

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

**ESTILOS PARENTAIS PERCEBIDOS E SUA INFLUÊNCIA
SOBRE O CRESCIMENTO DA CRIANÇA**

TESE DE DOUTORADO

SALETE DE MATOS

Porto Alegre, Brasil

2020

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

**ESTILOS PARENTAIS PERCEBIDOS E SUA INFLUÊNCIA
SOBRE O CRESCIMENTO DA CRIANÇA**

SALETE DE MATOS

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

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

Co-orientadora: **Profa. Dra. Juliana Rombaldi Bernardi**

Porto Alegre, Brasil

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Matos, Salete de
ESTILOS PARENTAIS PERCEBIDOS E SUA INFLUÊNCIA SOBRE
O ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA / Salete de Matos. --
2020.

142 f.

Orientadora: Marcelo Zubarán Goldani.

Coorientadora: Juliana Rombaldi Bernardi.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente,
Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Estilos parentais. 2. Estado nutricional. 3.
Depressão pós-parto. 4. Vínculo. I. Goldani, Marcelo
Zubarán, orient. II. Bernardi, Juliana Rombaldi,
coorient. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO

ADOLESCENTE

ESTA DISSERTAÇÃO FOI DEFENDIDA PUBLICAMENTE EM:

20 / 12 / 2020

E, FOI AVALIADA PELA BANCA EXAMINADORA COMPOSTA POR:

Professora Dra. Elza Mello

Departamento de Pediatria /PPGSCA
Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Professora Dra. Denise Ruschel Bandeira

Departamento da Psicologia/PPGPSICO
Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Professora Dra. Simone Morello Dal Bosco

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

AGRADECIMENTOS

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

À minha querida e sempre disponível coorientadora prof. Dra. Juliana Rombaldi Bernardi, que esteve sempre presente, incentivando e dividindo todo seu conhecimento.

Ao prof. Dr. Clécio Homrich da Silva que sempre contribuiu para o meu crescimento acadêmico e científico.

Aos membros da banca examinadora, por terem aceitado o convite e por suas contribuições que auxiliarão no aprimoramento deste trabalho.

Ao Luciano Santos Pinto Guimarães pela disponibilidade e auxílio nas análises estatísticas.

A todos os participantes do grupo IVAPSA, pelo apoio e por dividir seus conhecimentos.

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

Aos meus pais, irmãos e irmãs, que sempre de uma forma ou de outra estiveram presente nesta jornada.

Muito obrigada!

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência da percepção de estilo parental no vínculo materno, e do vínculo materno no crescimento da criança, nos primeiros seis meses de vida.

Metodologia: Estudo observacional longitudinal, entre 2011 e 2016, utilizando uma amostra de mulheres expostas a diferentes condições clínicas, durante a gestação, residentes em Porto Alegre. A amostra foi acompanhada aos 7, 15, 30, 90 e 180 dias, após o parto, e foi dividida em cinco grupos, conforme as condições clínicas gestacionais: diabetes *mellitus*, hipertensão, tabaco, pequeno para idade gestacional e controle. O estilo parental materno foi avaliado através do *Parental Bonding Instrument*; os sintomas depressivos maternos foram medidos pelo *Edimburg Postpartum Depression Scale*; o vínculo materno foi medido através do *Parental Bonding Questionnaire*; e os dados antropométricos das crianças foram medidos nas entrevistas, em todas as visitas. Foi realizada ANOVA com *post-hoc de Tukey* e o *Kruskal-Wallis* com *post-hoc de Dunn*, para comparar as médias e medianas das variáveis de interesse, entre os grupos em estudo; o qui-quadrado, para verificar associação entre as variáveis de interesse e os grupos em estudo. A correlação de *Spearman*, para verificar a correlação entre o vínculo materno e o crescimento infantil, aos três e seis meses, e para verificar a correlação entre as variáveis contínuas e a percepção de estilo parental materno. A modelagem de Equações Estruturais foi usada para testar diferentes hipóteses, entre estilo parental materno e vínculo materno, com a mediação de sintomas depressivos. O uso do modelo de Equações de Estimativas Generalizadas serviu para comparar as médias das variáveis estudadas, que foram medidas ao longo dos seis meses. Quando significativo, o teste *post-hoc* de Bonferroni foi utilizado, para identificar as categorias distintas. O processamento e as análises dos dados foram feitos por intermédio do software SPSS versão, 18.0, e pelo Software R.

Resultados: Participaram do estudo 179 mães. Identificamos uma associação entre vínculo materno prejudicado e crianças de menor peso e estatura para a idade aos três meses de vida. Aos seis meses de vida, o vínculo materno prejudicado com a criança esteve associado com peso para a estatura, no peso para a idade e no índice de massa corporal para idade (IMC/I). A proteção materna percebida correlacionou-se positivamente com o fator de ansiedade. O cuidado materno percebido foi mediado pelos sintomas de depressão no pós-parto, e influenciou o fator de vínculo geral, o fator de rejeição e raiva e o fator de ansiedade. Conforme o resultado da interação dos escores de IMC/I, da relação do vínculo materno com o tempo de vida da criança, ajustados por aleitamento materno e contato pele a pele, nossos achados sugerem que o crescimento das crianças modifica-se, segundo a relação de vínculo que as mães têm com a criança nos primeiros seis meses de vida.

Conclusão: Nossos achados sugerem que o tipo de estilo parental que a mãe exerce sobre seu filho influenciou no vínculo dela com a criança, aos seis meses de vida, sendo mediado pela ocorrência de sintomas depressivos maternos no período do pós-parto. Além disso, encontramos uma associação entre o vínculo materno e o crescimento da criança, nos primeiros seis meses de vida.

Palavras-chave: vínculo, depressão pós parto, crescimento, estudos longitudinais.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence of the perception of parental style on the maternal bond, and the maternal bond on the child's growth, in the first six months of life.

Methodology: Longitudinal observational study, between 2011 and 2016, using a sample of women exposed to different clinical conditions, during pregnancy, living in Porto Alegre. The sample was followed up at 7, 15, 30, 90 and 180 days after delivery, and was divided into five groups, according to clinical gestational conditions: diabetes mellitus, hypertension, tobacco, small for gestational age and control. The maternal parenting style was assessed using the Parental Bonding Instrument; maternal depressive symptoms were measured by the Edimburg Postpartum Depression Scale; maternal bond was measured using the Parental Bonding Questionnaire; and the children's anthropometric data were measured in the interviews, at all visits. ANOVA was performed with Tukey's post-hoc and Kruskal-Wallis with Dunn's post-hoc, to compare the means and medians of the variables of interest, between the study groups; the chi-square, to verify the association between the variables of interest and the groups under study. Spearman's correlation, to verify the correlation between maternal bond and child growth, at three and six months, and to verify the correlation between continuous variables and the perception of maternal parenting style. Structural Equation modeling was used to test different hypotheses, between maternal parenting style and maternal bonding, with the mediation of depressive symptoms. The use of the Generalized Estimation Equations model served to compare the averages of the studied variables, which were measured over the six months. When significant, the Bonferroni post-hoc test was used to identify the different categories. Data processing and analysis were performed using SPSS software, version 18.0, and Software R.

Results: One hundred and seventy new mothers participated in the study. We identified an association between impaired maternal bond and children of lower weight and height for their age at three months of age. At six months of age, the impaired maternal bond with the child was associated with weight for height, weight for age and body mass index for age (BMI/A). The perceived maternal protection was positively correlated with the anxiety factor. The perceived maternal care was mediated by the symptoms of depression in the postpartum period, and influenced the general bonding factor, the anger/rejection factor and the anxiety factor. According to the result of the interaction of the BMI/A scores, the relationship of the maternal bond with the child's life, adjusted for breastfeeding and skin-to-skin contact, our findings suggest that children's growth changes, according to the relationship bond that mothers have with the child in the first six months of life.

Conclusion: Our findings suggest that the type of parenting style that the mother exercises over her child influenced her bond with the child, at six months of age, being mediated by the occurrence of maternal depressive symptoms in the postpartum period. In addition, we found an association between the maternal bond and the child's growth in the first six months of life.

Keywords: bonding, postpartum depression, growth, longitudinal studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo contextual do estilo parental	15
Figura 2 - Relação entre estilos parentais propostos por autores	18
Figura X1 - Modelo de equações estruturais, totalmente mediado	39
Artigo 1 - Figura X1. Modelo de equações estruturais, totalmente mediado.....	54
Artigo 1 - Figura X2. Modelo de equações estruturais. Papel mediador da depressão pós-parto na relação entre estilo parental percebido pela mãe e o vínculo pós-parto com a criança.....	58
Artigo 1 - Tradução em Inglês. Figura X1. Structural equation model. Depiction of the full mediated model.....	71
Artigo 1 - Tradução em Inglês. Figura X2. Structural equation model. Mediating role of postpartum depression symptoms in the relation between perceived bonding by the mother and postpartum bonding with the baby	74
Artigo 2 - Figura 1. Distribuição das médias de escores-z do índice de massa corporal para idade do pós-parto até o sexto mês de vida da criança de acordo com o <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i>	101
Artigo 2 - Tradução em Inglês. Figura 1. Distribution of mean z-scores of the body mass index for age of the postpartum up to the child's sixth month of life according to the Postpartum Bonding Questionnaire	121

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 - Tabela 1. Correlação entre as variáveis usadas no modelo de mediação.....	56
Artigo 1 - Tradução em Inglês. Tabela 1. Correlations between variables used in the mediation model	73
Artigo 2 - Tabela 1. Correlação entre os fatores do <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i> medidos aos seis meses de vida da criança e variáveis de interesse	99
Artigo 2 - Tabela 2. Correlação entre os fatores do <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i> (6 meses) e variáveis de interesse medidas aos 3 e 6 meses de vida da criança	100
Artigo 2 - Tradução em Inglês. Tabela 1. Correlation between <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i> factors measured at six months of life and variables of interest	119
Artigo 2 - Tradução em Inglês. Tabela 2. Correlation between <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i> factors (6 months) and variables of interest measured at 3 and 6 months of the child's life.....	120

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

- AIC – Critério de informação de Akaike
- CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CPC – Centro de Pesquisa Clínica
- CTL - Controle
- DM – Diabetes *Mellitus*
- DP – Desvio-Padrão
- EPDS – *Edinburgh Postnatal Depression Scale*
- FIPE-HCPA – Fundo de apoio à pesquisa e eventos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- GEE - Modelo de Equações de Estimções Generalizadas
- GHC – Grupo Hospitalar Conceição
- HAS – Hipertensão arterial sistêmica
- HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- HIV/AIDS - Síndrome da imunodeficiência adquirida
- IC – Intervalo de confiança
- IQR – Intervalo interquartil
- IVAPSA – Impacto das Variações do Ambiente Perinatal sobre a saúde do recém-nascidos
- MS - Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PBI – *Parental Bonding Instrument*
- PBQ – *Postpartum Bonding Questionnaire*
- PIG – Pequeno para Idade Gestacional
- PP – Pós-parto
- SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
- TAB - Tabagista
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFGRS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1 ESTILO PARENTAL.....	14
2.1.1 Estilo parental e depressão	19
2.2 DEPRESSÃO	20
2.2.1 Depressão e vínculo materno	22
2.3 VÍNCULO MATERNO.....	24
2.3.1 Vínculo materno e crescimento infantil	27
3 JUSTIFICATIVA	29
4 OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GERAL.....	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	30
5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
5.2.1 Critérios de inclusão	31
5.2.2 Critérios de exclusão.....	31
5.2.3 Amostra	32
5.3 LOGÍSTICA DO ESTUDO.....	32
5.3.1 Primeira entrevista	33
5.3.2 Entrevistas subsequentes.....	33
5.3.3 Técnica de coletas	34
5.4 VARIÁVEIS EM ESTUDO	35
5.5 INSTRUMENTOS	35
5.5.1 Parental Bonding Instrument (PBI)	35
5.5.2 Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	36
5.5.3 Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ).....	36
5.5.4 Antropometria da criança.....	37
5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	38
5.6.1 Qualidade dos dados	38
5.6.2 Análises estatísticas	38

5.7 ASPECTOS ÉTICOS	40
REFERÊNCIAS	41
6 ARTIGOS.....	50
6.1 ARTIGO1 - PORTUGUÊS	50
6.2 ARTIGO1 - INGLÊS.....	66
6.3 ARTIGO2 - PORTUGUÊS	82
6.4 ARTIGO2 - INGLÊS.....	101
6 CONCLUSÕES.....	120
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	122
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PÓS-PARTO.....	124
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE SEGUIMENTO.....	133
ANEXO A – QUESTIONÁRIO <i>PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)</i>...	138
ANEXO B – QUESTIONÁRIO <i>EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION</i> (EPDS)	139
ANEXO C – QUESTIONÁRIO <i>POSTPARTUM BONDING QUESTIONNAIRE</i> (PBQ)	140

1 INTRODUÇÃO

Existe uma associação bem conhecida entre a qualidade da relação mãe e criança e o resultado na saúde mental da prole (BOWLBY, 2002; BROCKINGTON, 2011; STACK *et al.*, 2012). Assim, a relação que a mãe estabelece com seu filho é baseada, entre outros aspectos, em experiências emocionais ligadas aos relacionamentos da própria mãe, durante a infância e ao longo da vida (BOWLBY, 1988). Se essas experiências foram difíceis, o vínculo mãe-filho pode ser prejudicado (BRAZELTON, 1988; MCMAHON; TRAPOLINI; BARNETT, 2008; EUN *et al.*, 2018 ;OHARA *et al.*, 2018).

De acordo com Winnicott (1982), o primeiro vínculo é importante, tanto para a provisão das necessidades vitais, quanto para o desenvolvimento emocional da criança, que somente irá se consolidar a partir da relação com a mãe ou o substituto dela. A avaliação precoce do vínculo contribui para a identificação de necessidades e reforça a importância da adequação de intervenções, que minimizem danos e criem condições a um bom desenvolvimento psíquico da criança (WINNICOTT, 1982; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Ao longo da gestação, a mãe vai constituindo a relação de vínculo, sendo influenciada por suas expectativas e pela interação estabelecida neste período (SCHMIDT; ARGIMON, 2009; TICHELMAN *et al.*, 2019). A relação de vínculo é fortalecida no momento do parto, no contato pele e a pele e na prática do aleitamento materno (OMS, 2011; SILVA, 2016; SILVA; LOTTO; LINHARES, 2018; BRAGA, 2019). Conforme as concepções de Bowlby, crianças que não estabelecem uma relação de apego satisfatória tendem a tornarem-se emocionalmente afastadas, hostis e antissociais (BOWLBY, 1989). Ademais, outros fatores podem prejudicar esse vínculo, tais como depressão e ansiedade maternas (MORAIS *et al.*, 2017; TOLJA; NAKIĆ

RADOŠ; ANĐELINOVIĆ, 2020), bem como aspectos sociais, socioculturais, biológicos e psicológicos, incluindo menor escolaridade e gravidez indesejada (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Evidencia-se que o crescimento saudável é a base para a formação adequada dos órgãos e de um sistema imunológico resistente, bem como é benéfico ao aprimoramento de saúde física, neurológica e cognitiva (WELLS; CHOMTHO; FEWTRELL, 2007). Por outro lado, estudos mostram que os padrões de crescimento, no início da vida, estão associados ao risco de desenvolvimento de doenças crônicas na fase adulta (BARKER, 2004; BARKER, 2006; GLUCKMAN; HANSON; LOW, 2011).

O crescimento é condicionado pela herança genética, mas também é fortemente influenciado pelo ambiente (ZEFERINO *et al.*, 2003), incluindo o aleitamento materno (SPYRIDES *et al.*, 2008; QUEIROZ *et al.*, 2012). Alguns eventos ocorridos no período pós-natal podem interferir no crescimento da criança (MENEZES *et al.*, 2011; QUEIROZ *et al.*, 2012; GHAEMMAGHAMI *et al.*, 2018). Ainda, o crescimento pode ser afetado pela exposição a sintomas depressivos maternos (ansiedade e depressão), no pré e pós-gestacional (CHOI *et al.*, 2017; FARÍAS-ANTÚNEZ; XAVIER; SANTOS, 2018; NGUYEN *et al.*, 2018).

Os sintomas depressivos no pós-natal, avaliados por Iwata e colaboradores (2019), indicaram que mães com pontuações mais elevadas tiveram associação com menor ganho de peso corporal de seus filhos (IWATA *et al.*, 2019). Em outro estudo, foi identificado que mães deprimidas apresentaram maior risco de gerar lactentes com desnutrição (SHARMIN *et al.*, 2019). A esses dados, soma-se estudo de revisão, no qual foi sugerido que a depressão materna associou-se ao crescimento da criança, no primeiro ano de vida (NGUYEN *et al.*, 2018).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTILO PARENTAL

O tipo de relacionamento que os pais estabelecem com seus filhos, durante a infância, é estudado em seu possível aspecto de influência no desenvolvimento psicológico. Quando a relação não é adequada, torna-se provável fator de risco para distúrbios psicopatológicos na vida adulta (MEITES; INGRAM; SIEGLE, 2012; GAU; CHANG, 2013; FREEZE; BURKE; VORSTER, 2014).

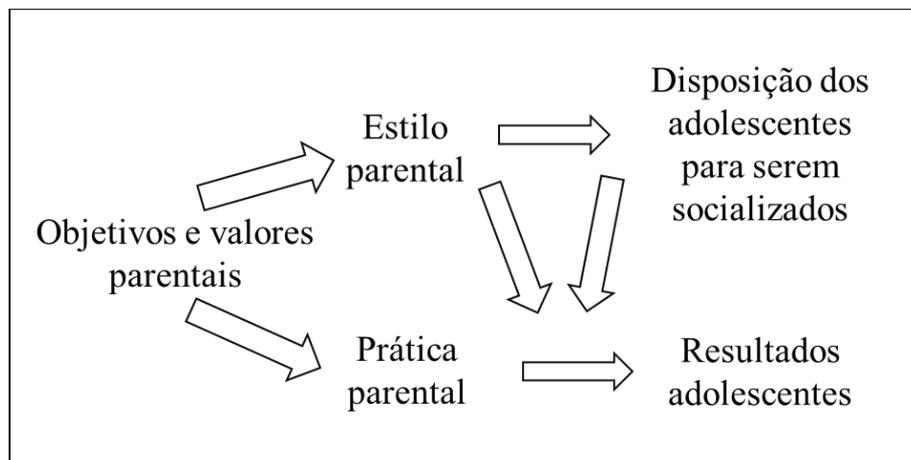
As estratégias e técnicas utilizadas pelos pais, a fim de orientar o comportamento dos filhos, são denominadas como “práticas educativas parentais”, e o conjunto dessas práticas denomina-se “estilo parental” (SAMPAIO, 2007). Esse conceito compõe o modo como os pais gerenciam as questões de poder, hierarquia e apoio emocional, no relacionamento com os filhos (DARLING; STEINBERG, 1993; WEBER *et al.*, 2004).

As práticas parentais são estudadas há muitas décadas. Um dos primeiros trabalhos que investigou a relação entre pais e filhos foi o de Baumrind (1966). O autor destacou três modelos parentais: o autoritário – contendo maior controle, regras impostas e pouco apoio à criança; o permissivo – constituído por pouco controle, poucas exigências e apoio forte; e o autoritativo – em que há controle e apoio, com regras fixas e incentivo à autonomia (BAUMRIND, 1966).

Após, Darling e Steinberg (1993), buscaram compreender os efeitos da parentalidade no desenvolvimento infantil. Para tanto, foi preciso entender o contexto e a composição familiar, a cultura e a classe social na qual os indivíduos estavam inseridos (DARLING; STEINBERG, 1993). Assim, os autores afirmaram que tanto as práticas parentais, quanto o estilo parental são influenciados pelas crenças dos pais, como, por exemplo, valores e metas que eles têm em relação ao filho. Portanto, para os autores, não foi possível afirmar que determinadas práticas e estilos são melhores que outras, sem

considerar o contexto cultural de inserção da família, bem como as características ecológicas desse contexto (condições físicas e sociais).

Figura 1: Modelo contextual do estilo parental



Adaptado de Darling e Steinberg, 1993

Os mesmos autores, Darling e Steinberg (1993), sugerem que o estilo parental e as práticas parentais são objetivos de socialização e valores dos pais (Figura 1, setas 1 e 2). Igualmente, ressaltam que o estilo parental e suas práticas influenciam no desenvolvimento da criança, por meio de diferentes processos.

As práticas parentais podem provocar efeito direto no desenvolvimento de comportamentos específicos da criança, como seu desempenho acadêmico e autoestima. As práticas parentais, contudo, são os mecanismos através dos quais os pais ajudam seu filho a atingir suas metas de socialização (Figura 1, seta 3). Além disso, os processos primários pelos quais o estilo parental influencia o desenvolvimento infantil são indiretos e interferem na capacidade dos pais, no sentido de interagirem e socializarem com os filhos. Isso altera a eficácia de suas práticas parentais, nos desfechos da criança (Figura 1, seta 4), e influenciando a personalidade dela, especialmente, no tocante à compreensão da influência parental (Figura 1, seta 5). O conhecimento da criança, no que tange à

socialização, também modera a influência da prática parental no seu próprio desenvolvimento, haja vista o desdobramento escolar (Figura 1, seta 6).

Além de os estilos parentais influenciarem, em diversos aspectos, o desenvolvimento dos filhos, podem determinar o estilo parental que os filhos vão adotar futuramente, havendo uma transmissão intergeracional de estilos parentais (WEBER *et al.*, 2004). Desse modo, a forma como a relação entre pai e mãe é percebida, mutuamente, reflete-se no cotidiano interacional da família, tendo consequências no tipo de cuidado recebido pelas crianças. O cuidado parental é estimulado e modelado pelo tipo de interação entre os pares e pelos papéis que cada um assume. Ambos os progenitores contribuem diretamente para o desenvolvimento infantil e têm como principal função prover um meio para a difusão das competências sociocognitivas da criança (GEARY; FLINN, 2001).

Os pais desempenham um papel crítico, também, no sentido de auxiliar os filhos adolescentes e adultos jovens a dominarem as habilidades de seu período de desenvolvimento. A maneira como percebem o cuidado parental ideal pode revelar modelos, que ajudam a guiar o comportamento e representam metas que os genitores poderiam almejar, em um domínio específico da criação dos descendentes (PRADO; PIOVANOTTI; VIEIRA, 2007).

Parker e colaboradores (1979) referem dois estilos parentais:

- 1) *Cuidado*: composto por atitudes de afeição e carinho *versus* indiferença e rejeição;
- 2) *Proteção*: composto por atitudes de controle *versus* autonomia (PARKER; TUPLING; BROWN, 1979).

Com base em pesquisas anteriores, os autores combinaram os escores de cuidado e proteção parentais, e obtiveram quatro tipos de estilos parentais (Figura 2). Estes foram descritos como:

- 1) *Controle afetivo*: baixa pontuação de cuidados e altas pontuações de proteção;
- 2) *Parentalidade negligente ou ausência ou vínculo fraco*: baixa pontuação de cuidados e baixa pontuação de proteção;
- 3) *Restrição de carinho/afeto*: altas pontuações de cuidado e altas pontuações de proteção;
- 4) *Parentalidade ideal ou ótimo cuidado*: altas pontuações de cuidado e baixas pontuações de proteção.

O controle afetivo (baixo cuidado e alta proteção) é o estilo parental mais disfuncional e prejudicial, suscetível de provocar incompetências interpessoais na vida adulta (BOWLBY, 1988).

Estudo realizado em Sydney, Austrália, com um grupo de gestantes que perceberam controle sem afeto de seus pais, revelou que estas mulheres eram seis vezes mais suscetíveis ao diagnóstico de transtorno de ansiedade e quase sete vezes mais, ao diagnóstico de transtorno de depressão após o parto (GRANT et al., 2012).

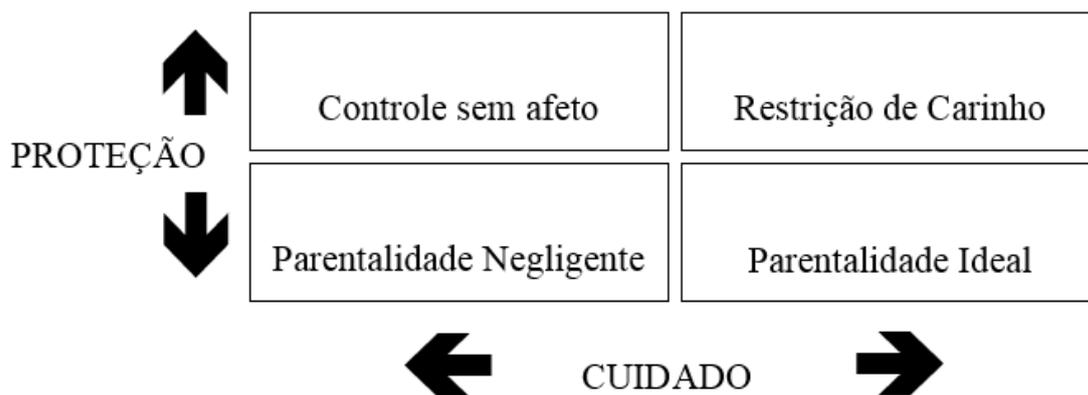
O estilo parental negligente ou ausência ou vínculo fraco (baixo cuidado e baixa proteção) refere-se aos pais que não se envolvem com seus papéis paternos e, a longo prazo, os componentes do papel parental tendem a diminuir cada vez mais, podendo, às vezes, até desaparecer e restar uma mínima relação funcional entre pais e filhos (MANFROI; MACARINI; VIEIRA, 2011). Sentimentos de insegurança, vulnerabilidade, dificuldade nos relacionamentos sociais e menor autoestima acabam sendo gerados por essa negligência afetiva (MANFROI; MACARINI; VIEIRA, 2011; GARCÍA et al., 2018). Estudos sugerem que o estilo parental negligente na infância é

fator de risco para transtornos psicológicos e psiquiátricos na vida adulta (YOUNG; LENNIE; MINNIS, 2011; EIKENAES *et al.*, 2015).

O comportamento de restrição de carinho (alto cuidado e alta proteção) foi associado a transtorno de ansiedade na vida adulta (COCK; SHEVLIN, 2014). Por outro lado, a parentalidade ideal ou ótimo cuidado (baixa proteção e alto cuidado), isto é, maior cuidado parental, foi associada à menor sintomatologia depressiva e transtornos mentais na vida adulta (ALMEIDA *et al.*, 2010; MORGAN *et al.*, 2012).

Macarini e colaboradores (2010) relatam que há complexidade nas relações familiares e nos fatores que influenciam as práticas dos pais, em relação ao cuidado dos filhos. Entre esses fatores, mencionam as características específicas da criança e dos pais (por exemplo, temperamento, personalidade e comportamento); a relação estabelecida entre os cônjuges; a história de criação; o desenvolvimento dos progenitores; e o contexto sociocultural em que estão inseridos (MACARINI *et al.*, 2010).

Figura 2 - Relação entre estilos parentais.



Adaptado: Parker, Tupling e Brown, 1979

2.1.1 Estilo parental e depressão

A relação entre pais e filhos é estudada, há décadas, por muitos pesquisadores, que propõem diferentes estilos parentais, com o objetivo de constituir um papel preditor para o desenvolvimento infantil (BAUMRIND, 1966). Neste contexto, relações negativas, como estilo parental controlador e sem afeto, podem atuar como fatores de risco para distúrbios psicopatológicos na vida adulta (WEBER *et al.*, 2004; MAHONEY; NAM, 2011; MEITES; INGRAM; SIEGLE, 2012; GAU; CHANG, 2013; FREEZE; BURKE; VORSTER, 2014;).

Lakhdar e colaboradores (2019), com o objetivo de determinar a relação do abuso intergeracional com os maus-tratos emocionais entre crianças de 11 a 17 anos, referem que os pais com histórico de maus-tratos parentais na infância apresentaram maior probabilidade de maltratar emocionalmente seus filhos (LAKHDIR *et al.*, 2019).

Outros estudos mostraram que a percepção negativa de cuidados maternos durante a infância está associada aos sintomas de depressão e ansiedade, durante o período perinatal, e depressão no pós-parto (GRANT *et al.*, 2012, DUMAN *et al.*, 2018).

O estudo de Williams e colaboradores (2016), no entanto, com o objetivo de examinar as relações entre uma série de variáveis, no primeiro ano pós-natal, lembrando as experiências parentais, metacognição, sintomas de estresse pós-traumático, depressão pós-parto e percepção de vínculo mãe-criança, encontrou que as experiências parentais recordadas e os resultados psicológicos após o parto foram mediados pela metacognição, e a depressão materna após o parto mediou o efeito do estresse pós-traumático e o vínculo da mãe com a criança (WELLS, 1999; WILLIAMS; TAYLOR; SCHWANNAUER, 2016).

Por outro lado, um relacionamento parental ideal ou cuidado ótimo aos filhos está associado a uma menor frequência de transtornos mentais na vida adulta (ALMEIDA *et al.*, 2010; MORGAN *et al.*, 2012). Também é referido como relacionado a menores problemas de internalização e externalização (manifestações emocionais), no desenvolvimento socioemocional, no início da idade adulta, quando comparado com outros estilos parentais, como, por exemplo, o controle sem afeto (SOUSA; MORAES, 2011; ONG *et al.*, 2018).

Ong e colaboradores (2018) complementam que compreender a influência de diferentes estilos parentais, na infância, trará benefícios a longo prazo (ONG *et al.*, 2018). Soma-se a isso, em uma amostra de 6.483 adolescentes, a percepção de cuidado parental ideal foi associada à menor chance de transtornos depressivos, alimentares e comportamentais (EUN *et al.*, 2018).

Consequentemente, o cuidado materno que a criança recebe, no início da vida, é de grande importância para sua saúde mental (BOWLBY, 1952). Em vista da relevância desse aspecto, aponta-se que educar os pais, sobre práticas parentais culturalmente apropriadas, irá contribuir para a melhora do bem-estar das crianças a longo prazo (KHALID *et al.*, 2018).

2.2 DEPRESSÃO

A depressão é a principal moléstia em todo o mundo, associando-se a outros problemas de saúde e incapacidades (WHO, 2017). De acordo com as últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, representando 4,4% da população, com um aumento de mais de 18% em 10 anos (2005 – 2015) (WHO, 2017).

Essa doença, na concepção atual, é cada vez mais entendida como o resultado de múltiplas e complexas interações, que incluem uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2002; PASINI *et al.*, 2020). Indivíduos que passaram por eventos adversos, durante a vida, como maus tratos na infância, violência sexual, falta de apoio social ou maior número de comorbidades médicas, são mais propensos a desenvolver depressão (AVANCI; ASSIS; OLIVEIRA, 2008; MBALO; ZHANG; NTULI, 2017; CHOI *et al.*, 2019).

A depressão é duas vezes mais prevalente em mulheres (JUSTO; CALIL, 2006). Na fase gravídica e na fase puerperal, a doença pode ser potencializada, por modificações psicológicas, fisiológicas, biológicas e hormonais (SETH; LEWIS; GALBALLY, 2016; KUEHNER, 2017; EID; GOBINATH; GALEA, 2019; SALK; HYDE; ABRAMSON, 2017).

A depressão perinatal materna tem sido associada a desfechos desfavoráveis para seus filhos, como: parto prematuro, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento fetal (GIURGESCU; ENGELAND; TEMPLIN, 2015; BRUM, 2017; LIU *et al.*, 2017). No Brasil, a prevalência de depressão perinatal é em torno de 20% (PEREIRA; LOVISI, 2008).

A depressão pós-parto é considerada um problema de saúde pública, pelo aumento da prevalência, assim como pelo impacto no desenvolvimento infantil (BRUM, 2017). Alguns fatores perinatais associam-se a modificações no padrão de saúde doença na infância e durante todo o ciclo vital. Entre esses fatores, podem ser mencionados: violência na gestação, parto cesariano, uso de medicação ou história de depressão na família, idade materna (>35 anos de idade), baixo nível escolar, multiparidade, gravidez indesejada, baixo apoio social, baixa renda, uso de tabaco e álcool (PEREIRA; LOVISI, 2008; CHERIF *et al.*, 2017; HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017; ISLAM

et al., 2017; TANI; CASTAGNA; LUCIA, 2018, CHOI *et al.*, 2019). Em contrapartida, os fatores protetores, que se mostraram significativamente associados a essa condição, em 2.687 mulheres, foram: suporte profissional e apoio da equipe de saúde, durante o parto (HARTMANN; MENDOZA-SASSI; CESAR, 2017).

Outra condição que não pode ser confundida com a depressão pós-parto é o *baby blues*. O *baby blues* é uma condição transitória, que afeta 30-80% das mulheres, e se caracteriza por sintomas de humor (tristeza, ansiedade e irritabilidade) que iniciam no período de dois a três dias após o nascimento da criança. Tal conjuntura apresenta pico máximo no quinto dia; no entanto, resolve-se no prazo de duas semanas após o parto (M'BAÏLARA *et al.*, 2005; JONES; SHAKESPEARE, 2014).

A depressão pós-parto, contudo, pode ocorrer por um período de até um ano após o nascimento da criança (BRUM, 2017), tempo este mais elevado do que o estabelecido na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10), que é de quatro semanas após o parto. Já no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-V), consta a previsão de seis semanas após o parto. A forma mais grave da doença pode surgir no pós-parto imediato e chama-se psicose pós-parto (psicose maníaca, mista ou depressiva) (JONES; SHAKESPEARE, 2014).

Por fim, a depressão pós-parto não tratada causa substancial prejuízo para a mulher, mas também pode ter efeitos prejudiciais para a criança, em termos emocionais, problemas comportamentais e cognitivos. Além disso, ainda pode levar a um transtorno de humor em seu parceiro (PERON *et al.*, 2004).

2.2.1 Depressão e vínculo materno

A depressão é um problema de saúde comum e importante. Afeta negativamente muitas mulheres e suas famílias, e o desenvolvimento de seus filhos (DAGLAR; NUR, 2018). Durante a gestação, os sintomas depressivos desencadeiam resultados negativos, afetando a experiência de parto, o primeiro vínculo emocional com a criança e o bem-estar do recém-nascido (KINSEY *et al.*, 2014; DAGLAR; NUR, 2018; FATMAWATI; NUR RACHMAWATI; BUDIATI, 2018; BORSCHMANN *et al.*, 2019; SMORTI; PONTI; PANCETTI, 2019).

No momento do nascimento, surge uma mãe e uma família. A recente situação que envolve a mulher e o meio social em que ela está inserida influencia as modificações de papéis psicossociais inerentes a esse cenário, promovendo um processo inédito de adaptação ao novo período (FONSECA, 2010). Nesse instante, ela deseja manter a sensação de realização e controle pessoal, envolvendo-se na tomada de decisões e estreitando o vínculo com seu filho após o parto (WHO, 2018).

No puerpério, ocorrem profundas alterações, nos âmbitos: biológico (alterações hormonais e genéticas), social, psicológico e físico (CAMACHO *et al.*, 2006; AMARAL; SOUSA; CECATTI, 2010). Uma das características marcantes desse período é a ansiedade com a chegada da criança. (KINSEY *et al.*, 2014; FATMAWATI; NUR RACHMAWATI; BUDIATI, 2018; BORSCHMANN *et al.*, 2019). É comum observar, nas puérperas, sentimentos de medo, frustração, ansiedade e incapacidade, que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com a criança (WHO, 2018).

O estudo de Delavari (2018), realizado em Tabriz, Iran, com o objetivo de determinar a relação entre o vínculo materno fetal e a depressão pós-parto, encontrou que o vínculo materno-fetal prejudicado é um dos fatores que contribui para a depressão pós-parto. Os autores concluíram que deve ser dada maior atenção, no pré-natal, no sentido de que a relação materno-neonatal possa ser melhorada e a depressão pós-parto reduzida

(DELAVARI; MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI; MIRGHAFOURVAND, 2018).

O problema de vínculo prejudicado com o filho não é somente após o parto. No estudo de revisão bibliográfica de Badovinac e colaboradores (2018), buscando associar os sintomas de depressão materna e o apego materno, em crianças de dois a sete anos, os autores descobriram que os sintomas depressivos conferem risco ao apego inseguro e controlador, no período pré-escolar (BADOVINAC *et al.*, 2018).

Kinsey e colaboradores (2014), na intenção de investigar a relação entre fatores relacionados ao nascimento, condições psicossociais, emocionais e vínculo materno-infantil, em mulheres primíparas, encontraram associação entre maior vínculo com maior escolaridade materna, maior idade, ser casada, ter apoio social e permaneceram em alojamento conjunto após o parto. Como conclusão, apontaram a proporcionalidade entre maior estresse ou mais sintomas depressivos, com menor vínculo materno (KINSEY *et al.*, 2014).

2.3 VÍNCULO MATERNO

Ao procurar entender melhor como o vínculo entre mãe e filho foram estabelecidos, Bowlby desenvolveu a teoria do apego. O termo apego nomeia as relações afetivas ou vínculo afetivo que os indivíduos estabelecem ao longo da vida (BOWLBY, 1989). As relações de apego, estabelecidas inicialmente com os pais e, posteriormente, com outras pessoas, ocorrem com o propósito de garantir ao ser humano a proteção, o suporte e a segurança necessária para sua saúde mental (BOWLBY, 2002).

Desde muito cedo, antes mesmo do nascimento da criança, os pais estabelecem um modo costumeiro de interação com o feto, através de informações, tais como, sexo,

maneira de movimentar-se e determinam a estruturação de vínculo afetivo, que tende a continuar após o nascimento (TANI; CASTAGNA; LUCIA, 2018). Assim, a relação de vínculo afetivo é fortalecida, no momento do parto, no contato pele e a pele, e na prática do aleitamento materno (SILVA, 2016; LOTTO; LINHARES, 2018; SILVA; BRAGA, 2019;).

A imaturidade da criança, ao nascer, a torna um ser incapaz de sobreviver sozinho e inapto na promoção de suas necessidades básicas (BOWLBY, 2002). Por conseguinte, o desenvolvimento da criança precisa de um vínculo afetivo contínuo, advindo de uma figura constante (BOWLBY, 1989). Conforme as concepções de Bowlby, crianças que não constroem uma relação de vínculo satisfatória, tendem a se tornarem emocionalmente afastadas, hostis e antissociais (BOWLBY, 1989).

Estudo de revisão sistemática sobre a formação do vínculo mãe-criança, desde a gestação até o pós- parto, apontou a assistência humanizada, o contato precoce da mãe com o lactente, a rede de apoio social e a estabilidade financeira, como fatores de promoção do vínculo (MARCIANO; AMARAL, 2015).

Por outro lado, alguns fatores podem influenciar o vínculo materno comprometido, fraco ou ausente, como depressão no pré-natal e no pós-natal (PERRY *et al.*, 2011; NAKANO *et al.*, 2019), ansiedade materna (MORAIS *et al.*, 2017; FARRÉ-SENDER *et al.*, 2018; DAGLAR; NUR, 2018; TOLJA; NAKIĆ RADOŠ; ANĐELINOVIĆ, 2020;); primiparidade (TSUCHIDA *et al.*, 2019); menor idade (KINSEY *et al.*, 2014); gravidez indesejada (PERRY *et al.*, 2011); cesariana não planejada; sentimentos negativos em relação à gestação (NAKANO *et al.*, 2019); percepção de criação (estilo parental) (OHARA *et al.*, 2018); e menor escolaridade (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Os achados mencionados corroboram com o estudo de Lyvers e colaboradores (2019), no qual o vínculo materno prejudicado na infância mostrou-se associado ao vínculo inseguro dos adultos. A pesquisa indicou que a ligação inadequada entre mãe e filho prejudicou o desenvolvimento emocional conveniente, incluindo a autorregulação emocional. Esta condição, mais tarde, na vida adulta, manifesta-se como apego inseguro e alexitimia (LYVERS *et al.*, 2019).

Seguindo diretrizes semelhantes, o estudo de Ohara e colaboradores (2018), com objetivo de esclarecer as relações causais entre a falha do vínculo perinatal, a depressão, o apoio social e a percepção da criação, durante a gravidez e um mês após o parto, concluiu que a falha no vínculo, no período pós-parto, foi significativamente influenciada pela percepção da própria criação e do apoio social das mães, durante a gravidez. Inclusive, a depressão, no período pós-parto, foi altamente instigada pela condição do apoio social durante a gravidez. Esses achados sugerem que as intervenções psicossociais, que focalizam as recordações das mães sobre sua própria educação, e o apoio social durante a gravidez são medidas eficazes para prevenir a falha do vínculo e a depressão no período pós-parto (OHARA *et al.*, 2018).

O estudo de Ian Brockington (2011) teve por objetivo analisar os transtornos graves da relação mãe-criança, envolvendo a rejeição emocional do lactente, no primeiro ano da sua vida. Concluiu que a falha do vínculo mãe e criança é uma das principais preocupações perinatais, levando à falta de afeto materno, ao aumento da rejeição, acompanhado de sentimentos agressivos e risco de maus-tratos. A longo prazo, a criança, exposta à hostilidade persistente da mãe, apresentaria consequências, como o déficit de aprendizado, devido à redução na interação verbal entre mãe e criança, atraso cognitivo, bem como problemas de comportamento (BROCKINGTON, 2011).

Os primeiros mil dias de vida são considerados o período que abrange desde a concepção até os dois primeiros anos de vida da criança. Nesse período, é importante que ações e intervenções possam garantir nutrição e desenvolvimento saudável, ocasionando repercussões ao longo da vida (BHUTTA *et al.*, 2008). Além da nutrição, é fundamental que a criança tenha um ambiente propício e acolhedor, para fortalecer o vínculo afetivo com seus cuidadores. Isso aumenta a autoconfiança da criança, evitando, desde o começo, feridas emocionais da infância, que podem seguir pela vida inteira (BROCKINGTON, 2011; SILVA; GERMANO, 2015; STACK *et al.*, 2012).

2.3.1 Vínculo e crescimento infantil

Como mencionado anteriormente, muitos fatores podem prejudicar o vínculo da mãe com o filho (CAVALCANTE *et al.*, 2107; MORAIS *et al.*, 2017; TOLJA; NAKIĆ RADOŠ; ANĐELINOVIĆ, 2020). Se este vínculo não for bem estabelecido na infância, podem ocorrer desfechos desfavoráveis para a criança (BOWLBY, 1989; BROCKINGTON, 2011; ANDRADE; BACCELLI; BENINCASA, 2017).

Para a criança crescer saudável e adequadamente, ela precisa de alguém que cuide dela e que assegure que suas necessidades físicas (alimentação, limpeza, cuidado, proteção) e psicossociais (sentir segurança, amado, protegido e valorizado) sejam atendidas (MS, 2014). Além disso, monitorar o crescimento e o ganho ponderal da criança permite detectar possíveis agravos à saúde e riscos nutricionais, pois o estado nutricional infantil é um indicador de saúde global (SPERANDIO *et al.*, 2011).

O crescimento é condicionado pela herança genética (transmitida pelos pais), também sendo fortemente influenciado pelo ambiente (ZEFERINO *et al.*, 2003), incluindo o aleitamento materno (SPYRIDES *et al.*, 2008; QUEIROZ *et al.*, 2012).

Alguns eventos ocorridos no período pós-natal podem interferir no crescimento da criança, tais quais escolaridade materna, renda per capita, número de pessoas na residência, acesso a bens, altura materna, baixo peso ao nascer, condições de saneamento e duração do aleitamento materno) (MENEZES *et al.*, 2011; QUEIROZ *et al.*, 2012; GHAEMMAGHAMI *et al.*, 2018).

Atualmente, existem evidências consistentes, no sentido de que os padrões de crescimento, no início da vida, estão associados ao risco de desenvolvimento de doenças crônicas, como síndrome metabólica e HAS, na vida adulta (BARKER, 2004; BARKER, 2006; GLUCKMAN; HANSON; LOW, 2011).

O crescimento da criança é também afetado pela exposição a sintomas depressivos maternos (ansiedade e depressão), pré e pós-gestacional (CHOI *et al.*, 2017; NGUYEN *et al.*, 2018).

O crescimento saudável, desde a concepção até os dois primeiros anos de vida, é a base para a formação adequada dos órgãos, de um sistema imunológico resistente, de saúde física e neurológica, e de um desenvolvimento cognitivo igualmente salutar (WELLS; CHOMTHO; FEWTRELL, 2007).

Um crescimento inadequado (insatisfatório), no início da vida, pode estar relacionado com má cognição e pior desempenho escolar, menor renda na vida adulta, e perda de produtividade. Há, ainda, aumento de risco de doenças crônicas relacionadas à nutrição, quando o crescimento for acompanhado por ganho de peso excessivo, durante a infância (VICTORA *et al.*, 2008; MARTORELL *et al.*, 2010).

No estudo de revisão, de Farías-Antunez (2018), com o objetivo de avaliar as evidências disponíveis sobre o efeito da depressão materna no pós-parto e o crescimento da criança, foi encontrada uma associação positiva entre a depressão materna, baixo peso e baixa estatura da criança, nos primeiros doze meses de vida, e déficit de crescimento

linear nos primeiros cinco anos de vida (FARÍAS-ANTÚNEZ; XAVIER; SANTOS, 2018).

Estudo de Larsen e colaboradores (2019) com o objetivo de examinar a associação entre depressão pós-parto e crescimento infantil, em uma coorte de nascimentos. Seus resultados indicaram que os sintomas depressivos pós-parto previam uma diminuição da altura linear, em crianças de 2-3 anos de idade, e um ligeiro aumento do peso para a altura (HOLM-LARSEN et al., 2019).

3 JUSTIFICATIVA

Estudar aspectos da qualidade de estilo parental e de vínculo, que se estabelece entre mãe e o filho, têm sido de especial relevância, uma vez que importantes teóricos do desenvolvimento consideram essa ligação inicial como fundamental para a evolução física e psíquica da criança (BOWLBY, 1989; WILHELM, 2016).

Há, contudo, escassez de estudos com objetivo de investigar o impacto e as alterações psicoemocionais, no crescimento somático de lactentes, principalmente considerando alguns aspectos clínicos, desenvolvidos ao longo da gestação, os quais podem ampliar o grau de vulnerabilidade social e estresse psíquico do recém-nascido e da mãe.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a influência da percepção de estilo parental no vínculo materno, e do vínculo materno no crescimento da criança, nos primeiros seis meses de vida.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Examinar os efeitos diretos e indiretos da percepção de estilo parental sobre o vínculo mãe-filho, nos primeiros seis meses após o nascimento, e a influência da depressão no pós-parto.

Verificar se o comprometimento do vínculo materno interferiu no índice de massa corporal (IMC), ao longo dos seis meses de vida da criança.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Impacto das variações do ambiente perinatal sobre a saúde do recém-nascido, nos primeiros seis meses de vida – IVAPSA”, que teve como objetivo principal ,compreender os efeitos de diferentes situações ocorridas durante a gestação, que podem interferir sobre o crescimento, o comportamento e o desenvolvimento infantil, assim como a possibilidade de identificar os fatores que possam trazer prejuízos para a criança e para o adulto, cujos protocolos foram publicados (BERNARDI et al., 2012; WERLANG et al., 2019).

5.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo observacional longitudinal, utilizando uma amostra de conveniência de mães e seus recém-nascidos. Os grupos foram classificados de acordo com as exposições maternas, ocorridas no período gestacional, como diabetes *mellitus*

(DM); hipertensão arterial sistêmica (HAS); tabagismo (TAB); ou conforme o desfecho do recém-nascido, como pequeno para idade gestacional (PIG); além de um grupo controle (CTL). Todos os pares mãe-crianças foram acompanhados em seus domicílios e no Centro de Pesquisa Experimental (CPC), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), aos 7, 15, 30, 90 e 180 dias após o parto.

5.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi selecionada no HCPA e nos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizados na cidade de Porto Alegre, no período de setembro de 2011 a agosto de 2016, cujos hospitais prestam assistência pelo sistema público de saúde, são referência para gestações de risco e atendem populações socioeconomicamente semelhantes.

5.2.1 Critérios de inclusão

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

5.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas deste estudo, mães com teste positivo para HIV, recém-nascidos pré-termo (<37 semanas gestacionais), gemelar ou com doenças agudas, má-formação congênita ao nascimento ou que necessitassem de internação hospitalar.

5.2.3 Amostra

A amostra foi dividida de acordo com cinco grupos de ambientes intrauterinos adversos: DM, HAS, TAB, PIG e CTL.

- Diabetes *mellitus* (DM): foram consideradas deste grupo as puérperas que tiveram diagnóstico de diabetes gestacional.
- Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): foram consideradas deste grupo as puérperas com diagnóstico de HAS (prévia ou durante a gestação).
- Tabagismo (TAB): foram consideradas deste grupo as puérperas que responderam afirmativamente à questão de fumo na gestação, independentemente do tempo de exposição e do número de cigarros consumidos.
- Recém-nascidos Pequenos para Idade Gestacional (PIG): foram consideradas deste grupo as crianças nascidas a termo, que estiveram abaixo do percentil 5, segundo os parâmetros da curva de Alexander (ALEXANDER et al., 1996).
- Controle (CTL): foram consideradas deste grupo as puérperas que não apresentaram as condições anteriores.

5.3 LOGÍSTICA DO ESTUDO

A coleta de dados foi dividida em seis entrevistas, sendo a primeira no pós-parto (PP), entre 24 e 48h do nascimento da criança. As demais coletas ocorreram aos sete dias, quinze dias, um mês, três meses e seis meses de vida da criança.

5.3.1 Primeira entrevista - pós-parto

Os pesquisadores do projeto visitaram o alojamento conjunto do HCPA e hospitais do GHC, semanalmente, para verificar os nascimentos ocorridos e as características das puérperas, por meio dos prontuários hospitalares, para, posteriormente, recrutá-las e classificá-las para os grupos previamente definidos. Nesta primeira entrevista, foram explicados os objetivos do projeto e entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Após sua concordância e assinatura, foi aplicado um questionário (APÊNDICE B) sobre as condições prévias da saúde da gestante, informações socioeconômicas e demográficas e clínicas da família. No final da primeira entrevista, era agendada a próxima, que foi realizada no domicílio da participante. Neste mesmo dia, as puérperas também eram orientadas quanto às entrevistas posteriores, que ocorreriam no CPC do HCPA, sobre as visitas subsequentes que o pesquisador faria em seu domicílio. Cada dupla de puérpera/recém-nascido recebeu um número de identificação específico, correspondente aos questionários e aos exames realizados, mantendo-se, desta forma, o anonimato dos participantes.

5.3.2 Entrevistas subsequentes - 7, 15, 30, 90 e 180 dias após o parto

As entrevistas subsequentes ocorreram no domicílio da participante ou no CPC. Nestes momentos, foram aplicados questionários estruturados pela equipe (APÊNDICE C). A antropometria da criança foi feita em todas as entrevistas.

Na entrevista de três meses, além do questionário estruturado, foram preenchidos dois questionários autoaplicáveis (ANEXO A e B e C): o primeiro, sobre as percepções dos cuidados parentais - *Parental Bonding Instrument* (PBI); o segundo sobre sintomas depressivos maternos, o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS).

Na entrevista de seis meses, além do questionário estruturado, foi preenchido o questionário que avaliou o vínculo materno com a criança, através do *Postpartum Bonding Questionnaire* (PBQ).

Consideraram-se perdas de seguimento as coletas não realizadas em algum período do estudo, por perda de contato com as mães ou mudança de endereço. A perda de seguimento não significava a exclusão definitiva da dupla mãe-filho do estudo, pois a busca pela entrevista era retomada nas visitas posteriores. Foram consideradas recusas aquelas mães que, após o contato pessoal ou por telefone, afirmaram não ter mais interesse em participar da pesquisa.

5.3.3 Técnicas de coleta

Durante a primeira etapa do estudo, os pesquisadores receberam treinamentos, com base nos questionários, protocolos e medidas antropométricas. Um manual de treinamento foi utilizado, para garantir a normatização das instruções e coerência das informações, ao longo das entrevistas e coletas. Sistemáticamente foram realizados novos treinamentos para os pesquisadores: pós-graduandos do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, e alunos bolsistas de iniciação científica, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Demográficas: etnia (cor da pele autorreferida), estado civil (solteira ou companheiro) e idade (em anos).

Socioeconômicas: escolaridade (anos de estudo) e renda familiar (em reais).

Obstétricas e da criança: tipo de parto, sexo da criança, peso e comprimento ao nascer.

5.5 INSTRUMENTOS

5.5.1 *Parental Bonding Instrument (PBI)*

A avaliação da percepção dos cuidados maternos prévios da puérpera foi realizada na entrevista de três meses, com a autoaplicação de um questionário - *Parental Bonding Instrument (PBI)* (PARKER; TUPLING; BROWN, 1979), adaptado ao português por Hauck e colaboradores (2006). Este instrumento é representado por uma escala *Likert-like* (0=Muito parecido - 3=Muito diferente), consistindo em 25 itens relacionados a cuidados maternos e paternos retrospectivos, percebidos antes dos 16 anos de idade. Esta escala considera dois fatores: cuidado (afeição e carinho vs. indiferença e rejeição) e proteção (controle vs. autonomia). A subescala de cuidado é composta por 12 itens, com pontuação de 0 – 36, e ponto de corte de 27. Acima deste ponto de corte, nesta subescala, estão representadas percepções de carinho, proximidade e cuidado; abaixo deste ponto de corte, está indicada indiferença e rejeição. A subescala de proteção é composta por 13 itens, com pontuação de 0 – 39, e ponto de corte de 13,5. Acima deste ponto de corte, nesta subescala, há percepções de superproteção, controle e infantilização; abaixo deste ponto de corte, há a indicação de autonomia. A combinação das duas subescalas gerou quatro estilos parentais: parentalidade ideal, restrição de carinho, controle sem afeto e parentalidade negligente (HAUCK et al., 2006). O instrumento demonstra boas propriedades psicométricas, em termos de confiabilidade (WILHELM, 2016; TEODORO et al., 2010). Para este estudo, analisou-se a percepção de cuidados maternos das puérperas.

5.5.2 *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*

A presença de sintomas depressivos, no período pós-natal, foi investigada através do instrumento *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)* (COX; HOLDEN; SAGOVSKY, 1987), um questionário de autorrelato, que foi preenchido no terceiro mês após o parto. No Brasil, a escala foi validada por Santos e colaboradores (2007), tendo sensibilidade de 72,0% e especificidade de 88,0%, com ponto de corte ≥ 10 , indicando depressão (SANTOS et al., 2007). As mães foram convidadas a descreverem seu humor, durante os últimos 7 dias, por meio deste questionário, que continha 10 itens, cada um de pontuação entre 0 e 3.

5.5.3 *Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)*

Para avaliar o vínculo mãe e criança, foi utilizado o *Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)* (BROCKINGTON; FRASER; WILSON, 2006), traduzido e adaptado transculturalmente para a população brasileira (BALDISSEROTTO et al., 2018). Trata-se de um questionário de autorrelato, que foi preenchido no sexto mês após o parto e que é dividido em quatro fatores. O primeiro fator é o fator geral ou laço enfraquecido, com 12 questões e com pontuação máxima de 60 pontos, com ponto de corte de 11. O segundo fator indica vínculo de rejeição e raiva patológica, com sete questões e com pontuação máxima de 35 pontos, com ponto de corte de 16. O terceiro fator indica vínculo de ansiedade sobre a criança ou ansiedade acerca do cuidado da criança, com quatro questões, pontuação máxima de 12 pontos, ponto de corte de 9. Já o quarto fator indica vínculo abusivo ou abuso incipiente ou risco de abuso, com duas questões, pontuação máxima de 10 pontos, ponto de corte de 2. Este instrumento contém

questões variando de "sempre" a "nunca". Respostas positivas, como "Eu gosto de brincar com meu bebê", são pontuados de zero ("sempre") a 5 ("nunca"). Respostas negativas, como "Eu tenho medo do meu bebê", são pontuadas de 5 ("sempre") a zero ("nunca"). As pontuações são somadas para cada fator, sendo que uma pontuação alta indica vínculo prejudicado.

5.5.4 Antropometria da criança

As medidas antropométricas foram realizadas em duplicata, para minimizar a variabilidade inter e intraobservador, mediante uso de técnicas padronizadas e de equipamentos calibrados, no domicílio ou no CPC do HCPA. Para as análises, foram utilizados os valores médios das medidas. As medidas de peso e estatura da criança foram realizadas em todas as visitas do seguimento (7, 15, 30, 90 e 180 dias após o parto).

O peso foi medido em quilogramas, com uma balança eletrônica digital portátil (Marte®), com uma precisão de 50g. O lactente foi pesado sem roupas e sem fraldas, no colo da mãe. Após a primeira aferição, a mãe foi pesada sozinha, e o peso da criança foi, então, calculado, subtraindo-se o peso total da mãe, a partir do peso da mãe e da criança. O comprimento foi obtido em decúbito dorsal, em uma superfície plana e estável, utilizando um estadiômetro portátil (Alturaexata®).

As variáveis utilizadas para as análises foram peso e comprimento e os indicadores antropométricos foram peso/estatura, peso/idade, estatura/idade e índice de Massa Corporal para idade (IMC/idade). Os indicadores foram calculados no programa *Anthro*, versão 3.2.2, e expressos em *escore-z*, segundo as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006).

5.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

5.6.1 Qualidade dos dados

A revisão dos questionários do projeto e do banco de dados foi realizada no Programa SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 22.0, com dupla digitação e posterior validação.

5.6.2 Análises estatísticas

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio-padrão (DP), mediana e intervalo interquartil (IQR) ou intervalo de confiança (IC), conforme apropriado. As variáveis categóricas foram relatadas como frequência absoluta (n) e relativa (%).

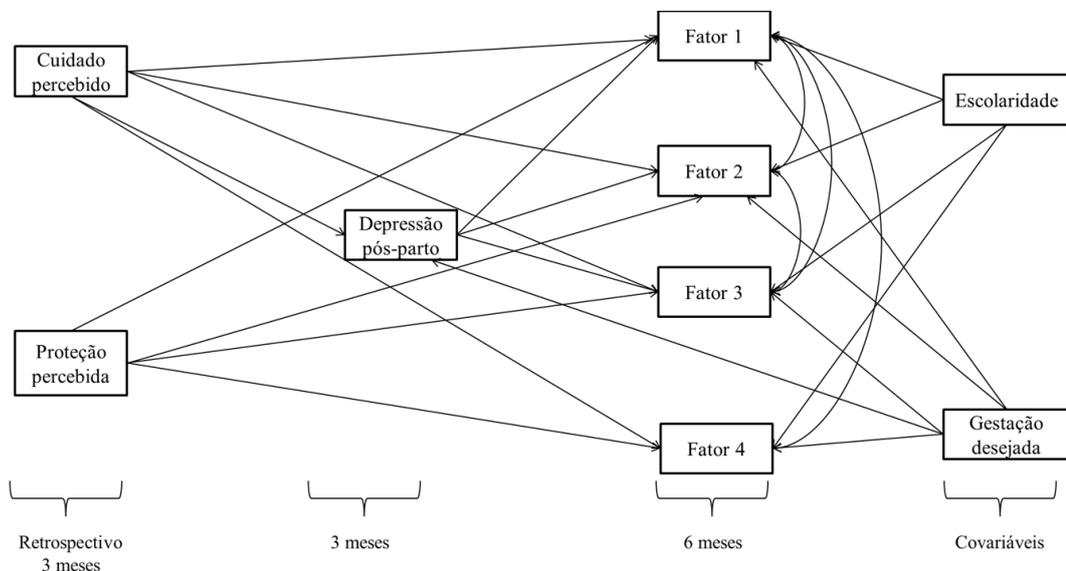
O teste ANOVA com *post-hoc de Tukey* e o teste de *Kruskal-Wallis* com *post-hoc de Dunn* foram realizados, para comparar as médias e medianas das variáveis de interesse, entre os grupos em estudo. O teste qui-quadrado, para verificar associação entre as variáveis de interesse e os grupos em estudo. Correlações de *Spermann* foram realizadas, para verificar a correlação entre o vínculo materno e crescimento infantil, aos três e seis, meses e para verificar a correlação das variáveis contínuas, com a percepção do estilo parental materno. Para as variáveis dicotômicas, foi utilizada a correlação do Ponto Bisserial.

A modelagem de equações estruturais foi usada para testar diferentes hipóteses, usando o pacote *lavaan* em ambiente estatístico *R Software*. Vários modelos de regressão foram testados, com cada conjunto explorando os efeitos das duas dimensões do estilo parental percebido, mediado por sintomas depressivos pós-parto. Todos os modelos

foram avaliados quanto à qualidade do ajuste, usando os testes χ^2 em escala de Satorra-Bentler. Nesse caso, $p > 0,05$ indicou que o modelo produz matrizes de covariância não significativamente diferentes da matriz de covariância (MARKUS, 2012). Os modelos foram comparados, usando o Critério de Informação de Akaike (AIC). O menor valor de AIC indicou o melhor ajuste para diferentes comparações de modelos. No caso de diferenças não significativas em relação ao modelo completo (Figura X1), o modelo mais parcimonioso foi escolhido.

O modelo de Equações de Estimações Generalizadas (GEE), foi usado para comparar as médias das variáveis estudadas, que foram medidas ao longo dos seis meses. Quando significativo, o teste *post-hoc* de Bonferroni foi utilizado, para identificar as categorias distintas.

Figura X1 - Representação do modelo de equações estruturais totalmente mediado



Fator 1: Geral de ligação; Fator 2: Rejeição/Raiva; Fator 3: Ansiedade Focada na Criança e Fator 4: Abuso Incipiente.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

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

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, G. R. *et al.* A United States national reference for fetal growth. **Obstetrics & Gynecology**, v. 87, n. 2, p. 1–6, 2004.
- ALMEIDA, N. D. *et al.* Quality of parental emotional care and calculated risk for coronary heart disease. **Psychosomatic Medicine**, v. 72, n. 2, p. 148–155, 2010.
- AMARAL, E. M.; SOUSA, F. L. P.; CECATTI, J. G. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual técnico do pré-natal e puerpério. **Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher**. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde, 2010.
- ANDRADE, C. DE J.; BACCELLI, M. S.; BENINCASA, M. O Vínculo mãe-bebê No período de puerpério: Uma análise Winnicottiana. **Vínculo - Revista do NESME**, v. 14, n. 1, p. 1–13, 2017.
- AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Sintomas depressivos na adolescência: Estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2334–2346, 2008.
- BADOVINAC, S. *et al.* Associations between mother-preschooler attachment and maternal depression symptoms: A systematic review and metaanalysis. **PLoS ONE**, v. 13, n. 10, p. 1–27, 2018.
- BALDISSEROTTO, M. L. *et al.* Transcultural adaptation to the Brazilian Portuguese of the Postpartum Bonding Questionnaire for assessing the postpartum bond between mother and baby. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, e00170717, 2018.
- BARKER, D. J. P. The developmental origins of chronic adult disease. **Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics, Supplement**, v. 93, n. 446, p. 26–33, 2004.
- BARKER, D. J. P. Birth weight and hypertension. **Hypertension**, v. 48, n. 3, p. 357–358, 2006.
- BAUMRIND, D. Parental control effects of authoritative. **Child Development**, v. 37, n. 4, p. 887–907, 1966.
- BERNARDI, J. R. *et al.* Impact of perinatal different intrauterine environments on child growth and development in the first six months of life - IVAPSA birth cohort: rationale, design, and methods. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 12, n. 1, p. 25, 2012.
- BHUTTA, Z. A. *et al.* What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, p. 417–440, 2008.
- BORSCHMANN, R. *et al.* Pre-conception self-harm, maternal mental health and mother-infant bonding problems: A 20-year prospective cohort study. **Psychological Medicine**, v. 49, n. 16, p. 2727–2735, 2019.
- BOWLBY, J. **Maternal care and mental health**. Geneva: World Health Organization 1952.

- BOWLBY, J. **A secure base: parent-child attachment and healthy human development.** London: Routledge, 1988.
- BOWLBY, J. **Uma base segura.: aplicações clínicas da teoria do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- BOWLBY, J. **Apego: a natureza do vínculo.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- BRAZELTON, B. T. **O desenvolvimento do apego.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- BROCKINGTON, I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. **Psychopathology**, v. 44, n. 5, p. 329–336, 2011.
- BROCKINGTON, I. F.; FRASER, C.; WILSON, D. The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. **Archives of Women's Mental Health**, v. 9, n. 5, p. 233–242, 2006.
- BRUM, E. H. M. DE. Depressão pós-parto: discutindo o critério temporal do diagnóstico. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 2, p. 92–100, 2017.
- CAMACHO, R. S. *et al.* Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 33, n. 2, p. 92–102, 2006.
- CAVALCANTE, M. C. V. *et al.* Relação mãe-filho e fatores associados: Análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1683–1693, 2017.
- CHERIF, R. *et al.* Post-partum depressive symptoms: Prevalence, risk factors and relationship with quality of life. **Gynecologie Obstetrique Fertilité et Senologie**, v. 45, n. 10, p. 528–534, 2017.
- CHOI, K. W. *et al.* Maternal childhood trauma, postpartum depression, and infant outcomes: avoidant affective processing as a potential mechanism. **Journal of Affective Disorders**, v. 211, p. 107–115, 2017.
- CHOI, Y. *et al.* The relationship between levels of self-esteem and the development of depression in young adults with mild depressive symptoms. **Medicine**, v. 98, n. 42, p. e17518, 2019.
- COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression scale. **British Journal of Psychiatry**, v. 150, n. JUNE, p. 782–786, 1987.
- DAGLAR, G.; NUR, N. Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. **Psychiatria Danubina**, v. 30, n. 4, p. 433–440, 2018.
- DARLING, N.; STEINBERG, L. Partial transmit sequence and selected mapping schemes to reduce ICI in OFDM systems. **Psychological Bulletin**, v. 113, n. 3, p. 487–496, 1993.

DE COCK, T. P.; SHEVLIN, M. Parental bonding: A typology of the parent–child relationship in a population sample. **SAGE Open**, v. 4, n. 3, p. 1–13, 2014.

DELAVARI, M.; MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, S.; MIRGHAFORVAND, M. The relationship of maternal-fetal attachment and postpartum depression: A longitudinal study. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 32, n. 2, p. 263–267, 2018.

DUMAN, B. *et al.* Prospective associations between recalled parental bonding and perinatal depression: a cohort study in urban and rural Turkey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, n. 4, p. 385–392, 2018.

EID, R. S.; GOBINATH, A. R.; GALEA, L. A. M. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. **Progress in Neurobiology**, v. 176, n. June 2018, p. 86–102, 2019.

EIKENAES, I. *et al.* Avoidant personality disorder versus social phobia: The significance of childhood neglect. **PLoS ONE**, v. 10, n. 3, p. 1–14, 2015.

EUN, J. D. *et al.* Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, n. 1, p. 11–20, 2018.

FARÍAS-ANTÚNEZ, S.; XAVIER, M. O.; SANTOS, I. S. Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. **Journal of Affective Disorders**, v. 228, p. 143–152, 2018.

FARRÉ-SENDER, B. *et al.* Mother–infant bonding in the postpartum period: assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. **Archives of Women's Mental Health**, v. 21, n. 3, p. 287–297, 2018.

FATMAWATI, A.; NUR RACHMAWATI, I.; BUDIATI, T. The influence of adolescent postpartum women's psychosocial condition on mother-infant bonding. **Enfermeria Clinica**, v. 28, p. 203–206, 2018.

FONSECA, B. C. R. A construção do vínculo afetivo mãe-filho na gestação. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, v. 1, n. 14, p. 1-17, 2010.

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

GARCÍA, O. F. *et al.* Psychosocial intervention among Spanish adolescents and older adults. **Psychosocial Intervention**, v. 27, n. 1, p. 153–161, 2018.

GAU, S. S. F.; CHANG, J. P. C. Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. **Research in Developmental Disabilities**, v. 34, n. 5, p. 1581–1594, 2013.

GAYA, T. F. M.; BRUEL, A. L. Estudos longitudinais em educação no Brasil: revisão de literatura da abordagem metodológica e utilização de dados educacionais para pesquisas em educação. **Revista de Estudios Teóricos y Epistemológicos en Política Educativa**, v. 4, p. 1–18, 2019.

- GEARY, D. C.; FLINN, M. V. Evolution of human parental behavior and the human family. **Parenting**, v. 1, n. 1–2, p. 5–61, 2001.
- GHAEMMAGHAMI, P. *et al.* Growth curves and their associated weight and height factors in children from birth to 4 years old in West Azerbaijan Province, northwest Iran. **Archives de Pédiatrie**, v. 25, n. 6, p. 389–393, 2018.
- GIURGESCU, C.; ENGELAND, C. G.; TEMPLIN, T. N. Symptoms of depression predict negative birth outcomes in African American women: A pilot study. **Journal of Midwifery and Women's Health**, v. 60, n. 5, p. 570–577, 2015.
- GLUCKMAN, P. D.; HANSON, M. A.; LOW, F. M. The role of developmental plasticity and epigenetics in human health. **Birth Defects Research Part C - Embryo Today: Reviews**, v. 93, n. 1, p. 12–18, 2011.
- GRANT, K. A. *et al.* Parental care and control during childhood: Associations with maternal perinatal mood disturbance and parenting stress. **Archives of Women's Mental Health**, v. 15, n. 4, p. 297–305, 2012.
- HARTMANN, J. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A. Postpartum depression: prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, p. e00094016, 2017.
- HAUCK, S. *et al.* Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 2, p. 162–168, 2006.
- HOLM-LARSEN, C. E. *et al.* Postpartum depression and child growth in Tanzania: a cohort study. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 126, n. 5, p. 590–598, 2019.
- ISLAM, M. J. *et al.* Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. **PLoS ONE**, v. 12, n. 5, p. 1–24, 2017.
- IWATA, S. *et al.* Peripartum depression and infant care, sleep and growth. **Scientific Reports**, v. 9, n. 1, p. 1–8, 2019.
- JONES, I.; SHAKESPEARE, J. Postnatal depression. **BMJ (Online)**, v. 349, n. August, p. 31–33, 2014.
- JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 33, n. 2, p. 74–79, 2006.
- KHALID, A. *et al.* Parental bonding and adolescents' depressive and anxious symptoms in Pakistan. **Journal of Affective Disorders**, v. 228, n. August 2017, p. 60–67, 2018.
- KINSEY, C. B. *et al.* Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal-infant bonding in a cohort of first-time mothers. **Midwifery**, v. 30, n. 5, p. e188–e194, 2014.
- KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men? **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 2, p. 146–158, 2017.

- LAKHDIR, M. P. A. *et al.* Intergenerational transmission of child maltreatment: Predictors of child emotional maltreatment among 11 to 17 years old children residing in communities of Karachi, Pakistan. **Child Abuse and Neglect**, v. 91, p. 109–115, 2019.
- LOTTO, C. R.; LINHARES, M. B. M. Contato “pele a pele” na prevenção de dor em bebês prematuros: revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, v. 26, n. 4, p. 1699–1713, 2018.
- LYVERS, M. *et al.* Parental bonding, adult attachment, and theory of mind: A developmental model of alexithymia and alcohol-related risk. **Journal of Clinical Psychology**, v. 75, n. 7, p. 1288–1304, 2019.
- M’BAÏLARA, K. *et al.* Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. **L’Encéphale**, v. 31, n. 3, p. 331–336, 2005.
- MACARINI, S. M. *et al.* Práticas parentais: Uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p. 119–134, 2010.
- MAHONEY, G.; NAM, S. H. The parenting model of developmental intervention. **International Review of Research in Developmental Disabilities**, v. 41, p. 74–118, 2011.
- MANFROI, E. C.; MACARINI, S. M.; VIEIRA, M. L. Comportamento parental e o papel do pai no desenvolvimento infantil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 1, p. 59, 2011.
- MARCIANO, R. P.; AMARAL, W. N. Vinculo mãe-bebê da gestação ao pós-parto. **FEMINA**, v. 43, n. 4, p. 5–9, 2015.
- MARKUS, K. A. Principles and practice of structural equation modeling by Rex B. Kline. **Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal**, v. 19, n. 3, p. 509–512, 2012.
- MARTORELL, R. *et al.* Weight gain in the first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohorts from low- and middle-income countries. **The Journal of Nutrition**, v. 140, n. 2, p. 348–354, 2010.
- MBALO, N.; ZHANG, M.; SAM, N. Risk factors for PTSD and depression in female survivors of rape. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 9, n. 3, p. 301–308, 2017.
- MEITES, T. M.; INGRAM, R. E.; SIEGLE, G. J. Unique and shared aspects of affective symptomatology: The role of parental bonding in depression and anxiety symptom profiles. **Cognitive Therapy and Research**, v. 36, n. 3, p. 173–181, 2012.
- MENEZES, R. C. E. DE *et al.* Determinantes do déficit estatural em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1079–1087, 2011.
- MORAIS, A. O. D. DE S. *et al.* Sintomas depressivos e de ansiedade maternos e prejuízos na relação mãe/filho em uma coorte pré-natal: Uma abordagem com modelagem de equações estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 1–16,

2017.

MORGAN, Z. *et al.* The effects of parent-child relationships on later life mental health status in two national birth cohorts. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 11, p. 1707–1715, 2012.

MS, Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

NAKANO, M. *et al.* Risk factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old: A longitudinal population based study from Japan. **BMC Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 1–9, 2019.

NGUYEN, P. H. *et al.* Maternal depressive symptoms are negatively associated with child growth and development: Evidence from rural India. **Maternal and Child Nutrition**, v. 14, n. 4, p. 1–9, 2018.

OHARA, M. *et al.* Impact of perceived rearing and social support on bonding failure and depression among mothers: A longitudinal study of pregnant women. **Journal of Psychiatric Research**, v. 105, p. 71–77, 2018.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Incorporação das curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde de 2006 e 2007 no SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Organização Mundial da Saúde, 2002.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

ONG, M. Y. *et al.* The influence of perceived parenting styles on socio-emotional development from pre-puberty into puberty. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 27, n. 1, p. 37–46, 2018.

PARKER, G.; TUPLING, H.; BROWN, L. B. Parental Bonding Instrument (PBI). **British Journal of Medical Psychology**, n. 52, p. 1–10, 1979.

PASINI, A. L. W. *et al.* Suicide and depression in adolescence: risk factors and prevention strategies. **Health Sciences**, v. 9, n. 4, p. e36942767, 2020.

PEREIRA, P. K.; LOVISI, G. M. Prevalência da depressão gestacional e fatores associados. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n. 4, p. 144–153, 2008.

PERON, A. P. *et al.* Aspectos biológicos e sociais da depressão. **Ciências da Saúde Unipar**, v. 8, n. 1, p. 45–48, 2004.

PERRY, D. F. *et al.* Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. **Infant Behavior and Development**, v. 34, n. 2, p. 339–350, 2011.

PRADO, A. B.; PIOVANOTTI, M. R. A.; VIEIRA, M. L. Parents beliefs on the actual

- and ideal paternal behavior. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 41–50, 2007.
- QUEIROZ, V. A. D. O. *et al.* Predictors of linear growth in the first year of life of a prospective cohort of full term children with normal birth weight. **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 1, p. 79–86, 2012.
- SALK, R. H.; HYDE, J. S.; ABRAMSON, L. Y. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. **Psychological Bulletin**, v. 143, n. 8, p. 783–822, 2017.
- SAMPAIO, I. T. A. Inventário de Estilos Parentais (IEP): um novo instrumento para avaliar as relações entre pais e filhos. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 125–126, 2007.
- SANTOS, I. S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, 2007.
- SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. DE L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 43, p. 211–220, 2009.
- SETH, S.; LEWIS, A. J.; GALBALLY, M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: A systematic literature review. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 16, n. 1, 2016.
- SHARMIN, K. N. *et al.* Postnatal depression and infant growth in an urban area of Bangladesh. **Midwifery**, v. 74, p. 57–67, 2019.
- SILVA, B. A. A.; BRAGA, L. P. Fatores promotores do vínculo mãe-bebê no puerpério imediato hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista da SBPH**, v. 22, n. 1, p. 258–279, 2019.
- SILVA, S. G. DA. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psicologia Clínica**, v. 28, n. 2, p. 29–54, 2016.
- SILVA, M. R. DA C. S.; GERMANO, Z. Perspectiva psicanalítica do vínculo afetivo: O cuidador na relação com a criança em situação de acolhimento. **Psicologia: Ensino e Formação**, v. 6, n. 2, p. 37–53, 2015.
- SMORTI, M.; PONTI, L.; PANCETTI, F. A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: The role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics. **Frontiers in Public Health**, v. 7, n. 1, p. 295, 2019.
- SPERANDIO, N. *et al.* Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 4, p. 565–574, 2011.
- SPYRIDES, M. H. C. *et al.* Effect of predominant breastfeeding duration on infant growth: A prospective study using nonlinear mixed effect models. **Jornal de Pediatria**, v. 84, n. 3, p. 237–243, 2008.
- STACK, D. M. *et al.* The quality of the mother–child relationship in high-risk dyads: Application of the Emotional Availability Scales in an intergenerational, longitudinal study. **Cambridge University**, v. 24, n. 1, p. 93-105, 2012.
- TANI, F.; CASTAGNA, V.; LUCIA, P. Women who had positive relationships with

their own mothers reported good attachments to their first child before and after birth. **Acta Paediatrica**, v. 107, n. 4, p. 633–637, 2018.

TEODORO, M. L. M. *et al.* Propriedades psicométricas do Parental Bonding Instrument e associação com funcionamento familiar. **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 2, p. 243–251, 2010.

TICHELMAN, E. *et al.* Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 14, n. 9, p. 1–15, 2019.

TOLJA, R.; NAKIĆ RADOŠ, S.; ANĐELINOVIĆ, M. The role of maternal mental health, infant temperament, and couple's relationship quality for mother-infant bonding. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 38, n. 4, p. 395–407, 2020.

TSUCHIDA, A. *et al.* Changes in the association between postpartum depression and mother-infant bonding by parity: Longitudinal results from the Japan Environment and Children's Study. **Journal of Psychiatric Research**, v. 110, n. 1, p. 110–116, 2019.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v. 371, n. 9609, p. 340–357, 2008.

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

WELLS, J. C. K.; CHOMTHO, S.; FEWTRELL, M. S. Programming of body composition by early growth and nutrition. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 66, n. 3, p. 423–434, 2007.

WERLANG, I. C. R. *et al.* Impact of perinatal different intrauterine environments on child growth and development: planning and baseline data for a cohort study. **JMIR Research Protocols**, v. 8, n. 11, p. e12970, 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and other common mental disorders global health estimates. **Licence: CC BY NC SA 300 IGO**. Geneva: World Health Organization, 2017.

WILHELM, K. Parental bonding and adult attachment style: The relationship between four category models. **International Journal of Women's Health and Wellness**, v. 2, n. 1, p. 1–7, 2016.

WILLIAMS, C.; PATRICIA TAYLOR, E.; SCHWANNAUER, M. A web-based survey of mother-infant bond, attachment experiences, and metacognition in posttraumatic stress following childbirth. **Infant Mental Health Journal**, v. 37, n. 3, p. 259–273, 2016.

WINNICOTT, D. W. **A criança e seu mundo**. Rio de Janeiro: Ltc, 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization, 2018.

YOUNG, R.; LENNIE, S.; MINNIS, H. Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 52, n. 8, p. 889–897, 2011.

ZEFERINO, A. M. B. *et al.* Acompanhamento do crescimento. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. SUPPL. 1, p. 23–32, 2003.

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo sugerem que o tipo de estilo parental que a mãe exerce sobre seu filho influenciou no vínculo dela com a criança, aos seis meses de vida, sendo mediado pela ocorrência de sintomas depressivos materno no período do pós-parto. Além disso, foi encontrada uma relação entre o vínculo materno e o crescimento da criança, nos primeiros seis meses de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minha trajetória nesta pesquisa, iniciou no final de 2014, depois de um contato com os professores envolvidos no projeto da pesquisa. Inicialmente, comecei a participar dos clubes de revista e após no envolvimento com o grupo. Logo em seguida, me inseri nas coletas dos dados, nos hospitais do estudo e nos domicílios das mães. Foram dois anos em que participei das coletas, até seu término em 2016. Além disso, a participação na organização e na digitação do banco de dados foi intensa.

Além desta pesquisa, tive a oportunidade de participar em outros projetos, no qual me dediquei muito. Foram momentos de grande crescimento acadêmico e profissional.

Este estudo, trouxe alguns achados interessantes e novos. Estudar sobre a qualidade de estilos parentais, apesar de muito estudado, foi encontrada uma relação importante. A percepção de cuidados, refletiu no vínculo materno com a criança e associou-se ao crescimento delas.

Sabe-se que o crescimento infantil é influenciado por vários fatores, e fatores psicológicos, como ansiedade e depressão, estão envolvidos neste processo. No entanto, os estudos mostram mecanismos complexos desta relação. Neste estudo, foi encontrada uma relação de vínculo materno pelos fatores do protocolo, na qual um deles é a ansiedade com os cuidados com a criança, refletindo no crescimento das mesmas nos primeiros seis meses de vida.

Por fim, é importante que se avalie o tipo de estilo parental que a mãe estabelece com seu filho, bem como a qualidade do vínculo materno, especialmente nos primeiros meses de vida da criança, com o intuito de identificar fatores associados e possíveis transtornos nessa ligação e evitar consequências futuras para a saúde física e mental da criança.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

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

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

27, 06, 2011
A. A. Costa F. M.

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

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

Eu, _____ fui informada:

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

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

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

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

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

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

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

Nome da mãe ou responsável
Data ___/___/___

Assinatura

Nome do pesquisador
Data ___/___/___

Assinatura

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA

VERSÃO APROVADA

27, 06, 2011

11009774V

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE PÓS-PARTO

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

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

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

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

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

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

B9) Se parou durante a gestação, com quantas semanas? _____ semanas (88) NSA	HIPMP _____ semanas
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
B10) Teve hipertensão na gestação anterior? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B13.</i> (0) Não (1) Sim (8) NSA	HIPAN _____
SE SIM:	
B11) Qual era a classificação de sua hipertensão? (1) Pré-eclâmpsia (2) Pré-eclâmpsia superposta à HC (3) Eclâmpsia (4) Hipertensão crônica-HC (5) Hipertensão gestacional (8) NSA	HIPANQ _____
B12) Qual(is) a(s) medicação(ões) que utilizava? _____ _____ (88) NSA	HIPANM _____
B13) Possui histórico familiar de hipertensão? <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B15.</i> (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPHF _____
SE SIM:	
B14) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	HIPHFQ _____
B15) Sua mãe teve hipertensão na sua gestação? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	HIPMM _____
DIABETES	
D1) Qual a classificação de sua diabetes (prontuário)? (1) DM1 (2) DM2 (3) Diabetes Gestacional (DMG)	DMCL _____
SE DIAGNÓSTICO DE DM1 ou DM2:	
D2) Quando teve o diagnóstico? _____ anos (88) NSA	DMD _____ anos
SE POSSUI DIABETES GESTACIONAL (DMG):	
D3) Com quantas semanas gestacionais a DMG foi diagnosticada? _____ semanas (88) NSA	DMGDG _____
SE TEVE OUTROS FILHOS:	
D4) Em gestações anteriores alguma vez você apresentou diabetes? (0) Não (1) Sim (8) NSA	DMGANT _____
SE SIM:	
D5) Em quantas gestações? _____ (88) NSA	DMGANTQ _____
D6) A diabetes persistiu após o parto? (0) Não (1) Sim (8) NSA	DMGANTP _____
SE SIM:	
D7) A diabetes persistiu por quanto tempo? _____ meses (555) Nunca mais normalizou (888) NSA	DMGANTPT _____
D8) Que tipo de tratamento foi indicado para o diabetes nesta gestação? (0) nenhum tratamento (1) dieta (2) atividade física (3) insulina (4) hipoglicemiante oral (5) Outros: _____	DMTRAT _____ DMTRATO _____
SE HIPOGLICEMIANTE OU INSULINA:	
D9) Qual(is) medicação(ões)? _____ (88) NSA	DMTRATQ _____
D10) Dose(s) _____ (88) NSA	DMTRATD _____
D11) Você seguiu o tratamento recomendado? (0) Não (2) Às vezes (1) Sim, durante toda a gestação desde o momento do diagnóstico	DMTRATR _____

SE NÃO OU ÀS VEZES:	
D12) Por qual(is) motivo(s)? _____ (88) NSA	DMTRATRM _____
D13) Quantas vezes, nesta gestação, você foi internada para controle glicêmico? Número de vezes: _____	DMCGI _____
SE FOI INTERNADA:	
D14) Por quanto tempo? _____ (88) NSA	DMCGP ___ dias
D15) Durante a gestação você fazia controle da sua glicemia? (0) Não (1) Sim	DMCG _____
SE SIM:	
D16) Qual o método que utilizava no controle da sua glicemia? (1) Fita-teste (2) Exame Laboratorial (3) Ambas (8) NSA	DMCGM _____
D17) Com que frequência monitorava sua glicemia? _____ (88) NSA	DMCGMF __ semana
D18) Você possui histórico familiar de diabetes? (0) Não (1) Sim (7) Não sabe	DMHF _____
SE SIM:	
D19) Qual o parentesco? (1) Mãe (2) Pai (3) Irmãos (4) Irmãs (5) Avós Maternos (6) Avós Paternos (7) Primos (8) Tios (88) NSA	DMPAR _____

CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

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

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DA ANTROPOMETRIA DE TODAS AS
VISITAS (7 E 15 DIAS; 1, 3 E 6 MESES)**

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

B19) Quantas vezes já o levou ao posto? _____ (88) NSA	7CPUERIV _____
B20) Motivo(s) da(s) consulta(s)? Consulta 1: _____ (88) NSA Consulta 2: _____ (88) NSA Consulta 3: _____ (88) NSA	7CPUERIM1 _____ 7CPUERIM2 _____ 7CPUERIM3 _____
B21) Quantos registros de consultas no posto há no Cartão da criança: ____ (88) NSA	7CPUERIC _____
HISTÓRICO ALIMENTAR DA CRIANÇA	
B22) Alimentação na alta hospitalar: (1) Aleitamento materno exclusivo (2) Aleitamento materno + fórmula infantil (3) Somente fórmula infantil (4) Outro, Qual? _____	7ALIAL _____ 7ALIALQ _____
B23) A sua criança mama no peito? SE SIM PULE PARA QUESTÃO B26. (0) Não (1) Sim	7MAMAP _____
SE NÃO:	
B24) Por quê? _____ (88) NSA	7PQNMAMA _____
B25) Quando parou de amamentar? _____ dias (88) NSA	7QPAMA _____
B26) Tem horários certos para mamar (leite materno, fórmula ou leite de vaca)? (0) Não. Dou quando ele(a) quer/pede (1) Sim	7HCMAMA _____
B27) Quantas vezes mama durante o dia, ou no caso de fórmula/leite de vaca, quantas vezes ao dia está recebendo? ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	7MAMAQD ____ v/d
B28) Quantas vezes mama durante a noite ou no caso de fórmula/leite de vaca, quantas vezes durante a noite está recebendo? ____ vezes Leite Materno ____ vezes Fórmula infantil ____ vezes Leite de vaca	7MAMAQN ____ v/n
B29) Além do leite materno/ fórmula/ leite de vaca, você oferece algum outro alimento ou líquido ao seu filho? SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B34. (0) Não (1) Sim	7OUTROAL _____
SE SIM:	
B30) Quais os alimentos/bebidas oferecidos a criança? Alimento 1: _____ Alimento 2: _____ Alimento 3: _____ Alimento 4: _____ Alimento 5: _____ (88) NSA	7ALIOF1 _____ 7ALIOF2 _____ 7ALIOF3 _____ 7ALIOF4 _____ 7ALIOF5 _____
B31) Motivo(s) da(s) introdução(ões): Alimento 1: _____ Alimento 2: _____ Alimento 3: _____ Alimento 4: _____ Alimento 5: _____ (88) NSA	7MOTIV1 _____ 7MOTIV2 _____ 7MOTIV3 _____ 7MOTIV4 _____ 7MOTIV5 _____
B32) Quando introduziu, o bebê tinha quantos dias de vida? Alimento 1: _____ dias de vida do bebê Alimento 2: _____ dias de vida do bebê Alimento 3: _____ dias de vida do bebê Alimento 4: _____ dias de vida do bebê Alimento 5: _____ dias de vida do bebê (88) NSA	7QUAN1 ____ dias 7QUAN2 ____ dias 7QUAN3 ____ dias 7QUAN4 ____ dias 7QUAN5 ____ dias
B33) Alguém recomendou? (1) ela própria decidiu (2) a avó materna (3) o companheiro (4) algum profissional da saúde (5) outros/especificar: _____ (8) NSA	7RECOM _____ 7RECOMO _____

DADOS GERAIS DA MÃE			
B34) Você recebeu alguma orientação sobre amamentação durante o Pré-Natal? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B36.</i>			7ORIAM _____
SE SIM			
B35) Que tipo (quais) de orientação (ões)? _____			7ORIAMT _____
B36) Durante a internação hospitalar (quando você “ganhou” esse bebê) você recebeu alguma orientação/ajuda para amamentar o bebê? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B38</i>			7ORINTAM _____
SE SIM			
B37) Que tipo (quais) de orientação (ões)/ajuda? _____			7ORINTAMST ____
SE NÃO			
B38) Você considera (acha) que precisou de ajuda? (0) Não (1) Sim, qual o motivo? _____			7OINAMAJ _____ 7OINAMAJQ _____
B39) Você está utilizando algum SUPLEMENTO atualmente? (0) Não (1) Sim Qual? _____ Vezes por dia: _____			7SUPL _____ 7SUPLPQ _____ 7SUPLPD _____
B40) Você utiliza atualmente algum MEDICAMENTO? (1) Não (1) Sim <i>SE NÃO ou NÃO SABE, PULE PARA QUESTÃO B44.</i>			7MED _____
SE SIM:			
B41) Nome	B42) Motivo	B43) Tempo do uso	7MEDAQ1 _____
Med 1 _____	Med 1 _____	Med 1 _____	7MEDAM1 _____
Med 2 _____	Med 2 _____	Med 2 _____	7MEDAT1 _____
Med 3 _____	Med 3 _____	Med 3 _____	7MEDAQ2 _____
Med 4 _____	Med 4 _____	Med 4 _____	7MEDAM2 _____
Med 5 _____	Med 5 _____	Med 5 _____	7MEDAT2 _____
(88) NSA		(em dias)	7MEDAQ3 _____
			7MEDAM3 _____
			7MEDAT3 _____
TABACO, CONSUMO DE BEBIDA DE ALCÓOL E USO DE DROGAS			
B44) Você fuma atualmente? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B46.</i>			7MFUMA _____
SE SIM:			
B45) Quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA			7MFUMAQ _____
B46) Há alguém que fuma na sua casa? (exceto a mãe) (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B48.</i>			7FUMOCS _____
SE SIM:			
B47) Quantas pessoas fumam em sua casa atualmente (exceto a mãe)? ____ (88) NSA			7FUMOCSQ _____
B48) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quantos dias você tomou pelo menos um ou uma dose de bebida alcoólica? Uma dose padrão equivale a uma lata de cerveja (350 ml), ou uma taça de vinho (120 ml) ou uma dose de bebida destilada (45 ml). <i>SE NENHUM PULE PARA QUESTÃO B50.</i>			7BEB _____
(1) 1 a 5 dias (2) 6 a 9 dias (3) 10 a 19 dias			
(4) 20 a 29 dias (5) Todos os 30 dias (6) Nenhum dia			
SE SIM:			
B49) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quanto você tomou (copos, taças) por dia? _____ (88) NSA			7BEBF _____ copos
B50) Na sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou realmente bêbada? (1) Nenhuma vez na vida (2) 1 ou 2 vezes (3) 3 a 5 vezes (4) 6 a 9 vezes (5) 10 ou mais vezes (7) Não sabe			7BEBB _____

B51) Você tem acesso à drogas em seu ambiente familiar? (0) Não (1) Sim	7ACESSO _____
B52) Você usou algum tipo de droga durante a gestação? (0) Não (1) Sim <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B55</i>	7DROG _____
SE SIM:	
B53) Qual(is) a(s) substância(s)? 1) Estimulantes: anfetaminas, “speed”, ritalina, pílulas anorexígenas. 2) Cocaína: cocaína, “coca”, crack, pó, folha de coca. 3) Opiáceos: heroína, morfina, ópio, metadona, codeína, meperidina. 4) Alucinogêneos: LSD, “ácido”, mescalina, PCP, “pó de anjo”, “cogumelos”, ecstasy. 5) Solventes voláteis: “cola”, éter. 6) Canabinóides: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, haxixe, THC. 7) Sedativos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, Rohypnol, barbitúricos. 8) Diversos: Anabolizantes, esteróides, “poppers”.	Respostas: (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não
B54) Quantas vezes fazia uso por semana? _____ vezes. (888) NSA	7DROGV _____
B55) O seu companheiro costuma tomar bebida de álcool? (0) Não (1) Sim (9) IGN <i>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO B58</i>	7DROGC _____
SE SIM:	
B56) Com que frequência ele costuma beber? (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) Todos os finais de semana (4) Todos os dias (8) NSA	7DROGCF _____
B57) Das vezes que ele bebe, quantas vezes ele fica alterado? (0) Nenhuma (1) Às vezes (2) sempre (8) NSA	7DROGCA _____
DADOS ANTROPOMÉTRICOS ATUAIS – MÃE E CRIANÇA	
B58) Peso da mãe + peso do bebê (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg	7PESOMB _____ kg
B59) Peso da mãe (1ª) _____ kg (2ª) _____ kg Média: _____ kg	7PESOM _____ kg
B60) Altura da mãe (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7ALTM _____ cm
B61) Peso do bebê (1ª) _____ g (2ª) _____ g Média: _____ g	7PESOCR _____ g
B62) Circunferência da cintura da mãe (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7CBM _____ cm
B63) Circunferência braquial da mãe (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7DCTM _____ cm
B64) Dobra cutânea tricipital da mãe (1ª) _____ mm (2ª) _____ mm Média: _____ mm	7DCTM _____ mm
B65) Dobra cutânea subescapular da mãe (1ª) _____ mm (2ª) _____ mm Média: _____ mm	7DCSBM _____ mm
B66) Comprimento do bebê (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7COMPCCR _____ cm
B67) Perímetro cefálico do bebê (1ª) _____ cm (2ª) _____ cm Média: _____ cm	7PCCR _____ cm
COLETA DE MATERIAIS	
B68) Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da mãe? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	7ANTRM _____ 7ANTRMM _____
B69) Conseguiu realizar a avaliação antropométrica da criança? (0) Não, motivo? _____ (1) Sim	7ANTRC _____ 7ANTRCM _____

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

ANEXO B – EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

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

ANEXO C – POSTPARTUM BONDING QUESTIONNEIRE (PBQ)

Por favor, indique com que frequência as seguintes são verdadeiras para você. Não há respostas certas ou erradas. Escolha a resposta que parece correta em sua experiência recente.

Factor	Scoring	Statement	Always	Very often	Quite often	Some-times	Rarely	Never
1	0 → 5	I feel close to my baby						
1	5 → 0	I wish the old days when I had no baby would come back						
2	5 → 0	I feel distant from my baby						
2	0 → 5	I love to cuddle my baby						
2	5 → 0	I regret having this baby						
1	5 → 0	The baby does not seem to be mine						
1	5 → 0	My baby winds me up						
1	0 → 5	I love my baby to bits						
1	0 → 5	I feel happy when my baby smiles or laughs						
1	5 → 0	My baby irritates me						
2	0 → 5	I enjoy playing with my baby						
1	5 → 0	My baby cries too much						
1	5 → 0	I feel trapped as a mother						
2	5 → 0	I feel angry with my baby						
1	5 → 0	I resent my baby						
1	0 → 5	My baby is the most beautiful baby in the world						
1	5 → 0	I wish my baby would somehow go away						
4	5 → 0	I have done harmful things to my baby						
3	5 → 0	My baby makes me feel anxious						
3	5 → 0	I am afraid of my baby						
2	5 → 0	My baby annoys me						
3	0 → 5	I feel confident when caring for my baby						
2	5 → 0	I feel the only solution is for someone else to look after my baby						
4	5 → 0	I feel like hurting my baby						
3	0 → 5	My baby is easily comforted						