sendo a principal provedora da alimentação da família (Pinheiro, 2005; Garcia, 1997), ao desempenhar atividades como a realização de compras dos alimentos e preparação das refeições. Nesse sentido, a escolaridade materna também determina o acesso à informação sobre quais alimentos são de fato saudáveis, tendo em vista que existe um grande apelo publicitário ao consumo de alimentos industrializados e *fast foods* nos meios de comunicação de massa, especialmente naqueles direcionados às crianças (Boulos, Vikre, Oppenheimer, Chang & Kanarek, 2012). Um outro aspecto que faz da baixa escolaridade materna um risco ao excesso de peso infantil é a percepção que as mães têm do estado nutricional de seus filhos (Molina, Monteiro, Faria & Cade, 2009). De acordo com essas autoras, mulheres com escolaridade mais baixa apresentam maior discordância entre a sua percepção e o estado nutricional aferido. Ocorre que essas mães, ao não perceberem que de fato seus filhos estão com peso excessivo acabam não intervindo e não diminuindo os fatores de risco para que o excesso de peso se estabeleça e se perpetue ao longo da vida (Doolen, Alpert & Miller, 2009; Mamun, McDermott, O'Callaghan, Najman & Williams,

2008). Ao contrário, mães que possuem uma adequada percepção do excesso de peso dos filhos são mais propensas a restringir a ingestão de determinados alimentos considerados menos saudáveis ou de baixa qualidade nutritiva (May et al., 2007). Juntamente aos fatores socioeconômicos, os culturais também contribuem para o excesso de peso nas crianças, pois influenciam os comportamentos relacionados ao comer, além das atitudes e dos aspectos estéticos relacionados à forma corporal. Nesse sentido, de acordo com Luomala (2005), a comida e o comer são fenômenos dinâmicos que possuem diferentes significados de acordo com aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais. Tipos e quantidade de comida, sabores e combinações de alimentos marcam diferenças entre grupos étnicos e sociedades, e adquirem significados simbólicos, além de criarem interações sociais (Yancey & Kumanyika, 2007). Segundo estes autores, no excesso de peso infantil a expressão das influências culturais está em interação dinâmica com os contextos ambiental e social. Em alguns casos, fatores relacionados a esses contextos podem acentuar predisposições culturais para o excesso de peso, ou ainda, tanto as influências cultural e ambiental podem interagir com fatores biológicos, contribuindo para o excesso de peso.

Um exemplo disso é a aceitação cultural do “comer demais” (Kumanyika, 2008). Segundo esse autor, o comer excessivo pode ser condicionado por privações econômicas passadas ou repetidas, isto é, se justifica pelo fato de o indivíduo não ter a segurança quanto à disponibilidade de alimentos. Assim, come em grandes quantidades para aproveitar enquanto há comida disponível. Nesses casos, para Kumanyika, o conhecimento cultural relativo a evitar a fome pode estar fortemente desenvolvido na humanidade, ao passo que o conhecimento relacionado a evitar o excesso de peso ainda não se desenvolveu. Os alimentos mais valorizados podem ser aqueles associados com a sobrevivência, e que eram escassos no passado, tais como carne, gorduras e açúcares. Muitos desses alimentos são associadas a alto status social e, por isso, fortemente desejados como símbolo de integração ou mobilidade social. O valor simbólico desses alimentos pode persistir por gerações até mesmo quando se tornam baratos e abundantes, como na atualidade.

Outro exemplo relaciona-se a uma prática comum, que é a alimentação excessiva dos bebês e das crianças pequenas. Essa prática pode estar associada à concepção popularmente difundida de que bebês/crianças pequenas gordinhos são saudáveis, ao passo que bebês/crianças com peso um pouco abaixo do ideal para a idade são ou estão doentes. Como a mãe costuma ser a pessoa responsável pela alimentação do filho desde

que este nasce, ter um bebê gordinho significa ser uma boa mãe, ou seja, prestar-lhe os cuidados adequados e que competem principalmente a ela (Lindsay, Machado, Sussner, Hardwick & Peterson, 2008). Segundo esses autores, alimentar as crianças em excesso pode ainda ser reflexo de condições de pobreza. Os achados da pesquisa qualitativa realizada por eles com 41 mulheres brasileiras de baixo nível socioeconômico, mães de crianças que tinham entre 12 e 36 meses de vida, mostraram que a fome e a desnutrição dos filhos eram as principais preocupações dessas mulheres, e não o excesso de peso. Entre essas mães havia uma grande preocupação se seus filhos ganharam peso ou se possuíam o peso adequado para a idade o que, na maioria dos casos, era medido por sua própria percepção da aparência das crianças e não por médicos ou outros profissionais de saúde. De acordo com os autores, para essas mães era preferível ter um filho gordo do que magro, em primeiro lugar, pela ideia de saúde estar associada à gordura, conforme mencionado anteriormente e, em segundo, porque para elas era um constrangimento que os parentes ou vizinhos julgassem que seus filhos estavam magros, pois isso significava que elas não possuíam condições financeiras para prover sua alimentação ou não eram boas mães, por não cuidarem adequadamente deles.

Com base nesses achados, percebe-se o quanto a alimentação está ligada à representação social de ser mãe. Desde o início da vida a tarefa de alimentar os filhos costuma ser social e culturalmente atribuída à figura materna, especialmente através da amamentação. A importância da amamentação não é apenas biológica, mas emocional – constitui a forma de interação mais precoce entre mãe e filho, a qual servirá emocionalmente como referência para as diversas fases posteriores do desenvolvimento da criança (Marcelli, 1998). Sendo assim, o alimento passa a ter um significado que vai além da saciedade da fome, é afetivo. Os achados de Bruss, Morris e Dannison (2003) ilustram essa ideia. Ao conduzirem grupos focais sobre prevenção de obesidade em crianças em Saipan, uma ilha do Oceano Pacífico, esses autores constataram que para as mães a comida era percebida como uma demonstração de amor, generosidade e afeto. As mães relataram conflito entre seus valores culturais, que associavam comida a afeto, e a necessidade de regular a ingestão de determinados alimentos para prevenir que seus filhos desenvolvessem excesso de peso e diabetes, doença com índices elevados nessa região. Para as mães e os pais estudados, de forma geral, o sentimento de negar comida às crianças podia ter implicações emocionais negativas. Pode-se concluir, a partir desses achados, por que razão é tão difícil para os pais se negarem a dar determinados alimentos às crianças,

mesmo que elas estejam com excesso de peso. Para eles, negar alimento pode significar negar amor, afeto.

Além disso, dependendo do grupo social ao qual a família faz parte, o excesso de peso enquanto forma corporal pode ser visto como algo positivo ou negativo. Por exemplo, Kimm et al. (1997), ao estudarem a auto-estima de adolescentes afroamericanas com excesso de peso, concluíram que ser “gorda” não era considerado não ser atraente e não causava, necessariamente, danos à autoestima dessas jovens. Ao contrário, ter um corpo magro estava relacionado a ter alguma doença (como câncer ou AIDS), ser usuário de drogas, ou ter limitados estoques de gordura, necessários no caso de estar doente ou quando o dinheiro para comprar comida é escasso. Sendo assim, pode-se pensar que o excesso de peso, enquanto imagem corporal, também é algo culturalmente determinado, podendo não ser considerado negativo e, nesse sentido, não despertar o interesse dos pais para sua prevenção ou seu controle nos filhos. Um estudo realizado nos Estados Unidos (Jain et al., 2001) com mães de pré-escolares, em sua maioria negras e com sobrepeso/obesidade e também com filhos com excesso de peso, indicou que o peso excessivo dos filhos era aceitável para elas, desde que as crianças não apresentassem problemas de saúde, fossem ativas, apresentassem boa auto-estima e não fossem discriminadas por outras crianças em função de seu peso corporal. De acordo com esses autores, as mães relacionavam o sedentarismo ao peso das crianças, mas para elas o sedentarismo era mais uma consequência do excesso de peso do que sua causa.

Sendo assim, percebe-se que o sedentarismo também pode ser influenciado por atitudes cultural e socialmente determinadas. O interesse por esportes, por exemplo, pode favorecer a atividade física quando opções seguras para sua prática estão disponíveis e são favoráveis. Por outro lado, o valor cultural prevalecente das televisões/computadores e dos automóveis como símbolos de status econômico podem predispor ao comportamento sedentário (Kumanyika, 2007). A exposição à violência urbana bem como o difícil acesso a atividades recreativas pagas também contribuem para que as crianças adotem atividades cada vez mais sedentárias, como assistir televisão e jogar videogames. Essas atividades realizadas em casa, por um lado, tranquilizam os pais pelo fato de as crianças estarem salvaguardadas da violência. No entanto, tais atividades predispoem ao excesso de peso porque a criança passa tempo considerável fisicamente inativa. Além disso, ao assistir televisão a criança fica exposta ao apelo midiático de propagandas de alimentos altamente calóricos, as quais incentivam uma maior ingestão desses alimentos e pode ocasionar excesso de peso (Boulos et al., 2012).

Conforme foi visto, os determinantes do excesso de peso durante a infância podem incluir práticas alimentares, decisões parentais sobre os tipos de alimentos disponíveis no lar e o acesso das crianças a esses alimentos, interações sociais em torno da comida, quantidade de horas assistindo televisão, participação em atividades recreativas ou esportes e influência dos pais como modelos relativos à alimentação, atividade física e tamanho/peso corporal. Todas essas variáveis que podem contribuir para o alto risco de excesso de peso em crianças, são social e culturalmente determinadas (Kumanyika & Grier, 2006) e estão diretamente ligadas ao funcionamento familiar. Em relação às práticas parentais relativas à alimentação, estão o respeito aos mecanismos regulatórios do apetite presentes na infância (não forçar as crianças a comer quando não estão com fome ou quando sentem que já comeram o bastante) e oferecer alimentos nutritivos como leite, frutas e vegetais ao invés de refrigerantes, frituras e doces (Mennella, Nicklaus, Jagolino & Yourshaw, 2008; Scaglioni, Salvioni & Galimberti, 2008). A influência dos determinantes sociais relacionados ao excesso de peso infantil, portanto, é incontestável. Conforme Garcia (1997), nas práticas alimentares, que incluem os procedimentos relacionados à preparação do alimento e o seu consumo propriamente dito, a subjetividade abarca inúmeros fatores como a identidade cultural, a condição social, a memória familiar, a época, entre outros. No entanto, existem também questões individuais que, influenciadas pelo contexto sociocultural do indivíduo, são mais proximais ao excesso de peso. Esses aspectos, mais particulares e individualizados, fazem parte do contexto familiar ao qual o indivíduo pertence e influenciam diretamente as escolhas e os estilos de vida. Esses fatores serão destacados a seguir.

Fatores familiares: genética, estilos de parentalidade e funcionamento familiar

Os mecanismos responsáveis pela etiologia do excesso de peso corporal são complexos envolvendo, além de predisposição genética, fatores ambientais que são determinantes da ingestão e do gasto de energia (Puder & Munsch, 2010). A influência genética no excesso de peso tem sido comprovada por diversos estudos. Por outro lado, o aumento em proporções epidêmicas no IMC dos indivíduos tem apontado para forte influência de fatores ambientais no ganho de peso (Ornis, 2015; Novaes, Lamounier, Franceschini & Priore, 2009, Bouchard & Pérusse, 1993). Pensando tanto sobre a influência de aspectos genéticos como de ambientais na etiologia do excesso de peso, Hill e Peters (1998) enfatizam que, enquanto o corpo humano possui excelentes defesas fisiológicas para evitar a perda dos estoques de energia, possui defesas fracas contra a

acumulação excessiva quando há ingestão calórica abundante. De maneira simplista, o excesso de peso ocorre quando a ingestão de calorias é maior do que o gasto, fato este favorecido, na atualidade, pela oferta variada de alimentos altamente calóricos e pelas atividades cada vez mais sedentárias, até mesmo na infância (Ornis, 2015; Crothers, Kehle, Bray & Theodore, 2009).

O aumento na prevalência do excesso de peso nas crianças, conforme mencionado anteriormente, tem sido relacionado às mudanças ambientais/comportamentais ocorridas nas últimas décadas tais como o consumo de alimentos industrializados, *fast foods* e refrigerantes (Lobstein et al., 2015; French, Story & Jeffery, 2001; Hill & Peters, 1998), assim como a preferência por atividades de divertimento sedentárias, como os computadores, videogames e televisão (Boulos et al., 2012; Berkey, Rockett, Gillman, Frasier, Camargo Jr & Colditz, 2000; O'Loughlin, Gray-Donald, Paradis & Meshefedjian, 2000). Além desses fatores, outros tem sido considerados como importantes na etiologia do excesso de peso infantil, dentre eles: determinadas práticas familiares de alimentação e de atividade física (Crothers et al., 2009), além de estilos de parentalidade e de funcionamento familiar (Coelho & Pires, 2014; Rhee, 2008).

Em relação às práticas familiares, pode-se pensar que nas crianças com excesso de peso a estrutura e o contexto familiar, isto é, comportamentos alimentares e sua transmissão pela família desempenham um importante papel tanto para o desenvolvimento como para a manutenção do excesso de peso (Hasenboehler, Munsch, Meyer, Kappler & Vogele, 2009; Birch, 1998). Ocorre que as crianças aprendem por observação e imitação, tendo os pais como modelo para seus comportamentos. Sendo assim, os pais transmitem seu estilo alimentar aos filhos, influenciando o comportamento alimentar das crianças com instruções e reforços específicos. O estudo realizado em laboratório por Munsch et al. (2007) ilustra isso. Ao observarem o consumo alimentar de mães e filhos (8-12 anos), alocados em salas diferentes, esses pesquisadores notaram que a quantidade de alimento ingerida pelas mães predizia a quantidade de alimento ingerido pelas crianças. Segundo os autores, esse achado mostra que a quantidade de energia consumida pode ser influenciada pela genética, mas também pode ser efeito da generalização de um certo estilo alimentar aprendido no contexto familiar, especialmente pela relação com a figura materna.

No que se refere aos estilos de parentalidade, sabe-se que estes influenciam os mais diversos comportamentos das crianças. Sendo assim, alguns estudos se dedicaram a pesquisar a relação entre os estilos de parentalidade e o excesso de peso infantil (Rhee,

2008; Van der Horst et al., 2007; Rhee, Lumeng, Appugliese, Kaciroti & Bradley, 2006). Segundo Rhee (2008), os comportamentos e práticas parentais tem sido descritos como “o que os pais fazem”, enquanto os estilos de parentalidade são considerados “a forma com que os pais fazem”. Nesse sentido, o estilo de parentalidade modifica ou impacta o relacionamento entre as práticas parentais e seu resultado nas crianças, de forma que o comportamento em um contexto de estilo parental mais positivo terá um impacto diferente, comparado a um comportamento num contexto de parentalidade negativo. Sendo assim, de acordo com este autor, os comportamentos parentais ligados ao controle de peso dos filhos teriam melhor resultado se os pais apresentassem um estilo de parentalidade positivo, sensível e caloroso para com as crianças. Em estudo sobre o efeito dos estilos de parentalidade no estado nutricional dos filhos, Rhee et al. (2006) encontraram que pais autoritários e altamente disciplinadores tiveram cinco vezes mais chance de seus filhos apresentarem excesso de peso do que pais sensíveis e amorosos.

Nessa direção, alguns estudos apontam que crianças cujas mães apresentam-se mais insensíveis em relação às suas necessidades e mostram-se mais negligentes em seus cuidados possuem risco aumentado de se tornarem adultos obesos (Strauss & Knight, 1999; Lissau & Sorensen, 1994). Por exemplo, O'Brien et al. (2007), ao estudarem o desenvolvimento de excesso de peso em 960 crianças americanas acompanhadas dos dois aos 12 anos de idade, encontraram que as crianças que se tornaram obesas em idade pré-escolar diferiram daquelas que permaneceram com peso adequado, especialmente no que se refere à sensibilidade da figura materna. As mães das crianças de peso adequado mostraram-se mais envolvidas com seus filhos, engajadas em atividades com eles, proporcionando refeições em família e promovendo saúde e bem-estar. De acordo com os autores, a sensibilidade materna pode ser caracterizada por comportamentos diretamente ligados à alimentação, como sintonia com as necessidades nutricionais infantis e preocupação em proporcionar uma dieta mais saudável no período pré-escolar, quando a criança ainda não seleciona suas próprias refeições, como a merenda que leva para a escola.

Ainda com relação à sensibilidade materna no contexto da alimentação infantil, alguns autores destacaram que a diminuição da sensibilidade em relação às necessidades nutricionais do filho pode estar associada a um quadro psicopatológico (Decaluwé, Braet, Moens & Van Vlierberghe, 2006; Epstein, Myers & Anderson, 1996; Epstein, Klein & Wisniewski, 1994;). Por exemplo, em um estudo com 49 pares de pais de crianças obesas que estavam realizando tratamento para obesidade, Favaro e Santonastaso (1995)

encontraram que as mães que apresentavam sintomatologias psiquiátricas mais severas e transtornos de personalidade tinham filhos mais obesos. Segundo esses autores, a ansiedade materna, expressa através de sintomas somáticos, exerce maior influência sobre o excesso de peso nas crianças. Além da ansiedade materna, tendo em vista que a psicopatologia nos pais pode alterar seu comportamento e, conseqüentemente, sua interação com os filhos (El-Behadli, Sharp, Hughes, Obasi & Nicklas, 2015; Duarte, Shen, Wu & Must, 2012; McConley et al., 2011; Epstein et al., 1994), pode-se pensar também na depressão como psicopatologia capaz de diminuir a sensibilidade materna. Ocorre que, em situações de depressão, a mãe pode vir a deixar de investir afetivamente no filho, tornando-se menos atenta às suas necessidades e apresentando desinteresse pelas atividades envolvidas na assunção do papel parental, como é o caso do controle dos alimentos que a criança ingere, bem como as atividades em que se envolve (McConley et al., 2011).

Assim como o estilo parental, o funcionamento familiar, segundo alguns autores, desempenha um importante papel na etiologia e manutenção do excesso de peso infantil (Braden et al., 2014). O funcionamento familiar engloba a forma como os membros da família funcionam e interagem entre si, se comunicam, se conectam emocionalmente uns aos outros e quais papéis assumem dentro da configuração familiar (Rhee, 2008). Representa, assim, o contexto no qual os comportamentos parentais são apresentados às crianças e interpretados por elas, impactando seu desenvolvimento e comportamento de uma forma geral. Estudos sugerem que as famílias de crianças com excesso de peso são menos coesas e mais conflituosas (Zeller et al., 2007), além de apresentarem diversos aspectos disfuncionais como, por exemplo, problemas de comunicação, dificuldade de manejo da rotina diária, inadequada assunção dos papéis parentais, ineficácia no controle do comportamento das crianças e dificuldade de realizar as refeições em família (Rhee, 2008). A respeito das refeições em família, estas são frequentemente utilizadas como um indicador proximal do funcionamento familiar, já que muitos dos aspectos de como a família funciona são representados durante o planejamento, o preparo e a ingestão das refeições. Dada sua complexidade, as refeições familiares são consideradas eventos estressantes (Fiese, Hammons & Grigsby-Toussaint, 2012; Rhee, 2008). Por exemplo, Jacobs e Fiese (2007), ao comparar grupos de crianças asmáticas eutróficas e com sobrepeso observaram que as famílias de crianças com peso excessivo apresentavam significativamente maior dificuldade em manejar os afetos e as refeições familiares. De acordo com esses autores, por outro lado, famílias mais coesas e com melhor

funcionamento podem ter mais refeições juntas, e esse funcionamento pode influenciar hábitos alimentares mais saudáveis na criança, por meio de interações sociais positivas e comentários a respeito da comida durante as refeições. No entanto, a relação entre funcionamento familiar e excesso de peso infantil pode não ser unidirecional. Problemas no funcionamento familiar podem contribuir para o risco de as crianças desenvolverem excesso de peso, mas esse risco aumentado, por sua vez, pode levar os pais a responderem com interações familiares mal adaptadas e dificuldades no manejo dos comportamentos ligados ao ganho de peso nos filhos.

O funcionamento familiar, conforme foi visto, constitui um contexto de interações entre pais e filhos no qual os comportamentos parentais, além de servirem como modelo, influenciam de diversas formas os comportamentos da criança. A história de excesso de peso na família é um exemplo dessa influência do modelo parental sobre os filhos, e tem sido apontada como importante fator de risco para o excesso de peso infantil. Estima-se que o excesso de peso dos pais mais do que dobre o risco de excesso de peso na vida adulta, em crianças de peso adequado e obesas, com idade inferior a 10 anos (Whitaker et al., 1997). Apesar da influência genética, citada anteriormente, para alguns autores (Kral & Rauh, 2010; Birch & Davison, 2001) isso pode estar associado ao fato de os pais criarem ambientes alimentares para seus filhos, influenciando seus comportamentos e suas escolhas em relação à alimentação, desde o início da vida. A obesidade materna, em particular, é um preditor significativo de obesidade infantil (Payas, Budd & Polansky, 2010; Kimbro, Brooks-Gunn & McLanahan, 2007; Heude et al., 2005; Strauss & Knight, 1999), mais do que a obesidade paterna (Birch et al., 2001). Contudo, a natureza da relação entre obesidade materna e infantil é pouco conhecida, e acredita-se que, além da influência genética, o fato de a mãe ser geralmente a pessoa encarregada da alimentação da família e, principalmente dos filhos, aumente sua influência nos comportamentos e escolhas alimentares por meio de reforços e instruções específicas (Munsch et al., 2007; Laessle, Uhl & Lindel, 2001). Um exemplo disso é o comportamento materno comumente observado de insistir para que a criança coma “tudo o que estiver no prato”, mesmo quando a mesma diz estar “cheia” ou sem fome (Braet, 2005). Essa atitude dificulta o desenvolvimento do controle próprio da saciedade na criança, além de diminuir a tolerância à fome e a resistência à tentação de comer doces ou outros alimentos altamente calóricos (Puder & Munsch, 2010; Braet, 2005; Johnson & Birch, 1994). Essas ações de controle sobre a comida são comportamentos aprendidos pela criança, e estão ligados ao

desenvolvimento de habilidades de autorregulação (Frankel et al., 2012; Graziano et al., 2010; Braet, 2005).

A autorregulação do comer geralmente opera em um nível automático em termos de começar e parar em resposta a sinais internos de fome e saciedade, entretanto, estes sinais podem ser influenciados por experiências precoces negativas e fatores emocionais e sociais (Graziano et al., 2010). Segundo esses autores, duas habilidades de autorregulação podem estar ligadas ao excesso de peso nas crianças – controle inibitório e regulação emocional. O controle inibitório é responsável pelo domínio dos impulsos, assim como pela capacidade de seguir regras, conter comportamentos inadequados e postergar a necessidade de recompensa (Stice, Spoor, Ng & Zald, 2009). Nos casos de excesso de peso, pode-se pensar que o controle dos impulsos se encontra deficitário, pois há dificuldade da criança em controlar a impulsividade e resistir à vontade de comer (Stice et al., 2009; Wilfley, Pike & Striegel-Moore, 1997). Além de déficits no controle de impulsos, crianças com peso excessivo frequentemente apresentam deficiência em outra habilidade autorregulatória, a regulação emocional (Puder & Munsch, 2010). Essa habilidade controla os processos afetivos relacionados à alimentação e, em pessoas com excesso de peso, tende a ser falha, pois esses indivíduos costumam comer mais em períodos de excitação ou estresse – processo este que se chama de “comer emocionalmente” (Graziano et al., 2010) e que se caracteriza pelo consumo de alimentos mesmo na ausência de fome, com o intuito de regular e reduzir emoções negativas, como tristeza e ansiedade (Goossens, Braet, Van Vlierberghe & Mels, 2008; Braet, 2005). A resposta fisiológica normal a situações estressantes é a perda do apetite, pois quando o estresse ocorre, o sistema nervoso simpático é ativado e o fluxo sanguíneo diminui no sistema digestivo, onde não é tão necessário no momento (Parker, Parker & Brotchei, 2006). Nesse caso, aqueles que respondem ao estresse de forma contrária, isto é, ingerindo alimentos, o fazem porque não conseguem lidar com as questões emocionais de outra forma. O excesso de peso, nesse caso, seria fruto de um processo que pode ter início na dificuldade do indivíduo em regular suas emoções. Pelo fato de não conseguir lidar com os sentimentos, tanto a criança como o adulto come em demasia, passando o ato de comer a ser uma forma de *coping* contra afetos negativos (Pervanidou & Chrousos, 2011).

Conforme pode ser visto acima, as evidências reveladas por alguns estudos sugerem que é muito importante se considerar também os fatores psicológicos – comportamentais e emocionais – não só como associados ao surgimento do excesso de peso infantil, mas também ao seu desenvolvimento e manutenção. Assim, uma vez

estabelecido, o excesso de peso acarreta importantes consequências para as crianças, tanto em termos comportamentais, sociais, como também em termos subjetivos e emocionais, como será destacado a seguir.

Fatores psicológicos associados ao excesso de peso

Conforme exposto anteriormente, os pais e, em especial, a mãe, são responsáveis pela criação de um ambiente alimentar para os filhos, desde que nascem. Esse ambiente pode ser não saudável ou “obesogênico” quando, por exemplo, há grande oferta de alimentos altamente calóricos, não nutritivos, e gordurosos. Soma-se a isso hábitos de vida sedentários, cuja contribuição para o excesso de peso é comprovada, e que se constituem em comportamentos que ocorrem na família como um todo sendo, portanto, socialmente atribuídos aos pais. Também compete aos pais o controle das horas que a criança passa em frente à televisão ou ao computador ou jogando videogame, assim como o estímulo às atividades físicas e brincadeiras ao ar livre. A importância da alimentação inadequada e do sedentarismo para o excesso de peso é indiscutível. Tanto que ambos são considerados alvos das estratégias de prevenção do ganho de peso pela Organização Mundial de Saúde/OMS (WHO, 2009). Contudo, o insucesso dessas estratégias em muitos casos reforça a necessidade de se considerar outros fatores, como os psicológicos, que podem estar igualmente envolvidos na etiologia do excesso de peso e não ser apenas consequência desse problema.

Pesquisas sugerem que os problemas psicológicos afetam cerca de 10 a 20% da população infantil mundial, o que os coloca entre as cinco principais causas de doença acima dos cinco anos de idade (Kieling et al., 2011). Esses problemas estão associados a prejuízos em múltiplos domínios, incluindo funcionamento cognitivo, social e emocional, além de se mostrarem persistentes ao longo da vida e capazes de colaborar para a ocorrência de outros agravos à saúde a longo prazo (Luby, Belden, Pautsch & Spitznagel, 2009; Wakschlag & Keenan, 2001), como é o caso do excesso de peso. Entre os problemas psicológicos na infância destacam-se os problemas de comportamento. A literatura não oferece um conceito preciso de problemas de comportamento, sendo assim, estes acabam tendo uma definição operacional, baseada no instrumento utilizado para medi-los. Um instrumento bastante utilizado para avaliar a ocorrência de problemas de comportamento é o *Child Behavior Checklist* (CBCL), desenvolvido por Achenbach (1991). De acordo com esse autor, os problemas de comportamento em crianças envolvem padrões de sintomas chamados de internalização ou externalização. Os comportamentos de

internalização se referem a sintomas tais como retraimento, queixas somáticas, tristeza, medo, depressão e ansiedade e são também chamados pela literatura de problemas emocionais. Já os comportamentos de externalização incluem agressividade, hiperatividade, desobediência, impulsividade, reações de raiva e comportamentos disruptivos, e são chamados de problemas comportamentais ou de comportamento. Na presente tese se usará estas definições de Achenbach (1991) e o CBCL para investigar os problemas de comportamento.

Estudos indicam diversos fatores como preditores de problemas de comportamento. Além de fatores genéticos e características individuais como, por exemplo, o temperamento da criança (Gartstein, Putnam & Rothbart, 2012; Sonuga-Barke, Stevenson & Thompson, 1996), fatores familiares tais como se há alguma psicopatologia associada (Goodman, Connell, Broth, Hall & Heyward, 2011), tamanho da família e práticas severas em relação à disciplina (Ferriolli, Marturano & Puntel, 2007; Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman & Bordin 2005) são considerados importantes para a etiologia dos problemas de comportamento. Também são apontados como preditores dos problemas de comportamento os fatores sociodemográficos tais como baixo nível socioeconômico familiar e baixa escolaridade materna (Reiss, 2013; Singh & Ghandour, 2012; Anselmi et al., 2004). Um estudo realizado por Assis et al. (2009) ilustra a relação entre problemas de saúde mental infantil e desigualdades sociais no Brasil. Segundo esses autores, que avaliaram 479 crianças de 6-13 anos de idade, estudantes de escolas públicas do Rio de Janeiro, a ocorrência de problemas de comportamento foi significativamente maior em crianças que possuíam mais indicativos de vulnerabilidade social tais como baixos níveis de educação, viver em lugares sem assistência e com segurança precária e estar suscetível a diferentes formas de violência.

A partir do exposto, pode-se pensar que a ocorrência de problemas de comportamento constitua motivo de preocupação para os pais e cuidadores das crianças, não só pelos prejuízos que ocasionam ao desenvolvimento infantil, mas também pela possibilidade de estarem envolvidos na etiologia de outros problemas de saúde, como é o caso do excesso de peso, tema central do presente estudo. De fato, muitos estudos têm endossado a associação entre problemas de comportamento e o excesso de peso em crianças e adolescentes (Jansen et al., 2013; Vila et al., 2004; Tanofsky-Kraff et al., 2004; Datar & Sturm, 2004; Morgan, Tanofsky-Kraff, Wilfley & Yanovsky, 2002; Lumeng, Gannon, Cabral, Frank & Zuckerman, 2003; Mustillo et al., 2003;). Por exemplo, em pesquisa realizada por Vila et al. (2004), com uma amostra clínica de crianças e

adolescentes franceses de cinco a 17 anos de idade, crianças obesas obtiveram escores maiores do que seus controles no CBCL (Achenbach, 1991), indicando mais problemas (entre 50 e 64% da amostra), em especial do tipo internalização. No estudo de Mustillo et al. (2003), utilizando o mesmo instrumento, os autores também encontraram associação entre obesidade crônica com início na infância e continuidade na adolescência e problemas de externalização em meninos e meninas norte-americanos (idade entre nove e 16 anos). No estudo de Datar e Sturm (2004), com uma amostra de pré-escolares com cinco anos de idade, também norte-americanos, foi encontrada associação entre obesidade e problemas de externalização e de internalização em meninas, mas não em meninos. Nessa mesma direção, o estudo de Hwang, Lyoo, Kim e Shin (2006) com crianças obesas coreanas, encontrou associação entre obesidade e comportamentos de externalização denominados por Achenbach (1991) como tipo delinvente (ex. desrespeitar regras, mentir, trapacear e fugir de casa) e agressivo (ex. participar de brigas e apresentar comportamento opositor), além de problemas sociais. Nessa direção, os achados de Zeller, Reiter-Purtill e Ramey (2008) confirmam a ideia de associação entre obesidade e problemas de comportamento, uma vez que as crianças norte-americanas obesas foram percebidas por seus colegas como mais agressivas e disruptivas.

A explicação mais corrente na literatura para a associação entre problemas de comportamento e o excesso de peso está no fato de ambos compartilharem os mesmos mecanismos de funcionamento cerebral – autorregulação comportamental (Graziano et al., 2010), conforme destacado anteriormente. Tanto a capacidade de regular as emoções como de controlar a impulsividade e saciar-se são exemplos de capacidades de autorregulação comportamental que, no caso do excesso de peso, podem estar intimamente ligadas ao comportamento alimentar. A dificuldade de controlar os impulsos na criança, por exemplo, pode se expressar por meio de comportamentos de externalização, caracterizados por reatividade emocional intensa e inadequada manifestada, muitas vezes, por meio de agressividade e oposição (Puder & Munsch, 2010). Da mesma forma, pode igualmente se manifestar, em crianças com excesso de peso, na falta de controle em relação à ingestão de comida. Ambos os comportamentos se baseiam em uma falha no controle inibitório, que constitui uma forma de autorregulação. O papel da impulsividade nos problemas de comportamento de externalização possui explicação neurobiológica, uma disfunção de dopamina no cérebro, também associada ao excesso de peso (Stice et al., 2009; Pagoto et al., 2009). Segundo Stice et al. (2009), a dopamina exerce um papel fundamental na mediação do efeito de recompensa causado

pela ingestão de comida, de modo que a baixa atividade de dopamina pode resultar em uma compensação por meio do aumento no consumo alimentar, especialmente pelo consumo de alimentos altamente calóricos, que ativam os padrões de dopamina no cérebro.

Crianças com excesso de peso também podem apresentar déficits na capacidade de regulação emocional (Puder & Munsch, 2010), ou seja, dificuldade de controlar suas emoções que, por sua vez, pode resultar em busca de compensação das dificuldades emocionais através da ingestão de alimentos. O comer torna-se, assim, uma estratégia de conforto emocional, diante do surgimento de dificuldades afetivas (Braden et al., 2014; Pervanidou & Chrousos, 2011). Nesse sentido, é plausível se pensar que, no caso de crianças, os problemas de comportamento denominados de internalização (Achembach, 1991), os quais abarcam depressão, ansiedade, problemas somatoformes, retraimento, e isolamento social, podem servir como gatilhos para o “comer emocionalmente” e, conseqüentemente, resultar em excesso de peso corporal. Vários estudos relatam associação entre sintomas depressivos e ansiosos e excesso de peso em crianças (Pitrou et al., 2010; Drukker, Wojciechowski, Feron, Mengelers & Van Os, 2009; Anderson, Cohen, Naumova & Must, 2006; Pine, Goldstein, Wolk & Weissman, 2001). Por exemplo, Anderson et al. (2006), ao estudarem longitudinalmente o efeito de transtorno de ansiedade e depressão no ganho de peso em 820 indivíduos constatou que, em mulheres, o transtorno de ansiedade esteve associado a maior status de IMC na vida adulta, enquanto a depressão esteve associada ao ganho de peso, modificado pela idade em que os sintomas depressivos foram inicialmente observados. Segundo estas autoras, a depressão encontrada na infância esteve associada a maior IMC nas idades subsequentes.

Nesta mesma direção, pesquisa realizada por Goossens, Braet, Van Vlierberghe e Mels (2008) sobre o papel da ansiedade e da depressão no comer compulsivo em crianças e adolescentes, destacou que a depressão e a regulação do excesso de peso corporal compartilham fatores genéticos e metabólicos em comum. Da mesma forma, alguns autores assinalam que o estresse crônico também pode ocasionar aumento do peso corporal e conseqüências metabólicas adversas (Hasler et al., 2005), pois ocasiona mudanças na morfologia cerebral e no *axis* neuroendócrino. Ocorre que a ativação repetida do *axis* hipotalâmico-pituitário-adrenal media respostas ao estresse com o aumento da secreção de cortisol (Dockray, Susman & Dorn, 2009) que, por sua vez está associada ao excesso de peso. Muitas pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de entender a relação entre estresse e diversos problemas na saúde nas crianças, incluindo os

problemas de comportamento e o excesso de peso. Por exemplo, Furniss, Beyer e Müller (2009), realizaram um estudo com 1877 pré-escolares na Alemanha a fim de identificar a relação entre eventos estressantes e suas consequências para a saúde mental infantil. Esses autores identificaram que o número de eventos estressantes (tais como divórcio dos pais) desencadeou um efeito altamente significativo sobre a ocorrência de problemas de internalização e externalização nas crianças. Nesse sentido, Heim e Nemeroff (2001) explicaram que a ocorrência de eventos de vida estressantes, especialmente no início da vida induzem a hiperatividade do axis hipotalâmico-pituitário, resultando em respostas endócrinas, autônomas e comportamentais ao estresse que resultam em sintomas como depressão e transtornos de ansiedade e em uma variedade de problemas psicológicos e fisiológicos, como é o caso dos problemas de comportamento e do excesso de peso.

Embora vários estudos tenham revelado uma associação entre fatores psicológicos e sociais e o excesso de peso infantil, ainda restam controvérsias sobre a direção dessa associação: os problemas de comportamento são preditores do excesso de peso, ou o excesso de peso prediz esses problemas? Pervanidou e Chrousos (2011), por exemplo, argumentaram que a mudança de peso é uma característica comum em pessoas que apresentam problemas psicológicos. Segundo estes autores, crianças que sofrem de ansiedade e/ou depressão possuem mais hábitos sedentários e isolamento social, além de desenvolverem comportamentos alimentares anormais, como o “comer emocionalmente”. Por outro lado, o fato de indivíduos com excesso de peso experienciarem um grande número de frustrações exemplifica a conexão entre excesso de peso e consequentes problemas de comportamento (Gray, Kahhan & Janicke, 2009; Cramer & Steinwert, 1998). De acordo com Cramer e Steinwert (1998), crianças que possuem peso excessivo podem dar-se conta de que são fisicamente menos capazes de participar de atividades comuns com outras crianças ou que são excluídas ou rejeitadas por elas. De fato, os autores encontraram que a rejeição de crianças com excesso de peso por seus pares já se evidencia aos três anos de idade.

Por fim, evidências indicam que os padrões cerebrais responsáveis pelo apetite e pela regulação das emoções são inter-relacionados (Garthus-Niegel, Hagtvet & Vollrath, 2010). Em consequência disso, um conjunto comum de fatores pode contribuir tanto para o risco de excesso de peso quanto para o grau com que a criança manifesta problemas de comportamento. Para esses autores, esses mecanismos não se excluem mutuamente: é possível que haja uma relação recíproca entre problemas de comportamento e peso ao longo do tempo, de tal modo que esses problemas causem excesso de peso e o excesso de

peso também venha a causar esses problemas. Entretanto, não se sabe quando essa relação se estabelece e somente com a realização de estudos longitudinais essa questão poderá vir a ser esclarecida.

Justificativa e objetivos da pesquisa

Considerando o que foi exposto acima, pode-se concluir que o excesso de peso infantil se constitui em um fenômeno complexo, por ser resultado da convergência de vários fatores, que vão além dos aspectos genéticos e característicos de determinados estilos de vida os quais incluem sedentarismo e alimentação não saudável. Assim sendo, este fenômeno precisa ser compreendido em sua totalidade, através de teorias abrangentes, que levem também em consideração os aspectos psicológicos, em particular os problemas de comportamento infantis, os quais interagem para a constituição do excesso de peso. Além disso, investir na prevenção do excesso de peso ainda na infância, quando os hábitos saudáveis podem ser introduzidos, pode contribuir para que se consiga melhores resultados no combate do excesso de peso, impedindo que este se cronifique. Uma vez estabelecido, o excesso de peso acaba associado, muitas vezes, ao surgimento de outras doenças, podendo acarretar ainda problemas emocionais e sociais às crianças.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo principal investigar a associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos na infância e o excesso de peso de uma coorte de crianças, acompanhadas longitudinalmente em dois momentos, aos quatro e aos 6-7 anos de idade. Em particular buscou investigar:

- (1) Os fatores sociodemográficos associados à prevalência de problemas de comportamento de crianças aos quatro anos de idade;
- (2) A associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos com o excesso de peso em crianças de quatro anos de idade;
- (3) A associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças com peso adequado aos quatro anos de idade, mas com excesso de peso aos 6-7 anos.

Com base na literatura, tinha-se como principais hipóteses que:

- (1) Aos quatro anos, os problemas de comportamento estariam mais presentes entre os meninos do que entre as meninas;
- (2) Baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna estariam associados à ocorrência de problemas de comportamento nas crianças;

- (3) Aos quatro anos a ocorrência de excesso de peso seria maior entre as crianças que apresentavam problemas de comportamento;
- (4) Tanto aos quatro como aos 6-7 anos o excesso de peso seria maior em crianças provenientes de famílias com nível socioeconômico mais alto, e cujas mães possuíam maior escolaridade;
- (5) Crianças de peso adequado aos quatro anos, mas que apresentavam problemas de comportamento, apresentariam maior prevalência de excesso de peso aos 6-7 anos, comparadas às crianças de peso adequado, mas que não apresentavam problemas de comportamento aos quatro anos;

CAPÍTULO II

MÉTODO

Participantes

Todos os participantes deste estudo foram selecionados a partir de um estudo maior, intitulado “Coorte de Nascimentos de Pelotas, 2004 – Coorte de 2004” (Santos et al., 2010; Barros et al., 2006), o qual ainda se encontra em andamento. A Coorte de 2004 tem como finalidade principal registrar as mudanças no perfil epidemiológico da população, em relação aos agravos à saúde e aos fatores de risco, avaliando a situação de saúde perinatal dos recém-nascidos (Barros et al., 2006). Durante o ano de 2004, todas as crianças nascidas na zona urbana dos municípios de Pelotas e Capão do Leão (bairro Jardim América) foram identificadas e suas mães convidadas a fazer parte do estudo. De todos os 4263 nascidos vivos, 4231 foram incluídos no estudo perinatal (0.8% de perdas). Foram realizadas entrevistas por ocasião do nascimento das crianças e aos três, 12 e 24 meses de vida, bem como aos quatro anos e aos 6-7 anos de idade. A Coorte de 2004 buscou acompanhar todas as crianças do estudo, e não subamostras. Aos três meses de idade foram visitados em casa 3985 bebês (95.7%), aos 12 meses 3907 (94.3%), quatro anos 3799 crianças (93.5%) e aos 6-7 anos 3722 crianças (90.2%). Para fins do presente estudo, foram considerados os dados coletados nos acompanhamentos dos quatro e dos 6-7 anos, realizados nos anos de 2008 e 2010. Fizeram parte deste estudo 3799 crianças de quatro anos ($M= 49,5$ meses, $SD= 1,7$ meses). A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas e biológicas estudadas, de acordo com sexo. A amostra foi formada por 51,9% de meninos e 48,1% de meninas. Metade das famílias situava-se entre os maiores quintis de índice de bens (Q4 e Q%), totalizando 20,4% e 30,7%, respectivamente. Mais de um terço das mães tinha mais de 11 anos completos de estudo (38,0%), quase metade delas tinha entre 20 e 29 anos de idade (49,5%) e a maioria tinha companheiro (79,7%). Entre as crianças, 15,1% nasceram pré-termo e 11,9% nasceram com peso inferior a 2.500 quilogramas. A maioria das crianças eram filhas únicas (78,6%), 19,5% tinham apenas um irmão e 1,9% tinham mais de dois irmãos.

Tabela 1: Características sociodemográficas e biológicas da amostra, total e por sexo das crianças.

Variáveis	Total % (N)	Meninos % (N)	Meninas % (N)
Índice de bens (n=3797)			
Q1 (mais baixo)	10,6 (402)	10,6 (208)	10,6 (194)
Q2	15,2 (578)	13,7 (270)	16,9 (308)
Q3	23,1 (876)	22,9 (452)	23,2 (424)
Q4	20,4 (775)	21,3 (419)	19,5 (356)
Q5 (mais alto)	30,7 (1166)	31,6 (623)	29,8 (543)
Escolaridade da mãe (n=3783)			
0-3	7,8 (293)	7,4 (145)	8,1 (148)
4-7	31,9 (1207)	31,7 (621)	32,2 (586)
8-10	22,3 (845)	21,4 (419)	23,4 (426)
11+	38,0 (1438)	39,6 (777)	36,3 (661)
Idade da mãe (n=3670)			
<20	18,8 (689)	18,4 (348)	19,2 (341)
20-29	49,5 (1818)	50,4 (953)	48,7 (865)
30-39	28,3 (1038)	27,9 (528)	28,7 (510)
40+	3,4 (125)	3,3 (63)	3,5 (62)
Companheiro materno (n=3790)			
Não	20,3 (768)	20,2 (398)	20,3 (370)
Sim	79,7 (3022)	79,8 (1569)	79,7 (1453)
Idade gestacional (n=4261)			
<37	15,1 (645)	13,5 (266)	14,2 (258)
37-41	78,6 (3348)	80,6 (1588)	79,0 (1440)
42+	6,3 (268)	5,9 (117)	6,8 (125)
Peso ao nascer (n=4280)			
<2500 g	11,1 (474)	7,8 (154)	10,3 (187)
≥2500 g	88,9 (3806)	92,2 (1819)	89,7 (1638)
Irmãos mais novos (n=3799)			
Nenhum	78,6 (2986)	78,5 (1550)	78,6 (1436)
1	19,5 (739)	19,5 (384)	19,4 (355)
2 ou mais	1,9 (74)	2,0 (39)	2,0 (35)

Na investigação dos fatores sociodemográficos associados à prevalência de problemas de comportamento nas crianças de quatro anos, a amostra inicial foi composta por 3799 crianças, entretanto, 49 famílias desistiram de participar do estudo, de modo que a amostra final foi composta por 3750 crianças. Pelo fato de a literatura apontar a

possibilidade de diferença nas prevalências de problemas de comportamento entre meninos e meninas, as análises foram realizadas com estratificação por sexo das crianças.

Para a investigação da associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos com o excesso de peso infantil aos quatro anos de idade, foram consideradas com peso normal as crianças que apresentavam um Escore-z de IMC para a idade entre -2 e +2 desvios-padrão (percentil de 3 a 97), ou seja, foram incluídas nesse grupo não só as crianças classificadas segundo a OMS (2007) como eutróficas, mas também aquelas consideradas como estando em risco de desenvolver sobrepeso. Foram consideradas com excesso de peso as crianças com Escore-z de IMC para idade igual ou superior a +2, ou seja, incluídas nas categorias denominadas pela OMS como sobrepeso e obesidade.

No que se refere à investigação da associação entre problemas de comportamento e fatores sociodemográficos e biológicos nas crianças com peso adequado aos quatro anos de idade, mas com excesso de peso aos 6-7 anos, a amostra analisada resultou em 2365 crianças. Foram incluídas nesta análise apenas as crianças que aos quatro anos apresentavam peso adequado para a idade, ou seja, tinham Escore-z de IMC entre -2 e +1 desvios-padrão. Aos 6-7 anos de idade foram consideradas com excesso de peso as crianças que apresentavam Escore-z de IMC igual ou superior a +1. Pelo fato de a classificação de IMC fornecida pela OMS aponta diferenças entre meninos e meninas a partir dos 24 meses de vida, todas as análises foram estratificadas por sexo.

Delineamento e Procedimento

Trata-se de um estudo longitudinal envolvendo o acompanhamento de uma coorte de crianças aos quatro e 6-7 anos, com o objetivo de investigar a associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos na infância e o excesso de peso, nos dois momentos investigados. Este estudo adotou os procedimentos de coleta de dados descritos no projeto da Coorte de 2004 (Barros et al., 2006; Santos et al., 2010). No acompanhamento dos quatro anos, as crianças e suas mães receberam em seus domicílios psicólogas especialmente treinadas para a aferição das medidas antropométricas (peso e altura) das crianças e a aplicação de dois questionários, o *Estudo dos 4 anos*, um questionário sobre saúde e desenvolvimento infantil, e o *Child Behavior Checklist 4-18 (CBCL/4-18)*. Os questionários foram respondidos pelas mães. A altura e o peso das crianças foram medidos por meio de balanças e estadiômetros de alta precisão.

No acompanhamento dos 6-7 anos, as crianças e seus principais cuidadores (em grande maioria as mães, 94,9%) foram recebidos no Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE) para uma série de procedimentos, como a aferição de medidas antropométricas e a aplicação do questionário *Estudo dos 6-7 anos*, um instrumento estruturado contendo uma série de questões socioeconômicas e acerca da saúde e do desenvolvimento infantil. O questionário foi preenchido por entrevistadoras devidamente treinadas para sua aplicação e a aferição das medidas antropométricas. Vários outros instrumentos foram aplicados por psicólogas, os quais não fazem parte do presente estudo. Quando as mães ou principais cuidadores das crianças não tinham disponibilidade de comparecer ao CPE na data agendada, era solicitado que outro adulto levasse a criança para que as medidas antropométricas, os exames de composição corporal e os testes psicológicos fossem realizados. Num segundo momento, de acordo com a disponibilidade da mãe ou do responsável pela criança, uma entrevistadora ia até o domicílio para que lhe fossem aplicados os questionários que somente a pessoa encarregada dos cuidados da criança poderia responder. Nesse acompanhamento, as mães biológicas também tiveram seu peso e altura aferidos.

Tanto no acompanhamento dos quatro como no dos 6-7 anos foi realizado um controle de qualidade dos dados coletados, que consistiu em uma aplicação, por telefone, de versões reduzidas dos questionários *Estudo dos 4 anos* e *Estudo dos 6-7 anos* em 30% e 10% da amostra, respectivamente. Esses questionários continham questões idênticas aos questionários originais e foram novamente respondidos pela pessoa que tinha participado do acompanhamento com a criança.

Instrumentos

Acompanhamento dos quatro anos:

*Estudo dos 4 anos*¹: trata-se de um questionário estruturado e previamente testado, o qual aborda informações sociodemográficas bem como acerca das condições de saúde e do desenvolvimento da criança. O primeiro bloco, *Cuidado e alimentação da criança*, aborda questões sobre os cuidados que a criança recebe como, por exemplo, quem cuida dela, o que costuma fazer em sua rotina (quantas horas assiste televisão por dia, se brinca, se lhe são contadas estórias), além de questões sobre a alimentação, o que a criança come, etc. O segundo bloco, denominado de *Saúde da criança*, destaca questões sobre sono (como

¹ Instrumento disponível em http://www.epidemio-ufpel.org.br/site/content/coorte_2004/questionarios.php

é o sono da criança, quantas horas dorme por dia) e saúde, como por exemplo, se teve algum problema de saúde até os quatro anos, se já consultou com profissionais de saúde, como dentista e psicólogo, se teve alguma internação hospitalar, etc. O terceiro bloco, *Características da mãe, da família e do domicílio*, é constituído por questões sobre trabalho e escolaridade maternos, renda e condições socioeconômicas da família. O quarto bloco, *Gastos com saúde*, questiona se a família é usuária do Sistema Único de Saúde ou se possui plano de saúde particular. O bloco *Saúde da mãe e contracepção* é aplicado somente à mãe biológica da criança (se é ela quem é responsável por seus cuidados) e aborda questões sobre saúde materna, se a mãe já foi diagnosticada com algum problema psicológico como depressão, por exemplo, se planeja engravidar novamente, se está utilizando algum método contraceptivo, etc. No sexto bloco são registradas as medidas antropométricas da criança (altura, peso, circunferência abdominal e perímetro cefálico). O último bloco é reservado às impressões da entrevistadora sobre a situação da entrevista e engloba observações acerca da interação entre a criança e seu principal cuidador durante a entrevista e a colaboração deste durante a mesma. Cabe ressaltar que este instrumento foi produzido pelo grupo de pesquisadores da Coorte de 2004 juntamente com os doutorandos que estavam realizando seus projetos de tese neste estudo e, sendo assim, não possui autoria definida. Para o presente estudo, especificamente, foram utilizados apenas os blocos três e seis, que investigava as condições socioeconômicas da família e as medidas antropométricas da criança. Cópia no anexo A.

Child Behavior Checklist 4/18 – CBCL (Achenbach, 1991): Este questionário avalia problemas de comportamento e competência social em crianças e adolescentes de quatro a 18 anos, por meio de informações fornecidas pelos pais ou pelas pessoas responsáveis por seus cuidados. O CBCL é amplamente difundido tanto pelas suas propriedades psicométricas, como por sua relevância clínica e para pesquisa. É composto de 138 itens, dentre os quais 118 são destinados à avaliação de problemas de comportamento e 20 à avaliação de competência social. Os itens relativos aos problemas de comportamento constituem descrições de comportamentos que podem estar presentes ou ausentes na vida da criança ou adolescente. O informante deve classificar tais comportamentos usando a seguinte escala: item falso ou comportamento ausente (escore=0); item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente (escore=1); e, item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente (escore=2). Os escores de 0 a 2 para problemas de comportamento são chamados de “escores crus” (ou brutos), que fornecem

o perfil comportamental da criança ou adolescente. O perfil comportamental aplica-se à faixa etária de quatro a 18 anos e é constituído de nove escalas individuais, oito sempre presentes e uma somente encontrada em crianças de quatro a 11 anos de idade. As nove escalas de perfil comportamental fornecem dados sobre os sintomas psicopatológicos comumente encontrados na infância e na adolescência. Contudo, cabe salientar que estas síndromes não permitem conferir diagnóstico psiquiátricos aos indivíduos avaliados, pois não representam entidades nosológicas. As oito escalas são: I. Retraimento; II. Queixas somáticas; III. Ansiedade/depressão; IV. Problemas com o contato social; V. Problemas com o pensamento; VI. Problemas com a atenção; VII. Comportamento de quebrar regras/disruptivo; e VIII. Comportamento agressivo. As escalas I, II e III, em conjunto, são denominadas de escalas de Introversão (ou Internalização), enquanto as escalas VII e VIII ao serem agrupadas são chamadas de escalas de Extroversão (ou Externalização). A soma dos escores brutos obtidos nas escalas comportamentais individuais corresponde ao total de problemas de comportamento. O perfil comportamental possibilita a conversão dos escores brutos em escores T que, por serem baseados na população geral, indicam se o escore bruto encontrado está desviado do normal. Os pontos de corte em escores T determinam as categorias não clínica, limítrofe e clínica para as escalas comportamentais do CBCL (escalas individuais e somas de escalas). Dependendo dos objetivos do estudo, as categorias do CBCL podem ser reduzidas a duas: não clínica e clínica, através da inclusão dos casos limítrofes na categoria clínica (Achenbach, 1991). Para fins de análise, neste estudo o escore total do CBCL foi considerado de forma dicotômica, como não clínico ou clínico, e não foi utilizada a escala que avalia competência social. O CBCL costuma ser um instrumento autoaplicável, entretanto, devido à variação no nível de escolaridade das mães das crianças, o instrumento era lido pelas entrevistadoras e as mães faziam suas escolhas a cada item. O CBCL foi adaptado para o Brasil por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Dados do estudo de validação do CBCL para a população brasileira mostraram um bom nível de sensibilidade (87.0% a 75.0% para casos leves, 95.4% para moderados e 100% para severos) usando o ponto de corte para a população norte-americana, mas este estudo não pôde medir especificidade devido ao pequeno número de crianças saudáveis contido na amostra. Como não foi realizado um estudo a nível populacional, o ponto de corte usado para a obtenção de escore-T foi o mesmo derivado da população norte-americana. No entanto, pelo fato de o CBCL ser um instrumento amplamente validado e utilizado em diversos países, sua aplicação no presente estudo

justifica-se também por sua validade multicultural (Bird, 1996). Cópia do instrumento no anexo B.

Acompanhamento dos 6-7 anos

Estudo dos 6-7 Anos²: Questionário estruturado e previamente testado, usado para obter informações demográficas e socioeconômicas, bem como acerca da saúde e do desenvolvimento da criança aos 6-7 anos de idade. Este questionário é composto por cinco blocos, que reproduzem grande parte das questões aplicadas no acompanhamento dos quatro anos, a saber: *Cuidado da criança; Saúde da criança; Características da mãe, da família e do domicílio; Gastos com saúde; e Saúde materna*. Para o presente estudo, serão utilizados os blocos de questões *Características da mãe, da família e do domicílio*. Cópia do instrumento no anexo C.

Medidas Antropométricas: foram aferidos peso e altura das crianças e das mães biológicas, utilizando-se balanças e estadiômetros de alta precisão.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa envolvendo a Coorte de 2004, do qual o presente estudo faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas – UFPel (Processo nº 003/08), tendo sido considerado adequado do ponto de vista ético e metodológico, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resoluções 196/96 e 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). Desde o início do estudo, os participantes foram informados sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa e puderam decidir livremente sobre sua participação, sendo-lhes assegurada, dessa forma, sua autonomia. A privacidade e a confidencialidade foram resguardadas, sendo que todo o material obtido por meio de entrevistas e dos instrumentos foi arquivado no Centro de Pesquisas Epidemiológicas (CPE). Todos assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)*. Cópias do documento de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa e dos TCLE dos acompanhamentos dos 4 e dos 6-7 anos estão dispostas nos anexos D, E e F, respectivamente.

² Instrumento disponível em: http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte_2004/questionarios.php

Análise dos dados

Os dados coletados foram registrados no software EPI-INFO versão 6.04, com checagem automática de amplitude e consistência. Para a análise do banco de dados foi utilizado o pacote estatístico STATA 14.0. Inicialmente, os escores brutos do CBCL foram transformados em escores padronizados de acordo com a pontuação da amostra normativa (escore T) e, a partir da padronização dos escores, as crianças foram classificadas como não clínicas (escores $T < 67$), limítrofes (escores $T \geq 67$ e ≤ 70) e clínicas (escores $T > 70$), para cada escala do CBCL/4-18, conforme sugerido por Achenbach (1991). Seguindo o mesmo autor, em relação à soma das escalas (Internalização e Externalização), foram consideradas como não clínicas as crianças que obtiveram escores T menores que 60, como limítrofes as com escores T maiores ou iguais a 60 e menores ou iguais a 63 e clínicas as com escores T maiores que 63. Por fim, optou-se por incluir as crianças limítrofes na categoria clínica, conforme recomendação de Achenbach (1991) para situações de pesquisa.

Inicialmente, para a investigação da associação entre as variáveis sociodemográficas e os problemas de comportamento foi realizada uma análise descritiva exploratória dos dados, calculando-se as proporções das variáveis categóricas. Em um segundo momento foi analisada, por meio de teste do Qui-quadrado para heterogeneidade, a relação entre as variáveis independentes (sociodemográficas) e as dependentes (escore total de problemas, escalas de internalização e de externalização) e cada uma das escalas do CBCL. Pelo fato de algumas variáveis apresentarem frequências esperadas inferiores a cinco em suas categorias, foi utilizado também o Teste Exato de Fischer, a fim de se fazer a correção estatística necessária. As análises foram realizadas com estratificação por sexo, pois segundo a literatura a ocorrência dos problemas de comportamento difere entre meninos e meninas e, assim, a variável sexo poderia acabar confundindo a associação. Foi adotado o nível de confiança estatística de 95%, de modo que foram consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas cujo valor p foi inferior a 0,05.

Para a investigação da associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos e o excesso de peso, inicialmente foram conduzidas análises descritivas, com a finalidade de descrever as frequências absolutas e relativas de todas as variáveis. A seguir, a prevalência de excesso de peso foi calculada de acordo com a exposição a cada uma das variáveis de problemas de comportamento, sociodemográficas e biológicas. Após, foram conduzidas análises de regressão logística bruta e ajustada tendo o excesso de peso como desfecho dicotômico e as variáveis

problemas de comportamento, sociodemográficas e biológicas como exposições de interesse. Para a análise ajustada foram consideradas como potenciais fatores de confusão as variáveis maternas (idade, escolaridade, ter companheiro, além de índice de bens familiares) e da criança (idade gestacional, peso ao nascer, cor da pele e número de irmãos).

A associação longitudinal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos aos quatro anos e excesso de peso aos 6-7 anos também foi testada por meio de regressão logística. Para esta análise, além das variáveis confundidoras consideradas na análise transversal, também se considerou o IMC materno. Utilizou-se o IMC materno coletado no acompanhamento dos 6-7 anos porque não se tem essa informação no baseline (quatro anos) e, além disso, se considerou que o IMC em adultos não tende a ter uma mudança radical em tão pouco tempo (cf. Anjos, 1992) nesse caso, dois anos. No entanto, pôde-se perceber que não houve alteração significativa nos resultados após incluir a variável IMC materno na análise ajustada.

Todas as análises foram conduzidas estratificadas por gênero da criança, sendo calculadas as respectivas razões de Odds e os intervalos de confiança de 95% para cada associação testada. Foram obtidos valores p através de testes de Wald para heterogeneidade, tendo sido consideradas diferenças estatisticamente significativas aquelas cujo valor p foi inferior a 0,05.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três seções. Primeiramente serão apresentados os resultados das análises de associação entre os fatores sociodemográficos e a prevalência de problemas de comportamento nas crianças de quatro anos de idade. Serão descritas as prevalências de problemas de comportamento nas crianças segundo o gênero e, em seguida, as prevalências de problemas de comportamento segundo as variáveis sociodemográficas índice de bens (em quintis) e escolaridade materna, estratificadas também por gênero.

Na segunda seção serão apresentados os resultados das análises de associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos e o excesso de peso nas crianças de quatro anos de idade. Por fim, na terceira seção serão expostos os resultados da investigação da associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças de peso adequado aos quatro anos de idade, mas com excesso de peso aos 6-7 anos.

3.1. Fatores sociodemográficos associados à prevalência de problemas de comportamento nas crianças de quatro anos de idade

Nesta seção são apresentados os resultados referentes à ocorrência de problemas de comportamento nas crianças, segundo gênero, com base nos escores obtidos no CBCL. São descritas as prevalências de cada uma das escalas individuais do CBCL, a saber: I. Retraimento; II. Queixas somáticas; III. Ansiedade/depressão; IV. Problemas com o Contato social; V. Problemas com o pensamento; VI. Problemas com a atenção; VII. Comportamento de quebrar regras/disruptivo; e VIII. Comportamento agressivo. São apresentadas ainda as prevalências das escalas de internalização (obtida através da soma dos escores das escalas I, II e III) e de externalização (soma dos escores das escalas VII e VIII). Conforme mencionado na descrição do instrumento, o escore total do CBCL foi considerado de forma dicotômica, como não clínico ou clínico. Além disso, são apresentados os resultados acerca da ocorrência de problemas de comportamento segundo as variáveis índice de bens (apresentada em quintis), e escolaridade materna (categorizada em quatro categorias: 0-3 anos de escolaridade, 4-7 anos, 8-10 anos, e 11 anos ou mais de

estudo). São descritas ainda as prevalências de cada uma das escalas individuais do CBCL, além das prevalências das escalas de internalização e de externalização.

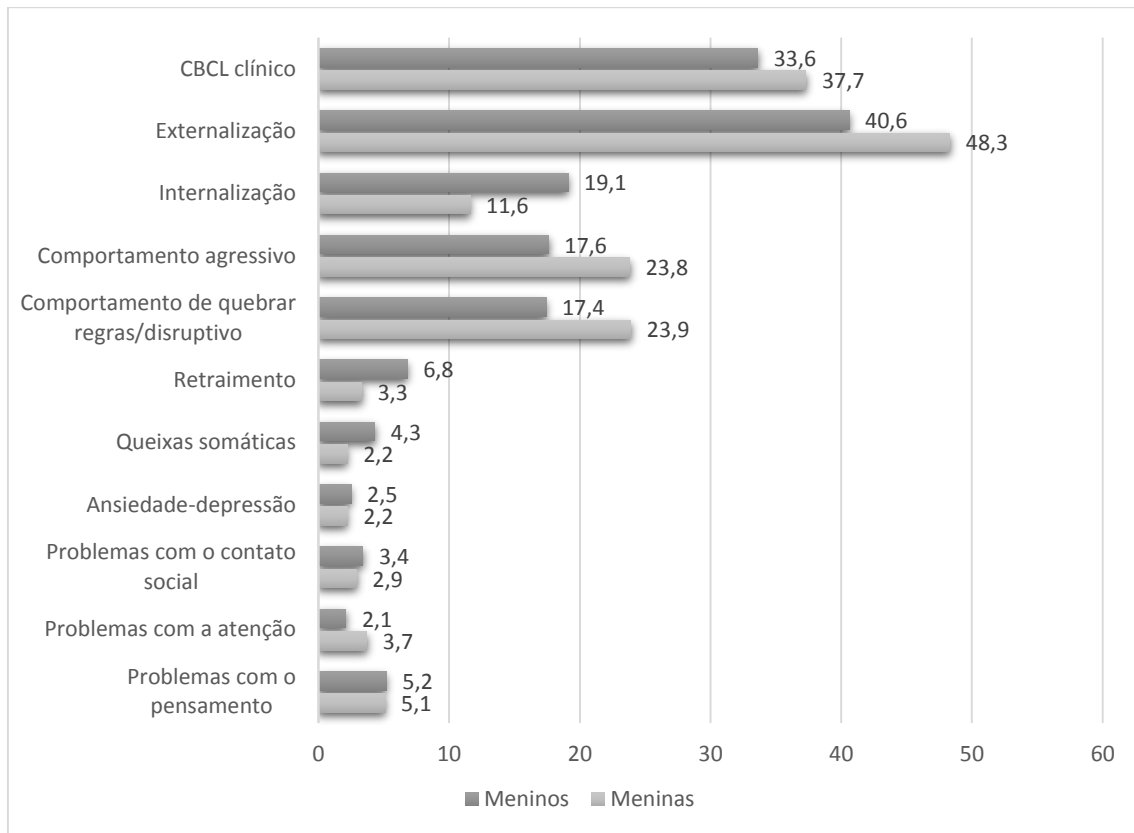
A Figura 1 mostra a prevalência dos problemas de comportamento na amostra total (n=3750) com estratificação por gênero. Nota-se que a ocorrência total de problemas comportamentais foi alta, 35,6%. Contrariamente à primeira hipótese do estudo, as meninas apresentaram uma maior prevalência de problemas, sendo significativa a diferença entre elas e os meninos em relação ao escore total do CBCL (meninas 37,7%, meninos 33,6%, $p=0.009$). Os problemas do tipo externalização foram os mais prevalentes, ocorrendo em 44,3% da amostra (n=1663) e, novamente, as meninas foram as que apresentaram mais problemas desse tipo, em comparação aos meninos (48,3 e 40,6%, $p<0.001$). Já os problemas de internalização tiveram uma prevalência bem menor, 15,5% da amostra e sua ocorrência foi significativamente maior entre os meninos, comparados às meninas (19,1% e 11,6%, $p<0.001$).

Com relação a cada uma das escalas de perfil comportamental do CBCL, as mais prevalentes foram as escalas de externalização, com destaque para comportamento de quebrar regras/disruptivo (20,5%) e comportamento agressivo (20,6%). Houve diferença significativa em ambas as escalas no que se refere ao sexo, sendo sua ocorrência maior entre as meninas. Na escala de comportamento de quebrar regras/disruptivo, a prevalência nas meninas foi de 23,9%, enquanto nos meninos foi de 17,4% ($p<0.001$). Com relação ao comportamento agressivo, a prevalência nas meninas foi de 23,8%, ao passo que nos meninos foi de 17,6% ($p<0.001$).

No que se refere às escalas de internalização, a de retraimento teve uma prevalência de 5,1%, e sua ocorrência nos meninos foi mais que o dobro que nas meninas (6,8 e 3,3% respectivamente, $p<0,001$). Na escala de queixas somáticas, cuja prevalência na amostra foi de 3,2%, a ocorrência também foi maior entre os meninos, representando 4,3% contra 2,2% nas meninas ($p<0,001$). Sintomas de ansiedade/depressão ocorreram em 2,3% das crianças (meninas: 2,2% e meninos: 2,5%), não havendo diferença significativa entre os sexos em relação a essa escala.

A prevalência de problemas com a atenção foi de 2,8% na amostra, ocorrendo significativamente mais entre as meninas (3,7%), em relação aos meninos (2,1%, $p=0.003$). Já a prevalência de problemas com o pensamento foi de 5,2% (meninas: 5,1% e meninos: 5,2%) e de problemas com o contato social 3,1% (meninas: 2,9% e meninos: 3,4%). Não houve diferenças significativas entre os sexos em relação a essas duas escalas.

Figura 1. Prevalência de problemas de comportamento nas crianças, segundo gênero. (n=3750)



No que se refere à associação entre as variáveis sociodemográficas estudadas e os problemas de comportamento, confirma-se a segunda hipótese do estudo, de que a ocorrência de problemas de comportamento seria maior entre crianças com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna. Conforme pode ser visto na Tabela 2, existe diferença significativa na ocorrência de problemas de comportamento entre os quintis de índice de bens, havendo maior prevalência entre crianças de nível socioeconômico mais baixo, pertencentes ao primeiro quintil e seguindo uma tendência linear de diminuição conforme o nível vai se tornando mais alto. Isso ocorre tanto nos meninos como nas meninas. Por exemplo, em crianças pertencentes ao primeiro quintil, a prevalência de problemas de comportamento foi mais que o dobro da prevalência nas crianças pertencentes ao quinto quintil, isto é, de nível socioeconômico mais alto (meninos: 51,0% e 23,0%; meninas: 51,6% e 25,8%).

Em relação à escolaridade materna um padrão semelhante pode ser observado, havendo diferença significativa na prevalência de problemas de comportamento entre as mães com menos escolaridade e seguindo uma tendência linear de diminuição conforme

o nível vai se tornando mais alto. Isso ocorre tanto nos meninos como nas meninas, sem diferença significativa entre os sexos. Por exemplo, em filhos/as de mães com escolaridade de 0 a 3 anos a ocorrência total de problemas foi bem maior (meninos: 49,7%; meninas: 55,6%), do que em filhos/as de mães com escolaridade de 11 anos ou mais (meninos: 24,9%; meninas: 28,6%), ($p < 0,001$).

A prevalência de problemas de externalização também é maior entre crianças de famílias de menor nível socioeconômico. Por exemplo, a ocorrência de problemas de externalização no quintil mais baixo de índice de bens chega a ser mais que o dobro da ocorrência no quintil mais alto (61,3 e 28,9%, respectivamente, $p < 0,001$) entre os meninos. Entre as meninas, 59,0% das pertencentes ao quintil mais baixo possuem problemas de externalização, enquanto 38,1% das pertencentes ao quintil mais alto apresentam tais problemas. O mesmo ocorre nas crianças cujas mães possuem menor escolaridade, havendo maiores diferenças entre os extremos de escolaridade 0-3 anos e 11+ anos tanto nos meninos (51,1 e 30,7%, $p < 0,001$) como nas meninas (60,4 e 40,2%, $p < 0,001$).

Com relação aos problemas de internalização, observa-se um padrão semelhante, com uma tendência linear de aumento em sua ocorrência conforme há uma diminuição nas condições socioeconômicas da família, bem como na escolaridade materna. Assim, esses problemas são significativamente mais prevalentes entre os meninos de nível socioeconômico mais baixo, em relação aos de nível mais alto (31,9 e 11,4% respectivamente, $p < 0,001$) e cujas mães possuem escolaridade de 0-3 anos em comparação às com 11 ou mais anos completos de estudo (29,4 e 11,4%, $p < 0,001$). A mesma diferença significativa pode ser observada entre as meninas, embora as prevalências sejam um pouco inferiores às dos meninos nesse tipo de problema.

Na análise de cada uma das escalas individuais de comportamento pode-se notar, de uma forma geral, resultados similares, havendo maior prevalência de problemas nas escalas tanto de tipo externalização como de internalização, em crianças pertencentes a níveis socioeconômicos mais baixos e cujas mães possuem menos anos de escolaridade. Nas escalas de comportamento de quebrar regras/disruptivo e de comportamento agressivo, por exemplo, pode-se notar uma tendência linear de diminuição nas prevalências conforme o nível socioeconômico e a escolaridade materna vão se tornando mais altos. Por exemplo, a ocorrência de comportamento agressivo entre os meninos pertencentes ao 1º quintil foi de 31,9%, ao passo que entre os pertencentes ao 5º quintil foi de 11,4% ($p < 0,001$); 25,9% dos meninos cujas mães possuíam escolaridade de 0-3

anos apresentaram comportamento agressivo, enquanto nos filhos de mães com nível de escolaridade de 11 anos ou mais a prevalência foi de 12,0% ($p < 0,001$). Nas meninas foi observada a mesma tendência, com prevalências de 33,2% nas pertencentes ao 1º quintil de índice de bens, e 14,6% ao 5º ($p < 0,001$). Em relação à escolaridade materna, 36,8% das meninas cujas mães possuíam de 0-3 anos completos de estudo apresentaram comportamento agressivo. Essas prevalências diminuem drasticamente conforme a escolaridade da mãe vai aumentando, chegando a 15,1% na faixa de 11 ou mais anos ($p < 0,001$).

Por outro lado, não foi constatada associação significativa entre índice de bens e escolaridade materna e a ocorrência de problemas de comportamento em algumas escalas. Por exemplo, na escala de queixas somáticas não houve diferença significativa na ocorrência desses problemas entre os quintis de índice de bens e as categorias de escolaridade materna entre os meninos. Já nas meninas, houve diferença significativa apenas em relação ao índice de bens, havendo uma prevalência maior de queixas somáticas no segundo quintil (5,3%, $p = 0,002$) em relação aos demais.

Tabela 2. Prevalência de problemas de comportamento, segundo índice de bens e escolaridade materna, e segundo gênero da criança (n=3750).

	Variável	CBCL Clínico % (N)	<i>p</i>	Externalização % (N)	<i>p</i>	Internalização % (N)	<i>p</i>	Retraimento % (N)	<i>P</i>	Queixas Somáticas % (N)	<i>p</i>	Ansiedade Depressão % (N)	<i>p</i>
Meninos	Índice de bens		<0,001		<0,001		<0,001		0,016		0,172		0,280*
	Q1	51,0 (104)		61,3 (125)		31,9 (65)		10,8 (22)		5,9 (12)		3,9 (8)	
	Q2	39,3 (105)		45,7 (122)		24,0 (64)		7,5 (20)		6,0 (16)		1,5 (4)	
	Q3	38,9 (174)		45,6 (204)		22,4 (100)		8,5 (38)		3,4 (15)		3,4 (15)	
	Q4	31,2 (129)		39,2 (162)		17,7 (73)		5,3 (22)		4,6 (19)		1,9 (8)	
	Q5	23,0 (141)		28,9 (177)		11,4 (70)		4,9 (30)		3,1 (19)		2,1 (13)	
Meninas	Índice de bens		<0,001		<0,001		<0,001		0,002		0,001*		<0,001*
	Q1	51,6 (98)		59,0 (112)		16,3 (31)		3,7 (7)		2,6 (5)		5,3 (10)	
	Q2	46,4 (141)		53,6 (163)		16,5 (50)		6,9 (21)		5,3 (16)		4,0 (12)	
	Q3	43,4 (183)		54,0 (228)		13,3 (56)		3,1 (13)		1,9 (8)		1,7 (7)	
	Q4	34,0 (120)		46,7 (165)		10,5 (37)		2,8 (10)		1,4 (5)		1,7 (6)	
	Q5	25,8 (138)		38,1 (204)		6,7 (36)		1,7 (9)		0,9 (5)		0,8 (4)	
Meninos	Escolaridade materna		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		0,308		0,095
	0-3	49,7 (71)		51,1 (73)		29,4 (42)		12,6 (18)		6,3 (9)		4,2 (6)	
	4-7	43,3 (266)		50,2 (308)		27,7 (170)		10,9 (67)		4,9 (30)		3,4 (21)	
	8-10	30,3 (125)		41,7 (172)		17,2 (71)		4,1 (17)		3,9 (16)		1,7 (7)	
	11+	24,9 (190)		30,7 (234)		11,4 (87)		3,9 (30)		3,4 (26)		1,8 (14)	
Meninas	Escolaridade materna		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		0,562*		<0,001*
	0-3	55,6 (80)		60,4 (87)		20,1 (29)		8,3 (12)		2,8 (4)		6,3 (9)	
	4-7	46,8 (272)		57,5 (334)		16,5 (96)		4,1 (24)		2,8 (16)		3,3 (19)	
	8-10	33,0 (139)		44,4 (187)		8,3 (35)		3,1 (13)		1,7 (7)		1,4 (6)	
	11+	28,6 (187)		40,2 (263)		7,5 (49)		1,4 (9)		1,8 (12)		0,8 (5)	

* Teste Exato de Fischer

Tabela 2. Continuação

	Variável	Comportamento Agressivo % (N)	<i>p</i>	Comportamento de Quebrar regras % (N)	<i>p</i>	Problemas Contato Social % (N)	<i>p</i>	Problemas Atenção % (N)	<i>p</i>	Problemas Pensamento % (N)	<i>p</i>
Meninos	Índice de bens		<0,001		<0,001		0,004		0,060*		0,078
	Q1	31,9 (65)		34,3 (70)		6,9 (14)		2,9 (6)		8,3 (17)	
	Q2	18,7 (50)		26,2 (70)		4,9 (13)		3,0 (8)		5,2 (14)	
	Q3	19,7 (88)		19,0 (85)		3,6 (16)		2,5 (11)		6,3 (28)	
	Q4	16,7 (69)		16,2 (67)		2,4 (10)		2,7 (11)		4,8 (20)	
	Q5	11,4 (70)		7,5 (46)		1,8 (11)		0,6 (4)		3,6 (22)	
Meninas	Índice de bens		<0,001		<0,001		<0,001*		<0,001*		0,184
	Q1	33,2 (63)		35,8 (68)		7,4 (14)		7,4 (14)		7,4 (14)	
	Q2	29,9 (91)		32,2 (98)		3,6 (11)		5,6 (17)		6,9 (21)	
	Q3	27,5 (116)		25,4 (107)		3,6 (15)		5,0 (21)		5,2 (22)	
	Q4	23,0 (81)		22,7 (80)		2,6 (9)		2,6 (9)		3,7 (13)	
	Q5	14,6 (78)		14,6 (78)		0,8 (4)		0,9 (5)		4,3 (23)	
Meninos	Escolaridade materna		<0,001		<0,001		0,001		<0,001*		0,004
	0-3	25,9 (37)		31,5 (45)		8,4 (12)		6,3 (9)		5,6 (8)	
	4-7	23,6 (145)		24,8 (152)		4,1 (25)		3,1 (19)		7,7 (47)	
	8-10	16,2 (67)		17,2 (71)		2,4 (10)		2,2 (9)		5,1 (21)	
	11+	12,0 (92)		9,2 (70)		2,2 (17)		0,4 (3)		3,8 (25)	
Meninas	Escolaridade materna		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001		0,680
	0-3	36,8 (53)		34,0 (49)		9,0 (13)		8,3 (12)		6,3 (9)	
	4-7	32,5 (189)		32,9 (191)		4,1 (24)		5,2 (30)		5,9 (34)	
	8-10	20,9 (88)		20,0 (84)		2,4 (10)		2,6 (11)		4,8 (20)	
	11+	15,1 (99)		16,2 (106)		0,9 (6)		2,0 (13)		4,6 (30)	

* Teste Exato de Fischer

3.2 Associação transversal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos e o excesso de peso

A terceira hipótese do presente estudo era de que o excesso de peso seria maior entre as crianças de quatro anos que apresentavam problemas de comportamento. As Tabelas 3 e 4 apresentam a descrição dos resultados e as associações bruta e ajustada entre os problemas de comportamento e o excesso de peso entre os meninos e as meninas, respectivamente. Entre os meninos, 33,6% apresentaram escore total do CBCL classificado como clínico, enquanto entre as meninas, 37,7% foram classificadas desta forma. Pode-se observar que entre os meninos que apresentaram problemas de comportamento, 14,6% deles tinham excesso de peso, ao passo que 15,2% dos que não apresentavam problemas de comportamento possuíam excesso de peso. Entre as meninas, 11,7% das que apresentavam problemas de comportamento também apresentavam excesso de peso, enquanto 12,0% das que não possuíam problemas de comportamento apresentavam excesso de peso.

Observa-se ainda que, tanto entre os meninos (Tabela 3) como entre as meninas (Tabela 4) com excesso de peso, os problemas de externalização (40,6% e 48,3%, respectivamente), comportamento agressivo (17,6% e 23,8%) e comportamento de quebrar regras/disruptivo (17,4% e 23,9%) foram os mais prevalentes. Conforme pode ser visto na Tabela 3, a análise bruta também aponta maiores chances de excesso de peso entre os meninos que apresentaram problemas de comportamento do tipo queixas somáticas, problemas com a atenção e problemas com o pensamento, em comparação aos que não apresentaram tais problemas. Apesar disso, as diferenças entre esses grupos se mostraram inexpressivas, de modo que tanto nas análises brutas quanto nas ajustadas não é observada significância estatística.

Já entre as meninas, como pode ser visto na Tabela 4, os resultados da análise bruta mostram que as que tinham excesso de peso apresentaram mais problemas de internalização, retraimento, comportamento agressivo, e comportamento de quebrar regras/disruptivo, em comparação àquelas que não apresentaram estes problemas. Após ajuste para as variáveis sociodemográficas, a associação entre excesso de peso e tais problemas de comportamento mostrou-se um pouco mais forte, entretanto, não alcançou o nível de significância. A única exceção foi a variável problemas de ansiedade/depressão, que já na análise bruta mostrou associação significativa com excesso de peso, que se tornou ainda mais forte quando realizado o controle para as variáveis

sociodemográficas. Pode-se observar, assim, que as meninas que apresentaram problemas de ansiedade-depressão tiveram chance maior de apresentar também excesso de peso, quando comparadas às demais (OR: 3,79 [IC95%:1,60-8,97]; $p=0,002$). Portanto, somente este resultado apoia a hipótese de que o excesso de peso seria maior entre as crianças de quatro anos que apresentavam problemas de comportamento.

A quarta hipótese do estudo previa que o excesso de peso, tanto aos quatro quanto aos 6-7 anos de idade, seria maior em crianças provenientes de famílias com nível socioeconômico mais alto, e cujas mães possuíam maior escolaridade. A Tabela 5 apresenta as prevalências de excesso de peso segundo as variáveis sociodemográficas aos quatro quanto aos 6-7 anos. Aos quatro anos, conforme pode ser visto, entre os meninos, não houve diferença significativa de excesso de peso entre as categorias de nenhuma das variáveis sociodemográficas estudadas. Observa-se apenas uma diferença marginalmente significativa ($p<0,069$) para a escolaridade, indicando, como era esperado, que o excesso de peso dos meninos seria maior entre as mães com escolaridade mais alta. Isso aparece de forma mais clara entre as meninas cujas mães tinham mais anos de escolaridade (8-10 e 11+) e apresentaram maiores prevalências de excesso de peso ($p=0,010$). Entretanto, na análise ajustada³ para as demais variáveis verificou-se que a diferença na prevalência de excesso de peso entre as categorias de escolaridade materna diminuiu a ponto de perder sua significância ($p=0,157$). Aos 6-7 anos também não aparece associação estatisticamente significativa entre excesso de peso infantil e nível socioeconômico e escolaridade materna. Dessa forma, a quarta hipótese do estudo não foi corroborada.

Com relação às demais variáveis sociodemográficas estudadas, aos quatro anos observa-se uma diferença significativa envolvendo as meninas e o número de irmãos, de modo que as que não tinham irmão tenderam a apresentar maior prevalência de excesso de peso ($p=0,047$). No entanto, após ajuste, a prevalência de excesso de peso entre as categorias número de irmãos tornou-se não significativa ($p=0,183$). Aos 6-7 anos há associação significativa entre excesso de peso das crianças e IMC materno, de modo que se nota uma prevalência maior de crianças com excesso de peso entre as mães que também possuem peso excessivo, e essa tendência pode ser observada tanto entre os meninos (27,4%, $p<0,001$) como entre as meninas (26,2%, $p=0,014$).

³ Optou-se por não apresentar as análises ajustadas.

Tabela 3 – Descrição dos problemas de comportamento e sua associação com excesso de peso aos quatro anos entre os meninos.

Variáveis	% (N)	% Excesso de peso	Análise bruta		Análise ajustada*	
			OR (IC _{95%})	p	OR (IC _{95%})	p
Escore total				0,760		0,877
Não	66,4 (1291)	15,2	1,00		1,00	
Sim	33,6 (653)	14,6	0,96 (0,72-1,27)		0,98 (0,72-1,32)	
Internalização				0,704		0,914
Não	80,9 (1572)	15,2	1,00		1,00	
Sim	19,1 (372)	14,3	0,94 (0,66-1,32)		0,98 (0,68-1,42)	
Externalização				0,243		0,372
Não	59,4 (1154)	15,9	1,00		1,00	
Sim	40,6 (790)	13,8	0,85 (0,64-1,12)		0,87 (0,65-1,17)	
Retraimento				0,489		0,551
Não	93,2 (1812)	15,2	1,00		1,00	
Sim	6,8 (132)	12,7	0,82 (0,46-1,45)		0,83 (0,44-1,55)	
Queixas somáticas				0,742		0,845
Não	95,8 (1863)	15,0	1,00		1,00	
Sim	4,2 (81)	16,4	1,12 (0,58-2,16)		1,07 (0,53-2,15)	
Contato social				0,478		0,562
Não	96,7 (1880)	15,1	1,00		1,00	
Sim	3,3 (64)	11,5	0,73 (0,31-1,73)		0,76 (0,29-1,95)	
Ansiedade/depressão				0,404		0,543
Não	97,5 (1896)	15,1	1,00		1,00	
Sim	2,5 (48)	10,3	0,64 (0,23-1,82)		0,72 (0,25-2,07)	
Problemas de atenção				0,407		0,902
Não	97,9 (1903)	14,9	1,00		1,00	
Sim	2,1 (40)	20,0	1,46 (0,62-3,30)		0,93 (0,32-2,75)	
Agressividade				0,240		0,278
Não	82,4 (1602)	15,5	1,00		1,00	
Sim	17,6 (342)	12,8	0,80 (0,55-1,16)		0,81 (0,54-1,19)	
Comportamento de quebrar regras				0,138		0,220
Não	82,6 (1606)	15,6	1,00		1,00	
Sim	17,4 (338)	12,2	0,75 (0,52-1,09)		0,76 (0,52-1,16)	
Problemas de pensamento				0,160		0,373
Não	94,8 (1843)	14,7	1,00		1,00	
Sim	5,2 (101)	15,2	1,47 (0,86-2,51)		1,31 (0,72-2,40)	

Ajuste para: Idade da mãe; escolaridade da mãe; cor da pele, índice de bens, mãe possuir companheiro, idade gestacional, peso ao nascer, número de irmãos.

Tabela 4 – Descrição dos problemas de comportamento e sua associação com excesso de peso aos quatro anos entre as meninas.

Variáveis	% (N)	% Excesso de peso	Análise bruta		Análise ajustada*	
			OR (IC _{95%})	p	OR (IC _{95%})	p
Escore total				0,841		0,536
Não	62,3 (1125)	12,0	1,00		1,00	
Sim	37,7 (681)	11,7	0,97 (0,71-1,33)		1,11 (0,79-1,56)	
Internalização				0,530		0,100
Não	88,4 (1596)	11,7	1,00		1,00	
Sim	11,6 (210)	13,3	1,16 (0,73-1,83)		1,49 (0,93-2,40)	
Externalização				0,691		0,723
Não	51,7 (933)	12,2	1,00		1,00	
Sim	48,3 (873)	11,6	0,94 (0,69-1,28)		1,06 (0,77-1,47)	
Retraimento				0,483		0,201
Não	96,7 (1746)	11,8	1,00		1,00	
Sim	3,3 (60)	15,2	1,34 (0,59-3,04)		1,73 (0,75-4,01)	
Queixas somáticas				0,699		0,933
Não	97,8 (1767)	12,0	1,00		1,00	
Sim	2,2 (39)	9,7	0,79 (0,24-2,62)		0,95 (0,283,21)	
Contato social				0,560		0,988
Não	97,1 (1753)	12,0	1,00		1,00	
Sim	2,9 (53)	9,1	0,73 (0,26-2,08)		0,99 (0,34-2,88)	
Ansiedade/depressão				0,020		0,002
Não	97,8 (1767)	11,6	1,00		1,00	
Sim	2,2 (39)	25,8	2,64 (1,16-6,00)		3,79 (1,60-8,97)	
Problemas de atenção				0,253		0,451
Não	1740 (96,3)	11,1	1,00		1,00	
Sim	66 (3,7)	7,0	0,54 (0,19-1,53)		0,70 (0,24-1,90)	
Agressividade				0,771		0,249
Não	76,2 (1376)	11,8	1,00		1,00	
Sim	23,8 (430)	12,3	1,05 (0,74-1,50)		1,24 (0,86-1,83)	
Comportamento de quebrar regras/disruptivo				0,754		0,205
Não	76,1 (1375)	11,8	1,00		1,00	
Sim	23,9 (431)	12,4	1,06 (0,74-1,51)		1,27 (0,87-1,85)	
Problemas de pensamento				0,538		0,903
Não	94,8 (1713)	12,0	1,00		1,00	
Sim	5,2 (93)	9,8	0,79 (0,38-1,67)		0,95 (0,45-2,03)	

Ajuste para: Idade da mãe; escolaridade da mãe; cor da pele, índice de bens, mãe possuir companheiro, idade gestacional, peso ao nascer, número de irmãos.

Tabela 5 – Prevalência de excesso de peso aos quatro e aos 6-7 anos de acordo com variáveis sociodemográficas.

Variáveis sociodemográficas	4 anos				6-7 anos			
	Meninos		Meninas		Meninos		Meninas	
	% (n)	<i>p</i>	% (n)	<i>p</i>	% (n)	<i>p</i>	% (n)	<i>p</i>
Índice de bens		0,323		0,102		0,914		0,373
Q1	12,9 (23)		11,5 (19)		22,4 (32)		25,6 (34)	
Q2	14,2 (34)		12,4 (34)		22,7 (44)		27,8 (63)	
Q3	12,8 (50)		9,7 (36)		23,6 (73)		21,1 (66)	
Q4	15,5 (58)		9,5 (29)		25,6 (76)		27,3 (71)	
Q5	17,4 (93)		15,0 (71)		24,9 (101)		24,7 (95)	
Escolaridade da mãe		0,069		0,010		0,359		0,869
0-3	17,7 (23)		7,4 (9)		20,6 (20)		24,8 (26)	
4-7	12,6 (69)		9,4 (48)		24,3 (108)		24,4 (104)	
8-10	13,6 (50)		16,0 (58)		27,7 (82)		26,8 (78)	
11+	17,6 (117)		12,6 (75)		22,8 (115)		24,3 (119)	
Idade da mãe		0,912		0,900		0,271		0,434
< 20	12,1 (4)		12,9 (4)		26,9 (7)		12,6 (3)	
20-29	15,4 (121)		11,3 (83)		25,1 (154)		24,3 (148)	
30-39	14,8 (94)		12,4 (77)		22,2 (112)		25,3 (130)	
Mãe tem companheiro		0,975		0,975		0,071		0,533
Não	16,3 (57)		12,0 (39)		20,1 (55)		23,4 (63)	
Sim	14,8 (202)		11,9 (151)		25,3 (108)		25,3 (264)	
Idade gestacional		0,393		0,485		0,635		0,328
< 37 semanas	12,1 (28)		10,0 (22)		23,2 (44)		29,2 (54)	
37-41 semanas	15,5 (214)		12,4 (157)		24,6 (266)		24,5 (255)	
≥ 42 semanas	16,0 (16)		10,2 (11)		20,0 (15)		22,2 (20)	
Peso ao nascer		0,191		0,872		0,575		0,589
< 2,500g	11,2 (15)		11,5 (18)		26,3 (30)		23,0 (29)	
≥ 2,500g	15,5 (244)		12,0 (172)		24,0 (296)		25,2 (300)	
Nº de irmãos		0,737		0,047		0,818		0,441
Nenhum	15,3 (100)		14,4 (82)		24,4 (125)		23,2 (107)	
1	14,2 (87)		11,4 (65)		23,2 (112)		25,1 (120)	
2+	15,0 (72)		9,5 (43)		25,1 (89)		27,1 (102)	

* Valor de p calculado pelo teste de Qui-quadrado para heterogeneidade

Tabela 5 – Continuação

Variáveis sociodemográficas	4 anos				6-7 anos			
	Meninos		Meninas		Meninos		Meninas	
	% (n)	<i>p</i>	% (n)	<i>p</i>	% (n)	<i>p</i>	% (n)	<i>p</i>
IMC materno						<0,001		0,014
Baixo peso	-		-		3,7 (1)		6,9 (2)	
Peso adequado	-		-		16,1 (63)		20,2 (71)	
Excesso de peso	-		-		27,4 (125)		26,2 (126)	

* Valor de *p* calculado pelo teste de Qui-quadrado para heterogeneidade

3.3. Associação longitudinal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças de peso adequado aos quatro anos, mas com excesso de peso aos 6-7 anos

A quinta hipótese do estudo previa que as crianças de peso adequado e que apresentavam problemas de comportamento aos quatro anos tenderiam a apresentar maior prevalência de excesso de peso aos 6-7 anos, em comparação às crianças de peso adequado, mas que não apresentavam tais problemas aos quatro anos. A prevalência de excesso de peso na amostra total do acompanhamento dos 6-7 anos foi de 34,3%, sendo de 25% quando consideradas apenas as crianças com peso adequado no acompanhamento dos quatro anos (dados não apresentados). A Tabela 6 apresenta a análise longitudinal entre problemas de comportamento aos quatro anos e excesso de peso aos 6-7 anos, para os meninos e meninas. Para esta análise foram consideradas apenas aquelas crianças com peso adequado aos quatro anos (meninos=1.329; meninas=1.306). Pode-se perceber que, tanto na análise bruta quanto na ajustada, não houve associação longitudinal entre problemas de comportamento e excesso de peso entre os meninos.

Entre as meninas, a análise bruta mostrou associação entre excesso de peso e problemas de internalização (OR: 1,59 [1,10 – 2,31]; $p=0,015$), ou seja, meninas que tinham peso adequado mas apresentaram problemas de internalização aos quatro anos tiveram 59% mais chance de apresentarem excesso de peso aos 6-7 anos, em comparação àquelas que não apresentaram tais problemas de comportamento. Também foi encontrada associação entre excesso de peso e problemas de retraimento (OR: 2,20 [1,12 – 4,33]; $p=0,022$), de modo que as meninas com peso adequado, mas com retraimento aos quatro anos tiveram 120% mais chance de apresentarem excesso de peso aos seis anos, se comparadas às meninas que não apresentaram tais problemas de comportamento. Apesar da significância destas associações na análise bruta, quando realizado ajuste para as variáveis sociodemográficas estas associações tornaram-se estatisticamente não significativas, mostrando que o efeito dos problemas de comportamento sobre o excesso de peso estava sendo confundido por tais variáveis.

Tabela 6 – Associação longitudinal entre problemas de comportamento aos quatro anos e excesso de peso aos 6-7 anos.

Variáveis	Meninos				Meninas			
	OR bruto (IC95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC95%)	<i>p</i>	OR bruto (IC95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC95%)	<i>p</i>
Escore total		0,960		0,933		0,535		0,638
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,99 (0,76-1,29)		1,02 (0,70-1,47)		1,09 (0,84-1,41)		1,09 (0,76-1,56)	
Internalização		0,993		0,684		0,015		0,347
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,00 (0,73-1,37)		0,91 (0,58-1,43)		1,59 (1,10-2,31)		1,29 (0,76-2,17)	
Externalização		0,351		0,887		0,677		0,514
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,89 (0,69-1,14)		0,97 (0,68-1,39)		0,95 (0,74-1,22)		1,12 (0,80-1,57)	
Retraimento		0,774		0,689		0,022		0,316
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,07 (0,66-1,76)		0,86 (0,43-1,76)		2,20 (1,12-4,33)		1,62 (0,63-4,17)	
Queixas somáticas		0,773		0,470		0,437		0,182
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,90 (0,47-1,79)		1,37 (0,59-3,19)		0,68 (0,25-1,81)		0,25 (0,03-1,93)	
Problemas com o contato social		0,659		0,876		0,322		0,494
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,85 (0,40-1,79)		0,92 (0,33-2,60)		0,64 (0,26-1,55)		0,64 (0,18-2,28)	
Ansiedade/depressão		0,536		0,997		0,530		0,241
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,28 (0,58-2,81)		1,00 (0,32-3,19)		0,70 (0,24-2,11)		0,29 (0,04-2,30)	
Problemas com a atenção		0,071		0,524		0,938		0,970
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	2,10 (0,94-4,74)		1,43 (0,47-4,32)		0,97 (0,50-1,89)		0,98 (0,38-2,53)	

Ajuste para: Idade da mãe; escolaridade da mãe; cor da pele, índice de bens, mãe possuir marido/companheiro, idade gestacional, peso ao nascer, número de irmãos e IMC materno

Tabela 6 – Continuação

Variáveis	Meninos				Meninas			
	OR bruto (IC95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC95%)	<i>p</i>	OR bruto (IC95%)	<i>p</i>	OR ajustado (IC95%)	<i>p</i>
Comportamento agressivo		0,397		0,756		0,895		0,341
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	0,86 (0,62-1,21)		1,07 (0,69-1,70)		1,02 (0,76-1,37)		1,22 (0,81-1,83)	
Comportamento de quebrar regras		0,514		0,774		0,721		0,442
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,11 (0,81-1,53)		1,07 (0,68-1,66)		1,05 (0,79-1,41)		1,17 (0,79-1,73)	
Problemas com o pensamento		0,514		0,813		0,397		0,539
Não	1,00		1,00		1,00		1,00	
Sim	1,20 (0,69-2,10)		0,90 (0,39-2,08)		1,25 (0,74-2,12)		1,27 (0,59-2,70)	

Ajuste para: Idade da mãe; escolaridade da mãe; cor da pele, índice de bens, mãe possuir marido/companheiro, idade gestacional, peso ao nascer, número de irmãos e IMC materno

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO

A discussão será apresentada em cinco seções. Inicialmente, serão discutidos os resultados sobre os fatores sociodemográficos associados à prevalência de problemas de comportamento nas crianças de quatro anos de idade. Num segundo momento, serão discutidos os resultados da investigação da associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos com o excesso de peso nas crianças de quatro anos de idade. Após, serão discutidos os resultados da associação longitudinal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças de peso adequado aos quatro anos de idade, mas com excesso de peso aos 6-7 anos. Por fim, serão discutidas as limitações do estudo e apresentadas as considerações finais.

4.1. Fatores sociodemográficos associados à prevalência de problemas de comportamento nas crianças de quatro anos de idade

A prevalência de problemas de comportamento encontrada neste estudo foi alta (35,6%) e este achado é muito relevante tendo em vista o tamanho da amostra pesquisada (n=3750), além do fato de as crianças serem bastante novas, tendo apenas quatro anos de idade. Outro estudo com amostra bem menor, realizado no Brasil (Borsa, Souza & Bandeira, 2011) também encontrou prevalência alta (39,3%), mas em escolares com idade entre oito e 12 anos. Ocorrência semelhante em escolares (34,0%) foi encontrada em outro país em desenvolvimento, o Paquistão (Syed, Hussein & Mahmud, 2007). Além dessa elevada prevalência de problemas de comportamento, em termos gerais, chama atenção a alta ocorrência de problemas de externalização (44,3%) e mesmo de internalização (15,5%). Apesar de a maioria dos estudos indicarem que os problemas de externalização são os mais frequentes (Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araújo & Rohde, 2010; Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004), alguns indicam maior prevalência dos problemas de internalização (Borsa et al., 2011; Furniss et al., 2009), não havendo, portanto, consenso na literatura.

A respeito da alta prevalência de problemas de externalização encontrada no presente estudo, a literatura sugere que ela tende a diminuir com a idade (Anselmi et al.,

2008; Keiley, Bates, Dodge & Pettit, 2000) e uma possível explicação para a preponderância desses problemas aos quatro anos é o fato de, nessa fase, ser comum as crianças apresentarem comportamentos vistos pelos pais como negativos, tais como desobediência e crises de birra e agressividade. Pelo menos em parte, estes comportamentos podem ser considerados próprios desse período do desenvolvimento, em que a criança está crescendo e se tornando cada vez mais autônoma, usando o “não” como uma forma de se autoafirmar (Bee, 1997). Obviamente, deve ser difícil para os pais discriminarem os comportamentos que são uma expressão adaptativa e própria da autonomia, de sintomas que poderiam ser classificados como psicopatológicos. Isso pode estar levando a uma superestimação da prevalência de problemas de externalização no CBCL, particularmente no caso de crianças menores, já que o instrumento pode não estar sendo suficientemente específico para discriminar adequadamente o que seria próprio ou não desta faixa etária. Ademais, as crianças com problemas de externalização tendem a apresentar mais problemas ligados à conduta para expressar seus conflitos psíquicos (Campbell & Ewing, 1990), que podem estar sendo potencializados por esta fase de desenvolvimento da autonomia. Além disso, podem apresentar déficit cognitivo, dificuldades escolares e de socialização, características mais evidentes e mais fáceis de serem identificadas pelos pais do que problemas emocionais como tristeza e ansiedade, característicos dos problemas de internalização. Isso também pode justificar a maior prevalência de problemas de externalização do que de internalização, que nessa faixa etária tenderiam a ser subestimados (Cabaj, McDonald & Tough, 2014).

No presente estudo, dentre todos os problemas de comportamento investigados, cabe destacar a elevada prevalência de comportamento agressivo (20,6%) e de comportamento de quebrar regras/disruptivo (20,5%), bem maior do que a dos demais problemas como, por exemplo, os de ansiedade-depressão (2,3%) e os problemas com o pensamento (5,2%). A maior ocorrência de comportamento agressivo e comportamento de quebrar regras/disruptivo corrobora o que foi mencionado acima de que, aos quatro anos, estes comportamentos são bastante comuns e mesmo esperados nesta fase de afirmação da autonomia entre as crianças.

Quanto à diferença de gênero na prevalência de problemas de comportamento, os resultados do presente estudo não corroboram a primeira hipótese, de que haveria uma maior prevalência de problemas de externalização entre os meninos. Embora a literatura mostre muitos estudos que revelam que meninos apresentam mais problemas de externalização (Sauer et al., 2014; Syed et al., 2007; Van Beijsterveldt, Hudziak &

Boosma, 2006; Stanger, Achembach & Verhulst, 1997), alguns estudos não encontraram diferenças significativas associadas ao gênero (Borsa et al., 2011; Anselmi et al., 2004; Keiley et al, 2000)⁴. Estes achados controversos podem estar associados a vários fatores, como de ordem metodológica (instrumento) ou sociocultural (diferentes concepções dos pais sobre problemas de comportamento). Por exemplo, diferenças de idade e de gênero das crianças investigadas podem ter um papel nos achados, especialmente em termos da dimensão da agressividade, que pode estar associada a diferenças hormonais (Beijsterveldt et al., 2006) e a outros processos de desenvolvimento específicos das meninas e dos meninos, que aparecem em momentos diferentes entre os dois grupos.

Entretanto, também pode-se pensar que essas diferenças de gênero apontadas na literatura estejam associadas a questões culturais. Pais e mães educam as crianças definindo diferenças de gênero (Vianna & Finco, 2009; Faria, 2006). Por exemplo, o processo de feminilização e masculinização das crianças, presente no controle de sentimentos, movimento corporal, desenvolvimento das habilidades e dos modelos cognitivos de meninos e meninas está relacionado às expectativas da sociedade e da cultura. Sendo assim, para Vianna e Finco (2009) meninos e meninas desenvolvem seus comportamentos e potencialidades a fim de corresponder às expectativas sociais de masculinidade e feminilidade. Desse modo, se por um lado é possível observar o controle da agressividade na menina, o menino sofre processo semelhante, mas em outra direção, sendo nele bloqueadas expressões de sentimentos como ternura, sensibilidade e carinho. Assim, em algumas culturas, segundo Carvalho, Beraldo, Santos e Ortega (1993), meninos costumam ser mais ativos, independentes e agressivos, características essas evidenciadas desde os anos pré-escolares, especialmente no que diz respeito à preferência por brincadeiras que envolvem contato físico e lutas, ao passo que as meninas tendem a ser mais calmas e a apresentar melhores interações sociais. Neste sentido, os resultados do presente estudo trazem essas questões à discussão, uma vez que, contrário ao esperado, as meninas apresentaram mais problemas de externalização e os meninos, mais problemas de internalização. Pensando que os comportamentos apresentados pelas crianças estão diretamente ligados às expectativas sociais e culturais, conforme mencionado acima, uma explicação possível para esses achados é que as mudanças em relação aos papéis de gênero masculino e feminino, que tem ocorrido na sociedade em geral (Negreiros &

⁴ É importante destacar que o estudo de Anselmi e colegas foi também realizado na cidade de Pelotas, de onde vieram os participantes do presente estudo, embora afastados por um período de mais de 11 anos. Naquele estudo, que também usou o CBCL, as meninas (26,2%) também apresentaram mais problemas de comportamento do que os meninos (21,9%), embora esta diferença não tenha sido significativa.

Féres-Carneiro, 2004; Beltrame & Bottoli, 2010) estejam repercutindo no universo infantil. Por exemplo, as mudanças ocorridas na família na contemporaneidade, com a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a participação mais efetiva dos homens nas tarefas domésticas e na criação dos filhos, podem estar influenciando diretamente os comportamentos de meninos e meninas. Em função disso, é possível que as meninas estejam passando, pelo menos em certa medida, a espelhar um pouco do comportamento das mulheres, que estão precisando abrir espaços e se impor em um mundo tradicionalmente masculino. Por outro lado, os meninos podem estar experimentando novas formas de expressão de seus sentimentos, não apenas através de comportamentos agressivos e disruptivos, mas podendo demonstrar também sentimentos como a tristeza – espelhando-se e refletindo a presença de pais ou outros modelos masculinos mais sensíveis.

Em relação às variáveis socioeconômicas investigadas, os resultados do presente estudo apoiam a hipótese que previa que o baixo nível socioeconômico e de escolaridade materna estariam associados à maior prevalência de problemas de comportamento. Houve prevalência significativamente maior de problemas de comportamento entre crianças de nível socioeconômico mais baixo, bem como entre aquelas cujas mães possuíam menores níveis de escolaridade. Estes resultados confirmam a influência negativa que o baixo nível socioeconômico familiar e de escolaridade dos pais exercem sobre a saúde mental das crianças, reforçando a importância dos determinantes sociais para o desenvolvimento infantil (Assis et al., 2009). Resultados semelhantes foram encontrados por Kalff et al. (2001), que em seu estudo revelaram que filhos de pais com níveis mais baixos de educação tiveram um risco 4.17 vezes maior de apresentarem problemas de comportamento do que filhos de pais com maior nível educacional. Tem sido demonstrado que viver em famílias em desvantagem demográfica, social, econômica e educacional tende a influenciar o contexto de vida dos indivíduos, ocasionando problemas especialmente nas crianças (OMS, 2001). Nessa direção, circunstâncias sociais adversas como, por exemplo, dificuldades financeiras, podem ocasionar estresse nos pais, reduzindo sua disponibilidade para darem apoio emocional aos filhos, podendo predispor ou até mesmo agravar os problemas de comportamento nas crianças (Bordin et al., 2009). Por outro lado, segundo estes autores, pais com elevada escolaridade tendem a reconhecer mais facilmente as necessidades dos filhos e a promover melhores condições para que desenvolvam competências sociais mais adequadas, além de estarem mais preparados

para lidar com desafios e mais articulados com a rede social, podendo oferecer mais apoio às crianças.

4.2. Associação transversal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos e o excesso de peso

Os achados do presente estudo apoiam os de Datar e Sturm (2004), que também revelaram uma associação entre comportamentos de Ansiedade-Depressão e excesso de peso em meninas norte-americanas de 4-5 anos. Uma possível explicação para a associação entre ansiedade-depressão e excesso de peso encontrado no presente estudo pode ser a dificuldade de regulação emocional entre as meninas. De acordo com Puder e Munsch (2010) a dificuldade de controlar emoções negativas tais como ansiedade e depressão pode resultar em uma busca de compensação das dificuldades emocionais através da ingestão excessiva de alimentos que, por sua vez, pode culminar em excesso de peso. Pode-se pensar, nesse caso, que sentimentos ansiosos-depressivos podem servir como gatilhos para o “comer emocionalmente” e, conseqüentemente, resultar em excesso de peso corporal nessas crianças.

Afora este achado específico na direção esperada, os resultados estão na direção de outros estudos que não revelaram associações significativas entre problemas de comportamento e excesso de peso em crianças pequenas (Garthus-Niegel et al., 2010; Lawlor et al., 2005), mas sim em crianças maiores e em adultos (Darlington & Wright, 2006; Agras, Hammer, McNicholas, & Kraemer, 2004; Mustillo et al., 2003). Nesse sentido, é possível se pensar que a influência dos problemas de comportamento no excesso de peso possa demorar um certo tempo até que se estabeleça nas crianças.

O mesmo pode ser dito da associação entre sintomas de ansiedade-depressão e excesso de peso, que tem sido encontrada em meninas maiores (Erickson, Robinson, Haydel & Killen, 2000), mas não em meninas de tão pouca idade. Segundo estes últimos autores, que investigaram pré-adolescentes norte-americanos, sintomas depressivos nas meninas estiveram mais fortemente associados à preocupação com o excesso de peso, que pode ser reforçada pelo estigma social de que são vítimas as crianças com sobrepeso/obesidade, desde muito cedo, tanto por parte de pares (Wei & Di Santo, 2012; Latner & Stunkard, 2003; Neumark-Sztainer et al., 2002;), como de professores (Bauer, Yang & Austin, 2004) e até mesmo dos pais (Davison & Birch, 2004). Esses achados da literatura, junto com os revelados no presente estudo, apontam para a possibilidade de

crianças pequenas, em especial meninas com excesso de peso, já sofrerem de problemas psicológicos em função de sua autoimagem. De fato, o estudo de Cramer e Steinwert (1998) realizado com pré-escolares, revelou que já são encontrados sinais de estigmatização em relação ao excesso de peso em crianças norte-americanas com três anos de idade. Nesse estudo, as crianças tenderam a atribuir mais características negativas a figuras com excesso de peso do que a figuras com peso normal. Além disso, tais crianças mencionaram preferir brincar com colegas de peso normal e não com os que apresentavam excesso de peso.

Um estudo similar (Brylinsky & Moore, 1994) também demonstrou que crianças com três anos de idade atribuíam aos colegas com excesso de peso características negativas tais como mau, estúpido, barulhento, preguiçoso, triste e com pouco amigos. Em estudo mais recente, Musher-Eizenman, Holub, Miller, Goldstein e Edwards-Leeper (2004) indicaram que crianças pré-escolares que acreditavam que o excesso de peso ocorre por falta de autocontrole em relação ao comer expressaram atitudes mais negativas em relação aos colegas com sobrepeso/obesidade. Especificamente no que diz respeito à associação entre forma física e diferenças de gênero, um estudo com crianças inglesas de 2-5 anos de idade indicou que as figuras de meninas com sobrepeso são julgadas mais negativamente pelas crianças do que as de meninos (Turnbull, Heaslip & McLeod, 2000).

Pode-se também pensar que o fato de as meninas sofrerem mais dos estigmas sociais ligados à forma física advém não só dos padrões culturais de beleza contemporâneos, em que as mulheres precisam ser magras e esguias, mas também do convívio com os próprios pais, que reforçam esses padrões no contexto familiar proporcionando às crianças uma forma negativa e estigmatizada de ver as pessoas com peso excessivo, desde pequenas (Davison & Birch, 2004). Um exemplo disso é apontado pelo estudo de Davison e Birch (2004), que ao investigarem estereótipos em meninas de nove anos de idade e em seus pais, encontraram que ambos atribuíam características negativas a pessoas com excesso de peso, em comparação a pessoas mais magras. Segundo esse estudo, pais com maior nível educacional e renda, assim como pais e mães que relatavam grande investimento em sua aparência, eram os que mais utilizavam estereótipos em relação ao excesso de peso. As meninas tendiam a mostrar mais estereótipos negativos se seus pais enfatizavam a importância de ter um corpo magro e a perda de peso. Surpreendentemente, pais que apresentavam sobrepeso (60% das mães e 82% dos pais) e obesidade (28% das mães e 31% dos pais) apoiavam o uso de estereótipos tanto quanto pais magros. Nessa perspectiva, os pais podem estar contribuindo para o

sofrimento psicológico dos filhos com excesso de peso, ao estigmatizarem eles próprios os filhos (em especial as filhas) com sobrepeso/obesidade. Por exemplo, o fato de os pais se sentirem culpados e criticados pelo excesso de peso dos filhos, apontado no estudo de Pierce e Wardle (1997), juntamente com o sentimento de frustração por não conseguirem ajudar suas crianças a perderem peso, pode fazer com que adotem atitudes e comportamentos estigmatizados, tais como criticar e fazer comentários negativos a respeito da aparência. Assim sendo, pode-se pensar que o excesso de peso é capaz de ocasionar consequências psicológicas negativas em meninas bem pequenas, que podem, em função disso, apresentar comportamentos de ansiedade/depressão devido ao estigma social do qual são vítimas não só no meio social mais amplo, mas na própria família.

Conforme destacado acima, os resultados do presente estudo revelaram uma associação entre problemas de comportamento e excesso de peso já aos quatro anos de idade, ainda que parcial, pois esta associação somente foi encontrada em meninas. Entretanto, esta associação não garante que tais problemas sejam preditores do excesso de peso, ou seja, não é possível apontar direcionalidade a esses achados. Segundo Garthus-Niegel et al. (2010), há evidências de uma inter-relação entre os padrões cerebrais responsáveis pelo apetite e pela regulação emocional e, em virtude disso, um conjunto comum de fatores pode contribuir tanto para o a manifestação de problemas de comportamento quanto para o risco de excesso de peso. Assim, de acordo com esses autores, esses mecanismos não se excluem mutuamente, sendo possível uma relação recíproca entre problemas de comportamento e peso ao longo do tempo, de forma que esses problemas acarretem excesso de peso e o excesso de peso também venha a acarretar esses problemas. No entanto, os achados da literatura ainda são controversos, não apontando quando essa relação se estabelece, o que sugere a necessidade de realização de estudos longitudinais que acompanhem amostras de crianças desde os primeiros anos de vida.

4.3. Associação longitudinal entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos em crianças de peso adequado aos quatro anos, mas com excesso de peso aos 6-7 anos

Uma das hipóteses norteadoras do presente estudo previa uma associação longitudinal entre problemas de comportamento e excesso de peso, assumindo que crianças com peso adequado aos quatro anos que apresentavam problemas de comportamento tenderiam a apresentar excesso de peso aos 6-7 anos. Esta hipótese era baseada em alguns estudos que investigaram os problemas de comportamento enquanto preditores de excesso de peso na infância (Anderson, Xin-He, Schoppe-Sullivan, & Must, 2010; Rofey et al., 2009; Tanofsky-Kraff et al., 2006; Mamum, Lawlor, O'callaghan, Williams, & Najman, 2005). Contudo, baseados em estudos com crianças mais velhas, os quais apontam que com o excesso de peso elas acabam sofrendo de baixa autoestima devido ao preconceito com sua aparência, outros estudos longitudinais com crianças menores assumem que o excesso de peso é preditor de problemas de comportamento ao longo do tempo (Garthus-Niegel et al., 2010; Bradley et al., 2008; Lawlor et al., 2005; Datar & Sturm, 2004; Epstein et al., 1994). Portanto, a literatura apresenta resultados controversos sobre a relação entre problemas de comportamento e excesso de peso na infância.

Esta hipótese foi inicialmente corroborada por alguns dos resultados do presente estudo, em relação às meninas. No entanto, após o controle para as variáveis socioeconômicas e biológicas, a relação longitudinal entre problemas de comportamento e excesso de peso perdeu significância. Esse resultado difere do encontrado por Rofey et al. (2009), que estudaram a relação entre ansiedade e depressão e o ganho de peso em crianças/adolescentes de 8-18 anos, acompanhados longitudinalmente por um período de três anos. Os resultados revelaram que, nas meninas, tanto ansiedade quanto depressão estiveram associadas significativamente ao ganho de peso, ao passo que nos meninos apenas ansiedade esteve associada ao excesso de peso. É importante salientar que a faixa etária dos participantes do referido estudo (8-18 anos) era mais alta do que a do presente estudo (4 a 7 anos). Nesse sentido, pode-se pensar que em crianças menores, como as investigadas neste estudo, variáveis sociodemográficas e biológicas tenham um efeito maior sobre o excesso de peso do que os problemas de comportamento em si. Por esse motivo, ao serem controlados para os efeitos dessas variáveis, o efeito dos problemas de comportamento sobre o excesso de peso diminuiu, perdendo significância. Um exemplo

disso é a variável excesso de peso materno, apontada pela literatura (Leal et al., 2012; Mamum et al., 2005) como um importante preditor do excesso de peso nos filhos, por questões genéticas/constitucionais mas, principalmente, pelo ambiente obesogênico ao qual expõe as crianças por serem as mães as principais responsáveis pela alimentação familiar (Mamum et al., 2005). Sendo assim, nas crianças pequenas, é possível que os problemas de comportamento não tenham ainda força suficiente para, de forma independente, determinarem o ganho excessivo de peso. Além disso, pode-se pensar que o intervalo de dois anos investigado no presente estudo não seja suficiente para determinar mudanças significativas no estado nutricional das crianças. De acordo com Garthus-Niegel et al. (2010), mesmo que crianças com problemas de comportamento estejam inclinadas a comer mais alimentos obesogênicos, pode levar um longo tempo até que uma dieta rica nesses alimentos ocasione excesso de peso.

No tocante às variáveis biológicas das crianças (i.e., idade gestacional e peso ao nascer), a relação com o excesso de peso também não se confirmou no presente estudo, tanto aos quatro quanto aos 6-7 anos. Pode-se pensar que, nessas idades, outros fatores como os ambientais, por exemplo, exerçam maior influência sobre o excesso de peso nas crianças do que os fatores biológicos, mais importantes nos primeiros anos de vida. Em relação aos fatores socioeconômicos, conforme apontado na literatura, esperava-se no presente estudo que também apresentassem associação ao excesso de peso nas crianças, confirmando a hipótese de maiores taxas de sobrepeso entre as crianças ricas em países pobres, mas isso não se confirmou em nenhum dos períodos estudados. Na análise bruta, aos quatro anos apareceu uma tendência de aumento no excesso de peso nas meninas conforme aumentava o nível de escolaridade materno, mas ao se ajustar para os demais fatores essa associação perdeu significância.

Assim sendo, as análises longitudinais não revelaram nenhum achado expressivo que previsse que problemas de comportamento em crianças com peso adequado aos quatro anos poderiam apresentar excesso de peso aos 6-7 anos.

4.4. Limitações e vantagens do estudo

No que se refere às limitações do presente estudo, alguns aspectos merecem ser destacados. Por exemplo, não ter investigado a saúde mental materna é um deles. Informações sobre problemas psicológicos maternos poderiam contribuir para um melhor entendimento da relação entre problemas de comportamento e o excesso de peso infantil,

pois sabe-se de antemão que, pelo fato de a mãe ser geralmente a principal cuidadora dos filhos, seu estado psicológico exerce forte influência sobre eles (Marmorstein, Malone & Iacono, 2014; Goodman et al., 2011). Além disso, as informações sobre os problemas de comportamento nas crianças foram obtidas apenas com base nos relatos das mães que, apesar de serem consideradas informantes válidas sobre a saúde dos filhos (Nauta et al., 2004), podem não detectar e acabar subestimando as prevalências de determinados problemas nas crianças, uma vez que estão emocionalmente envolvidas com elas. Ou, ao contrário, podem acabar superestimando a ocorrência de problemas de comportamento nos filhos, caso apresentem também alguma psicopatologia como depressão, por exemplo (Ringoot et al., 2015). Sendo assim, é melhor se ter mais informantes para acessar problemas de comportamento na infância (i.e., professores ou a própria criança), já que existe a possibilidade de o relato dos pais refletir o estado mental deles próprios ou a relação pais-criança em adição aos sintomas inerentes à criança (Ringoot et al., 2015; Sleming et al., 2010). Entretanto, pode ser difícil para crianças pré-escolares responderem a um questionário que exige certo nível de processamento de pensamento e habilidade de expressar as emoções. Além disso, pelo fato de a identificação dos problemas comportamentais nas crianças depender também do papel que os adultos desempenham em suas vidas, muitos problemas podem não ser detectados até mesmo pelos pais, sugerindo que a ocorrência de problemas de comportamento pode ser subestimada, particularmente os de internalização (Cabaj et al., 2014; Achenbach, McConaughy & Howell, 1987), que costumam ser mais difíceis de serem notados. Cabe salientar ainda que, ao se interpretar os resultados do presente estudo, deve-se levar em consideração que os problemas de comportamento das crianças foram acessados por meio de um instrumento de *screening*. Dado o número grande de sujeitos, esse questionário oferece informações úteis, mas possui pouca especificidade em termos diagnósticos, oferecida por entrevistas psiquiátricas.

Ainda com relação ao fato de as informações sobre problemas de comportamento terem sido obtidas por meio do relato das mães, cabe salientar que o CBCL é um instrumento autoaplicado e, no presente estudo, ele foi aplicado por entrevistadoras, que liam os itens do teste para as mães. Isso ocorreu devido à grande variação no nível de escolaridade materna da amostra, que inclui mães analfabetas ou com baixíssima escolaridade, as quais poderiam não conseguir ler o questionário sozinhas. Pode-se pensar que o fato de o CBCL ser lido para as mães poderia subestimar os resultados do estudo. Imagina-se que as mães possam ficar constrangidas ao falar sobre os problemas de

comportamento dos filhos para as entrevistadoras, tendendo, assim, a minimizá-los. Entretanto, as prevalências de problemas de comportamento encontrados no presente estudo já foram bastante altas, portanto, acredita-se que a leitura do questionário pelas entrevistadoras não tenha alterado consideravelmente os resultados.

A despeito destas eventuais limitações, o presente estudo revela diversos resultados importantes que contribuem para se conhecer o fenômeno dos problemas de comportamento em pré-escolares e sua relação com o excesso de peso infantil, bem como para o planejamento de políticas públicas. Sem dúvida, estamos frente a uma alta incidência de problemas de comportamento que vem se repetindo em muitos estudos, seja no País ou no exterior. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, estes achados adquirem importância maior, pois aparecem associados a situações de vulnerabilidade social das famílias (ex. baixo nível socioeconômico e escolaridade das mães), fatores que potencializam o surgimento dos problemas de comportamento e que dificultam ações públicas para se trabalhar com eles e minimizar seus efeitos no desenvolvimento infantil. Assim sendo, é necessário se redobrar os esforços no sentido de investir na prevenção de risco e na promoção de fatores que diminuam a incidência dos problemas de comportamento na pré-escola. Se isso não for feito já nesta fase de desenvolvimento, criam-se condições para sua cronificação e até mesmo possíveis desdobramentos para situações mais sérias de delinquência na adolescência e na vida adulta. Isso sem mencionar o sofrimento psíquico que acaba abarcando todos os envolvidos na situação de problemas de comportamento, seja a própria criança, a mãe, ou demais familiares.

Tendo como base o que foi exposto, acredita-se que o presente estudo mostra-se original ao investigar a associação entre problemas de comportamento e o excesso de peso em crianças pequenas, especialmente no Brasil, onde não foi encontrado nenhum estudo desse tipo. Também pelo fato de pesquisar a associação longitudinal entre problemas de comportamento e excesso de peso nas crianças, preenche uma lacuna na literatura científica existente, especialmente no que diz respeito a explicitar quando a relação entre problemas de comportamento e excesso de peso começa a se estabelecer na infância. Apesar de não terem sido totalmente confirmadas as hipóteses de associação entre problemas de comportamento, fatores sociodemográficos e biológicos com o excesso de peso infantil, tanto aos quatro como aos 6-7 anos de idade, o fato de ter sido identificada a associação entre sintomas de ansiedade-depressão e excesso de peso em meninas de quatro anos aponta para a necessidade de se atuar em prevenção nos anos pré-escolares, quando já é possível identificar problemas de comportamento nas crianças com excesso

de peso. Nesse sentido, acredita-se ser importante trabalhar não só com a prevenção do excesso de peso infantil, problema este que pode ocasionar diversos prejuízos à saúde das crianças, mas também com uma maior conscientização social sobre as consequências psicológicas negativas que o preconceito e a estigmatização podem ocasionar aos indivíduos com excesso de peso, desde a infância.

4.5. Considerações finais

Com a realização do presente estudo, esperava-se encontrar uma maior prevalência de problemas de comportamento aos quatro anos de idade em meninos do que em meninas. Entretanto, os achados não corroboraram essa hipótese, pois as meninas não só apresentaram maior prevalência de problemas de comportamento do que os meninos, mas também apresentaram mais problemas do tipo externalização (i.e., comportamento de quebrar regras/disruptivo e comportamento agressivo), que são apontados pela literatura como comportamentos bastante comuns entre os meninos. Esses resultados podem estar associados às mudanças que estão ocorrendo na sociedade em relação aos papéis masculino e feminino e que podem estar tendo início já na infância. Exemplos disso são a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a participação mais efetiva dos homens nas tarefas domésticas e na criação dos filhos, alterações familiares que podem estar influenciando diretamente os comportamentos das crianças. Nesse sentido, é possível que as meninas estejam espelhando, de certa forma, o comportamento das mulheres na contemporaneidade, que estão voltadas para uma maior independência, procurando abrir espaços e se impor em um mundo tradicionalmente masculino. Já os meninos podem estar expressando seus sentimentos de outra forma, não apenas através de comportamentos agressivos e disruptivos. Estariam, desse modo, espelhando-se em pais ou outros homens mais sensíveis e que estão mais presentes em seu cotidiano, tendo um papel mais ativo e afetivo em sua educação. Em relação às altas prevalências de problemas de comportamento encontradas pelo presente estudo, questiona-se a excessiva sensibilidade do instrumento utilizado para medir tais fenômenos. Deve-se levar em consideração a dificuldade para os pais discriminarem os comportamentos que são uma expressão adaptativa e própria da autonomia das crianças de quatro anos, de sintomas que poderiam ser classificados como psicopatológicos, o que pode ter ocasionado uma superestimação da prevalência de problemas de externalização no CBCL. Nesse sentido, pode-se pensar que o instrumento possa não estar sendo capaz de possibilitar uma

discriminação adequada dos comportamentos que seriam próprios das crianças de quatro anos de idade, daqueles que seriam considerados expressão de psicopatologia. Sendo assim, crê-se que a utilização em pesquisa de instrumentos mais específicos, tais como instrumentos clínicos, capazes de diagnosticar sintomas psicopatológicos nas crianças, poderia resolver essa questão.

No que se refere à associação transversal entre problemas de comportamento e o excesso de peso nas crianças de quatro anos, esta foi encontrada apenas em relação aos problemas de ansiedade-depressão, nas meninas. Esse achado é bastante importante, pois indica que as meninas com excesso de peso sofrem mais desses problemas do que as que possuem peso adequado, o que leva a pensar que problemas ligados à imagem corporal, tais como a estigmatização do corpo, desde muito cedo já estejam trazendo consequências negativas às crianças com excesso de peso. Apesar de muitos estudos abordarem as consequências que o excesso de peso traz para as crianças em relação à auto-estima e a prejuízos psicológicos e sociais, geralmente estes são realizados com crianças maiores. Nesse sentido, sugere-se que futuros estudos abordem tais questões em pré-escolares, pois havendo indícios de que os problemas psicológicos ligados à forma física possam começar nos anos iniciais do desenvolvimento, pode-se buscar preveni-los mais cedo e, assim, diminuir os prejuízos emocionais a essas crianças.

A associação longitudinal entre problemas de comportamento e excesso de peso não se confirmou no presente estudo. De qualquer modo, é passível se pensar que os problemas emocionais, entre eles os problemas de comportamento, estejam associados ao excesso de peso, senão em crianças tão novas como as participantes do presente estudo, entre crianças mais velhas e adolescentes, em períodos do desenvolvimento biológico, psíquico e social em que as questões envolvendo o corpo se fazem mais presentes. Sem dúvida, o excesso de peso precisa ser melhor compreendido para que se possa atuar de maneira mais eficiente em sua prevenção, abarcando todas as suas dimensões, inclusive os aspectos emocionais associados a este fenômeno.

Tanto no Brasil como no exterior, o excesso de peso tem sido tratado como um problema de saúde pública e, apesar de todo o investimento em pesquisas e em sua prevenção e em seu tratamento, continua a afetar milhões de pessoas, em idades cada vez menores. A inclusão de variáveis psicológicas nestas investigações, como o que foi realizado no presente estudo, pode trazer uma nova luz para a prevenção e o tratamento, complementando as estratégias que já tem sido utilizadas (i. e. dieta e atividade física) que, isoladas, nem sempre surtem efeito. Nesse sentido, sugere-se que futuros estudos

investiguem outras variáveis psicossociais, não só problemas de comportamento na infância, que podem também estar associadas ao excesso de peso, tais como estilos parentais e de funcionamento familiar (p. ex. estilos de comunicação, manejo da rotina diária, assunção dos papéis parentais, controle do comportamento das crianças e dificuldades ligadas à realização das refeições em família). Espera-se que, com a inclusão da dimensão psicológica no estudo do excesso de peso, se possa traçar estratégias de prevenção mais completas e, assim, mais efetivas no combate a esse problema que tantos prejuízos traz à saúde dos indivíduos, sejam eles crianças, adolescentes ou adultos.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist /4-18 and profile*. Burlington (Vt): Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101, 213-32
- Agras, W. S., Hammer, L. D., McNicholas, F., & Kraemer, H. C. (2004). Risk factors for childhood overweight: A prospective study from birth to 9.5 years. *The journal of pediatrics*, 145(1), 20-25.
- Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N., & Must, A. (2006). Association of depression and anxiety disorders with weight change in a prospective communitybased study of children followed up into adulthood. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(3), 285-291.
- Anjos, L. A. (1992). Body mass index as a tool in the nutritional assessment of adults: a review. *Revista de saúde pública*, 26(6), 431-436.
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C., & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 45(4), 779-788.
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M. B., Araújo, C. L., & Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(1), 135-142.
- Anselmi, L., Barros, F. C., Teodoro, M. L., Piccinini, C. A., Menezes, A. M. B., Araujo, C. L., & Rohde, L. A. (2008). Continuity of behavioral and emotional problems from pre.school years to pre. adolescence in a developing country. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(5), 499-507.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., & Oliveira, R. D. V. C. D. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de saúde pública*, 43, 92-100.
- Barbosa, J. M., Cabral, P. C., Lira, P. I. C. D., & Florêncio, T. M. M. T. (2009). Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 59(1), 22-29.
- Barros, A. J., Santos, I. D. S. D., Victora, C. G., Albernaz, E. P., Domingues, M. R., Timm, I. K., Matijasevich, A., Bertoldi, A. D., & Barros, F. C. (2006). The 2004

- Pelotas birth cohort: methods and description. *Revista de saúde pública*, 40(3), 402-413.
- Batista Filho, M., Rissin, A. (2003). A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de saúde pública*, 19(1), 181-191.
- Bauer, K. W., Yang, Y. W., & Austin, S. B. (2004). “How can we stay healthy when you’re throwing all of this in front of us?” Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity. *Health education & behavior*, 31, 34–46.
- Bee, H. (1997). O ciclo vital. (p. 239). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beltrame, G. R., & Bottoli, C. (2010). Retratos do envolvimento paterno na atualidade. *Barbarói*, (32), 205-226.
- Berkey, C. S., Rockett, H. R. H., Field, A. E., Gillman, M. W. Frasier, L., Camargo Jr, C. A., & Colditz, G. A. (2000). Activity, Dietary Intake, and Weight Changes in a Longitudinal Study of Preadolescent and Adolescent Boys and Girls. *Pediatrics*, 105(4), 56-66.
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *The Journal of nutrition*, 128(2), 407S-410S.
- Birch, L. L., & Davison, K. K. (2001). Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. *Pediatric clinic North America*, 48, 893-907.
- Birch, L. L., Fischer, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the child-feeding questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36, 201-210.
- Bird, H. R. (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 35-49.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), 55-66.
- Bordin, I. A., Duarte, C. S., Peres, C. A., Nascimento, R., Curto, B. M., & Paula, C. S. (2009). Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 336344.

- Borsa, J. C., Souza, D. S. D., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: teoria e prática*, *13*(2), 15-29.
- Bouchard, C., Pérusse, L. (1993). Genetics and obesity. *Annual review of nutrition*, *13*, 337-354.
- Boulos, R., Vikre, E. K., Oppenheimer, S., Chang, H., & Kanarek, R. B. (2012). ObesiTV: how television is influencing the obesity epidemic. *Physiology & behavior*, *107*(1), 146-153.
- Braden, A., Rhee, K., Peterson, C. B., Rydell, S. A., Zucker, N., & Boutelle, K. (2014). Associations between child emotional eating and general parenting style, feeding practices, and parent psychopathology. *Appetite*, *80*, 35-40.
- Bradley, R. H., Houts, R., Nader, P. R., O'Brien, M., Belsky, J., & Crosnoe, R. (2008). The relationship between body mass index and behavior in children. *The journal of pediatrics*, *153*(5), 629-634.
- Braet, C. (2005). Psychological Profile to Become and to Stay Obese. *International journal of obesity*, *29*, 19-23.
- Braet, C., & Marvielde, I. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of pediatric psychology*, *22*(1), 59-71.
- Brylinsky, J. A., & Moore, J. C. (1994). The identification of body build stereotypes in young children. *Journal of research in personality*, *28*(2), 170-181.
- Bruss, M. B., Morris, J., & Dannison, L. (2003). Prevention of childhood obesity: sociocultural and familial factors. *Journal of the American Dietetic Association*, *103*(8), 1042-1045.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, *17*(1), 77-93.
- Buttitta, M., Iliescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Quality of life research*, *23*(4), 1117-1139.
- Cabaj, J. L., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2014). Early childhood risk and resilience factors for behavioural and emotional problems in middle childhood. *BMC pediatrics*, *14*(1), 166.
- Campbell, S. B., & Ewing, L. J. (1990). Follow-up of hard . . . to manage preschoolers:

- adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *Journal of child psychology and psychiatry*, 31(6), 871-889.
- Carneiro, H. S. (2005). Comida e sociedade: significados sociais na história da alimentação. *História questões & debates*, 42, 71-80.
- Carvalho, A., Beraldo, K., Santos, F., & Ortega, R. (1993). Brincadeiras de menino, brincadeiras de menina. *Psicologia: ciência e profissão*, 13(1-4), 30-33.
- Coelho, H. M., & Pires, A. P. (2014). Relações familiares e comportamento alimentar. *Psicologia: teoria e pesquisa, Brasília*, 30(1), 45-52.
- Coutinho, J. G., Gentil, P. C., & Toral, N. (2008). A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de saúde pública*, 24(2), 332-340.
- Cramer, P., & Steinwert, T. (1998). Thin is good, fat is bad: how early does it begin? *Journal of applied developmental psychology*, 19(3), 429-451.
- Crossman, A., Sullivan, D. A., & Benin, M. (2006). The family environment and American adolescents' risk of obesity as young adults. *Social science & medicine*, 63, 2255-2267.
- Crothers, L., Kehle, T., Bray, M., & Theodore, L. (2009). Correlates and suspected causes of obesity in children. *Psychology in the schools*, 46(8), 787-796.
- Damiani, D., Carvalho, D. P. C., Oliveira, R. G. (2000). Obesidade na infância: um grande desafio. *Pediatria moderna*, 36, 489-528.
- Darlington, A. E., Wright, C. M., (2006). The influence of temperament on weight gain in early infancy. *Journal of developmental & behavioral pediatrics*, 27(4), 329-335.
- Datar, A., & Sturm, R. (2004). Physical education in elementary school and body mass index: evidence from the early childhood longitudinal study. *American journal of public health*, 94(9), 1501.
- Davis, B., & Carpenter, C. (2009). Proximity of fast-food restaurants to schools and adolescent obesity. *American journal of public health*, 99(3), 505-511.
- Davison, K. K., & Birch, L. L. (2004). Predictors of fat stereotypes among 9-year-old girls and their parents. *Obesity research*, 12, 86-94.
- Decaluwé, V., Braet, C., Moens, E., & Van Vlieberghe, L. (2006). The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. *International journal of obesity*, 30, 1766-1774.
- Dockray, S., Susman, E. J., & Dorn, L. D. (2009). Depression, cortisol reactivity, and obesity in childhood and adolescence. *Journal of adolescent health*, 45(4), 344-350.

- Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental psychology, 26*, 3-6.
- Doolen, J., Alpert, P. T., & Miller, S. K. (2009). Parental disconnect between perceived and actual weight status of children: a metasynthesis of the current research. *Journal of the American academy of nurse practitioners, 21*(3), 160-166.
- Drewnowski, A. (2000). Nutrition transition and global dietary trends. *Nutrition, 16*(7), 486-487.
- Drukker, M., Wojciechowski, F., Feron, F. J., Mengelers, R., & Van Os, J. (2009). A community study of psychosocial functioning and weight in young children and adolescents. *International journal of pediatric obesity, 4*(2), 91-97.
- Duarte, C. S., Shen, S., Wu, P., & Must, A. (2012). Maternal depression and child BMI: longitudinal findings from a US sample. *Pediatric obesity, 7*(2), 124-133.
- El-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M., & Nicklas, T. A. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *British journal of nutrition, 113*(S1), S55-S71.
- Epstein, L. H., Klein, K. R., & Wisniewski, L. (1994). Child and parent factors that influence psychological problems in obese children. *International journal of eating disorders, 15*(2), 151-158.
- Epstein, L. H., Myers, M. D., & Anderson, K. (1996). The association of maternal psychopathology and family socioeconomic status with psychological problems in obese children. *Obesity research, 4*(1), 65-74.
- Erickson, S., Robinson, T., Haydel, F., & Killen, J. Are overweight children unhappy? (2000). *Archives of pediatric and adolescence medicine, 154*, 931-935.
- Faria, A. L. G. (2006). Pequena infância, educação e gênero: subsídios para um estado da arte. *Cadernos Pagu, 26*, 279-287.
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1995). Effects of Parents' Psychological Characteristics and Eating Behavior on Childhood Obesity and Dietary Compliance. *Journal of psychosomatic research, 39*, 145-151.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de saúde pública, 41*(2), 251-259.
- Fiese, B. H., Hammons, A., & Grigsby-Toussaint, D. (2012). Family mealtimes: a contextual approach to understanding childhood obesity. *Economics & human biology, 10*(4), 365-374.

- Frankel, L. A., Hughes, S. O., O'Connor, T. M., Power, T. G., Fisher, J. O., & Hazen, N. L. (2012). Parental influences on children's self-regulation of energy intake: Insights from developmental literature on emotion regulation. *Journal of obesity, 2012*, 1-12.
- French, S. A., Story, M., & Jeffery, R. W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual review of public health, 22*, 309-335.
- Furniss, T., Beyer, T., & Müller, J. M. (2009). Impact of life events on child mental health before school entry at age six. *European child & adolescent psychiatry, 18*(12), 717-724.
- Garcia, R. W. D. (2003). Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de nutrição, 16*(4), 483-492.
- Garcia, R. W. D. (1997). Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis, 7*(2), 51-68.
- Gartstein, M. A., Putnam, S. P., & Rothbart, M. K. (2012). Etiology of preschool behavior problems: Contributions of temperament attributes in early childhood. *Infant mental health journal, 33*(2), 197-211.
- Garthus-Niegel, S., Hagtvet, K. A., & Vollrath, M. E. (2010). A prospective study of weight development and behavior problems in toddlers: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Public Health, 10*(1), 626-636.
- Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L., & Olinto, M. T. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de saúde pública, 31*(3), 236-46.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical child and family psychology review, 14*(1), 1-27.
- Goossens, L., Braet, C., Van Vlierberghe, L., & Mels, S. (2008). Loss of Control Over Eating in Overweight Youngsters: The Role of Anxiety, Depression and Emotional Eating. *European eating disorders review, 17*, 68-78.
- Graziano, P. A., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2010). Toddler self-regulation skills predict risk for pediatric obesity. *International journal of obesity, 34*(4), 633-641.
- Gray, W. N., Kahhan, N. A., & Janicke, D. M. (2009). Peer victimization and pediatric obesity: A review of the literature. *Psychology in the Schools, 46*(8), 720-727.

- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International journal of pediatric obesity*, 5(4), 282-304.
- Gurnani, M., Birken, C., & Hamilton, J. (2015). Childhood Obesity: Causes, Consequences, and Management. *Pediatric clinics of north america*, 10(3), 234-244.
- Hasenboehler, K., Munsch, S., Meyer, A. H., Kappler, C., & Vögele, C. (2009). Family structure, body mass index, and eating behavior. *International journal of eating Disorders*, 42(4), 332-338.
- Hasler, G., Pine, D. S., Kleinbaum, D. G., Gamma, A., Luckenbaugh, D., Ajdacic, A., Eich, D., Rössler, W., & Angst, J. (2005). Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study. *Molecular psychiatry*, 10(9), 842-850.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023-1039.
- Heude, B., Kettaneh, A., Rakotavao, R., Bresson, J. L., Boris, J. M., Ducimetiere, P., & Charles, M. A. (2005). Anthropometric relationships between parents and children throughout childhood: The Fleurbaix-Laventie Ville Sante study. *International journal of obesity*, 29, 1222-1229.
- Hill, J. O., & Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371-1374.
- Hwang, J. W., Lyoo, I. K., Kim, B. N., & Shin, M. S. (2006). The relationship between temperament and character and psychopathology in community children with overweight. *Developmental and behavioral pediatrics*, 27(1), 18-24.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *Pesquisa de Orçamento Familiar*. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4052/162/a_cao-contra-obesidade-infantil-atingira-50-mil-escolas.html.
- Jacobs, M. P., & Fiese, B. H. (2007). Family mealtime interactions and overweight children with asthma: potential for compounded risks?. *Journal of pediatric psychology*, 32(1), 64-68.
- Jain, A., Sherman, S. N., Chamberlin, L. A., Carter, Y., Powers, S. W., & Whitaker, R. C. (2001). Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight?. *Pediatrics*, 107(5), 1138-1146.
- Jansen, P. W., Mensah, F. K., Clifford, S. A., Tiemeier, H., Nicholson, J. M., & Wake, M. (2013). Development of mental health problems and overweight between ages

- 4 and 11 years: a population-based longitudinal study of Australian children. *Academic pediatrics*, *13*(2), 159-167.
- Johnson, S. L., & Birch, L. L. (1994). Parents and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, *94*, 653-61.
- Kalff, A. C., Kroes, M., Vles, J. S., Bosma, H., Feron, F. J. M., Hendriksen, J. G. M., Steyaert, J., van Zeben, T. M. C. B., Crolla, I. F. A. M., & Jolles, J. (2001). Factors affecting the relations between parental education as well as occupation and problem behavior in Dutch 5-to 6-year-old children. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *36*, 324-331.
- Keiley, M. K., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2000). A cross-domain growth analysis: Externalizing and internalizing behaviors during 8 years of childhood. *Journal of abnormal child psychology*, *28*(2), 161-179.
- Kestilä, L., Koskinen, S., Martelin, T., Rahkonen, O., Pensola, T., Aro, H., & Aromaa, A. (2006). Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education?. *The European journal of public health*, *16*(3), 305-314.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, Rhode, L. A., Srinath, S., Ulker, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*, *378*(9801), 1515-1525.
- Kimbrow, R., Brooks-Gunn, J., & McLanahan, S. (2007). Racial and ethnic differentials in overweight and obesity among 3-year-old children. *American journal of public health*, *94*, 1525-1530.
- Kimm, S. Y., Barton, B. A., Berhane, K., Ross, J. W., Payne, G. H., & Schreiber, G. B. (1997). Self-esteem and adiposity in black and white girls: the NHLBI Growth and Health Study. *Annals of epidemiology*, *7*(8), 550-560.
- Kral, T. V. E., & Rauh, E. M. (2010). Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiology & Behavior*, *100*, 567-573.
- Kranz, S., Findeis, J. L., & Shrestha, S. S. (2008). Use of the Revised Children's Diet Quality Index to assess preschooler's diet quality, its sociodemographic predictors, and its association with body weight status. *Jornal de pediatria*, *84*(1), 26-34.
- Kumanyika, S. K. (2008). Environmental influences on childhood obesity: ethnic and cultural influences in context. *Physiology & behavior*, *94*(1), 61-70.
- Kumanyika, S. K., & Grier, S. (2006). Targeting interventions for ethnic minority and low-income populations. *The future of children*, *16*(1), 187-207.

- Laessle, R. G., Uhl, H., & Lindel, B. (2001). Parental influences on eating behavior in obese and nonobese preadolescents. *International journal of eating disorders*, 30(4), 447-453.
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity research*, 11, 452-456.
- Lawlor, D. A., Mamun, A. A., O'Callaghan, M. J., Bor, W., Williams, G. M., & Najman, J. M. (2005). Is being overweight associated with behavioural problems in childhood and adolescence? Findings from the Mater-University study of pregnancy and its outcomes. *Archives of disease in childhood*, 90(7), 692-697.
- Leal, V. S., Lira, P. I. C., & Oliveira, J. S. (2012). Excesso de peso em crianças e adolescentes no Estado de Pernambuco, Brasil: prevalência e determinantes. *Cadernos de saúde pública*, 28(6), 1175-82.
- Lee, P. Y., Cheah, W. L., Chang, C. T., & Siti, R. G. (2012). Childhood obesity, self-esteem and health-related quality of life among urban primary schools children in Kuching, Sarawak, Malaysia. *Malaysian journal of nutrition*, 18(2), 207-219.
- Lindsay, A. C., Machado, M. T., Sussner, K. M., Hardwick, C. K., & Peterson, K. E. (2008). Infant-feeding practices and beliefs about complementary feeding among low-income Brazilian mothers: a qualitative study. *Food & nutrition bulletin*, 29(1), 15-24.
- Lissau, I., & Sorensen, T. I. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*, 343, 324-327.
- Lobstein, T., Jackson-Leach, R., Moodie, M. L., Hall, K. D., Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., James, W. P. T., Wang, Y., & McPherson, K. (2015). Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet*, 385, 2510-2520.
- Luby, J. L., Belden, A. C., Pautsch, J., Si, X., & Spitznagel, E. (2009). The clinical significance of preschool depression: impairment in functioning and clinical markers of the disorder. *Journal of affective disorders*, 112(1), 111-119.
- Luomala, H. T. (2005). A state-of-the-art analysis of food consumption studies: Implications for further research. *Journal of food products marketing*, 11(2), 37-58.
- Lumeng, J. C., Gannon, K., Cabral, H. J., Frank, D. A., & Zuckerman, B. (2003). Association Between Clinically Meaningful Behavior Problems and Overweight in Children. *Pediatrics*, 112, 1138-1145.

- McConley, R. L., Mrug, S., Gilliland, M. J., Lowry, R., Elliott, M. N., Schuster, M. A., Bogart, L. M., Franzini, L., Escobar-Chaves, S. L., & Franklin, F. A. (2011). Mediators of maternal depression and family structure on child BMI: parenting quality and risk factors for child overweight. *Obesity, 19*(2), 345-352.
- Malta, D. C., Andrade, S. C., Claro, R. M., Bernal, R. T. I., & Monteiro, C. A. (2014). Trends in prevalence of overweight and obesity in adults in 26 Brazilian state capitals and the Federal District from 2006 to 2012. *Revista brasileira de epidemiologia, 17*, 267-276.
- Mamun, A. A., Lawlor, D. A., O'Callaghan, M. J., Williams, G. M., & Najman, J. M. (2005). Family and early life factors associated with changes in overweight status between ages 5 and 14 years: findings from the Mater University Study of Pregnancy and its outcomes. *International journal of obesity, 29*, 475-482.
- Mamun, A. A., McDermott, B. M., O'Callaghan, M. J., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2008). Predictors of maternal misclassifications of their offspring's weight status: a longitudinal study. *International journal of obesity, 32*(1), 48-54.
- Marcelli, D. (1998). Psicopatologia da esfera oro-alimentar. Em D. Marcelli (Ed.). Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra. (pp. 103-109). Porto Alegre: Artmed.
- Marmorstein, N. R., Malone, S. M., & Iacono, W. G. (2014). Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *American journal of psychiatry*.
- May, A. L., Donohue, M., Scanlon, K. S., Sherry, B., Dalenius, K., Faulkner, P., & Birch, L. L. (2007). Child-feeding strategies are associated with maternal concern about children becoming overweight, but not children's weight status. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(7), 1167-1174.
- Mennella, J. A., Nicklaus, S., Jagolino, A. L., & Yourshaw, L. M. (2008). Variety is the spice of life: strategies for promoting fruit and vegetable acceptance during infancy. *Physiology & behavior, 94*(1), 29-38.
- Mikkilä, V., Räsänen, L., Raitakari, O. T., Pietinen, P., & Viikari, J. (2004). Longitudinal changes in diet from childhood into adulthood with respect to risk of cardiovascular diseases: The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *European journal of clinical nutrition, 58*(7), 1038-1045.

- Molina, M. D. C. B., de Faria, C. P., Montero, M. P., Cade, N. V., & Mill, J. G. (2010). Fatores de risco cardiovascular em crianças de 7 a 10 anos de área urbana, Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 26(5), 909-917.
- Molina, M. D. C. B., Faria, C. P. D., Monteiro, P., & Cade, N. V. (2009). Correspondence between children's nutritional status and mothers' perceptions: a population-based study. *Cadernos de saúde pública*, 25(10), 2285-2290.
- Monteiro, C. A., Mondini, L., Souza, A. L. M., & Popkin, B. M. (1995). Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. (pp. 247-255). São Paulo: Hucitec.
- Morgan, C. M., Tanofsky-Kraff, M., Wilfley, D. E., & Yanovski, J. A. (2002). Childhood obesity. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(2), 257-278.
- Munsch, S., Biedert, E., Meyer, A., Michael, T., Schlup, B., Tuch, A., Margraf, J. (2007). A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *International Journal of eating disorders*, 40(2), 102-113.
- Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Miller, A. B., Goldstein, S. E., & Edwards-Leeper, L. (2004). Body size stigmatization in preschool children: The role of control attributions. *Journal of pediatric psychology*, 29, 613-620.
- Mustillo, S., Worthman, C., Erkanli, A., Keeler, G., Angold, A., Costello, E. J. (2003). Obesity and Psychiatric Disorder: Developmental Trajectories. *Pediatrics*, 111, 851-859.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour research and therapy*, 42(7), 813-839.
- Negreiros, T. C. D. G. M., & Féres-Carneiro, T. (2004). Masculino e feminino na família contemporânea. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 4(1), 34-47.
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International journal of obesity*, 26, 123-131.
- Novaes, J. F. D., Lamounier, J. A., Franceschini, S. D. C. C., & Priore, S. E. (2009). Fatores ambientais associados ao sobrepeso infantil. *Revista de Nutrição*, 22(5), 661-673.

- O'Brien, M., Nader, P. R., Houts, R. M., Bradley, R., Friedman, S. L., Belsky, J., Susman, E. (2007). The ecology of childhood overweight: a 12-year longitudinal analysis. *International journal of obesity*, 31, 1469-1478.
- O'Loughlin, J. Gray-Donald, K., Paradis, G. Meshefedijan, G. (2000). One and two year predictors of excess weight gain among elementary schoolchildren in multiethnic, low-income, inner-city. *American journal of epidemiology*, 153, 739-746.
- OMS. (2007). Curvas de crescimento 2006 e 2007. Disponível em http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms
- Ornis, M. D. (2015). Preventing childhood overweight and obesity. *Jornal de pediatria*, 91(2), 105-107.
- Pagoto, S. L., Curtin, C., Lemon, S. C., Bandini, L. G., Schneider, K. L., Bodenlos, J. S., & Ma, Y. (2009). Association between adult attention deficit/hyperactivity disorder and obesity in the US population. *Obesity*, 17(3), 539-544.
- Parker, G., Parker, I., & Brotchie, H. (2006). Mood state effects of chocolate. *Journal of affective disorders*, 92(2), 149-159.
- Patarra, L. P. (2000). Mudanças na dinâmica demográfica. In C. A. Monteiro. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. (pp. 61-78). São Paulo: Hucitec.
- Payas, N., Budd, G. M., & Polansky, M. (2010). Exploring Relationships Among Maternal BMI, Family Factors, and Concern for Child's Weight. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 23(4), 223-230.
- Pervanidou, P., & Chrousos, G. P. (2011). Emotional/Behavioral Disorders and Obesity in Childhood: a Clinician's Perspective. *The european health psychologist*, 13(3), 48-52.
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S., & Weissman, M. M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, 107(5), 1049-1056.
- Pinheiro, A. R. O. (2005). A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Saúde em debate*, 29(70), 125-139.
- Pitrou, I., Shojaei, T., Wazana, A., Gilbert, F., & Kovess-Masféty, V. (2010). Child overweight, associated psychopathology, and social functioning: a french schoolbased survey in 6- to 11-year-old children. *Obesity*, 18(4), 809-817.
- Puder, J. J., & Munsch, S. (2010). Psychological correlates of childhood obesity. *International journal of obesity*, 34, 37-43.

- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity research*, 9, 788-805.
- Pulgarón, E. R. (2013). Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical therapeutics*, 35(1), 18-32.
- Quaioti, T. C. B., & Almeida, S. D. S. (2006). Determinantes psicobiológicos do comportamento alimentar: uma ênfase em fatores ambientais que contribuem para a obesidade. *Psicologia USP*, 17(4), 193-211.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine*, 90, 24-31.
- Rhee, K. (2008). Childhood overweight and the relationship between parent behaviors, parenting style, and family functioning. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 615(1), 12-37.
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in first grade. *Pediatrics*, 117(6), 2047-2054.
- Ringoot, A. P., Tiemeier, H., Jaddoe, V. W., So, P., Hofman, A., Verhulst, F. C., & Jansen, P. W. (2015). Parental depression and child well-being: young children's self-reports helped addressing biases in parent reports. *Journal of clinical epidemiology*, 68(8), 928-938.
- Rofey, D. L., Kolko, R. P., Iosif, A. M., Silk, J. S., Bost, J. E., Feng, W., & Dahl, R. E. (2009). A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child psychiatry and human development*, 40(4), 517-526.
- Russell-Mayhew, S., McVey, G., Bardick, A., & Ireland, A. (2012). Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *Journal of obesity*, 2012, 1-9.
- Santos, I. S., Barros, A. J., Matijasevich, A., Domingues, M. R., Barros, F. C., & Victora, C. G. (2010). Cohort profile: the 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *International journal of epidemiology*, 2010, 1-8.
- Sauer, K., Barkmann, C., Klasen, F., Bullinger, M., Glaeske, G., & Ravens-Sieberer, U. (2014). How often do German children and adolescents show signs of common mental health problems? Results from different methodological approaches—a cross-sectional study. *BMC public health*, 14(1), 229.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British journal of nutrition*, 99(S1), 22-25.

- Singh, G. K., & Ghandour, R. M. (2012). Impact of neighborhood social conditions and household socioeconomic status on behavioral problems among US children. *Maternal and child health journal, 16*(1), 158-169.
- Sonuga-Barke, E., Stevenson, J., & Thompson, M. J. (1996). Mental health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population. II. Family and maternal factors and child behaviour. *The british journal of psychiatry, 168*(1), 21-25.
- Stanger, C., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Accelerated longitudinal comparisons of aggressive versus delinquent syndromes. *Development and psychopathology, 9*(1), 43-58.
- Stice, E., Spoor, S., Ng, J., & Zald, D. H. (2009). Relation of obesity to consummatory and anticipatory food reward. *Physiology & behavior, 97*(5), 551-560.
- Strauss, R. S., & Knight, J. (1999). Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics, 103*, 85-93.
- Syed, E. U., Hussein, S. A., & Mahmud, S. (2007). Screening for emotional and behavioural problems amongst 5–11-year-old school children in Karachi, Pakistan. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 42*(5), 421-427.
- Tan, F., Okamoto, M., Suyama, A., & Miyamoto, T. (2000). Tracking of cardiovascular risk factors and cohort study on hyperlipidemia in rural school children in Japan. *Journal of epidemiology, 10*(4), 255-61.
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., Marmarosh, C., Morgan, C. M., & Yanovski, J. A. (2004). Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(1), 53.
- Taylor, A., Wilson, C., Slater, A., & Mohr, P. (2012). Self-esteem and body dissatisfaction in young children: Associations with weight and perceived parenting style. *Clinical psychologist, 16*(1), 25-35.
- Turnbull, J. D., Heaslip, S., & McLeod, H. A. (2000). Pre-school children's attitudes to fat and normal male and female stimulus figures. *International journal of obesity, 24*, 1705–1706.
- Van Beijsterveldt, C. E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2006). Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of Dutch twins at ages 7 and 10 years. *Archives of sexual behavior, 35*(6), 647-658.

- Van der Horst, K., Kremers, S., Ferreira, I., Singh, A., Oenema, A., & Brug, J. (2007). Perceived parenting style and practices and the consumption of sugar-sweetened beverages by adolescents. *Health education research*, 22(2), 295-304.
- Vianna, C., & Finco, D. (2009). Meninas e meninos na Educação Infantil: uma questão de gênero e poder. *Cadernos pagu*, 33, 265-283.
- Vila, G., Zipper, E., Dabbas, M., Bertrand, C., Robert, J. J., Ricour, C., MourenSiméoni, M. C. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic medicine*, 66, 387-394.
- Vitolo, Y. L. C., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. S. (2005). Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista de saúde pública*, 39(5), 716-24.
- Wakschlag, L. S., & Keenan, K. (2001). Clinical significance and correlates of disruptive behavior in environmentally at-risk preschoolers. *Journal of clinical child psychology*, 30(2), 262-275.
- Wei, S., Di Santo, A. (2012). Preschool children's perceptions of overweight peers. *Journal of early childhood research*, 10(1), 19-31.
- Wheaton, N., Millar, L., Allender, S., & Nichols, M. (2015). The stability of weight status through the early to middle childhood years in Australia: a longitudinal study. *BMJ open*, 5(4), e006963.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England journal of medicine*, 337, 869-73.
- Wilfley, D. E., Pike, K. M., Striegel-Moore, R. H. (1997). Toward an Integrated Model of Risk For Binge Eating Disorder. *Journal of gender, culture and health*, 2, 1-31.
- World Health Organization. (2010). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Disponível em http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_schools/en/index.html.
- World Health Organization. (2012). *Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity*.
- World Health Organization. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & medicine*, 46(12), 1569-1585.

- Yancey, A. K., & Kumanyika, S. K. (2007). Bridging the gap: understanding the structure of social inequities in childhood obesity. *American journal of preventive medicine*, 33(4), 172-174.
- Yunes, R. C. (2000). Mudanças no cenário econômico. In: Monteiro, C. A. *Velhos e Novos Males da Saúde Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. (pp. 33-60). São Paulo: Hucitec.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., & Ramey, C. (2008). Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment. *Obesity*, 16 (4), 755-762.
- Zeller, M. H., Reiter-Purtill, J., Modi, A. C., Gutzwiller, J., Vannatta, K., & Davies, W. (2007). Controlled study of critical parent and family factors in the obesigenic environment. *Obesity*, 15(1), 126-136.

ANEXOS



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Coorte de Nascimentos de 2004
ESTUDO DOS 4 ANOS



BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

1.	Número de identificação da criança		ETIQUETA
2.	Nome da entrevistadora: _____	[A01]	____
3.	Data e horário de início da entrevista	[A02]	____/____/____ ____:____
4.	Tentativas: 0 = sim, entrevistada 1 = sim, marcou para outro dia 2 = não, endereço não localizado 3 = não, desconhecida no endereço 4 = não, ausente 5 = recusa 6 = mudou-se 7 = outro	[A03]	1ª ____ 2ª ____ 3ª ____ 4ª ____

Sou da Faculdade de Medicina e faço parte do mesmo estudo que <CRIANÇA> participou no nascimento, aos 3, 12 e 24 meses de idade. Gostaria de conversar com a Sra. sobre a saúde dele(a) agora que está com 4 anos de idade. Podemos conversar?

Questões 5 a 9: Não perguntar!!!			
5.	Condições da criança atualmente: SE VIVA → 9 Outro: _____	[A04]	viva 1 óbito 2 outro 3 IGN 9
6.	Data do óbito:	[A05]	____/____/____
7.	Entrevistadora viu atestado de óbito?	[A06]	sim 1 existe, mas não foi visto 2 não foi feito atestado de óbito 3
8.	Causa do óbito: _____ _____	[A07]	_____

9. Quem responde a entrevista? <i>Outro:</i> _____	[A08]	mãe biológica 1 pai biológico 2 mãe adotiva 3 avó 4 outro 5 mãe biológica + outro 6
---	-------	--

BLOCO B – CUIDADO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

10. Quem são as pessoas diretamente responsáveis pela criança: <i>Outro:</i> _____ SE 11, 12, 13, 14, 15, 19 ou 20 → 12	[B01]	pai e mãe biológicos 11 mãe biológica e pai social 12 pai biológico e mãe social 13 só a mãe biológica 14 só o pai biológico 15 pais adotivos 16 avós 17 tios 18 mãe biológica e outro 19 pai biológico e outro 20 outros 21
--	-------	--

11. Se outra pessoa que não os pais biológicos é responsável pela criança, pergunte: a partir de que idade o Sr(a) assumiu a responsabilidade pela criança?	[B02]	___ meses
---	-------	-----------

12. Nessa última semana, alguém leu ou contou histórias para <CRIANÇA>?	[B03]	não 0 sim, alguém contou 1 sim, gravação 2 sim, ambos 3 IGN 9
---	-------	---

13. Nessa última semana, <CRIANÇA> esteve alguma vez na praça ou no parque?	[B04]	não 0 sim 1 IGN 9
---	-------	-------------------------

14. Nessa última semana, <CRIANÇA> foi à casa de outras pessoas?	[B05]	não 0 sim 1 IGN 9
--	-------	-------------------------

15. A <CRIANÇA> tem algum livro ou revistinha dele(a) em casa?	[B06]	não 0 sim 1 IGN 9
--	-------	-------------------------

16. <CRIANÇA> vê televisão? SE NÃO ou IGN → 20	[B07]	não 0 sim 1 TV sempre ligada 2 IGN 9
--	-------	---

17. Quanto tempo <CRIANÇA> vê televisão pela manhã?	[B08]	___ minutos
---	-------	-------------

18.	Quanto tempo <CRIANÇA> vê televisão pela tarde?	[B09] ___ ___ minutos
19.	Quanto tempo <CRIANÇA> vê televisão pela noite?	[B10] ___ ___ minutos

20.	A <CRIANÇA> mora em?	[B11] casa 0 apartamento 1
-----	----------------------	-------------------------------

21. **Agora vamos falar sobre comportamento da <CRIANÇA> nos últimos 6 meses:** Eu vou ler duas frases para a Sra. escolher a que mais se encaixa com o comportamento da <CRIANÇA>. As alternativas de resposta são “sempre”, “quase sempre” ou “tanto faz”. Por exemplo, eu pergunto: A <CRIANÇA> prefere brincar na rua ou dentro de casa? E a Sra. responde: quase sempre na rua, ou sempre dentro de casa, ou tanto faz.

	Sempre	Quase sempre	Tanto faz	Quase sempre	Sempre	
Prefere brincar sozinho	1	2	3	4	5	Prefere brincar com outras crianças
Prefere brincadeiras agitadas, como correr, subir em coisas, lutar, saltar e pular corda	1	2	3	4	5	Prefere brincadeiras calmas, como quebra-cabeça, cartas, massinha e brinquedos de encaixar
Gosta de praticar esportes, como jogar bola e andar de bicicleta	1	2	3	4	5	Não gosta de praticar esportes
É mais introvertido, quieto e gosta de ficar em casa	1	2	3	4	5	É mais extrovertido, gosta de sair
Gosta de desenhar, pintar ou ver revistas	1	2	3	4	5	Não se interessa por desenhar, pintar ou ver revistas
Prefere brincar na rua, no pátio	1	2	3	4	5	Prefere brincar dentro de casa ou da escola
É menos ativo fisicamente em comparação às crianças da sua idade	1	2	3	4	5	É mais ativo fisicamente em comparação às crianças da sua idade

22.	Geralmente quando brinca na rua, <CRIANÇA> brinca sozinha ou em grupo? <i>SE 0 ou 1 → 25</i>	[B19] não brinca na rua 0 brinca sozinha 1 brinca em grupo 3
-----	---	--

23.	Com quantas crianças, mais ou menos, costuma brincar?	[B20] ___ ___ crianças
-----	---	------------------------

24.	Brinca mais com meninos, com meninas ou brinca com todos?	[B21] meninos 0 meninas 1 todos 3
-----	---	---

Baseado no comportamento da <CRIANÇA> nos últimos 6 meses:

25.	Em média, quantas horas por dia a <CRIANÇA> passa jogando videogame ou usando o computador?	[B22] ___ horas ___ minutos
-----	---	-----------------------------

26.	A Sra. tem algum animal de estimação em casa? <i>SE NÃO ou IGN → 28</i>	[B23]	não 0 sim 1 IGN 9
27.	Qual(is)?		
	Cachorro:	[B24]	0 não 1 sim 9 IGN
	Gato:	[B25]	0 não 1 sim 9 IGN
	Hamster:	[B26]	0 não 1 sim 9 IGN
	Passarinho:	[B27]	0 não 1 sim 9 IGN
	Cocota:	[B28]	0 não 1 sim 9 IGN
	Tartaruga:	[B29]	0 não 1 sim 9 IGN
	Outro: _____	[B30]	0 não 1 sim 9 IGN

28. Agora gostaria de saber quem cuidou da <CRIANÇA> durante o dia, desde que completou 2 anos:

QUADRO 1 – CUIDADOS DA CRIANÇA DESDE QUE COMPLETOU 2 ANOS

	IDADE <i>(idade inicial e final em meses; 99=IGN)</i>	Quem tomava conta? <i>1= pai, mãe ou responsável 2= irmão/irmã ≥ 15 anos 3= irmão/irmã < 15 anos 4= parente adulto 5= outro parente menor de idade 6= adulto não parente 9= IGN</i>	Em que lugar? <i>1= própria casa 2= outra casa 3= escola pública/ filantrópica 4= escola particular 5= abrigo/ outros 9= IGN</i>	Era o dia todo ou só parte do dia? <i>1= integral 2= parcial 9= IGN</i>
1	__ m até __ m	[B41] __	[B42] __	[B43] __
2	__ m até __ m	[B44] __	[B45] __	[B46] __
3	__ m até __ m	[B47] __	[B48] __	[B49] __
4	__ m até __ m	[B50] __	[B51] __	[B52] __
5	__ m até __ m	[B53] __	[B54] __	[B55] __

29.	Quanto a Sra. pagou pelo cuidado da <CRIANÇA> no mês passado?	[B56]	R\$ _____, 00
-----	---	-------	---------------

Se atualmente a <CRIANÇA> é cuidada fora de casa:

30.	Quantas crianças além da sua participam do grupo em que <CRIANÇA> é cuidado? <i>(criança sozinha= 00, IGN= 99)</i>	[B57]	__ __ crianças
31.	Quanto tempo <CRIANÇA> é cuidado(a) fora de casa? <i>(IGN= 99 horas/ dia, IGN= 9 dias/semana)</i>	[B58] [B59]	__ __ horas/dia __ dias /semana

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o que a <CRIANÇA> come:	
32. <CRIANÇA> mama no peito? SE SIM → 35 SE NUNCA MAMOU → 36	[B60] não 0 sim 1 nunca mamou 2 IGN 9
33. Por quanto tempo mamou no seio? SE PAROU ANTES DOS 2 ANOS → 36	[B61] ___ anos ___ meses ___ dias
34. Por que parou de mamar no seio? (até duas razões) <i>secou o leite 11</i> <i>pouco leite 12</i> <i>leite fraco 13</i> <i>criança não quis mais 14</i> <i>outra gravidez 15</i> <i>trabalho da mãe 16</i> <i>criança não ganhava peso 17</i> <i>doença da mãe 18</i> <i>uso de anticoncepcional 19</i> <i>doença da criança 20</i> <i>criança já era grande 21</i> <i>outro 22 : _____</i> PULO INCONDICIONAL → 36	[B62] ___ ___
35. Por que continua a mamar no seio? (até duas razões) <i>criança estava magra e fraca 11</i> <i>criança gosta 12</i> <i>é o melhor leite 13</i> <i>médico mandou 14</i> <i>leite de vaca é caro 15</i> <i>nenhuma razão especial 16</i> <i>outro 17: _____</i>	[B63] ___ ___

36. A senhora pode dizer quais as refeições que <CRIANÇA> faz durante o dia?				
Cafê da manhã	[B64]	0 não	1 sim	9 IGN
Lanche pela manhã	[B65]	0 não	1 sim	9 IGN
Almoço	[B66]	0 não	1 sim	9 IGN
Cafê da tarde	[B67]	0 não	1 sim	9 IGN
Jantar	[B68]	0 não	1 sim	9 IGN
Antes de dormir	[B69]	0 não	1 sim	9 IGN
Outra _____	[B70]	0 não	1 sim	9 IGN

37. **Eu vou ler uma lista de alimentos e gostaria de saber se <CRIANÇA> costuma comer?**

	SE SIM, quantas vezes?						
	não= 0	IGN= 9	sim= 1	dia	semana	< 1 x/semana (33)	
Chips	[B71]	0	9	1	1__	2__	___
Refrigerante	[B72]	0	9	1	1__	2__	___
Chocolate	[B73]	0	9	1	1__	2__	___
Bala	[B74]	0	9	1	1__	2__	___
Chiclete	[B75]	0	9	1	1__	2__	___
Pirulito	[B76]	0	9	1	1__	2__	___

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como <CRIANÇA> está comendo:

38. Ontem <CRIANÇA> se alimentou como sempre?	[B77]	não 0 sim 1 IGN 9
<i>SE SIM → 40</i>		
39. Quando foi o último dia em que <CRIANÇA> se alimentou como sempre?	[B78]	___/___/___

QUADRO 2 – RECORDATÓRIO ALIMENTAR DE 24 HORAS

40. Por favor, me diga tudo que <CRIANÇA> comeu/tomou neste dia:	acordar	manhã	almoço	tarde	janta	dormir	madrugada
Leite materno	[B79]	[B80]	[B81]	[B82]	[B83]	[B84]	[B85]
Leite de vaca	[B86]	[B87]	[B88]	[B89]	[B90]	[B91]	[B92]
Leite em pó	[B93]	[B94]	[B95]	[B96]	[B97]	[B98]	[B99]
Cafê	[B100]	[B101]	[B102]	[B103]	[B104]	[B105]	[B106]
Água/chá	[B107]	[B108]	[B109]	[B110]	[B111]	[B112]	[B113]
Suco	[B114]	[B115]	[B116]	[B117]	[B118]	[B119]	[B120]
Pão/ bolacha	[B121]	[B122]	[B123]	[B124]	[B125]	[B126]	[B127]
Iogurte	[B128]	[B129]	[B130]	[B131]	[B132]	[B133]	[B134]
Frutas	[B135]	[B136]	[B137]	[B138]	[B139]	[B140]	[B141]
Ovo	[B142]	[B143]	[B144]	[B145]	[B146]	[B147]	[B148]
Arroz	[B149]	[B150]	[B151]	[B152]	[B153]	[B154]	[B155]
Feijão	[B156]	[B157]	[B158]	[B159]	[B160]	[B161]	[B162]
Legume/ verdura	[B163]	[B164]	[B165]	[B166]	[B167]	[B168]	[B169]
Massa	[B170]	[B171]	[B172]	[B173]	[B174]	[B175]	[B176]
Batata/aipim	[B177]	[B178]	[B179]	[B180]	[B181]	[B182]	[B183]
Carne	[B184]	[B185]	[B186]	[B187]	[B188]	[B189]	[B190]
Achocolatado	[B191]	[B192]	[B193]	[B194]	[B195]	[B196]	[B197]
Refrigerante	[B198]	[B199]	[B200]	[B201]	[B202]	[B203]	[B204]
Outro1:	[B205]	[B206]	[B207]	[B208]	[B209]	[B210]	[B211]
Outro2:	[B212]	[B213]	[B214]	[B215]	[B216]	[B217]	[B218]
Nº Refeições	[B219]	[B220]	[B221]	[B222]	[B223]	[B224]	[B225]

41.	Como foi o apetite da <CRIANÇA> nesta última semana? <i>Outro:</i> _____	[B226]	tem muita fome 1 bom, normal 2 pouco apetite, não quer comer 3 bom para alguns alimentos mas não para todos 4 pouco apetite porque estava doente 5 outro 6
-----	---	--------	---

42.	<CRIANÇA> chupa bico? SE SIM → 45	[B227]	não 0 sim 1 IGN 9
43.	Já parou ou nunca chupou? SE NUNCA CHUPOU → 46	[B228]	nunca chupou 1 já parou 2
44.	Quando parou de chupar bico? (99/99 = IGN)	[B229]	___ meses ___ dias
45.	Chupa(va) bico todo o tempo? <i>Outro:</i> _____	[B230]	todo o dia 1 de vez em quando 2 só para dormir 3 outro 4 para deitar e depois solta o bico 5 durante o dia e a noite 6 de noite 7 IGN 9

BLOCO C – SAÚDE DA CRIANÇA

46.	<CRIANÇA> dorme em um quarto sozinha? SE SIM → 55	[C01]	não 0 sim 1 IGN 9
47.	Quantas pessoas dormem no quarto com <CRIANÇA>? (99 = IGN, 00 = nenhuma)	[C02]	___ adultos ___ crianças
48.	<CRIANÇA> dorme na mesma cama com outra pessoa? SE NÃO → 55	[C03]	não 0 sim 1 IGN 9

Quem são as pessoas que dormem na mesma cama com <CRIANÇA> atualmente?

49.	Mãe?	[C04]	0 não	1 sim	9 IGN
50.	Pai?	[C05]	0 não	1 sim	9 IGN
51.	Outro adulto?	[C06]	0 não	1 sim	9 IGN
52.	Criança < 5 anos?	[C07]	0 não	1 sim	9 IGN
53.	Criança ≥ 5 anos?	[C08]	0 não	1 sim	9 IGN
54.	<CRIANÇA> dorme a noite inteira ou parte da noite com essas pessoas?	[C09]	a noite inteira 1 parte da noite 2 IGN 9		

55.	<CRIANÇA> custa pra pegar no sono?	[C10]	não 0 sim 1 IGN 9
56.	<CRIANÇA> acorda no meio da noite?	[C11]	não 0 sim 1 IGN 9
57.	<CRIANÇA> tem pesadelos/terror noturno?	[C12]	não 0 sim 1 IGN 9
58.	<CRIANÇA> tem sono agitado, mas sem acordar?	[C13]	não 0 sim 1 IGN 9
Agora gostaria de saber como foi o sono da <CRIANÇA> nas últimas 2 semanas:			
59.	Nestas duas últimas semanas, quem fez <CRIANÇA> dormir à noite a maior parte das vezes? <i>Outro:</i> _____	[C14]	mãe 1 pai 2 mãe e pai 3 outra pessoa 4 ninguém 5
60.	Nestas duas últimas semanas, a que horas <CRIANÇA> foi dormir à noite? (99:99= IGN)	[C15]	__ __ : __ __
61.	Quanto tempo mais ou menos <CRIANÇA> levou para pegar no sono? (IGN=999)	[C16]	____ minutos
62.	Nestas duas últimas semanas <CRIANÇA> acordou no meio da noite? SE NÃO ou IGN → 66	[C17]	não 0 sim 1 IGN 9
63.	Quantas noites <CRIANÇA> acordou?(IGN=99)	[C18]	__ __ noites
64.	Quantas vezes <CRIANÇA> acordou por noite? (IGN=99)	[C19]	__ __ vezes
65.	Nestas duas últimas semanas, quem é que atendeu <CRIANÇA> na maioria das vezes quando ele(a) acordou de noite? <i>Outro:</i> _____	[C20]	mãe 1 pai 2 mãe e pai 3 outra pessoa 4 ninguém 5
66.	Nestas duas últimas semanas, a que horas <CRIANÇA> acordou pela manhã? (99:99= IGN)	[C21]	__ __ : __ __
67.	Nestas duas últimas semanas, mais ou menos, quantas vezes por dia <CRIANÇA> dormiu durante o dia? (IGN=99) SE “00” → 69	[C22]	__ __
68.	Quanto tempo mais ou menos <CRIANÇA> dormiu de cada vez durante o dia? (IGN=999)	[C23]	____ minutos

69.	Aconteceu alguma coisa nestas duas últimas semanas que possa ter atrapalhado o sono de <CRIANÇA>? <i>SE NÃO ou IGN → 71</i>	[C24]	não 0 sim 1 IGN 9
70.	O quê? <i>Outro: _____</i>	[C25]	doença 1 problema nos dentes 2 viagens 3 visitas 4 outro 5
71.	Como a Sra. diria que foi o sono de <CRIANÇA> nestas duas últimas semanas? <i>(as opções em negrito devem ser lidas para a mãe)</i>	[C26]	excelente 1 muito bom 2 bom 3 regular 4 ruim 5 IGN 9
72.	A Sra. acha que o sono da <CRIANÇA> atrapalha o bem-estar da Sra.?	[C27]	não 0 sim 1 IGN 9

Mostrar escala de faces

73.	Qual dessas faces mostra melhor como a Sra. acha que <CRIANÇA> se sente?	[C28]	__
-----	--	-------	----

74.	Em comparação a outras crianças da mesma idade e sexo, a Sra. diria que <CRIANÇA> é: <i>(as opções em negrito devem ser lidas para a mãe)</i>	[C29]	menos ativo 1 igual 2 mais ativo 3 IGN 9
-----	--	-------	--

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <CRIANÇA>

75.	Em geral, a Sra. considera a saúde da <CRIANÇA>: <i>(as opções em negrito devem ser lidas para a mãe)</i>	[C30]	excelente 1 muito boa 2 boa 3 regular 4 ruim 5 IGN 9
76.	<CRIANÇA> teve dor de ouvido desde que completou 2 anos? <i>SE NÃO ou IGN → 80</i>	[C31]	não 0 sim 1 IGN 9
77.	Quantas vezes a <CRIANÇA> teve dor de ouvido desde que completou 2 anos?	[C32]	__ __ vezes
78.	Em alguma vez saiu pus do ouvido?	[C33]	não 0 sim 1 IGN 9
79.	Quem disse para a Sra. que era problema de ouvido? <i>Outro: _____</i>	[C34]	médico 1 outro 2 IGN 9

80.	Desde que nasceu a <CRIANÇA> teve chiado no peito? SE NÃO OU IGN → 99	[C35]	não 0 sim 1 IGN 9
81.	Com que idade teve a primeira crise de chiado no peito?	[C36]	antes dos 6 meses 1 6 a 12 meses 2 mais de 12 meses 3 IGN 9
82.	Desde que completou 2 anos, alguma vez quando <CRIANÇA> teve chiado, precisou fazer nebulização ou usar bombinha?	[C37]	não 0 nebulização 1 bombinha 2 ambos 3 IGN 9
83.	O que a Sra. faz ou fazia quando a <CRIANÇA> começa(va) a chiar o peito? <i>Outro:</i> _____ SE 1, 2 OU 5 → 85	[C38]	já começa a medicar em casa 1 não medica, espera melhorar sozinha 2 leva para consultar 3 começa a medicar e leva para consultar 4 outro 5 IGN 9
84.	Onde leva(va)? <i>Outro:</i> _____	[C39]	posto de saúde 1 médico particular 2 pronto socorro 3 ambulatório de hospital ou faculdade 4 outro 5 IGN 9
85.	A Sra. leva(va) <CRIANÇA> para fazer consultas de revisão por causa do chiado quando ela não está em crise? SE NÃO → 87	[C40]	não 0 sim 1 IGN 9
86.	Onde leva(va) <CRIANÇA> para consultas de rotina? <i>Outro:</i> _____	[C41]	posto de saúde 1 médico particular 2 pronto socorro 3 ambulatório de hospital ou faculdade 4 outro 5 IGN 9
87.	Nos últimos 12 meses, isto é, desde <mês> do ano passado, <CRIANÇA> teve chiado no peito? SE SIM → 89	[C42]	não 0 sim 1 IGN 9
88.	Quando <CRIANÇA> parou de ter crises de chiado no peito? (99/99 = IGN) SE PAROU ANTES <MÊS> ANO PASSADO → 99	[C43]	___ anos ___ meses
89.	Desde o <mês> do ano passado, quantas crises de chiado no peito <CRIANÇA> teve?	[C44]	___ vezes
90.	Tinha falta de ar ou cansaça junto com o chiado?	[C45]	não 0 sim 1 IGN 9

91.	Desde o <mês> do ano passado, <CRIANÇA> teve seu sono perturbado por chiado no peito? SE NÃO → 93	[C46]	não 0 sim 1 IGN 9
92.	Quantas noites por semana?	[C47]	menos de uma 1 uma noite ou mais 2 IGN 9
93.	Desde o <mês> do ano passado, o chiado foi tão forte que <CRIANÇA> não conseguia dizer mais de duas palavras entre cada respiração?	[C48]	não 0 sim 1 IGN 9
94.	Desde o <mês> do ano passado, <CRIANÇA> teve chiado no peito depois de correr?	[C49]	não 0 sim 1 IGN 9
95.	Desde <mês> do ano passado, <CRIANÇA> foi ao médico, devido ao chiado? SE NÃO → 97	[C50]	não 0 sim 1 IGN 9
96.	Quantas vezes?	[C51]	__ __ vezes
97.	Desde <mês> do ano passado, <CRIANÇA> foi ao pronto socorro, devido ao chiado? SE NÃO → 99	[C52]	não 0 sim 1 IGN 9
98.	Quantas vezes?	[C53]	__ __ vezes

99.	Desde <mês> do ano passado <CRIANÇA> teve tosse seca à noite, sem estar gripado?	[C54]	não 0 sim 1 IGN 9
-----	--	-------	-------------------------

Alguma vez o médico disse que a <CRIANÇA> tinha:				
100.	Asma?	[C55]	0 não	1 sim
				9 IGN
101.	Bronquite?	[C56]	0 não	1 sim
				9 IGN
Nos últimos 12 meses, a <CRIANÇA> teve:				
102.	Asma?	[C57]	0 não	1 sim
				9 IGN
103.	Bronquite?	[C58]	0 não	1 sim
				9 IGN

104.	<CRIANÇA> internou por causa de chiado no peito ou tosse seca ou asma ou bronquite? SE NÃO → 106	[C59]	não 0 sim 1 IGN 9
105.	Quantas vezes?	[C60]	__ __ vezes
106.	<CRIANÇA> teve tosse na última semana, desde o <dia> da semana passada? SE NÃO → 110	[C61]	não 0 sim 1 IGN 9

SE TEVE TOSSE				
107.	Tinha febre?	[C62]	0 não	1 sim 9 IGN
108.	Estava com a respiração difícil?	[C63]	0 não	1 sim 9 IGN
109.	Estava com o nariz entupido?	[C64]	0 não	1 sim 9 IGN

110.	<CRIANÇA> teve pontada ou pneumonia dos 2 anos até agora? SE NÃO OU IGN → 113	[C65]	não 0 sim 1 IGN 9
111.	Quantas vezes <CRIANÇA> teve pontada ou pneumonia dos 2 anos até agora?	[C66]	__ __ vezes
112.	Quem disse para a Sra. que era pontada ou pneumonia? (1= médico, 2= outro, 9= IGN) Outro: _____	[C67]	1ª vez __ 2ª vez __ 3ª vez __ 4ª vez __

113.	<CRIANÇA> tem ou já teve crises de espirros ou nariz correndo quando não estava gripado ou resfriado?	[C68]	não 0 sim 1 IGN 9
114.	Alguma vez na vida <CRIANÇA> teve manchas com coceira? SE NÃO OU IGN → 117	[C69]	não 0 sim 1 IGN 9
115.	Estas manchas apareciam e desapareciam durante vários meses?	[C70]	não 0 sim 1 IGN 9
116.	As manchas eram nas dobras dos cotovelos, atrás dos joelhos, nos tornozelos, abaixo das nádegas ou no pescoço, orelhas e olhos?	[C71]	não 0 sim 1 IGN 9
117.	<CRIANÇA> teve alergia de pele no primeiro ano de vida?	[C72]	não 0 sim 1 IGN 9

Na família, alguém tem ou teve asma ou bronquite ou chiado no peito alguma vez na vida?				
118.	mãe da criança?	[C73]	0 não	1 sim 9 IGN
119.	pai da criança?	[C74]	0 não	1 sim 9 IGN
120.	irmãos?	[C75]	0 não	1 sim 9 IGN
121.	tios ou primos?	[C76]	0 não	1 sim 9 IGN
122.	avós ou bisavós?	[C77]	0 não	1 sim 9 IGN
123.	outro _____	[C78]	0 não	1 sim 9 IGN

Na família, alguém tem ou teve qualquer alergia alguma vez na vida?				
124.	mãe da criança?	[C79]	0 não	1 sim 9 IGN
125.	pai da criança?	[C80]	0 não	1 sim 9 IGN
126.	irmãos?	[C81]	0 não	1 sim 9 IGN
127.	tios ou primos?	[C82]	0 não	1 sim 9 IGN
128.	avós ou bisavós?	[C83]	0 não	1 sim 9 IGN
129.	outro _____	[C84]	0 não	1 sim 9 IGN

130.	Dos 2 anos até agora, <CRIANÇA> teve infecção urinária? SE NÃO ou IGN → 133	[C85]	não 0 sim 1 IGN 9
131.	Quantas vezes <CRIANÇA> teve infecção urinária dos 2 anos até agora?	[C86]	__ __ vezes
132.	Quem disse para a Sra. que era infecção urinária? <i>Outro:</i> _____	[C87]	médico 1 outro 2 IGN 9

Agora vamos falar de problemas de saúde que <CRIANÇA> possa ter tido nos últimos 15 dias:

133.	<CRIANÇA> teve diarreia nos últimos 15 dias? SE NÃO ou IGN → 136	[C88]	não 0 sim, início há 7 dias ou menos 1 sim, início há 8 dias ou mais 2 IGN 9
134.	<CRIANÇA> está com diarreia hoje?	[C89]	não 0 sim 1 IGN 9
135.	Recebeu sorinho para diarreia? <i>(se SIM, ler as opções)</i>	[C90]	não recebeu 0 sim, distribuído nos postos e na farmácia do SUS 1 sim, comprado na farmácia 2 sim, soro caseiro (feito em casa) 3 IGN 9

Agora vamos falar sobre problemas de saúde que <CRIANÇA> possa ter tido dos 2 anos até agora:

A <CRIANÇA> já teve (ou tem)?	não= 0	sim= 1	IGN= 9	Diagnosticado?
136. Tuberculose?	[C91] 0	1	9	com __ __ meses
137. Doença do coração?	[C92] 0	1	9	com __ __ meses
138. Estrabismo?	[C93] 0	1	9	com __ __ meses
139. Dificuldade de visão?	[C94] 0	1	9	com __ __ meses
140. Hepatite?	[C95] 0	1	9	com __ __ meses

A <CRIANÇA> já teve (ou tem)?		não= 0	sim= 1	IGN= 9	Quantas vezes?	Última vez?
141. Quebrou algum osso?	[C96]	0	1	9	__ __	com __ __ meses
142. Anemia?	[C97]	0	1	9	__ __	com __ __ meses
143. Infecção da pele?	[C98]	0	1	9	__ __	com __ __ meses
144. Convulsão com febre?	[C99]	0	1	9	__ __	com __ __ meses
145. Convulsão sem febre?	[C100]	0	1	9	__ __	com __ __ meses
146. Meningite?	[C101]	0	1	9	__ __	com __ __ meses
147. Eliminou vermes?	[C102]	0	1	9	__ __	com __ __ meses

148. Desde que completou 2 anos, <CRIANÇA> já foi ao médico ou posto de saúde ou hospital para consultar por doença? SE NÃO OU IGN → 152	[C103]	não 0 sim 1 IGN 9
149. Quantas vezes depois que fez 2 anos? (“ <i>muitas vezes</i> ”= 77, IGN= 99)	[C104]	__ __ vezes
150. Quantas vezes nos últimos 3 meses? (“ <i>muitas vezes</i> ”= 77, IGN= 99)	[C105]	__ __ vezes
151. Motivo da última consulta? _____ _____	[C106]	_____
152. Desde que completou 2 anos, a Sra. já levou <CRIANÇA> para consultar no Pronto Socorro Municipal ou em algum Pronto Atendimento? SE NÃO OU IGN → 155	[C107]	não 0 pronto socorro municipal 1 pronto atendimento 2 ambos 3 IGN 9
153. Quantas vezes? (“ <i>muitas vezes</i> ”= 77, IGN= 99)	[C108]	__ __ vezes
154. Motivo da última consulta? _____ _____	[C109]	_____
155. Desde que completou 2 anos, a Sra. tentou levar <CRIANÇA> para consultar, hospitalizar ou vacinar e não conseguiu? SE NÃO OU IGN → 157	[C110]	não 0 sim 1 IGN 9
156. Por quê? _____ _____	[C111]	_____ _____
157. Desde que <CRIANÇA> completou 2 anos, alguma vez nos atendimentos nos postos de saúde ou serviços do SUS lhe pediram para pagar alguma coisa? SE “0”, “2” ou IGN → 159	[C112]	não 0 sim 1 nunca utilizou o SUS 2 IGN 9

158.	Para pagar o quê? _____ _____	[C113]	___ ___
159.	<CRIANÇA> já consultou alguma vez com dentista? SE NÃO OU IGN → 161	[C114]	não 0 sim 1 IGN 9
160.	Motivo da consulta: _____ _____	[C115]	___ ___
161.	<CRIANÇA> já consultou alguma vez com psicólogo/psiquiatra? SE NÃO OU IGN → 163	[C116]	não 0 sim 1 IGN 9
162.	Motivo da consulta: _____ _____	[C117]	___ ___
163.	<CRIANÇA> já consultou alguma vez com médico de olhos? SE NÃO OU IGN → 165	[C118]	não 0 sim 1 IGN 9
164.	Motivo da consulta: _____ _____	[C119]	___ ___
165.	<CRIANÇA> já consultou alguma vez com especialista de ouvidos e garganta? SE NÃO OU IGN → 167	[C120]	não 0 sim 1 IGN 9
166.	Motivo da consulta: _____ _____	[C121]	___ ___
167.	<CRIANÇA> já consultou alguma vez com neurologista? SE NÃO OU IGN → 169	[C122]	não 0 sim 1 IGN 9
168.	Motivo da consulta: _____ _____	[C123]	___ ___
169.	<CRIANÇA> tem alguma doença crônica, problema físico ou retardo que a Sra. (ou a família) tenha conhecimento? SE NÃO OU IGN → 171	[C124]	não 0 sim 1 IGN 9
170.	Qual(is)? _____ _____	[C125]	___ ___

171. <CRIANÇA> baixou em hospital dos 2 anos até agora ? SE NÃO OU IGN → 173		[C126] não 0 sim 1 IGN 9
172. Quantas vezes?		[C127] ___ ___ vezes
IDADE Que idade tinha? <i>(meses)</i>	CAUSA DE HOSPITALIZAÇÃO Por que baixou?	HOSPITAL Onde baixou? <i>Beneficência Portuguesa = 1</i> <i>Santa Casa = 2</i> <i>Clínicas = 3</i> <i>Fau = 4</i> <i>Miguel Piltcher = 5</i> <i>Outro = 6</i>
[C128] ___	[C129] _____ (_____)	[C130] ___
[C131] ___	[C132] _____ (_____)	[C133] ___
[C134] ___	[C135] _____ (_____)	[C136] ___
[C137] ___	[C138] _____ (_____)	[C139] ___
[C140] ___	[C141] _____ (_____)	[C142] ___
[C143] ___	[C144] _____ (_____)	[C145] ___

173. <CRIANÇA> fez alguma operação depois dos 2 anos? SE NÃO OU IGN → 175		[C146] não 0 sim 1 IGN 9
174. Qual? <i>Outro: _____</i>		[C147] amígdalas ou adenóides 1 tubo no ouvido 2 fimose 3 hérnia 4 apendicite 5 outro 6

175. <CRIANÇA > recebeu algum remédio desde <dia da semana> de duas semanas atrás, inclusive vitamina ou remédio para febre? SE NÃO OU IGN → 178	[C148]	não 0 sim 1 IGN 9
--	--------	-------------------------

QUADRO 3 – UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

176. Qual o remédio que <CRIANÇA> recebeu?	
<i>Nome do remédio (letras maiúsculas sem acento)</i>	
1. [C149]	
2. [C150]	
3. [C151]	
4. [C152]	
5. [C153]	
177. Número total de remédios utilizados:	[C154] _ _

Agora a Sra. poderia trazer as caixas e receitas de todos remédios que <CRIANÇA> usou nos últimos 15 dias?						
	Mostrou a embalagem ou receita deste remédio? <i>0= não 1= sim</i>	Para tratar o quê?	Quem indicou? <i>1= médico (atual) 2= médico (anterior) 3= outro prof. saúde 4= mãe 5= familiar/ amigo 6= outro 9= IGN</i>	Foi comprado? <i>1= sim 2= não (SUS) 3= não (outro) 9= IGN</i>	Usou todos os dias por um mês ou mais? <i>0= não 1= sim 9= IGN</i>	Usou este remédio ontem? <i>0= não 1= sim 9= IGN</i>
1	[C155] —	[C156] _____	[C157] —	[C158] —	[C159] —	[C160] —
2	[C161] —	[C162] _____	[C163] —	[C164] —	[C165] —	[C166] —
3	[C167] —	[C168] _____	[C169] —	[C170] —	[C171] —	[C172] —
4	[C173] —	[C174] _____	[C175] —	[C176] —	[C177] —	[C178] —
5	[C179] —	[C180] _____	[C181] —	[C182] —	[C183] —	[C184] —

178. Nas duas últimas semanas <CRIANÇA > deixou de tomar algum remédio que precisava por não ter ganhado ou não ter conseguido comprar? SE NÃO ou IGN → 180	[C185]	não 0 sim 1 IGN 9
179. Que tipo de remédio? <i>Outro:</i> _____	[C186]	para dor / febre 1 vitaminas / ferro 2 antibiótico / para infecção 3 outro 4 IGN 9

180. <CRIANÇA> tem cartão de vacinas?	[C187]	sim, visto 1 sim, não visto 2 tinha mas perdeu 3 nunca teve 4 outro 5 IGN 9
---------------------------------------	--------	--

Se sim, pedir o cartão de vacinas e anotar o nº de doses na coluna “cartão”.

Vacinas	Cartão (nº doses)
BCG	[C188] _____
VOP- SABIN (Poliomielite oral ou pólio)	[C189] _____
DTP + Hib (Tetraivalente)	[C190] _____
Tríplice bacteriana (DTP)	[C191] _____
SRC (Tríplice viral)	[C192] _____
Hepatite B	[C193] _____
Outra: _____	[C194] _____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre acidentes que <CRIANÇA> tenha tido desde que fez 2 anos:		
181. Desde que fez 2 anos, <CRIANÇA> já caiu e se machucou? SE NÃO ou IGN → 183	[C195]	não 0 sim 1 IGN 9
182. Quantas vezes? (“ <i>muitas vezes</i> ”= 77, IGN= 99)	[C196]	__ __ vezes
183. Desde que fez 2 anos, <CRIANÇA> já se cortou? SE NÃO ou IGN → 185	[C197]	não 0 sim 1 IGN 9
184. Quantas vezes? (“ <i>muitas vezes</i> ”= 77, IGN= 99)	[C198]	__ __ vezes

185.	Desde que fez 2 anos, <CRIANÇA> já se queimou? SE NÃO ou IGN → 187	[C199]	não 0 sim 1 IGN 9
186.	Quantas vezes? (“muitas vezes”= 77, IGN= 99)	[C200]	__ __ vezes
187.	Desde que fez 2 anos, <CRIANÇA> já se intoxicou por tomar algum medicamento ou produto de limpeza guardado na casa? SE NÃO ou IGN → 189	[C201]	não 0 sim, medicamento 1 sim, produto de limpeza 2 sim, ambos 3 IGN 9
188.	Quantas vezes? (“muitas vezes”= 77, IGN= 99)	[C202]	__ __ vezes
189.	Desde que fez 2 anos, <CRIANÇA> teve outro tipo de acidente? SE NÃO ou IGN → 191	[C203]	não 0 sim 1 IGN 9
190.	Qual? _____	[C204]	__ __

191.	A Sra. toma algum cuidado para evitar que <CRIANÇA> sofra algum acidente? SE NÃO ou IGN → 193	[C205]	não 0 sim 1 IGN 9
192.	Qual(is)? _____ _____	[C206]	cuidado 1 __ __ cuidado 2 __ __

Na sua casa tem remédios guardados:					
193.	na cozinha?	[C207]	0 não	1 sim	9 IGN
194.	no banheiro?	[C208]	0 não	1 sim	9 IGN
195.	no quarto da <CRIANÇA> ?	[C209]	0 não	1 sim	9 IGN
196.	outro quarto?	[C210]	0 não	1 sim	9 IGN
197.	outro _____	[C211]	0 não	1 sim	9 IGN

198.	Em qualquer desses lugares, o remédio fica guardado em gaveta ou armário destrancado? SE NÃO ou IGN → 200	[C212]	não 0 sim 1 IGN 9
199.	Alguns desses armários ou gavetas fica numa altura abaixo da cabeça de um adulto?	[C213]	não 0 sim 1 IGN 9

Agora vamos falar sobre a retirada de fraldas da <CRIANÇA> durante o dia:		
200. <CRIANÇA> usa fraldas de dia? <i>SE NÃO ou IGN → 202</i>	[C214]	não 0 sim 1 IGN 9
201. <CRIANÇA> usa fraldas todo o tempo ou parte do tempo? <i>SE TODO O TEMPO → 214</i>	[C215]	todo o tempo 1 parte do tempo 2
202. Porque a Sra. resolveu tirar as fraldas da <CRIANÇA>? <i>Outro: _____</i>	[C216]	pela idade da criança 1 a criança solicitou 2 para não gastar com as fraldas 3 para poder ir para a escola 4 é mais prático 5 outro 6
203. Com que idade a Sra. começou a tirar as fraldas da <CRIANÇA> de dia?(99=IGN)	[C217]	__ __ meses
204. Com que idade <CRIANÇA> deixou de usar fraldas de dia? (99= IGN)	[C218]	__ __ meses
205. Com que idade <CRIANÇA> parou de fazer xixi nas roupas de dia? (99= IGN; 77= ainda faz)	[C219]	__ __ meses
206. Com que idade <CRIANÇA> parou de fazer cocô nas fraldas de dia? (99= IGN; 77= ainda faz)	[C220]	__ __ meses
207. Quem treinou <CRIANÇA> a largar as fraldas e usar o banheiro ou penico? <i>Outro: _____</i>	[C221]	mãe 01 pai 02 avó 03 irmão(ã) mais velho(a) 04 sozinha 05 empregada ou babá 06 professora (escola) 07 vizinha 08 outro 09
208. Quando começou a tirar as fraldas, <CRIANÇA> passou a usar vaso ou penico? <i>Outro: _____</i>	[C222]	vaso 1 penico 2 outro 3
209. Atualmente, onde <CRIANÇA> faz xixi e cocô, no vaso ou no penico? <i>Outro: _____</i> <i>SE USA PENICO ou OUTRO → 212</i>	[C223]	vaso 1 penico 2 outro 3
210. Coloca redutor de assento no vaso?	[C224]	não 0 sim 1 IGN 9
211. Coloca apoio para os pés da <CRIANÇA>?	[C225]	não 0 sim 1 IGN 9

212.	<CRIANÇA> às vezes não quer fazer cocô no vaso ou penico, só nas calças?	[C226]	não 0 sim 1 IGN 9
213.	<CRIANÇA> vai ao banheiro fazer xixi ou cocô sozinho?	[C227]	não 0 sim 1 IGN 9
214.	Algum médico lhe ensinou como fazer para retirar as fraldas da <CRIANÇA>?	[C228]	não 0 sim 1 IGN 9
215.	Alguma outra pessoa a orientou sobre como tirar as fraldas? <i>Outro: _____</i>	[C229]	avó da criança 1 vizinha 2 amiga 3 professora 4 ninguém 5 outro 6
216.	Já tinha tentado (tentou) retirar as fraldas antes? SE NÃO ou IGN → 219	[C230]	não 0 sim 1 IGN 9
217.	Por quanto tempo tentou?	[C231]	___ semanas ___ meses
218.	Que idade a <CRIANÇA> tinha?	[C232]	___ meses

Agora eu gostaria de saber como foi o cocô da <CRIANÇA> no último mês:

219.	O cocô da <CRIANÇA> na maioria das vezes é duro, mole ou mais ou menos?	[C233]	duro 1 mole 2 mais ou menos 3
220.	No último mês, <CRIANÇA> fez cocô com sangue?	[C234]	não 0 sim 1 IGN 9
221.	No último mês, <CRIANÇA> fez cocô em bolinhas?	[C235]	não 0 sim 1 IGN 9
222.	No último mês, <CRIANÇA> teve dificuldade em fazer cocô?	[C236]	não 0 sim 1 IGN 9
223.	No último mês, <CRIANÇA> utilizou algum laxante ou supositório para fazer cocô?	[C237]	não 0 sim 1 IGN 9
224.	No último mês, quantos dias por semana a <CRIANÇA> fez cocô? <i>(se a mãe responder “dia sim, dia não”; marcar 4)</i>	[C238]	___ dias

PULAR PARA → 232 SE A CRIANÇA USA FRALDAS TODO O TEMPO DE DIA**Agora eu gostaria de saber como <CRIANÇA> urinou no último mês:**

225. <CRIANÇA> molhou a cueca (calcinha) durante o dia? <i>SE NÃO ou IGN → 227</i>	[C239]	não 0 sim 1 IGN 9
226. Quantas vezes?	[C240]	todos os dias 1 1 – 2 vezes por semana 2 3 ou mais vezes por semana 3 IGN 9
227. Quantas vezes por dia, a <CRIANÇA> faz xixi?	[C241]	até 2 vezes 1 3 a 8 vezes 2 mais de 8 vezes 3 IGN 9
A <CRIANÇA> costuma:		
228. Se apertar para não fazer xixi?	[C242]	nunca 0 às vezes 1 quase sempre 2 sempre 3 IGN 9
229. Sair correndo para o banheiro?	[C243]	nunca 0 às vezes 1 quase sempre 2 sempre 3 IGN 9
230. Fazer força para fazer xixi?	[C244]	nunca 0 às vezes 1 quase sempre 2 sempre 3 IGN 9
231. Sentir dor para fazer xixi?	[C245]	nunca 0 às vezes 1 quase sempre 2 sempre 3 IGN 9
232. No último mês, aconteceu alguma coisa que possa ter mudado o comportamento da <CRIANÇA> , como nascimento de irmão, mudança de casa, de escola, separação dos pais, acidente, doença? <i>SE NÃO ou IGN → 234</i>	[C246]	não 0 sim 1 IGN 9
233. Qual? _____	[C247]	— —

Agora vamos falar das fraldas durante a noite		
234. <CRIANÇA> usa fraldas de noite? <i>SE SIM → 240</i>	[C248]	não 0 sim 1 IGN 9
235. Com que idade parou de usar fraldas de noite?	[C249]	__ __ meses
236. A Sra. leva <CRIANÇA> para fazer xixi durante a noite? <i>SE NÃO ou IGN → 238</i>	[C250]	não 0 sim 1 IGN 9
237. Quantas vezes por noite a Sra. leva <CRIANÇA> para fazer xixi?	[C251]	__ __ vezes
238. <CRIANÇA> molha a cama durante a noite? <i>SE NÃO ou IGN → 240</i>	[C252]	não 0 sim 1 IGN 9
239. Quantas vezes por semana, <CRIANÇA> faz xixi na cama? <i>(se a mãe responder “dia sim, dia não”; marcar 4)</i>	[C253]	__ vezes
240. Qual tipo de fraldas <CRIANÇA> usa (usava) com mais frequência?	[C254]	pano 1 descartável 2 ambas 3

241. A Sra. acha que a <CRIANÇA> é canhota ou destra?	[C255]	destra 0 canhota 1 tanto faz 3 IGN 9
---	--------	---

BLOCO D - CARACTERÍSTICAS DA MÃE, DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO

Agora gostaria que me contasse sobre a Sra. e sua família:

242. A Sra. trabalhou fora ou para fora desde que <CRIANÇA> completou 2 anos? <i>SE NÃO ou IGN → 247</i>	[D01]	não 0 sim 1 IGN 9
243. Quantos dias por semana? <i>(9 = IGN)</i>	[D02]	__ dias/ semana
244. Quantas horas por dia? <i>(99 = IGN)</i>	[D03]	__ __ horas/ dia
245. Que tipo de trabalho a Sra. faz(ez)? _____	[D04]	_____
246. Por quanto tempo trabalhou desde que <CRIANÇA> completou 2 anos? <i>(77 = continua trabalhando; 00 meses = <1 mês; 99/99 = IGN)</i>	[D05]	__ __ meses __ __ dias

247.	A Sra. tem marido ou companheiro? SE NÃO ou IGN → 250	[D06]	não 0 sim 1 IGN 9
248.	Há quanto tempo a Sra. e seu companheiro estão juntos?	[D07]	___ anos ___ meses
249.	Seu marido ou companheiro é o pai biológico de <CRIANÇA>?	[D08]	não 0 sim 1 IGN 9
250.	Até que série a Sra. completou na escola? (88/8 = NSA) SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 252	[D09]	___ série ___ grau
251.	A Sra. completou a faculdade?	[D10]	não 0 sim 1 IGN 9
252.	Há quantos anos a Sra. mora em Pelotas? (77= sempre morou, 99= IGN)	[D11]	___ anos

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família:			
253.	Quem é a pessoa de maior renda na sua casa? <i>Outro: _____</i>	[D12]	pai da criança 1 mãe da criança 2 outro 3
254.	No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? (SE HOUVER MAIS PESSOAS RECEBENDO, ACRESCENTAR O SALÁRIO DESTAS AO DA PESSOA 4) (Não anotar centavos. 9-----9 = IGN)	[D13]	Pessoa 1 R\$ _____ por mês
		[D14]	Pessoa 2 R\$ _____ por mês
		[D15]	Pessoa 3 R\$ _____ por mês
		[D16]	Pessoa 4 R\$ _____ por mês
255.	A família tem outra fonte de renda?	[D17]	Pessoa 1 R\$ _____ por mês
		[D18]	Pessoa 2 R\$ _____ por mês
256.	Quem é o chefe da família? <i>Outro: _____</i>	[D19]	pai da criança 1 mãe da criança 2 outro 3

Marcar a seguinte pergunta SEM perguntar à mãe:			
257.	A pessoa de maior renda é também o chefe da família?	[D20]	não 0 sim 1 IGN 9

Se o chefe da família é a MÃE ou o PAI pule para pergunta → 260

258. Até que série o chefe da família completou na escola? (99/9= IGN; 88/8= NSA) SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 260	[D21]	___ série ___ grau
259. <CHEFE> completou a faculdade?	[D22]	não 0 sim 1 IGN 9

BLOCO E – GASTOS COM SAÚDE

260. <CRIANÇA> tem plano de saúde? Se sim, qual o nome? <i>Nome do plano de saúde: _____</i> SE NÃO ou IGN → 268	[E01]	não 0 sim 1 IGN 9
261. O plano de saúde cobre consultas médicas?	[E02]	não 0 sim 1 IGN 9
262. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX)?	[E03]	não 0 sim 1 IGN 9
263. O plano de saúde cobre internações em hospital?	[E04]	não 0 sim 1 IGN 9
264. Qual o valor da mensalidade deste plano de saúde? (88888= outra pessoa paga; 99999= IGN)	[E05]	R\$ _____, 00
265. Além da mensalidade, este plano cobra algum valor pelas consultas ou exames?	[E06]	não 0 sim 1 IGN 9
266. O plano reembolsa alguma das despesas com saúde, como remédios ou consultas?	[E07]	não 0 sim 1 IGN 9
267. Quantas pessoas fazem parte do plano de saúde da <CRIANÇA>?	[E08]	___

268. Tem alguém na família coberto por outro plano de saúde? SE NÃO ou IGN → 270	[E09]	não 0 sim 1 IGN 9
269. Quantas pessoas?	[E10]	___

Agora vamos falar das despesas com saúde da <CRIANÇA> que a Sra. pode ter tido nos últimos 30 dias: (Anotar 00000 se não gastou nada)	
270. A Sra. gastou algum dinheiro com remédios para <CRIANÇA>? Quanto?	[E11] R\$ _____, 00
271. A Sra. gastou algum dinheiro com consultas médicas para <CRIANÇA>? Quanto?	[E12] R\$ _____, 00
272. A Sra. gastou algum dinheiro com exames complementares ou raio X para <CRIANÇA>? Quanto?	[E13] R\$ _____, 00
273. A Sra. gastou algum dinheiro com outras coisas relacionadas à saúde da <CRIANÇA>? (<i>enfermeira, óculos, fisioterapia</i>) Quanto?	[E14] R\$ _____, 00

CLASSIFICAÇÃO ANEP/ IEN				
Agora vou fazer algumas perguntas a respeito de aparelhos que a Sra. tem em casa. Na sua casa a Sra. tem:				
274. Aspirador de pó?	[E15]	0 não	1 sim	9 IGN
275. Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)	[E16]	0 não	1 sim	9 IGN
276. Videocassete ou DVD?	[E17]	0 não	1 sim	9 IGN
277. Geladeira?	[E18]	0 não	1 sim	9 IGN
278. Freezer ou geladeira duplex?	[E19]	0 não	1 sim	9 IGN
279. Forno de microondas?	[E20]	0 não	1 sim	9 IGN
280. Microcomputador?	[E21]	0 não	1 sim	9 IGN
281. Telefone fixo? (<i>convencional</i>)	[E22]	0 não	1 sim	9 IGN

Na sua casa, a Sra. tem? Quantos?							
282. Rádio	[E23]	0	1	2	3	4+	9
283. Televisão preto e branco	[E24]	0	1	2	3	4+	9
284. Televisão colorida	[E25]	0	1	2	3	4+	9
285. Automóvel (somente de uso particular)	[E26]	0	1	2	3	4+	9
286. Aparelho de ar condicionado (se ar condicionado central, marque o nº de cômodos servidos)	[E27]	0	1	2	3	4+	9

287. Na sua casa trabalha empregada(o) doméstica(o) ou mensalista? Se sim, quantos?	[E28]	não 0 um 1 dois ou mais 2 IGN 9
288. Quantas peças são usadas para dormir? (99 = IGN)	[E29]	___ peças
289. Tem água encanada na casa?	[E30]	não 0 sim, dentro de casa 1 sim, no terreno 2

290. Quantos banheiros existem na casa? (banheiro = banheiro com vaso e chuveiro e/ou banheira) (00 = nenhum; 99 = IGN)	[E31] ___ __ banheiros
291. (OBSERVAR) Tipo de construção: Outro: _____	[E32] tijolos 1 madeira regular 2 mista 3 edifício 4 maloca 5 outro 6
292. Quantas pessoas moram nesta casa?	[E33] ___ __ pessoas
293. O pai da <CRIANÇA> mora nesta casa?	[E34] não 0 biológico 1 social 2 adotivo 3 IGN 9
294. A mãe da <CRIANÇA> mora nesta casa?	[E35] não 0 biológica 1 social 2 adotiva 3 IGN 9
295. Irmãos? (nenhum = 00) ___ __ mais novos que <CRIANÇA> ___ __ com idade de 4 – 9 anos ___ __ com 10 anos ou mais	[E36] ___ __ mais novos ___ __ 4 – 9 anos ___ __ 10 + anos
296. Outras crianças menores de 10 anos? Quantas?	[E37] ___ __ crianças
297. Outras pessoas? Quantas?	[E38] ___ __ pessoas
298. (OBSERVAR) Tipo de família:	[E39] nuclear 1 extensiva 2

Agora gostaria de saber qual é o contato da <CRIANÇA> com seus pais nos últimos 6 meses:

Contato entre <CRIANÇA> e:		diário	semanal	mensal	nunca	NSA
299. Pai (<i>social</i>):	[E40]	1	2	3	4	8
300. Mãe (<i>social</i>):	[E41]	1	2	3	4	8
Se os pais sociais são diferentes aos pais biológicos:						
Contato entre <CRIANÇA> e:		diário	semanal	mensal	nunca	NSA
301. Pai biológico:	[E42]	1	2	3	4	8
302. Mãe biológica:	[E43]	1	2	3	4	8

SE <CRIANÇA> NÃO TEM PAI SOCIAL → 311

Quais os cuidados que o pai (social) prestou à criança na última semana?				
303.	Brincou:	[E44]	0 não	1 sim 9 IGN
304.	Alimentou:	[E45]	0 não	1 sim 9 IGN
305.	Fez dormir:	[E46]	0 não	1 sim 9 IGN
306.	Deu banho:	[E47]	0 não	1 sim 9 IGN
307.	Ficou cuidando:	[E48]	0 não	1 sim 9 IGN
308.	Passeou junto:	[E49]	0 não	1 sim 9 IGN
309.	Corrigiu, educou:	[E50]	0 não	1 sim 9 IGN
310.	Outro: _____	[E51]	0 não	1 sim 9 IGN

BLOCO F - SAÚDE DA MÃE E CONTRACEPÇÃO

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a saúde da Sra.:

→ Neste momento, se houver mais alguém presente, pedir para ficar um pouco só com a mãe por que vai fazer algumas perguntas mais pessoais.

311.	Em geral, como a Sra. considera sua saúde? (as opções em negrito devem ser lidas para a mãe)	[F01]	excelente 1 muito boa 2 boa 3 regular 4 ruim 5 IGN 9
------	---	-------	--

Mostrar escala de faces (aplicar essa questão somente à mãe)

312.	Qual dessas faces mostra melhor como a Sra. se sentiu a maior parte do tempo desde que <CRIANÇA> completou 2 anos?	[F02]	___
------	--	-------	-----

Questões 313 a 326: Só aplicar para a MÃE BIOLÓGICA

313.	A Sra. apresenta algum problema de saúde, não provocado pelo parto de <CRIANÇA>? SE NÃO ou IGN → 315	[F03]	não 0 sim 1 IGN 9
314.	Quais? _____ _____	[F04]	probl saúde 1 _____ probl saúde 2 _____

315.	Quantas vezes a Sra. engravidou depois do nascimento da <CRIANÇA>? SE "00" → 319	[F05]	__ __ gestações
316.	Quantos filhos nasceram vivos?	[F06]	__ __ vivos
317.	A Sra. teve algum que nasceu morto? Quantos? (00= não)	[F07]	__ __ mortos
318.	A Sra. teve algum aborto? Quantos? (00= não)	[F08]	__ __ abortos
319.	Todos os seus filhos são do mesmo pai?	[F09]	não 0 sim 1 IGN 9

320.	A Sra. está grávida no momento? SE SIM → 327	[F10]	não 0 sim 1 IGN 9
321.	A Sra. deseja engravidar em seguida? <i>Outro:</i> _____	[F11]	não 0 sim 1 não sabe/ não pensou nisso 2 outro 3 IGN 9
322.	A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar? SE SIM → 325	[F12]	não 0 sim 1 IGN 9
323.	Por quê? <i>Outro:</i> _____ SE <u>NÃO FOR</u> A OPÇÃO "3" → 327	[F13]	não quer usar nenhum método 0 não sabe como 1 não precisa, dar peito protege 2 não tem dinheiro para comprar 3 está em falta no posto 4 não tem parceiro 5 outro 6
324.	A Sra. tentou conseguir no posto? PULO INCONDICIONAL → 327	[F14]	não 0 sim 1 IGN 9
325.	O que a Sra. está fazendo para não engravidar? <i>Outro:</i> _____ SE <u>NÃO USA PÍLULA</u> → 327	[F15]	pílula 01 coito interrompido 02 preservativo 03 DIU 04 fez ligadura 05 tabelinha 06 ele fez vasectomia 07 não tem parceiro 08 não menstrua 09 não voltou a ter relações sexuais 10 está amamentando 11 outro 12 IGN 99

326. A pílula que a Sra. tomou no último mês foi comprada ou fornecida pelo posto? <i>Outro:</i> _____	[F16]	comprada 1 fornecida pelo posto 2 outro 3
---	-------	---

327. Depois que a <CRIANÇA> nasceu, algum médico disse que a Sra tinha depressão? SE NÃO ou IGN → 332	[F17]	não 0 sim 1 IGN 9
328. Com que idade estava <CRIANÇA> quando o médico disse que a Sra tinha depressão?	[F18]	__ __ anos
329. A Sra tomou remédio para depressão? SE NÃO → 331	[F19]	não 0 sim 1 IGN 9
330. Por quanto tempo tomou remédio para depressão? (77/77= ainda toma)	[F20]	__ __ anos __ __ meses
331. A Sra fez terapia para depressão?	[F21]	não 0 sim 1 está fazendo 2

332. A Sra. tem algum problema de saúde?				
Problema de nervos?	[F22]	não 0	sim 1	IGN 9
Tuberculose?	[F23]	não 0	sim 1	IGN 9
Açúcar no sangue (diabetes mellitus)?	[F24]	não 0	sim 1	IGN 9
Pressão alta?	[F25]	não 0	sim 1	IGN 9
Outro: _____	[F26]	não 0	sim 1	IGN 9

Se respondeu **NÃO** em “Açúcar no sangue (diabetes mellitus)” pular para → 336

Se respondeu **SIM** em “Açúcar no sangue (diabetes mellitus)”:

333. Foi um médico que lhe disse que a Sra. tem diabetes ou açúcar no sangue ?	[F27]	não 0 sim 1 IGN 9
334. Foi durante alguma gravidez?	[F28]	não 0 sim 1 IGN 9
335. Há quanto tempo a Sra. sabe que tem diabetes?	[F29]	__ __ anos __ __ meses
336. A Sra. fez exame de açúcar no sangue depois da gravidez da <CRIANÇA>?	[F30]	não 0 sim 1 IGN 9

337. Atualmente a Sra. pratica algum exercício físico regular, sem contar com as atividades do trabalho ou as tarefas de casa? SE NÃO ou IGN → 338	[F31]	não 0 sim 1 IGN 9
1. Que tipo de exercício a Sra. faz? _____	[F32]	__ __
Qual tempo por sessão? (99 = IGN)	[F33]	__ horas __ minutos
Quantas sessões por semana? (99 = IGN)	[F34]	__ __ sessões
2. Que tipo de exercício a Sra. faz? _____	[F35]	__ __
Qual tempo por sessão? (99 = IGN)	[F36]	__ horas __ minutos
Quantas sessões por semana? (99 = IGN)	[F37]	__ __ sessões
3. Que tipo de exercício a Sra. faz? _____	[F38]	__ __
Qual tempo por sessão?(99 = IGN)	[F39]	__ horas __ minutos
Quantas sessões por semana?(99 = IGN)	[F40]	__ __ sessões

EXERCÍCIOS	Código	EXERCÍCIOS	Código
yoga / alongamento	11	aulas especiais para gestante	19
tênis / paddle / squash	12	ginástica aeróbica / step	20
ciclismo / bicicleta	13	esportes coletivos (quadra ou campo)	21
ginástica localizada	14	corrida	22
artes marciais	15	natação	23
hidroginástica	16	dança	24
musculação	17	Outros	25
caminhada	18		

Agora vou fazer algumas perguntas sobre o pai da <CRIANÇA>:		
338. Qual é a cor da pele do pai (<i>social</i>)? <i>Outra:</i> _____	[F41]	branca 1 preta 2 pardo, moreno 3 outra 4 NSA 8
339. Até que série o pai (<i>social</i>) da <CRIANÇA> completou na escola? (88/8= NSA; 99/9= IGN) SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 341	[F42]	__ __ série __ grau
340. O pai (<i>social</i>) de <CRIANÇA> completou a faculdade?	[F43]	não 0 sim 1 IGN 9
341. Há quantos anos o pai (<i>social</i>) da <CRIANÇA> mora em Pelotas? (00= nunca morou, 77= sempre morou, 99= IGN)	[F44]	__ __ anos

342. O pai (<i>social</i>) da <CRIANÇA> tem algum problema de saúde?			
Doença mental?	[F45]	não 0	sim 1 IGN 9
Tuberculose?	[F46]	não 0	sim 1 IGN 9
Problema com bebida de álcool?	[F47]	não 0	sim 1 IGN 9
Açúcar no sangue?	[F48]	não 0	sim 1 IGN 9
Pressão alta?	[F49]	não 0	sim 1 IGN 9
Outro: _____	[F50]	não 0	sim 1 IGN 9

<i>Horário de término da entrevista:</i>	[F51] _____:_____
--	-------------------

BLOCO G – ANTROPOMETRIA

Por favor, eu necessito pesar e medir a Sra. (<i>se for a mãe biológica</i>). A Sra. poderia retirar os sapatos e o máximo de roupa possível?	
343. Peso da mãe biológica:	[G01] _____, __ kg
344. Roupas da mãe: (anotar toda a roupa que a mãe vestia ao ser pesada) _____ _____	[G02] _____ g
345. Altura da mãe biológica:	[G03] _____, __ cm
Por favor, eu necessito pesar e medir a <CRIANÇA>. A Sra. poderia retirar os sapatos e o máximo de roupa possível?	
346. Peso da <CRIANÇA>:	[G04] _____, __ kg
347. Roupas da <CRIANÇA>: (anotar toda a roupa que a criança vestia ao ser pesada) _____ _____	[G05] _____ g
348. Circunferência abdominal da <CRIANÇA>:	[G06] _____, __ cm
349. Perímetro cefálico da <CRIANÇA>:	[G07] _____, __ cm
350. Altura da <CRIANÇA>:	[G08] _____, __ cm
351. Altura da <CRIANÇA> sentada:	[G09] _____, __ cm
352. (OBSERVAR) Cor da <CRIANÇA>: <i>Outra:</i> _____	[G10] branca 1 preta 2 parda, morena 3 outra 4



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Coorte de Nascimentos de 2004
ESTUDO DOS 4 ANOS - CBCL



Nome da Psicóloga: _____ [Ipsi] __ __ [Idata]Data: __ __ / __ __ / __ __	
Número de identificação	ETIQUETA
	A afirmação correta é
	não algumas vezes freqüente mente
1. Comporta-se de maneira demasiado infantil para sua idade? [I01]	0 1 2
2. Tem alergias? (descreva-as) _____ [I02]	0 1 2
3. Discute muito. [I03]	0 1 2
4. Tem asma [I04]	0 1 2
5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto [I05]	0 1 2
6. Faz suas necessidades fora do banheiro [I06]	0 1 2
7. É vaidoso(a) [I07]	0 1 2
8. Não consegue se concentrar, não consegue estar atento(a) por muito tempo. [I08]	0 1 2
9. Não consegue tirar certas idéias da cabeça; obsessões (descreva-as) _____ [I09]	0 1 2
10. Não consegue ficar sentado(a) quieto(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a) [I10]	0 1 2
11. Agarra-se demais aos adultos ou é muito dependente [I11]	0 1 2
12. Reclama de estar muito sozinho(a) [I12]	0 1 2
13. Fica confuso(a) ou parece ficar sem saber onde está [I13]	0 1 2

14. Chora muito	[I14]	0	1	2
15. É cruel com animais	[I15]	0	1	2
16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros	[I16]	0	1	2
17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus próprios pensamentos	[I17]	0	1	2
18. Já tentou se suicidar	[I18]	0	1	2
19. Requer muita atenção	[I19]	0	1	2
20. Destrói as suas próprias coisas	[I20]	0	1	2
21. Destrói objetos da sua família ou de outras crianças	[I21]	0	1	2
22. É desobediente em casa	[I22]	0	1	2
23. É desobediente na escola	[I23]	0	1	2
24. Não come bem	[I24]	0	1	2
25. Não se dá bem com outras crianças	[I25]	0	1	2
26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de comportar-se mal	[I26]	0	1	2
27. Sente ciúme com facilidade	[I27]	0	1	2
28. Come ou bebe coisas que não são próprias para comer/beber (descreve-as) _____	[I28]	0	1	2
29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva-os): _____	[I29]	0	1	2
30. Tem medo de ir a escola	[I30]	0	1	2

31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má	[I31]	0	1	2
32. Acha que deve ser perfeito	[I32]	0	1	2
33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)	[I33]	0	1	2
34. Acha que os outros o perseguem	[I34]	0	1	2
35. Sente-se pior que os outros	[I35]	0	1	2
36. Tem tendência a cair muito	[I36]	0	1	2
37. Mete-se em muitas brigas	[I37]	0	1	2
38. As pessoas riem dele(a)	[I38]	0	1	2
39. Anda com crianças que se metem em brigas	[I39]	0	1	2
40. Ouve sons ou vozes que não estão presentes (descreva-os) _____	[I40]	0	1	2
41. É impulsivo, ou age sem pensar	[I41]	0	1	2
42. Gosta de estar sozinho(a)	[I42]	0	1	2
43. Mentira	[I43]	0	1	2
44. Rói as unhas	[I44]	0	1	2
45. É nervoso(a), muito excitado(a) ou tenso(a)	[I45]	0	1	2
46. Tem movimentos nervosos/tiques (descreva-os) _____	[I46]	0	1	2
47. Tem pesadelos	[I47]	0	1	2
48. As outras crianças não gostam dele(a)	[I48]	0	1	2
49. Tem prisão de ventre	[I49]	0	1	2

50. Tem medo de tudo	[I50]	0	1	2
51. Sente tonturas	[I51]	0	1	2
52. Sente-se muito culpado	[I52]	0	1	2
53. Come muito	[I53]	0	1	2
54. Cansa-se muito	[I54]	0	1	2
55. Tem peso excessivo	[I55]	0	1	2
56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:	[I56]	0	1	2
a) Sofrimentos ou dores				
b) Dores de cabeça	[I57]	0	1	2
c) Enjôo	[I58]	0	1	2
d) Problemas com os olhos (descreva-os) _____	[I59]	0	1	2
e) Problemas de pele	[I60]	0	1	2
f) Dores de estômago ou câimbras	[I61]	0	1	2
g) Vômitos	[I62]	0	1	2
h) Outros (descreva-os) _____	[I63]	0	1	2
57. Ataca fisicamente outras pessoas	[I64]	0	1	2
58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva-os) _____	[I65]	0	1	2
59. Brinca com seus órgãos sexuais em público	[I66]	0	1	2
60. Brinca muito com seus órgãos sexuais	[I67]	0	1	2

61. Os seus trabalhos escolares são fracos	[I68]	0	1	2
62. É desastrado(a) ou tem falta de coordenação	[I69]	0	1	2
63. Prefere brincar com crianças mais velhas	[I70]	0	1	2
64. Prefere brincar com crianças mais novas	[I71]	0	1	2
65. Recusa-se a falar	[I72]	0	1	2
66. Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões (descreva-as)	[I73]	0	1	2
67. Foge de casa	[I74]	0	1	2
68. Grita muito	[I75]	0	1	2
69. É reservado(a) e guarda as coisas para si mesmo(a)	[I76]	0	1	2
70. Vê coisas que não estão presentes (descreva-as) _____	[I77]	0	1	2
71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado(a)	[I78]	0	1	2
72. Provoca incêndios	[I79]	0	1	2
73. Tem problemas sexuais (descreva-os) _____	[I80]	0	1	2
74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas	[I81]	0	1	2
75. É tímido(a), envergonhado(a)	[I82]	0	1	2
76. Dorme menos que a maioria das crianças	[I83]	0	1	2
77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite (descreva) _____	[I84]	0	1	2
78. Faz porcarias e brinca com as fezes	[I85]	0	1	2

79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva-os) _____ [I86]	0	1	2
80. Fica de olho parado [I87]	0	1	2
81. Rouba coisas em casa [I88]	0	1	2
82. Rouba coisas fora de casa [I89]	0	1	2
83. Acumula coisas que não precisa (descreva-as) _____ [I90]	0	1	2
84. Tem comportamentos estranhos (descreva-os) _____ [I91]	0	1	2
85. Tem idéias estranhas (descreva-as) _____ [I92]	0	1	2
86. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritado(a) [I93]	0	1	2
87. Muda o humor repentinamente (alegre/triste) [I94]	0	1	2
88. Se aborrece com facilidade [I95]	0	1	2
89. É desconfiado(a) [I96]	0	1	2
90. Fala palavrões [I97]	0	1	2
91. Fala em matar-se [I98]	0	1	2
92. Fala ou caminha quando está dormindo [I99]	0	1	2
93. Fala muito [I100]	0	1	2
94. Perturba os outros freqüentemente [I101]	0	1	2
95. Tem crises de raiva/temperamento exaltado [I102]	0	1	2
96. Pensa muito em sexo [I103]	0	1	2
97. Ameaça as pessoas [I104]	0	1	2

98. Chupa o dedo	[I105]	0	1	2
99. Preocupa-se muito com a limpeza ou a elegância	[I106]	0	1	2
100. Tem problemas para dormir (descreva-os) _____	[I107]	0	1	2
101. Falta à escola sem necessidade (“mata a aula”)	[I108]	0	1	2
102. É pouco ativo(a), move-se com lentidão, tem falta de energia	[I109]	0	1	2
103. É infeliz, triste ou deprimido(a)	[I110]	0	1	2
104. Fala muito alto	[I111]	0	1	2
105. Usa álcool ou drogas sem ser para fins medicinais (descreva-os) _____	[I112]	0	1	2
106. Comete atos de vandalismo	[I113]	0	1	2
107. Urina-se durante o dia	[I114]	0	1	2
108. Urina na cama	[I115]	0	1	2
109. Anda sempre a choramingar	[I116]	0	1	2
110. Deseja ser do sexo oposto	[I117]	0	1	2
111. Isola-se, não cria relações afetivas com os outros	[I118]	0	1	2
112. Preocupa-se muito	[I119]	0	1	2
113. Por favor escreva quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na lista acima:		0	1	2
a) _____	[I120]	0	1	2
b) _____	[I121]	0	1	2
c) _____	[I122]	0	1	2



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Coorte de Nascimentos de 2004
ESTUDO DOS 6-7 ANOS



Sou da Faculdade de Medicina e faço parte do mesmo estudo que <CRIANÇA> participou desde o nascimento. A última visita foi aos 4 anos de idade e, agora que <CRIANÇA> está com 6-7 anos, gostaria de conversar com a Sra. sobre a saúde dele(a) e sua família. Podemos conversar?

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

1. Número de identificação da criança		ETIQUETA
2. Nome da entrevistadora: _____	[A01]	__ __
3. Data e horário de início da entrevista	[A02]	__ __ / __ __ / __ __ __ __ : __ __
4. Quem responde a entrevista? <i>Outro:</i> _____	[A03]	mãe biológica 1 pai biológico 2 mãe adotiva 3 avó 4 outro 5 mãe biológica + outro 6

BLOCO B – CUIDADO DA CRIANÇA

5. Quantas pessoas moram na mesma casa com <CRIANÇA>?	[B01]	__ __		
Nome	Relação de parentesco <i>1 = mãe biológica 2 = pai biológico 3 = mãe social 4 = pai social 5 = avó 6 = avô</i>	<i>7 = irmã(o) 8 = tio(a) 9 = sem parentesco 10 = outro parentesco</i>	<NOME> é responsável por <CRIANÇA>? <i>0 = não 1 = sim 9 = IGN</i>	Idade <i>00 = < 1 ano 99 = IGN</i>
1	[B02]	[B03] __	[B04] __	[B05] __ __
2	[B06]	[B07] __	[B08] __	[B09] __ __
3	[B10]	[B11] __	[B12] __	[B13] __ __
4	[B14]	[B15] __	[B16] __	[B17] __ __
5	[B18]	[B19] __	[B20] __	[B21] __ __
6	[B22]	[B23] __	[B24] __	[B25] __ __
7	[B26]	[B27] __	[B28] __	[B29] __ __
8	[B30]	[B31] __	[B32] __	[B33] __ __

Se outra pessoa que não os pais biológicos é responsável pela criança, pergunte:

6. Que idade tinha <CRIANÇA> quando o(a) Sr(a) assumiu a responsabilidade por ela?	[B34]	__ anos __ __ meses
--	-------	---------------------

Se a(o) entrevistada(o) for a mãe ou pai biológicos ou se estes forem moradores da casa (questão 5), marque sem perguntar!!!

7. A mãe biológica de <CRIANÇA> está viva?	[B35]	viva 1 morta 2 IGN 9
8. O pai biológico de <CRIANÇA> está vivo?	[B36]	vivo 1 morto 2 IGN 9

Agora gostaria de saber qual é o contato da <CRIANÇA> com seus pais nos últimos 6 meses:

Contato entre <CRIANÇA> e:		diário	semanal	mensal	nunca	NSA
9. Pai (<i>social</i>):	[B37]	1	2	3	4	8
10. Mãe (<i>social</i>):	[B38]	1	2	3	4	8
Se os pais sociais são <u>diferentes</u> dos biológicos:						
Contato entre <CRIANÇA> e:		diário	semanal	mensal	nunca	NSA
11. Pai biológico:	[B39]	1	2	3	4	8
12. Mãe biológica:	[B40]	1	2	3	4	8

13. Nessa última semana, alguém leu ou contou histórias para <CRIANÇA>?	[B41]	não 0 sim, alguém contou 1 sim, gravação 2 sim, leu sozinho(a) 3 IGN 9
14. Nessa última semana, <CRIANÇA> esteve alguma vez na praça ou no parque?	[B42]	não 0 sim 1 IGN 9
15. Nessa última semana, <CRIANÇA> foi à casa de outras pessoas?	[B43]	não 0 sim 1 IGN 9

16. <CRIANÇA> tem algum livro ou revistinha dele(a) em casa?	[B44]	não 0 sim 1 IGN 9
17. <CRIANÇA> vê televisão? SE "0", "2" OU "9" → 19	[B45]	não 0 sim 1 TV sempre ligada 2 IGN 9
18. Quantas horas por dia <CRIANÇA> assiste televisão?	[B46]	__ __ horas

19. <CRIANÇA> mora em casa ou apartamento?	[B47]	casa 0 apartamento 1
--	-------	-------------------------

Agora vamos falar sobre comportamento de <CRIANÇA> nos últimos 6 meses:

<p>20. <CRIANÇA> prefere brincar sozinho ou com outras crianças? SE “tanto faz” OU IGN → 22</p>	<p>[B48] sozinho 1 com outras crianças 2 tanto faz 3 IGN 9</p>
<p>21. Sempre ou quase sempre?</p>	<p>[B49] sempre 1 quase sempre 2 IGN 9</p>
<p>22. <CRIANÇA> prefere brincadeiras agitadas, como correr, subir em coisas, lutar, saltar e pular corda ou brincadeiras calmas, como quebra-cabeça, cartas, massinha e brinquedos de encaixar? SE “tanto faz” OU IGN → 24</p>	<p>[B50] brincadeiras calmas 1 brincadeiras agitadas 2 tanto faz 3 IGN 9</p>
<p>23. Sempre ou quase sempre?</p>	<p>[B51] sempre 1 quase sempre 2 IGN 9</p>
<p>24. <CRIANÇA> gosta de praticar esportes, como jogar bola e andar de bicicleta ou não gosta de praticar esportes? SE “tanto faz” OU IGN → 26</p>	<p>[B52] gosta de esportes 1 não gosta de esportes 2 tanto faz 3 IGN 9</p>
<p>25. Sempre ou quase sempre?</p>	<p>[B53] sempre 1 quase sempre 2 IGN 9</p>
<p>26. <CRIANÇA> é mais introvertido, quieto e gosta de ficar em casa ou é mais extrovertido, gosta de sair? SE “tanto faz” OU IGN → 28</p>	<p>[B54] introvertido 1 extrovertido 2 tanto faz 3 IGN 9</p>
<p>27. Sempre ou quase sempre?</p>	<p>[B55] sempre 1 quase sempre 2 IGN 9</p>
<p>28. <CRIANÇA> gosta de desenhar, pintar ou ver revistas ou não se interessa por desenhar, pintar ou ver revistas? SE “tanto faz” OU IGN → 30</p>	<p>[B56] gosta 1 não se interessa 2 tanto faz 3 IGN 9</p>
<p>29. Sempre ou quase sempre?</p>	<p>[B57] sempre 1 quase sempre 2 IGN 9</p>
<p>30. <CRIANÇA> prefere brincar na rua, no pátio ou dentro de casa ou da escola? SE “tanto faz” OU IGN → 32</p>	<p>[B58] na rua ou pátio 1 dentro de casa ou escola 2 tanto faz 3 IGN 9</p>
<p>31. Sempre ou quase sempre?</p>	<p>[B59] sempre 1 quase sempre 2 IGN 9</p>
<p>32. <CRIANÇA> é menos ou é mais ativo fisicamente em comparação às crianças da sua idade? SE “tanto faz” OU IGN → 34</p>	<p>[B60] menos ativo 1 mais ativo 2 tanto faz 3 IGN 9</p>

33. Sempre ou quase sempre?	[B61]	sempre 1 quase sempre 2 IGN 9
-----------------------------	-------	-------------------------------------

As próximas perguntas são sobre o tempo livre do(a) <CRIANÇA>. Com que frequência o(a) <CRIANÇA> participa das atividades que vou ler?

		Todos os dias	Ao menos 1x por semana	Ao menos 1x por mês	Ao menos 1x por ano	Nunca
34. Ouve música	[B62]	1	2	3	4	5
35. Lê livros ou revistinhas	[B63]	1	2	3	4	5
36. Joga videogame	[B64]	1	2	3	4	5
37. Vai ao cinema	[B65]	1	2	3	4	5
38. Usa computador	[B66]	1	2	3	4	5
39. Faz passeios com a escola	[B67]	1	2	3	4	5
40. Assiste DVD's	[B68]	1	2	3	4	5
41. Visita parentes	[B69]	1	2	3	4	5
42. Brinca na rua	[B70]	1	2	3	4	5

43. Agora gostaria de saber quem cuidou da <CRIANÇA> durante o dia, desde que completou 4 anos:

CUIDADOS DA CRIANÇA DESDE QUE COMPLETOU 4 ANOS

	IDADE <i>(idade inicial e final em anos; 99=IGN)</i>	Quem tomava conta? <i>1= pai, mãe ou responsável 2= irmão ou irmã ≥ 15 anos 3= irmão ou irmã < 15 anos 4= parente adulto 5= outro parente menor de idade 6= adulto não parente 9= IGN</i>	Em que lugar? <i>1= própria casa 2= outra casa 3= escola pública ou filantrópica 4= escola particular 5= abrigo; outros 9= IGN</i>	Era o dia todo ou só parte do dia? <i>1= integral 2= parcial 9= IGN</i>
1	__ anos até __ anos	[B81] __	[B82] __	[B83] __
2	__ anos até __ anos	[B84] __	[B85] __	[B86] __
3	__ anos até __ anos	[B87] __	[B88] __	[B89] __
4	__ anos até __ anos	[B90] __	[B91] __	[B92] __
5	__ anos até __ anos	[B93] __	[B94] __	[B95] __

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está <CRIANÇA> na escola.

44. <CRIANÇA> vai à escola ou escolinha?	[B96]	não 0 sim 1 IGN 9
SE NÃO → 52		
45. Em qual escola ou escolinha <CRIANÇA> está matriculado(a)?	[B97]	

46. Há quanto tempo <CRIANÇA> está nessa escola?	[B98]	__ ano __ __ meses

47. Em que série ou ano <CRIANÇA> está neste momento?	[B99]	Pré 1 1º Ano 2 2º Ano 3 1ª Série 4 2ª Série 5
48. Como <CRIANÇA> vai para a escola: a pé, de ônibus, de carro ou bicicleta? <i>Outro:</i> _____	[B100]	caminhando 1 ônibus 2 transporte escolar ou van 3 de carro ou moto 4 de bicicleta 5 Outro 6
49. Quanto tempo <CRIANÇA> leva pra chegar até a escola?	[B101]	___ __ min
50. Na hora de ir para a escola, como <CRIANÇA> se sente? (<i>ler as opções</i>)	[B102]	fica ansioso(a) para ir 1 vai sem problemas 2 vai, mas não gosta muito 3 detesta ir para a escola 4
51. Como <CRIANÇA> está se saindo na escola?	[B103]	vai bem 1 tem dificuldade 2 tem muita dificuldade 3
52. <CRIANÇA> já sabe ler algumas palavras?	[B104]	não 0 sim, algumas palavras 1 sim, lê textos inteiros 2 IGN 9
53. Alguém já lhe disse que <CRIANÇA> tem algum problema para aprender? SE NÃO OU IGN → 56	[B105]	não 0 sim 1 IGN 9
54. Quem? <i>Outro:</i> _____	[B106]	professor 1 médico 2 parente 3 Outro 4

55. Qual é a cor da pele de <CRIANÇA>? <i>Outra:</i> _____	[B107]	branca 1 preta 2 parda 3 outra 4
---	--------	---

BLOCO C – SAÚDE DA CRIANÇA

56. <CRIANÇA> dorme em um quarto sozinha? SE SIM → 65	[C01]	não 0 sim 1 IGN 9
57. Quantas pessoas dormem no quarto com <CRIANÇA>? <i>(99 = IGN, 00 = nenhuma)</i>	[C02]	___ __ adultos ___ __ crianças
58. <CRIANÇA> dorme na mesma cama com outra pessoa? SE NÃO OU IGN → 65	[C03]	não 0 sim 1 IGN 9

Quem são as pessoas que dormem na mesma cama com <CRIANÇA> atualmente?				
59. Mãe?	[C04]	0 não	1 sim	9 IGN
60. Pai?	[C05]	0 não	1 sim	9 IGN
61. Outro adulto?	[C06]	0 não	1 sim	9 IGN
62. Criança < 5 anos?	[C07]	0 não	1 sim	9 IGN
63. Criança ≥ 5 anos?	[C08]	0 não	1 sim	9 IGN
64. <CRIANÇA> dorme a noite inteira ou parte da noite com essas pessoas?	[C09]	a noite inteira 1 parte da noite 2 IGN 9		

65. <CRIANÇA> custa pra pegar no sono?	[C10]	não 0 sim 1 IGN 9		
66. <CRIANÇA> costuma acordar chorando no meio da noite?	[C11]	não 0 sim 1 IGN 9		
67. <CRIANÇA> tem sono agitado, mas sem acordar?	[C12]	não 0 sim 1 IGN 9		
68. <CRIANÇA> chupa bico?	[C13]	não 0 sim 1 IGN 9		
69. <CRIANÇA> chupa o dedo?	[C14]	não 0 sim 1 IGN 9		

Agora gostaria de saber como foi o sono da <CRIANÇA> nas últimas 2 semanas:				
70. Nestas duas últimas semanas <CRIANÇA> acordou no meio da noite?	[C15]	não 0 sim 1 IGN 9		

Agora vou fazer algumas perguntas sobre como está a saúde da <CRIANÇA>				
71. Em geral, a Sra. considera a saúde da <CRIANÇA>: <i>(as opções em negrito devem ser lidas para a mãe)</i>	[C16]	excelente 1 muito boa 2 boa 3 regular 4 ruim 5 IGN 9		
72. <CRIANÇA> teve dor de ouvido desde que completou 4 anos? SE NÃO OU IGN → 77	[C17]	não 0 sim 1 IGN 9		
73. Quantas vezes a <CRIANÇA> teve dor de ouvido desde que completou 4 anos?	[C18]	___ vezes		
74. Em alguma dessas vezes saiu pus do ouvido?	[C19]	não 0 sim 1 IGN 9		

75. Quem disse para a Sra. que era problema de ouvido? <i>Outro:</i> _____	[C20]	médico 1 outro 2 IGN 9
76. A Sra. acha que <CRIANÇA> tem alguma dificuldade para ouvir?	[C21]	não 0 sim 1 IGN 9
77. Desde que nasceu a <CRIANÇA> teve chiado no peito? SE NÃO OU IGN → 84	[C22]	não 0 sim 1 IGN 9
78. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <mês> do ano passado, <CRIANÇA> teve chiado no peito? SE NÃO OU IGN → 84	[C23]	não 0 sim 1 IGN 9
79. Desde o <mês> do ano passado, quantas crises de chiado no peito <CRIANÇA> teve?	[C24]	__ __ vezes
80. Desde o <mês> do ano passado, <CRIANÇA> acordou de noite por causa do chiado no peito? SE NÃO OU IGN → 82	[C25]	não 0 sim 1 IGN 9
81. Quantas noites por semana?	[C26]	menos de uma 1 uma noite ou mais 2 IGN 9
82. Desde o <mês> do ano passado, o chiado foi tão forte que <CRIANÇA> não conseguia dizer mais de duas palavras entre cada respiração?	[C27]	não 0 sim 1 IGN 9
83. Desde o <mês> do ano passado, <CRIANÇA> teve chiado no peito depois de correr?	[C28]	não 0 sim 1 IGN 9
84. Desde <mês> do ano passado <CRIANÇA> teve tosse seca à noite, sem estar gripado?	[C29]	não 0 sim 1 IGN 9
85. Alguma vez o médico disse que a <CRIANÇA> tinha asma?	[C30]	não 0 sim 1 IGN 9
86. <CRIANÇA> teve pontada ou pneumonia dos 4 anos até agora? SE NÃO OU IGN → 89	[C31]	não 0 sim 1 IGN 9
87. Quantas vezes <CRIANÇA> teve pontada ou pneumonia dos 4 anos até agora?	[C32]	__ __ vezes
88. Quem disse para a Sra. que era pontada ou pneumonia? (1= médico, 2= outro, 9= IGN) <i>Outro:</i> _____	[C33]	1ª vez __ 2ª vez __ 3ª vez __ 4ª vez __
89. Dos 4 anos até agora, <CRIANÇA> teve infecção urinária? SE NÃO OU IGN → 92	[C34]	não 0 sim 1 IGN 9
90. Quantas vezes <CRIANÇA> teve infecção urinária dos 4 anos até agora?	[C35]	__ __ vezes

91. Quem disse para a Sra. que era infecção urinária? <i>Outro:</i> _____	[C36]	médico 1 outro 2 IGN 9
92. Quantas vezes <CRIANÇA> consultou com médico no último ano? (“muitas vezes” = 77, IGN= 99)	[C37]	__ __ vezes
93. Quanto tempo faz que <CRIANÇA> consultou a última vez? (IGN= 99)	[C38]	__ __ meses
94. Qual foi o motivo da última consulta? _____ _____	[C39]	____
95. Onde foi a última consulta?	[C40]	SUS 1 pronto socorro municipal 2 pronto atendimento 3 consultório de convênio 4 consultório particular 5 IGN 9
96. Comparando com crianças da mesma idade da sua, a Sra. considera que a saúde da boca e dos dentes dele/a é: (<i>ler as alternativas</i>)	[C41]	muito boa 1 boa 2 regular 3 ruim 4 muito ruim 5 IGN 9
97. <CRIANÇA> já consultou com dentista desde que completou 4 anos? SE NÃO OU IGN → 99	[C42]	não 0 sim 1 IGN 9
98. Motivo da consulta: _____ _____	[C43]	__ __
99. <CRIANÇA> já consultou com psicólogo ou psiquiatra desde que completou 4 anos? SE NÃO OU IGN → 101	[C44]	não 0 sim 1 IGN 9
100. Motivo da consulta: _____ _____	[C45]	__ __
101. <CRIANÇA> já consultou com médico de olhos desde que completou 4 anos? SE NÃO OU IGN → 103	[C46]	não 0 sim 1 IGN 9
102. Motivo da consulta: _____ _____	[C47]	__ __
103. <CRIANÇA> já consultou com especialista de ouvidos e garganta desde que completou 4 anos? SE NÃO OU IGN → 105	[C48]	não 0 sim 1 IGN 9
104. Motivo da consulta: _____ _____	[C49]	__ __

105.	<CRIANÇA> já consultou com neurologista desde que completou 4 anos? SE NÃO OU IGN → 107	[C50]	não 0 sim 1 IGN 9
106.	Motivo da consulta: _____ _____	[C51]	___

107.	<CRIANÇA> tem alguma doença crônica, problema físico ou retardo? SE NÃO OU IGN → 109	[C52]	não 0 sim 1 IGN 9
108.	Qual(is)? _____ _____	[C53]	___ ___

109.	<CRIANÇA> baixou em hospital dos 4 anos até agora ? SE NÃO OU IGN → 111	[C54]	não 0 sim 1 IGN 9
110.	Quantas vezes?	[C55]	___ __ vezes
			HOSPITAL Onde baixou? <i>Beneficência Portuguesa = 1</i> <i>Santa Casa = 2</i> <i>Clínicas = 3</i> <i>Fau = 4</i> <i>Miguel Piltcher = 5</i> <i>Outro = 6</i>
[C56]	[C57]	[C58]	___ (___)
[C59]	[C60]	[C61]	___ (___)
[C62]	[C63]	[C64]	___ (___)

111.	<CRIANÇA> fez alguma operação depois dos 4 anos? SE NÃO OU IGN → 113	[C65]	não 0 sim 1 IGN 9
112.	Qual? <i>Outro:</i> _____	[C66]	amígdalas ou adenóides 1 tubo no ouvido 2 fimose 3 hérnia 4 apendicite 5 Outro 6

113. <CRIANÇA> recebeu algum remédio desde <dia da semana> de duas semanas atrás, inclusive vitamina ou remédio para febre? SE NÃO OU IGN → 115	[C67]	não 0 sim 1 IGN 9
114. Quantos remédios <CRIANÇA> recebeu?	[C68]	— —
<i>Nome do remédio (letras maiúsculas sem acento)</i>		
1. [C69]		
2. [C70]		
3. [C71]		
4. [C72]		
5. [C73]		

115. Nas duas últimas semanas <CRIANÇA> deixou de tomar algum remédio que precisava por não ter conseguido comprar? SE NÃO OU IGN → 117	[C74]	não 0 sim 1 IGN 9
116. Que tipo de remédio? <i>Outro:</i> _____	[C75]	para dor / febre 1 vitaminas / ferro 2 antibiótico / para infecção 3 outro 4 IGN 9

117. Desde que fez 4 anos, <CRIANÇA> tomou alguma vacina?	[C76]	não 0 sim 1 IGN 9
118. <CRIANÇA> tem cartão de vacinas?	[C77]	sim, visto 1 sim, não visto 2 tinha mas perdeu 3 nunca teve 4 outro 5 IGN 9

Se “sim visto”, pedir o cartão de vacinas e anotar o nº de doses na coluna “cartão”.
Que vacinas <CRIANÇA> fez?

Vacinas	<u>Dose Confirmada</u> Cartão (nº doses)	<u>Dose Informada</u> (nº doses)
Tríplice bacteriana (DTP)	[C78] _____	[C79] _____
Tríplice viral (TV, SRC)	[C80] _____	[C81] _____
Gripe A (H1N1)	[C82] _____	[C83] _____
Outra: _____	[C84] _____	[C85] _____

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre acidentes que <CRIANÇA> tenha tido desde que fez 4 anos:

119. Desde que fez 4 anos, <CRIANÇA> sofreu algum acidente que precisou de atendimento médico? SE NÃO OU IGN → 122	[C86]	não 0 sim 1 IGN 9
--	-------	-------------------------

120.	Quantas vezes? (“ <i>muitas vezes</i> ”= 77, IGN= 99)	[C87]	__ __ vezes
121.	Qual(is) acidente(s)? _____ _____	[C88]	__ __ __ __

122.	Desde que fez 4 anos, <CRIANÇA> sofreu algum acidente de trânsito? SE NÃO OU IGN → 124	[C89]	não 0 sim 1 IGN 9
123.	Que tipo de acidente? <i>Outro:</i> _____	[C90]	carona de moto 1 carona de carro 2 carona de bicicleta 3 andando de bicicleta 4 atropelamento 5 outro 6 IGN 9

Agora eu gostaria de saber como foi o xixi e cocô de <CRIANÇA> nos últimos 3 meses.

124.	Nos últimos 3 meses, quantos dias por semana a <criança> faz cocô? (<i>se a mãe responder “dia sim, dia não”, marcar 4</i>)	[C91]	__ dias
------	--	-------	---------

125.	Quantas vezes por dia a <criança> faz xixi?	[C92]	Até 2 vezes 1 3 a 8 vezes 2 Mais de 8 vezes 3 IGN 9
------	---	-------	--

126.	A criança costuma:	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre	IGN
	Se apertar para não fazer xixi? [C93]	1	2	3	4	9
	Sair correndo para ir ao banheiro? [C94]	1	2	3	4	9
	Fazer xixi na roupa? [C95]	1	2	3	4	9
	Fazer cocô nas calças? [C96]	1	2	3	4	9

Agora vamos falar sobre xixi à noite

127.	<CRIANÇA> faz xixi na cama durante a noite? Se NÃO OU IGN → 129	[C97]	não 0 sim 1 IGN 9
128.	Quantas vezes por semana a <CRIANÇA> faz xixi na cama? <i>Se a mãe responder “dia sim, dia não”, marcar 4</i>	[C98]	__ vezes

129.	No último mês, aconteceu alguma coisa que possa ter mudado o comportamento da <CRIANÇA>, como nascimento de irmão, mudança de casa, de escola, separação dos pais, acidente, doença? Se NÃO OU IGN → 131	[C99]	não 0 sim 1 IGN 9
130.	Qual? _____	[C100]	__ __

BLOCO D - CARACTERÍSTICAS DA MÃE, DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO

Agora gostaria que me contasse sobre a Sra. e sua família:

131.	A Sra. trabalha atualmente? SE NÃO OU IGN → 137	[D01]	não 0 sim 1 IGN 9
132.	Quantos dias por semana? (9 = IGN)	[D02]	__ dias/ semana
133.	Quantas horas por dia? (99 = IGN)	[D03]	__ __ horas/ dia
134.	Que tipo de trabalho a Sra. faz? _____	[D04]	__ __ __
135.	Em que local a Sra. trabalha? <i>Outro:</i> _____	[D05]	em casa/conta própria 1 empresa 2 casa de família 3 outro 4
136.	A Sra. tem carteira assinada?	[D06]	não 0 sim 1 IGN 9
137.	Até que série a Sra. completou na escola? (88/8 = NSA) SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 139	[D07]	__ __ série __ grau
138.	A Sra. completou a faculdade?	[D08]	não 0 sim 1 IGN 9
139.	A Sra. tem marido ou companheiro? SE NÃO OU IGN → 142	[D09]	não 0 sim 1 IGN 9
140.	Há quanto tempo a Sra. e seu companheiro estão juntos? (menos de 1 ano = 00)	[D10]	__ __ anos
141.	Seu marido ou companheiro é o pai biológico de <CRIANÇA>?	[D11]	não 0 sim 1 IGN 9
142.	Qual é a cor da pele do pai (social) de <CRIANÇA>? <i>Outra:</i> _____	[D12]	branca 1 preta 2 parda 3 outra 4 NSA 8
143.	Até que série o pai (social) da <CRIANÇA> completou na escola? (88/8= NSA; 99/9= IGN) SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 145	[D13]	__ __ série __ grau
144.	O pai (social) de <CRIANÇA> completou a faculdade?	[D14]	não 0 sim 1 IGN 9

Agora vamos falar um pouco sobre cigarro.

145.	A Sra. fuma? SE NÃO OU IGN → 147	[D15]	não 0 sim 1 IGN 9
146.	Quantos cigarros por dia?	[D16]	__ __ cigarros/ dia
147.	O pai (<i>social</i>) de <CRIANÇA> fuma? SE NÃO OU IGN → 149	[D17]	não 0 sim 1 IGN 9
148.	Quantos cigarros por dia?	[D18]	__ __ cigarros/ dia
149.	Das pessoas que moram na sua casa, alguém tem fumado na mesma peça em que <CRIANÇA> está? SE NÃO OU IGN → 151	[D19]	não 0 sim 1 IGN 9
150.	Quantos cigarros por dia?	[D20]	__ __ cigarros por dia

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito da renda da família.

151.	Quem é a pessoa de maior renda na sua casa? <i>Outro:</i> _____	[D21]	pai da criança ou companheiro 1 mãe da criança 2 outro 3
152.	No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa? (<i>se houver mais pessoas recebendo, acrescentar o salário destas ao da PESSOA 4</i>) (<i>Não anotar centavos. 9-----9 = IGN</i>)	[D22] [D23] [D24] [D25]	Pessoa 1 R\$ _____ por mês Pessoa 2 R\$ _____ por mês Pessoa 3 R\$ _____ por mês Pessoa 4 R\$ _____ por mês
153.	A Sra. recebe Bolsa Família?	[D26]	não 0 sim 1 IGN 9
154.	A família tem outra fonte de renda?	[D27] [D28]	Pessoa 1 R\$ _____ por mês Pessoa 2 R\$ _____ por mês
155.	Quem é o chefe da família? <i>Outro:</i> _____	[D29]	pai da criança/ companheiro 1 mãe da criança 2 outro 3

Se o chefe da família é a MÃE ou o PAI pule para pergunta → 158

156.	Até que série o chefe da família completou na escola? (99/9= IGN; 88/8= NSA) SE NÃO CURSOU NÍVEL SUPERIOR → 158	[D30]	__ __ série __ grau
157.	<CHEFE> completou a faculdade?	[D31]	não 0 sim 1 IGN 9

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre suas crenças e religião.

158.	A Sra. pratica alguma religião? SE NÃO OU IGN → 162	[D32]	não 0 sim 1 IGN 9
------	---	-------	-------------------------

159. Qual? <i>Outra</i> _____	[D33]	Católica 1 Protestante ou Evangélica 2 Espírita 3 Umbanda 4 Outra 5
160. Há quanto tempo a Sra. é <RELIGIÃO>? (Toda a vida= 77; Menos de 1 ano= 00)	[D34]	__ __ anos
161. No último mês a Sra. foi à sessão ou culto ou missa?	[D35]	não 0 sim 1 IGN 9

BLOCO E – GASTOS COM SAÚDE

162. <CRIANÇA> tem plano de saúde? Se sim, qual o nome? <i>Nome do plano de saúde:</i> _____ SE NÃO OU IGN → 168	[E01]	não 0 sim 1 IGN 9
163. O plano de saúde cobre consultas médicas?	[E02]	não 0 sim, integralmente 1 sim, em parte 2 dá desconto 3 IGN 9
164. O plano de saúde cobre exames (laboratório, RX) ?	[E03]	não 0 sim, integralmente 1 sim, em parte 2 dá desconto 3 IGN 9
165. O plano de saúde cobre internações em hospital?	[E04]	não 0 sim, integralmente 1 sim, em parte 2 dá desconto 3 IGN 9
166. Qual o valor da mensalidade deste plano de saúde? (88888= outra pessoa paga; 99999= IGN)	[E05]	R\$ _____, 00
167. O plano reembolsa alguma das despesas com saúde, como remédios ou consultas?	[E06]	não 0 sim 1 IGN 9

Agora vou fazer algumas perguntas a respeito de aparelhos que a Sra. tem em casa. Na sua casa a Sra. tem:				
168. Aspirador de pó?	[E07]	0 não	1 sim	9 IGN
169. Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)	[E08]	0 não	1 sim	9 IGN
170. Videocassete ou DVD?	[E09]	0 não	1 sim	9 IGN
171. Geladeira?	[E10]	0 não	1 sim	9 IGN
172. Freezer ou geladeira duplex?	[E11]	0 não	1 sim	9 IGN
173. Forno de microondas?	[E12]	0 não	1 sim	9 IGN
174. Microcomputador?	[E13]	0 não	1 sim	9 IGN
175. Telefone fixo? (convencional)	[E14]	0 não	1 sim	9 IGN

Na sua casa, a Sra. tem? Quantos?								
176.	Rádio	[E15]	0	1	2	3	4+	9
177.	Televisão preto e branco	[E16]	0	1	2	3	4+	9
178.	Televisão colorida	[E17]	0	1	2	3	4+	9
179.	Automóvel (somente de uso particular)	[E18]	0	1	2	3	4+	9
180.	Aparelho de ar condicionado (se ar condicionado central, marque o nº de cômodos servidos)	[E19]	0	1	2	3	4+	9

181.	Na sua casa trabalha empregada(o) doméstica(o) ou mensalista? Se sim, quantos?	[E20]	não 0 um 1 dois ou mais 2 IGN 9
182.	Quantas peças são usadas para dormir? (99 = IGN)	[E21]	__ __ peças
183.	Quantos banheiros existem na casa? (banheiro = banheiro com vaso e chuveiro e/ou banheira) (00 = nenhum; 99 = IGN)	[E22]	__ __ banheiros

BLOCO F – SAÚDE MATERNA

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a saúde da Sra.:

→ Neste momento, se houver mais alguém presente, pedir para ficar um pouco só com a mãe por que vai fazer algumas perguntas mais pessoais.

184.	Em geral, como a Sra. considera sua saúde? (as opções em negrito devem ser lidas para a mãe)	[F01]	excelente 1 muito boa 2 boa 3 regular 4 ruim 5 IGN 9
------	---	-------	--

Questão 185 em diante: Só aplicar para a MÃE BIOLÓGICA, caso contrário, ENCERRE o questionário.

185.	A Sra. perde urina, sem querer, quando tosse, espirra, ri, corre ou faz algum esforço? SE NÃO OU IGN → 188	[F02]	não 0 sim 1 IGN 9
186.	Sempre ou às vezes?	[F03]	sempre 1 às vezes 2
187.	Já acontecia antes da gravidez de <CRIANÇA>?	[F04]	não 0 sim 1 IGN 9
188.	A Sra. perde fezes ou gases, sem querer, quando tosse, espirra, ri, corre ou faz algum esforço? SE NÃO OU IGN → 191	[F05]	não 0 sim 1 IGN 9
189.	Sempre ou às vezes?	[F06]	sempre 1 às vezes 2
190.	Já acontecia antes da gravidez de <CRIANÇA>?	[F07]	não 0 sim 1 IGN 9

191.	A Sra. sente dor na relação sexual? SE NÃO OU IGN → 194	[F08]	não 0 sim 1 IGN 9
192.	Sempre ou às vezes?	[F09]	sempre 1 às vezes 2
193.	Já acontecia antes da gravidez de <CRIANÇA>?	[F10]	não 0 sim 1 IGN 9
194.	Algun médico alguma vez lhe disse que a Sra. tem a bexiga caída? SE NÃO OU IGN → 196	[F11]	não 0 sim 1 IGN 9
195.	Antes ou depois que <CRIANÇA> nasceu?	[F12]	antes 1 depois 2 IGN 9
196.	Algun médico alguma vez lhe disse que a Sra. tem o útero caído? SE NÃO OU IGN → 198	[F13]	não 0 sim 1 IGN 9
197.	Antes ou depois que <CRIANÇA> nasceu?	[F14]	antes 1 depois 2 IGN 9
198.	Algun médico alguma vez lhe disse que a Sra. tem rotura de períneo? SE NÃO OU IGN → 200	[F15]	não 0 sim 1 IGN 9
199.	Antes ou depois que <CRIANÇA> nasceu?	[F16]	antes 1 depois 2 IGN 9
200.	A Sra. está grávida no momento?	[F17]	não 0 sim 1 IGN 9
201.	Quantas vezes a Sra. engravidou depois do nascimento da <CRIANÇA>? SE “00” → 205	[F18]	___ gestações
202.	Quantos filhos nasceram vivos?	[F19]	___ vivos
203.	A Sra. teve algum que nasceu morto? Quantos? (00= não)	[F20]	___ mortos
204.	A Sra. teve algum aborto? Quantos? (00= não)	[F21]	___ abortos
205.	A Sra. fez ligadura de trompas depois do nascimento de <CRIANÇA>?	[F22]	não 0 sim 1 IGN 9
206.	A Sra. tirou o útero depois do nascimento de <CRIANÇA>?	[F23]	não 0 sim 1 IGN 9
207.	Todos os seus filhos são do mesmo pai?	[F24]	não 0 sim 1 IGN 9

→ Se “00” na questão 201, **encerre o questionário.**

→ Se “01” ou mais gestações na questão 201, **complete o quadro abaixo.**

Agora gostaria de conversar com a Sra. sobre suas gestações depois do nascimento de <CRIANÇA>, até mesmo sobre as que não chegaram ao final. Começaremos pela 1ª gravidez depois da <CRIANÇA>.

	Gravidez 1	Gravidez 2	Gravidez 3	Gravidez 4
1. Quando ficou grávida, a senhora queria engravidar naquele momento?	[F25] não 0 sim 1 IGN 9	[F26] não 0 sim 1 IGN 9	[F27] não 0 sim 1 IGN 9	[F28] não 0 sim 1 IGN 9
2. O que aconteceu com essa gravidez? <i>SE "1" ou "2" → Gravidez 2</i> <i>SE "4" → ENCERRAR QUESTIONÁRIO!!</i>	aborto espontâneo 1 aborto provocado 2 nascimento 3 [F29] está grávida 4	aborto espontâneo 1 aborto provocado 2 nascimento 3 [F30] está grávida 4	aborto espontâneo 1 aborto provocado 2 nascimento 3 [F31] está grávida 4	aborto espontâneo 1 aborto provocado 2 nascimento 3 [F32] está grávida 4
3. Qual o sexo da criança?	[F33] masculino 1 feminino 2	[F34] masculino 1 feminino 2	[F35] masculino 1 feminino 2	[F36] masculino 1 feminino 2
4. Em que data nasceu o bebê?	[F37] ___/___/___	[F38] ___/___/___	[F39] ___/___/___	[F40] ___/___/___
5. O bebê é único ou gêmeo?	[F41] único 1 gêmeo 2	[F42] único 1 gêmeo 2	[F43] único 1 gêmeo 2	[F44] único 1 gêmeo 2
6. A criança está viva?	[F45] vivo 1 nasceu morto 2 morreu 3 IGN 9	[F46] vivo 1 nasceu morto 2 morreu 3 IGN 9	[F47] vivo 1 nasceu morto 2 morreu 3 IGN 9	[F48] vivo 1 nasceu morto 2 morreu 3 IGN 9
7. Quanto pesou a criança ao nascer?	[F49] ___ ___ ___ g	[F50] ___ ___ ___ g	[F51] ___ ___ ___ g	[F52] ___ ___ ___ g

8. Como foi o parto?	[F53] vaginal 1 cesariana 2	[F54] vaginal 1 cesariana 2	[F55] vaginal 1 cesariana 2	[F56] vaginal 1 cesariana 2
9. Esse filho é do mesmo pai que <CRIANÇA>?	[F057] não 0 sim 1 IGN 9	[F058] não 0 sim 1 IGN 9	[F59] não 0 sim 1 IGN 9	[F60] não 0 sim 1 IGN 9
Questão 10: só perguntar se a criança nasceu viva e depois morreu!! (Resposta "3" na questão 2 e "3" na questão 6)				
10. Em que data morreu o bebê?	[F61] ___/___/___	[F62] ___/___/___	[F63] ___/___/___	[F64] ___/___/___

<i>Horário de término da entrevista:</i>	[F65] ___ : ___
--	-----------------



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 003/08

Pelotas, 29 de maio de 2008

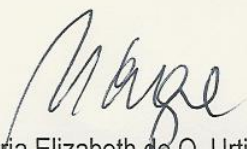
Ilma.Sra.
Prof^a. Dr^a. Iná da Silva dos Santos

Projeto: **“Coorte de nascimentos de 2004”**.

Sub-Projeto: **“Coorte de nascimentos de 2004: avaliação de alimentação, crescimento, desenvolvimento e morbidade aos 48 meses”**.

Prezada Pesquisadora do Sub-Projeto;

Vimos, por meio deste, informá-la que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do CNS.


Prof^a. Maria Elizabeth de O. Urtiaga
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL





TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

- VISITA AOS 4 ANOS DE IDADE -

- Investigador responsável: Prof. Dr. Aluísio J. Dornellas de Barros

Todas as mães de crianças nascidas em Pelotas em 2004, e que residam na área urbana da cidade, estão sendo convidadas a continuar participando do estudo "Coorte de nascimentos 2004".

Objetivos do projeto: Avaliar as condições de saúde das crianças no seu 4º ano de vida, seu crescimento, desenvolvimento, utilização de serviços de saúde, aspectos psicológicos e também a saúde da mãe nesse período.

Procedimentos: Por ocasião do parto e quando as crianças completaram 3, 12 e 24 meses, a mãe foi entrevistada e a criança foi pesada e medida por pessoal do projeto, especialmente treinado para isso. Agora, aos 4 anos de idade, estamos novamente entrevistando as mães, e as crianças serão pesadas, medidas e observadas quanto ao desenvolvimento de algumas habilidades.

Riscos e desconforto: Este projeto não envolve nenhum risco ou desconforto físico para a mãe ou para a criança. Por outro lado, vamos fazer muitas perguntas, e algumas delas podem deixar a mãe pouco à vontade. Por favor, lembre-se que você pode deixar de responder qualquer pergunta que desejar.

Participação voluntária: A participação no estudo é voluntária, e se pode deixar de participar a qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal. Não participar não vai tirar nenhum direito da mãe ou da criança em relação ao atendimento médico, ou qualquer outro.

Despesas: Não há nenhum gasto, despesa, nem qualquer outra responsabilidade para participar do estudo.

Apenas pedimos que se responda às perguntas com sinceridade.

Confidencialidade: As informações prestadas serão utilizadas sem identificação em todas as etapas do estudo, depois da entrevista. O nome, endereço e telefone só serão utilizados para contatos visando futuras entrevistas deste estudo. Em nenhuma hipótese, informação que permita identificação das pessoas será repassada a terceiros. Todos os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar individualmente nenhum participante.

Contato: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Universidade Federal de Pelotas
Telefone: 3284 1300
Secretária: Mara Rejane Hax dos Santos

Recebi as explicações sobre o estudo registradas neste Termo de Consentimento. Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, sendo que todas as minhas perguntas foram respondidas claramente. Declaro estar de acordo em participar voluntariamente deste estudo, sabendo que tenho o direito de deixar de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer direito.

Nome da mãe

Nome da criança

Assinatura

Data

Entrevistadora



-VISITA AOS 4 ANOS DE IDADE-

Investigador responsável: Prof. Dr. Aluísio J. Dornellas de Barros

Todas as mães de crianças nascidas em Pelotas em 2004, e que residam na área urbana da cidade, estão sendo convidadas a continuar participando do estudo "Coorte de nascimentos 2004".

Objetivos do projeto: Avaliar as condições de saúde das crianças no seu 4º ano de vida, seu crescimento, desenvolvimento, utilização de serviços de saúde, aspectos psicológicos e também a saúde da mãe nesse período.

Procedimentos: Por ocasião do parto e quando as crianças completaram 3, 12 e 24 meses, a mãe foi entrevistada e a criança foi pesada e medida por pessoal do projeto, especialmente treinado para isso. Agora, aos 4 anos de idade, estamos novamente entrevistando as mães, e as crianças serão pesadas, medidas e observadas quanto ao desenvolvimento de algumas habilidades.

Riscos e desconforto: Este projeto não envolve nenhum risco ou desconforto físico para a mãe ou para a criança. Por outro lado, vamos fazer muitas perguntas, e algumas delas podem deixar a mãe pouco à vontade. Por favor, lembre-se que você pode deixar de responder qualquer pergunta que desejar.

Participação voluntária: A participação no estudo é voluntária, e se pode deixar de participar a qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal. Não participar não vai tirar nenhum direito da mãe ou da criança em relação ao atendimento médico, ou qualquer outro.

Despesas: Não há nenhum gasto, despesa, nem qualquer outra responsabilidade para participar do estudo. Apenas pedimos que se responda às perguntas com sinceridade.

Confidencialidade: As informações prestadas serão utilizadas sem identificação em todas as etapas do estudo, depois da entrevista. O nome, endereço e telefone só serão utilizados para contatos visando futuras entrevistas deste estudo. Em nenhuma hipótese, informação que permita identificação das pessoas será repassada a terceiros. Todos os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar individualmente nenhum participante.

Contato: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Universidade Federal de Pelotas
Telefone: 3284 1300
Secretária: Mara Rejane Hax dos Santos



Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Pelotas



COORTE DE NASCIMENTOS DE PELOTAS DE 2004

VISITA AOS 6-7 ANOS DE IDADE

Investigadores responsáveis: Prof. Dr. Alicia Matijasevitch Manitto,

Prof. Dr. Aluísio J. Dornellas de Barros; Prof. Dr. Iná S. dos Santos

Centro de Pesquisas em Saúde Dr Amílcar Gigante

Rua Marechal Deodoro 116, 3º piso, 96020-220, Pelotas, RS, Fone/Fax: 53 3284 1301

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Todas as mães de crianças nascidas em Pelotas, em 2004, e que residam na área urbana da cidade estão sendo convidadas a continuar participando do estudo “Coorte de Nascimentos de 2004”.

Objetivos do projeto: Avaliar as condições de saúde das crianças no seu 6-7º ano de vida, seu crescimento, desenvolvimento, utilização de serviços de saúde, aspectos psicológicos e também a saúde da mãe nesse período.

Procedimentos: Por ocasião do parto e quando as crianças completaram 3, 12, 24 e 48 meses, a mãe foi entrevistada e a criança foi pesada e medida por pessoal do projeto, especialmente treinado para isso. Agora, aos 6-7 anos de idade, estamos novamente entrevistando as mães (ou responsáveis). Nessa visita, as crianças serão pesadas, medidas, avaliadas quanto à composição corporal e habilidades. Para avaliação da composição corporal serão usados instrumentos modernos: DXA (que mede a saúde dos ossos), BodPod (que mede o volume do corpo), Foto tridimensional (que avalia as medidas do corpo) e balança de bioimpedância (que mede a gordura do organismo). Para esses exames, a criança terá que trajar roupa e touca de banho limpas, que serão fornecidas por nosso pessoal.

Também será feita coleta de saliva para extração de DNA e, em parte desse, identificar características genéticas associadas ao crescimento e saúde das crianças. A saliva será armazenada em freezer a -20°C e a mãe ou responsável poderá retirá-la ou pedir que seja destruída a qualquer momento ou, ainda, solicitar aconselhamento genético, se necessário. Esse é um exame que poderá ser realizado em laboratório fora do Brasil. A análise do exame será demorada e não esperamos ter resultados antes de um ano. Qualquer análise no DNA que não esteja definida no protocolo original da pesquisa será realizada somente mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, não havendo necessidade de novo consentimento a cada pesquisa.

Todos os resultados deste estudo serão mantidos em sigilo e serão usados apenas para fins científicos. As crianças que apresentarem algum resultado anormal nos exames realizados serão encaminhadas à Universidade para avaliações complementares e tratamento, se necessário. O Caderninho anexo mostra os exames que a criança deverá fazer se a Sra concordar.

Riscos e desconforto: Este projeto não envolve nenhum risco para a saúde da Sra. ou do(a) seu filho(a). Além disso, vamos fazer muitas perguntas e algumas delas poderão deixá-la pouco à vontade. Por favor, lembre-se que a Sra. poderá deixar de responder qualquer pergunta que desejar.

Participação voluntária: A participação no estudo é voluntária e a Sra. e seu filho(a) podem deixar de participar a qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal. Se a Sra. resolver não participar isto não vai lhe causar nenhum problema de atendimento médico na Faculdade de Medicina ou em qualquer outro serviço público de saúde.

Despesas: Não há nenhum gasto, despesa, nem qualquer outra responsabilidade para participar do estudo. Apenas pedimos que a Sra. responda às perguntas com sinceridade.

Confidencialidade: Depois da entrevista, as informações prestadas serão utilizadas sem identificação em todas as etapas do estudo. O nome, endereço e telefone só serão utilizados para contatos visando futuras entrevistas deste estudo. Em nenhum caso, seu filho(a) será identificado por outros. Todos os resultados do estudo serão apresentados sem identificar individualmente qualquer participante.

Recebi as explicações sobre o estudo registradas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, sendo que todas as minhas perguntas foram respondidas claramente. Declaro estar de

acordo em participar voluntariamente deste estudo, sabendo que tenho o direito de deixar de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer direito.

Por favor, assinale abaixo se a Sra. concorda com os exames, testes e entrevistas a serem realizados:

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Questionário (sobre saúde da mãe e criança; cuidados com a criança; família; renda) | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Saúde mental | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Medidas (peso, altura) | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Bod Pod | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - DXA | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Foto tridimensional | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Coleta de Saliva | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Extração do DNA | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Utilização do material coletado para análises futuras, mediante aprovação do CEP | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |
| - Atividade física | sim <input type="checkbox"/> | não <input type="checkbox"/> |

Nome da mãe

Nome da criança

Assinatura

Data

Entrevistadora



Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Pelotas



VISITA AOS 6-7ANOS DE IDADE

Investigadores responsáveis: Prof. Dr. Aluísio J. Dornellas de Barros; Prof. Dr. Iná S. Santos

Todas as mães de crianças nascidas em Pelotas, em 2004, e que residam na área urbana da cidade, estão sendo convidadas a continuar participando do estudo “Coorte de Nascimentos de 2004”.

Objetivos do projeto: Avaliar as condições de saúde das crianças no seu 6-7º ano de vida, seu crescimento, desenvolvimento, utilização de serviços de saúde, aspectos psicológicos e também a saúde da mãe nesse período.

Procedimentos: Por ocasião do parto e quando as crianças completaram 3, 12, 24 e 48 meses, a mãe foi entrevistada e a criança foi pesada e medida por pessoal do projeto, especialmente treinado para isso. Agora, aos 6-7 anos de idade, estamos novamente entrevistando as mães. Nessa visita, as crianças serão pesadas, medidas, avaliadas quanto à composição corporal e observadas quanto ao desenvolvimento de algumas habilidades. Para avaliação da composição corporal serão usados instrumentos modernos: DXA (que mede a saúde dos ossos), BodPod (que mede o volume do corpo), Foto tridimensional (que avalia as medidas do corpo) e balança de bioimpedância (que mede a gordura do organismo). Para esses exames, a criança terá que trajar roupa e touca de banho limpas, que serão fornecidas por nosso pessoal. Também será feita coleta de saliva para extração de DNA e, em parte desse, identificar características genéticas associadas ao crescimento e saúde das crianças. A saliva será armazenada em freezer a -20°C e a mãe ou responsável poderá retirá-la ou pedir que seja destruída a qualquer momento ou, ainda, solicitar aconselhamento genético, se necessário. Esse é um exame que poderá ser realizado em laboratório fora do Brasil. A análise do exame será demorada e não esperamos ter resultados antes de um ano. Qualquer análise no DNA que não esteja definida no protocolo original da pesquisa será realizada somente mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, não havendo necessidade de novo consentimento a cada pesquisa. Todos os resultados do estudo serão mantidos em sigilo e serão usados apenas para fins científicos. O Caderninho anexo mostra os exames que a criança deverá fazer se a Sra concordar.

Riscos e desconforto: Este projeto não envolve nenhum risco ou desconforto físico para a mãe ou para a criança. Por outro lado, vamos fazer muitas perguntas e algumas delas podem deixar a mãe pouco à vontade. Por favor, lembre-se que você pode deixar de responder qualquer pergunta que desejar.

Participação voluntária: A participação no estudo é voluntária e se pode deixar de participar a qualquer momento, sem ter que dar qualquer justificativa para tal. Não participar não vai tirar nenhum direito da mãe ou da criança em relação ao atendimento médico ou qualquer outro.

Despesas: Não há nenhum gasto, despesa, nem qualquer outra responsabilidade para participar do estudo. Apenas pedimos que a Sra responda às perguntas com sinceridade.

Confidencialidade: As informações prestadas serão utilizadas sem identificação em todas as etapas do estudo, depois da entrevista. O nome, endereço e telefone só serão utilizados para contatos visando futuras entrevistas deste estudo. Em nenhuma hipótese, informação que permita identificação das pessoas será repassada a terceiros. Todos os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar individualmente nenhum participante.

Recebi as explicações sobre o estudo registradas neste Termo de Consentimento. Tive oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, sendo que todas as minhas perguntas foram respondidas claramente. Declaro estar de acordo em participar voluntariamente deste estudo, sabendo que tenho o direito de deixar de participar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer direito.

Contato: Programa de Pós-graduação em Epidemiologia - UFPel

Rua Marechal Deodoro, 1160 - 3º piso.

Cep: 96020-220 Caixa Postal 464 Pelotas, RS

Telefone: (53) 3284 1300

Secretária da Coorte 2004: Suelen Cruz