



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA SAÚDE

**LUCIANA CAVALCANTE COSTA**

**RELAÇÃO MÃE-FILHO E ANEMIA EM CRIANÇAS DE 12 A 36 MESES  
EM SÃO LUIS-MA: uma contribuição da Coorte Brisa.**

São Luís  
2017

**LUCIANA CAVALCANTE COSTA**

**RELAÇÃO MÃE-FILHO E ANEMIA EM CRIANÇAS DE 12 A 36 MESES  
EM SÃO LUIS-MA: uma contribuição da Coorte Brisa.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, como requisito à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões.

São Luís  
2017

Costa, Luciana Cavalcante.

Relação mãe-filho e anemia em crianças de 12 a 36 meses em São Luís-MA: uma contribuição da Coorte Brisa / Luciana Cavalcante Costa. - 2017.

131 f.

Orientador(a): Vanda Maria Ferreira Simões.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís- MA, 2017.

1. Anemia. 2. Criança. 3. Relação mãe-filho. I. Simões, Vanda Maria Ferreira. II. Título.

**RELAÇÃO MÃE-FILHO E ANEMIA EM CRIANÇAS DE 12 A 36 MESES  
EM SÃO LUIS-MA: uma contribuição da Coorte Brisa.**

Luciana Cavalcante Costa

Dissertação apresentada em 06 de abril de 2017 pela banca examinadora constituída dos seguintes membros.

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões  
Orientadora  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista  
Memória  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Alcione Miranda dos Santos  
Examinadora Interna  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dra. Marília da Glória Martins  
Examinadora Externa  
Universidade Federal do Maranhão

---

Profa. Dr. Paulo Vitor Soeiro Pereira  
Suplente  
Universidade Federal do Maranhão

## AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela possibilidade deste momento, por proporcionar mais uma etapa cumprida em minha vida e durante todo instante me deu sabedoria e força para continuar.

Aos meus pais, Jacinta e Nilson que nunca mediram esforços para a minha formação, pelo amor e ensinamentos ao longo da vida. Ao meu irmão Nilson Junior, esteve sempre presente me motivando. A toda a minha família: avós, padrinhos, tios e primos pelo incentivo nos estudos.

A minha orientadora, Profa. Dr<sup>a</sup> Vanda Maria Ferreira Simões, mais que um exemplo de profissional, um exemplo de sabedoria, humildade, bondade e simplicidade. Agradeço pela oportunidade, confiança, orientação, disposição, atenção, paciência e pelos valiosos ensinamentos.

A Profa. Dr<sup>a</sup> Rosângela Fernandes Lucena Batista, pelos ensinamentos, disponibilidade, paciência, apoio e principalmente pela amizade.

Ao Prof. Dr Raimundo Antonio por cada abraço e incentivo nessa caminhada.

Ao Projeto BRISA, pela oportunidade, aprendizado e por despertar a vontade de ingressar no Mestrado. Tenho muito orgulho de ter participado desse grandioso projeto.

Aos amigos do Núcleo de Pesquisa, Livia, Nonata, Angelica, Amy, Liliane, Edivaldo, Allan, Monika, Aurean, Adriana Rego, Flavia, Lívia Lisboa, Carol e Mônica Batalha que compartilharam momentos de trabalho na pesquisa, alegrias e angustias.

A Kivania e Joelma pela disponibilidade nas primeiras análises com equações estruturais. A Livia Rodrigues por todas os esclarecimentos, ajuda nas analise e interpretação dos dados, o meu muito obrigada.

Aos docentes e demais funcionários do Programa Ciências da Saúde, pela dedicação a este programa.

Aos meus colegas de turma do mestrado 2015, em especial Janete, Kelly, Benedita, Mariane, Sandra, pelas trocas, pelos mega-aulões e convívios de alegria e dificuldades.

A todos os amigos que ajudaram e compreenderam a minha ausência. Em especial Claudiacilene, Eloiza, Haydee.

A todas as participantes do Projeto Brisa, por aceitarem prontamente participar desta pesquisa, sem a participação de vocês não teríamos trabalhos valiosos.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão (FAPEMA) por ter me concedido a bolsa, possibilitando-me maior dedicação ao curso de mestrado.

A todos, sem exceção, que colaboraram, direta ou indiretamente, para a realização desse trabalho, o meu MUITO OBRIGADA!!!

*“Não se perturbe o vosso coração;  
credes em Deus, crede também em mim”.*

(João 14,1)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do número de participantes do presente estudo da coorte de Ribeirão São Luís, Brasil, ..... 25

Figura 2: Modelo teórico dos efeitos da relação mãe-filho na ocorrência anemia na criança da coorte BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.....50

## LISTA DE TABELAS

Tabela - Características socioeconômica, estilo de vida e morbidade das mães. São Luís, MA, 2010-2011.....	46
Tabela 2 - Prevalência de anemia segundo características da criança de 12 a 36 meses. São Luís, MA, 2010-201.....	47
Tabela 3 - Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor dos construtos finais de relação mãe-filho, ses e anemia, da Modelagem com Equações Estruturais. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017.....	48
Tabela 4 - Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor dos caminhos e estimativas, da Modelagem com Equações Estruturais. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CI	Intervalo de Confiança
CHMC	Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FAPEMA	Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
HB	Hemoglobina
HT	Hematócrito
HCM	Hemoglobina Corpuscular Média
IC	Intervalo de Confiança
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PRONEX	Programa de Apoio a Núcleos de Excelência
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
VCM	Volume Corpuscular Médio

## RESUMO

A relação mãe-filho é essencial para proporcionar boas condições de saúde na infância, não somente no primeiro ano de vida, mas durante toda a primeira infância pois esta consiste em uma fase crítica do desenvolvimento, tornando a criança vulnerável a inúmeras doenças, dentre elas, a anemia. A anemia é um problema global de saúde pública com consequências importantes, resultante de causas isoladas ou múltiplas que atuam concomitantemente e influenciam a saúde da criança. O objetivo desse estudo foi verificar associação entre relação mãe-filho e ocorrência de anemia em crianças de 12 a 36 meses em São Luís. Trata-se de um estudo “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras” - Coorte BRISA, realizada nas cidades de São Luís-MA e Ribeirão Preto - SP. Nesta investigação foram incluídos apenas os dados de São Luís. Os dados utilizados foram coletados por ocasião do nascimento e no seguimento do segundo ano de vida (12 a 36 meses). A amostra final foi de 5.166 nascimentos da coorte de nascimento. Para a investigação de anemia utilizou-se dados de coleta de sangue de 2.213 crianças. Para analisar os efeitos da relação mãe-filho sobre a ocorrência de anemia em crianças de 12 a 36 meses, foi utilizado modelagem por equações estruturais. A prevalência de anemia em crianças de 12 a 36 meses foi de 24,0%. O modelo proposto mostrou bom ajuste e não houve sugestões plausíveis de modificação (RMSEA=0,019; CFI=0,965; TLI=0,961). A relação mãe-filho não mostrou efeito na ocorrência de anemia na criança (CF= 0,031; p=0,377). O estudo confirma a alta prevalência da anemia, ressaltando a magnitude do problema entre as crianças que vivem em uma capital do Nordeste brasileiro, porém parece não haver associação entre relação mãe-filho e ocorrência de anemia nessa faixa etária.

**Palavras-chave:** Anemia. Relação mãe-filho. Criança.

## ABSTRACT

The mother-child relationship is essential to provide good health conditions in childhood, there is no first year of life, but throughout early childhood to this stage in a critical stage of development, Anemia. Anemia is a global public health problem with important consequences resulting from isolated or multiple causes that act concomitantly and influence a child's health. The objective of this study was verified in relation to the mother-child and the occurrence of anemia in children aged 12-36 months in São Luís. This is study "BRISA cohort, carried out in the cities of São Luís-MA and Ribeirão Preto. The data were collected at the time of birth and did not follow the second year of life (12 to 36 months). 5,166 birth cohort births. For an investigation of anemia, blood collection data were used for 2,213 children. The prevalence of anemia in children aged 12-36 months was 24.0%, and the proposed model showed good adjustment and had no suggestions Plausible modifications (RMSEA = 0.019, CFI = 0.965, TLI = 0.961). The mother-child relationship had no effect on the occurrence of anemia in the child (CF = 0.031,  $p = 0.377$ ). The study confirms the high prevalence of anemia, underscoring a magnitude of the problem among children living in a capital city in the Brazilian Northeast, but there is no relationship between mother and child.

Key words: Anemia; Mother-child relationship; Child.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1 Relação Mãe-filho.....	17
2.2 Definição de Anemia.....	19
2.2.1 Classificação.....	20
2.2.2 Panorama da anemia no Brasil e no Mundo.....	21
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>24</b>
4.1 Desenho de estudo.....	24
4.2 População e amostra.....	24
4.3 Instrumentos de coleta.....	25
4.4 Variáveis em estudos.....	28
4.5 Análise Estatística.....	30
4.6 Aspectos Éticos.....	32
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
5.1 Artigo Original.....	34
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A maternidade faz parte do ciclo vital e permite uma transição de identidade. É uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher (Simas *et al.*, 2013). Contudo, essa adaptação, ao papel materno, pode gerar dificuldades em algumas mulheres devido à falta de conhecimento quanto às especificidades e importância da função materna. Sob o aspecto cultural, o papel materno remete às ações esperadas em que a mãe saiba realizá-las em relação a seu filho (Zagonel *et al.*, 2006; Alves *et al.*, 2007).

O período pós-natal tem sido apontado como uma passagem onde os riscos inerentes ao sexo feminino encontram-se aqui somados às grandes mudanças impostas pela chegada de um filho ao núcleo familiar, com novas e crescentes responsabilidades, medos e interrogações, além das mudanças físicas e hormonais impostas pela gestação, parto e puerpério. Transformações da família contemporânea, individualismo, precário nível de informação em saúde, pobreza e desagregação social completam o panorama desfavorável (Moraes e Reichenheim, 2011).

O bebê nasce extremamente frágil e dependente, implicando na necessidade de cuidados, indispensáveis para a sua sobrevivência. Um ambiente familiar estável que ofereça segurança, proteção, afeto e promova o bem-estar de seus membros é fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança (Altafim e Rodrigues, 2013). Pela convivência diária, aumenta o conhecimento da mãe sobre a situação do filho, proporcionando tendo uma visão mais apurada com relação aos aspectos clínicos e emocionais apresentados pela criança, assim como passam a conhecer suas reações e necessidades (Furtado e Lima, 2003).

Um relacionamento adequado entre a mãe e o bebê envolve a ausência de práticas negativas (negligência e abuso físico) e a presença marcante de práticas parentais positivas (monitoria positiva, quando a mãe se mostra presente e atende adequadamente as necessidades do bebê) e de outras características responsivas no comportamento materno. No relacionamento mãe-bebê, ambos participam ativamente nas trocas interativas. O bebê é um parceiro ativo nessa relação (Altafim e Rodrigues, 2013).

É importante que nessa relação mãe-filho haja um clima emocional que favoreça o desenvolvimento, pois, nesse período, o cuidado e o amor materno são essenciais para a formação da criança e, possivelmente, deve ter uma importância muito maior do que em qualquer época da vida. Isso porque, no decorrer de seus primeiros meses, a percepção afetiva e os afetos predominam na experiência do bebê, uma vez que o aparelho sensorial, perceptivo,

ainda não está desenvolvido. Sendo assim, a atitude emocional da mãe e seus afetos servirão para orientar os afetos do bebê e conferir qualidade de vida e experiência do bebê (Simões, 2012).

Durante os primeiros meses de vida, os pais atendem primariamente às necessidades básicas do bebê em relação à subsistência, proteção, conforto, interação social e estimulação (Campbell, 2006).

Devido às suas características biológicas, as crianças menores de cinco anos de idade merecem atenção especial, tendo em vista que uma alimentação inadequada pode colocar em risco o seu crescimento e desenvolvimento, além de causar problemas como a anemia, desnutrição ou obesidade, e outros distúrbios nutricionais (Monteiro *et al.*, 2000; Farias Júnior e Osório, 2005).

Portanto, é determinante de boa saúde o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, com o objetivo de diminuir agravos a curto e longo prazo na saúde da criança (Osório, 2002). O período compreendido entre a concepção e os dois anos consiste numa fase crítica do desenvolvimento, tornando a criança vulnerável à anemia (Zuffo *et al.*, 2016), doença que afeta populações tanto de países desenvolvidos como de países em desenvolvimento (Assunção *et al.*, 2007).

Anemia é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina (Hb) no sangue está abaixo do normal como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais, seja qual for a causa, sendo a por deficiência de ferro a mais comum. Estima-se que 47,4% das crianças menores de cinco anos tenham anemia no mundo comportando-se como uma endemia de caráter cosmopolita (De Oliveira *et al.*, 2014).

As causas desta síndrome podem ser as mais variadas, entre elas pode-se citar a deficiência de nutrientes (ferro, vitamina B12 e dietas aprotéicas). Estima-se que 50% a 90% de todos os tipos de anemias no mundo ocorram pela deficiência de ferro (Stoltzfus, 2003).

Para Maeyer *et al.* (1985) a redução da concentração de Hb sanguínea compromete o transporte de oxigênio para os tecidos, reduzindo a capacidade de trabalho e o desempenho físico em indivíduos anêmicos (Amarante *et al.*, 2016). Nas crianças esta realidade ainda é mais impactante, por tratar-se de indivíduos em fase de construção de seu potencial físico, intelectual e emocional.

Considerando-se as mães como diretamente responsáveis pelos cuidados dispensados aos filhos, e ainda que é no ambiente domiciliar que se encontram os fatores que implicam em uma possibilidade maior ou menor de garantir a saúde, torna-se importante

identificar estes fatores para melhor compreensão dos eventos que envolvem o bem estar da criança. Em face de todos esses aspectos, a relação mãe-filho é de fundamental importância para o desenvolvimento saudável de uma criança.

Frente a esta problemática, o presente estudo tem como objetivo verificar se existe associação entre relação mãe-filho e ocorrência de anemia em crianças, com a intenção de identificar possíveis consequências que contribuem para que uma boa relação se estabeleça.

## 2 REFERENCIAL TEORICO

### 2.1 Relação mãe-filho

Tornar-se mãe é um processo que compreende mudanças significativas na vida da mulher, desde a gestação até os primeiros anos de vida da criança (Esteves *et al.*, 2011).

A relação da mãe com seu bebê constitui-se desde o período pré-natal, e é influenciada pelas expectativas que ela tem sobre o bebê e pela interação que estabelece com ele. Esta primeira relação serve de base para a relação mãe-bebê, que, também, se estende após o nascimento (Piccinini *et al.*, 2004).

As primeiras pesquisas sobre relação mãe-filho tiveram sua origem após o fim da Segunda Guerra Mundial, quando as crianças órfãs, ou abandonadas por suas mães, transformaram-se em objeto de estudo. Constatou-se, na época, que a ausência da mãe provocava distúrbios em diversos aspectos da vida da criança, reforçando a relevância do vínculo materno-infantil para o desenvolvimento emocional, social e cognitivo saudável da criança ao longo de toda a sua vida (Silva *et al.*, 2006).

As primeiras relações mãe-bebê são de grande importância para o desenvolvimento infantil e exigem diversas adaptações da mulher e sua família (Faria e Piccinini, 2016).

O bebê humano é considerado um ser imaturo, totalmente dependente do outro para garantir a sua sobrevivência. É a mãe ou outro adulto que irá promover a inserção deste bebê no ambiente social, facilitando a sua comunicação e interlocução em um mundo ainda estranho e cheio de novidades. Para os etólogos, as competências trazidas e desenvolvidas pelos bebês só podem ser entendidas se consideradas com relação à sua eficácia no ambiente. A díade mãe-bebê teria evoluído como um sistema interativo, sendo a mãe capaz de ser mobilizada pelas reações do bebê, em especial, por meio do componente da afetividade (Barbosa *et al.*, 2010).

De acordo com Winnicott (1983), o bebê só se torna um sujeito se estiver envolvido ao cuidado materno, visto que é totalmente dependente, e sem essa condição não pode começar a vir a ser. A criança começa a ser a partir de um cuidado satisfatório, proporcionado por uma mãe que provê um ambiente suficientemente bom, capaz de auxiliar o bebê a alcançar as satisfações, ansiedades e conflitos inatos a cada etapa (Flores *et al.*, 2012).

Por isso muitos autores realçam a importância da díade mãe-bebê, que caracteriza o modo das relações posteriores da criança, o que justifica a importância que é dada pelo autor

Winnicott as relações mãe-bebê, e em especial ao estado de preocupação materna primária em que a mãe se encontra (Esteves *et al.*, 2011).

Ao longo da história da humanidade, diversos foram os significados atribuídos às fases da vida e à relação entre mães e filhos. Fatores históricos, sociais, culturais e científicos influenciaram na configuração das relações familiares, na relação mãe-bebê e nos procedimentos que envolvem o nascimento (Pommé, 2008).

A boa relação entre mãe e filho é aquela em que há possibilidade de trocas afetivas. Para que esta relação se desenvolva, é necessário que a mãe possa exercer bem seu papel materno, que é influenciado por vários fatores. Estes se referem à sua história de vida e aos cuidados e afeto recebidos de seus pais, à qualidade da relação conjugal e à dinâmica familiar. A instabilidade emocional e doença mental e/ou física da mãe podem incapacitá-la para cuidar de seu filho, tendo como consequência prejuízos no desenvolvimento físico e mental deste, principalmente se a condição econômica for precária (Nascimento *et al.*, 2003).

A mãe emocionalmente instável, não oferece o acolhimento, o afeto e a segurança que o recém-nascido requer, podendo desencadear na criança transtornos de conduta e comprometimento de sua saúde física, como alterações no sono, distúrbios gastrintestinais, falta de apetite, episódios de vômito, insegurança e ansiedade. A criança, que não usufruiu de um vínculo afetivo positivo, pode apresentar distúrbios cognitivos e afetivos, acarretando alguns problemas de comportamento como, por exemplo, dificuldade em se relacionar e uma pré-disposição a condutas inadequadas como mentir e furtar, interferindo negativamente no desenvolvimento familiar (Mendes e Galdeano, 2008).

A consecução do papel maternal pode ser influenciada por variáveis maternas (idade, estatuto socioeconômico, percepção da experiência do nascimento, separação precoce mãe-filho, autoestima e autoconceito, flexibilidade no ajustamento de papéis, estado de saúde, ansiedade e experiências de stress, depressão ou estados depressivos, traços de personalidade, tensão do papel, satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas, vinculação mãe-filho, atitudes educativas); relacionadas com a criança (temperamento, estado de saúde, características da criança); entre outros (Graça, 2010).

Sabe-se que nos primeiros anos de vida a criança encontra-se dependente para suprir suas necessidades de sobrevivência, a mãe é um fator externo determinante para a qualidade de desenvolvimento desta criança, sendo o agente protetor e estimulador do meio, proporcionando as condições necessárias para que a criança se desenvolva de forma saudável, em uma visão geral do desenvolvimento (Gaia e Zulian, 2010).

No ambiente familiar, vínculos frágeis, contextos pouco estimuladores e interações sociais prejudicadas podem resultar em obstáculos para o desenvolvimento infantil. Tais fatores acrescentam riscos a mais para crianças que já se encontram vulneráveis por algum tipo de enfermidade, como a anemia que atinge mais de 50% das crianças entre seis meses e cinco anos de idade nos países em desenvolvimento (Santos *et al.*, 2011).

Sendo assim, entende-se a importância de um bom relacionamento da criança com o meio social e familiar, especialmente importância da relação da mãe com seu filho, oferecendo-lhe estímulos capazes de promover boas condições de saúde na infância.

## 2.2 Definição de Anemia

A anemia é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado em que a concentração de hemoglobina (Hb) do sangue é anormalmente baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem dessa carência (Jordão *et al.*, 2009; Castro *et al.*, 2011).

O diagnóstico da anemia pode ser feito pela avaliação dos níveis de hemoglobina, que são estabelecidos por faixas etárias. Para crianças de 6 meses a 59 meses, anemia é definida como concentração de hemoglobina menor que 11g/dL, para as de 60 meses a 11 anos, a concentração da hemoglobina menor que 11,5g/dL (Organization, 2011).

Shah e Shah (2009), define anemia como uma enfermidade na qual o paciente apresenta um quadro de hipóxia tissular consequente de uma redução da capacidade de transporte de oxigênio pelo sangue. Essa redução na capacidade de transporte é decorrente da baixa concentração de hemoglobina e/ou do número de eritrócitos (Vieira e Ferreira, 2010) e os sinais e sintomas são diversos, de acordo com a velocidade de instalação da anemia (Zago, 2001; Aggett *et al.*, 2002; Akramipour *et al.*, 2008).

As análises clínicas tem uma grande importância para a confirmação de possíveis alterações que possam ocorrer com o paciente. O hemograma é uma das análise clínicas que demonstra a situação do paciente no momento da coleta, onde as informações dos exames pode indicar a doença que o paciente possa ter.

Na investigação laboratorial, o primeiro exame a ser solicitado é o hemograma, o qual deve ser sempre acompanhado da contagem de eritrócitos, para definir se a anemia é secundária à diminuição de produção ou aumento de destruição dos glóbulos vermelhos. Durante as últimas décadas observou-se uma grande evolução tecnológica na realização do

hemograma, e as técnicas manuais têm sido substituídas por sistemas automatizados que apresentam maior precisão nos resultados e em um menor tempo (Grotto, 2009).

O hemograma é composto por três determinações básicas que incluem as avaliações dos eritrócitos (ou série vermelha), dos leucócitos (ou série branca) e das plaquetas ou série plaquetária (Naoum e Naoum, 2008).

Na interpretação do hemograma, atenção especial deve ser dada ao número de eritrócitos, concentração de hemoglobina e hematócrito, assim como aos índices hematimétricos (VCM, HCM, CHCM) para classificar a anemia e identificar as possibilidades diagnósticas.

Os principais índices eritrocíticos são o volume corpuscular médio (VCM), a hemoglobina corpuscular média (HCM) e a concentração de hemoglobina corpuscular média (CHCM). Dentre esses, o VCM ainda é o mais amplamente utilizado na avaliação das anemias, associado à análise das alterações morfológicas das hemácias, que também pode fornecer subsídios interessantes no reconhecimento de diversos tipos de anemia (Grotto, 2009).

A quantidade de hemoglobina (peso/volume) pode ser utilizada como índice da capacidade de transporte de oxigênio no sangue. O teor total de Hb no sangue depende de dois fatores: da quantidade de eritrócitos e da concentração de Hb nos mesmos. É a média da quantidade de hemácias (em peso), em média, no eritrócito. A HCM é influenciada pelo tamanho dos eritrócitos e pela quantidade de Hb na hemácia.

A avaliação da concentração de hemoglobina (g/dL) é importante pelo seu papel no transporte de oxigênio e por estar diretamente relacionada à anemia. É o teste laboratorial mais útil na triagem de anemia, pois reflete diretamente o status do ferro no organismo (Andrews e Bridges, 1998). Entretanto, quando utilizada como único marcador bioquímico, pode subestimar a prevalência da deficiência de ferro (Camillo *et al.*, 2008).

### **2.2.1 Classificação**

A anemia pode ser classificada segundo critérios morfológicos (aspecto dos eritrócitos), grau ou intensidade e aspectos etiopatológicos (base fisiopatológica). Quanto ao grau ou intensidade, o processo anêmico pode ser classificado em leve, moderado ou grave, geralmente relacionado aos níveis de hemoglobina, valores do hematócrito e sintomas decorrentes. Contudo, a multiplicidade de causas e a amplitude do conceito constituem limitantes para a classificação adequada das anemias (Batista Filho *et al.*, 2008).

A classificação morfológica leva em consideração o diâmetro das hemácias (macrocítica, microcítica e normocítica) e sua concentração em hemoglobina das células (hipocrômica e normocrômica). O tamanho das células é refletido no volume corpuscular médio (VCM): se as células forem menores que o normal, é dito que a anemia é microcítica; se elas têm tamanho normal, normocítica; se são maiores que o tamanho normal, é macrocítica. Quanto aos mecanismos etiopatológicos (etiopatogênicos), a anemia está relacionada à perda de sangue (hemorrágica aguda ou crônica), ao excesso de destruição de eritrócitos (hemolítica) e às deficiências de produção de eritrócitos na medula óssea (hipoproliferativa) primária (carencial e aplástica) ou secundária (De Carvalho *et al.*, 2006).

A classificação funcional de anemia concebida a partir da contagem dos eritrócitos e a morfologia dos glóbulos vermelhos pode ser usada como um guia de leitura dos resultados de determinações clínicas. A presença de eritrócitos em quantidades reduzidas ou normais indica anemia hipoproliferativa ou alteração na maturação dos glóbulos vermelhos. Se a produção de eritrócitos estiver elevada, o mais provável é hemólise (Batista Filho *et al.*, 2008).

### **2.2.2 Panorama da anemia no Brasil e no Mundo**

A tendência da prevalência de anemia acompanha as características socioeconômicas de cada país. Observa-se reduzida prevalência nas crianças em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos em 2000, a prevalência de anemia era de 7% para a faixa etária entre 1 a 2 anos. Estudo Europeu de 1993 apresentou 2,3% para anemia por deficiência de ferro (Braga e Taddei, 2011).

Um estudo, na região Nordeste, com 777 crianças de seis a 59 meses avaliou as áreas metropolitana, urbana (interior) e rural e encontrou 40,9% de anemia. A zona rural apresentou maior prevalência (51,4%) de anemia do que as regiões urbana (35,9%) e metropolitana (39,6%) (Jordão *et al.*, 2009).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) publicados em 2009, avaliando a prevalência de anemia em 3.499 crianças menores de 5 anos de idade, apontaram 20,9% de crianças com hemoglobina < 11g/dl. A maior prevalência foi observada na Região Nordeste com 25,5% das crianças anêmicas, seguida da região Sudeste (22,6%), Sul (21,5%), Centro-Oeste (11%) e a menor na Região Norte com 10,4% (Saúde, 2009). E entre as regiões estas discrepâncias estão relacionadas aos fatores socioeconômicos (Miranda *et al.*, 2003; Brazil, 2004).

A doença afeta 1,62 bilhão de pessoas no mundo, sendo que no Brasil, a anemia apresenta comportamento ascendente, diferentemente da desnutrição e da hipovitaminose A. Estudos apontam prevalências elevadas de anemia em menores de cinco anos em várias regiões do País, chegando a 46,9% em São Paulo, 54% em Criciúma, 46,3% em Salvador, e 40,9% no estado de Pernambuco, onde a prevalência na área rural (51,4%) foi substancialmente mais elevada que na área urbana (37,8%) 1997 (Leal *et al.*, 2011).

Altas prevalências de anemia e suas consequências à saúde das crianças, sobretudo ao crescimento e desenvolvimento, tornam a anemia um importante problema de saúde pública (Leal e Osório, 2010).

Fatores como socioeconômicos, nutricionais, biológicos, ambientais e culturais, demandam ações que englobem aspectos pertinentes e relevantes no contexto da saúde pública (Oliveira *et al.*, 2007; Leal *et al.*, 2011). É sabido, que o ambiente social e econômico em que vive a criança e sua família tem sido reconhecido como importante preditor das condições de saúde e nutrição na infância (Assis *et al.*, 2007).

Um estudo mostrou fatores associados estatisticamente com a anemia na área urbana: renda familiar e escolaridade materna; condição de moradia, bens de consumo, tratamento da água de beber, tipo de esgotamento sanitário e número de crianças menores de cinco anos; idade materna e anemia materna; número de consultas pré-natais; idade da criança (Leal *et al.*, 2011).

A anemia está relacionada à maior morbimortalidade infantil e neonatal. Os efeitos combinados de múltiplas deficiências de vitaminas e minerais durante o período da concepção até dois anos de idade contribuem para o aumento da mortalidade perinatal, redução da capacidade física de trabalho e produtividade, repercutindo negativamente no crescimento econômico de um país (Organization, 2001; Lozoff, 2007).

Outros fatores considerados na etiologia da anemia são as hemoglobinopatias genéticas, malária, infecções, deficiência de outros micronutrientes (vitamina A, folato e B<sub>12</sub>) e a exposição a condições ambientais e socioeconômicas adversas (Organization, 2001).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

- Verificar associação da relação mãe-filho com a ocorrência de anemia em crianças no segundo ano de vida em São Luís.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Estimar a prevalência de anemia na população de estudo;
- Identificar características socioeconômicas e demográficas das mães;
- Examinar a associação das características da criança e presença de anemia no segundo ano de vida;
- Verificar o efeito da relação mãe-filho sobre anemia em crianças no segundo ano de vida.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1. Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo de coorte com dados da pesquisa intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: Coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA”, iniciada em 2010 desenvolvido pela Universidade Federal do Maranhão e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA) e Programa de Apoio a Núcleos de Excelência (PRONEX).

### **4.2. População e amostra**

A pesquisa foi realizada com nascimentos de residentes no município de São Luís distribuídos em 10 unidades de saúde. Participaram da pesquisa todos os hospitais públicos e privados do município que registraram 100 ou mais partos por ano em 2010.

A coorte de nascimento foi realizada de primeiro de janeiro de 2010 à 31 de dezembro de 2010 em todas as maternidades participantes da pesquisa. Nas unidades selecionadas ocorreram 21.401 nascimentos, dos quais foi sorteado 1/3 (7.133). Destes, 5.475 eram residentes no município há pelo menos três meses e, portanto, elegíveis. A amostra final foi de 5.236 puérperas. Após a exclusão de 70 natimortos a amostra final deste estudo foi de 5.166 nascimentos.

O tamanho da amostra para o ano de 2010 foi calculado com base no número de nascimentos hospitalares ocorridos em São Luís no ano de 2007. O tamanho mínimo da amostra foi fixado em 5.000 nascimentos. Com este tamanho de amostra é possível estimar prevalências por volta de 50% com uma precisão de 5% e nível de confiança de 95%.

O seguimento desta coorte foi realizado de abril de 2011 a março de 2013, quando as crianças completaram 1 ano de idade, de 12 a 36 meses. As mães foram convidadas por telefone a comparecerem ao Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), para nova entrevista, coleta de sangue, exame odontológico, avaliação nutricional e avaliação do desenvolvimento neuromotor.

O tamanho da amostra no seguimento do segundo ano de vida da criança, foi de 3308 crianças de 12 e até 36 meses, convidadas a comparecer ao Hospital Universitário Materno Infantil – HUMI (figura 1).

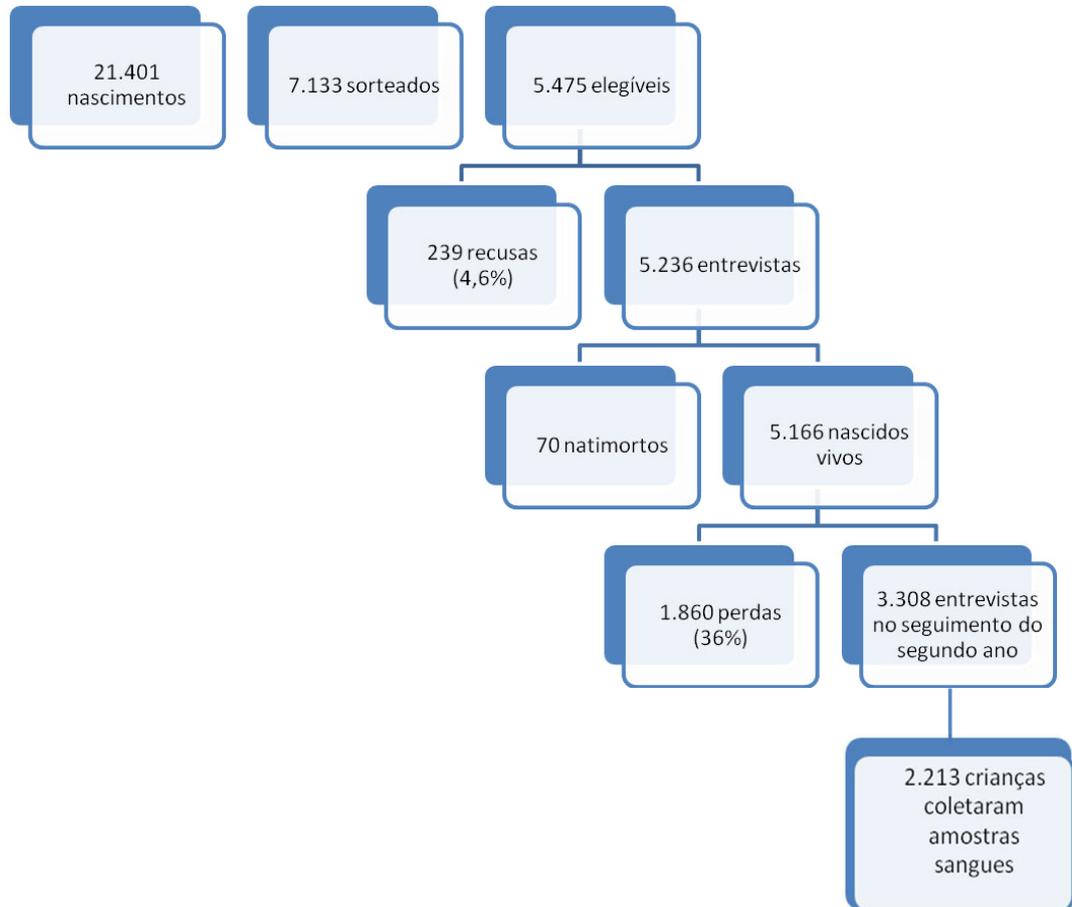


Figura 1: População e amostra de mães e crianças do Projeto Brisa analisadas.

### 4.3. Instrumentos de coleta

Os dados foram coletados por grupos de alunos e graduados da área de saúde devidamente treinados, identificados e uniformizados. Foi realizado estudo piloto com simulação de todas as etapas da pesquisa em todas as unidades hospitalares por 24 horas para checagem e ajustes técnicos.

A verificação dos partos se deu por turnos, normalmente das seis da tarde às seis da manhã, para o primeiro turno, das seis da manhã às seis da tarde, para o segundo turno. Foi estabelecida uma ficha de controle de nascimentos e entrevistas, que continha o número de

ordem do nascimento, nome e endereço da mãe, se era residente ou não no município, data e hora do nascimento, número de fetos, se a entrevista foi realizada (sim ou não), recusa ou alta. As informações sobre o número de partos ocorridos em cada unidade hospitalar eram retiradas do livro de controle de partos da sala de parto e pré-parto pelo entrevistador ou pelo coordenador de grupo de cada unidade hospitalar. Este checava se todos os nascimentos do turno anterior haviam sido registrados e se as mães já haviam sido entrevistadas. O cadastramento dos nascimentos era feito por ordem de ocorrência, a partir da hora do nascimento.

Ao final, houve uma perda de 6% por recusa das mães em serem entrevistadas e por altas precoces resultando em uma amostra total de 5.166 nascimentos selecionados aleatoriamente.

Após as mães serem abordadas, mediante consentimento livre e esclarecido para esta etapa, a entrevista era realizada por meio de um questionário padronizado aplicado às puérperas e um questionário específico com informações sobre os recém-nascidos, que eram divididos em 11 blocos de perguntas para a mãe e 2 blocos de perguntas sobre o recém-nascido.

As entrevistas eram realizadas nas primeiras 24 horas do pós-parto. Após receberem informações detalhadas sobre os objetivos do estudo, caso concordassem em participar, as puérperas assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a entrevista era iniciada, sempre com a leitura das questões pelos entrevistadores a fim de garantir a uniformidade das perguntas. Quando a puérpera recebia alta hospitalar precoce, o entrevistador após localizá-la e entrar em contato com essa, realizava a entrevista no domicílio, o que resultou em algumas perdas no estudo.

Depois de realizada as entrevistas nas unidades hospitalares, as mesmas eram encaminhadas ao Núcleo de Pesquisa, no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) em dias também padronizados para digitação e processamento de dados. Foram realizadas duas digitações simultâneas e independentes para posterior comparação entre os dois bancos no intuito de se corrigir algum erro de digitação. A correção das inconsistências do banco foi realizada à medida que elas eram detectadas pela equipe de pesquisa.

Para dar continuidade ao seguimento, por telefone, as mães foram informadas sobre o propósito e a importância do seu retorno juntamente com a criança e então sua avaliação era agendada. Se não comparecessem no dia agendado, elas eram convidadas

novamente, e uma nova data marcada. Caso ela se recusasse a participar, sua vontade era respeitada.

Quando não foi possível o contato telefônico, um motoboy devidamente identificado com a camiseta do BRISA, realizou a busca ativa destas mães pelo endereço. Ao encontrá-las, o mesmo entregava a elas um panfleto explicativo da pesquisa e solicitava número de telefone para contato, para que então fosse agendada a avaliação.

Mesmo com o contato telefônico e agendamento da avaliação, algumas mães não compareciam ao HUMI, justificando sua ausência pela impossibilidade de sair de casa por terem outros filhos para cuidar e não poder deixá-los com outras pessoas, não poderem faltar ao trabalho, por estarem no puerpério, dentre outros motivos.

Como última estratégia, foram enviadas entrevistadoras à casa, tanto das mães que faltavam à avaliação quanto àqueles que referiram impossibilidade de comparecimento. Nas casas, as mães respondiam aos questionários e ao recordatório alimentar de 24 horas.

No seguimento do 2º ano, o questionário principal desta coorte foi padronizado a fim de avaliar o uso de serviços de saúde, imunizações e ocorrência de doenças. As perguntas são dirigidas aos pais/responsáveis pela criança, após seu consentimento. E as mães respondiam também a um questionário sobre a sua saúde reprodutiva e um questionário autoaplicado, o qual avaliava eventos de vida estressante, vínculo mãe-bebê e depressão pós-parto. Para garantir a homogeneidade na coleta de dados, todos os entrevistadores foram previamente treinados em todas as etapas.

Por fim, a criança era conduzida para coleta de amostras de sangue para realização de hemograma completo. Para esta etapa do projeto compareceram 3.308 crianças e desse total obteve-se 2.213 hemogramas realizados satisfatoriamente. Parte das perdas deveu-se à recusa materna em permitir a coleta de sangue e amostras coaguladas, outra parte devido algumas entrevistas terem sido realizadas no domicílio e mesmo sendo convidadas para as outras avaliações no hospital (como coleta de sangue e aplicação da escala Bayley de desenvolvimento), as mães não compareceram.

Foi coletado sangue das crianças por punção venosa periférica utilizando-se seringas de 10 ml. Da amostra, 1 ml foi depositado em tubo contendo anticoagulante EDTA para realização do hemograma completo, e 8 ml em tubo sem anticoagulante para a obtenção do soro. As coletas foram feitas no período da tarde, com as crianças deitadas em maca e com o auxílio do responsável.

As análises foram realizadas utilizando-se contador hematológico CELL-DYN 3700 ® (Abbott Diagnostics) no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Universitário

Unidade Materno Infantil. Para o diagnóstico, foi adotado o critério da Organização Mundial da Saúde, que considera anemia em crianças de 6 a 59 meses concentração igual e inferior a 11,0 g/dl (Organization, 2011).

Estas amostras foram processadas no Laboratório de Análises Clínicas do HUMI e os resultados desses hemogramas foram enviados ao Núcleo de Pesquisa para digitação, processamento dos dados e arquivamento das cópias de cada hemograma, pois posteriormente estes eram entregues às mães. Quando diagnosticado algum problema nas amostras e ou resultados os pais/responsáveis eram informados por telefone, ao comparecerem ao Núcleo de Pesquisa para realizarem novos exames.

Dados maternos como as informações sobre o pré-natal, número de filhos nascidos vivos e alguns dados da criança como idade gestacional, peso ao nascer, sexo, foram coletados na ocasião do nascimento e dados socioeconômicos como renda familiar, situação conjugal e dados sobre a criança como cor foram captados no seguimento do primeiro ano.

#### **4.4 Variáveis em estudos**

As variáveis em estudo foram coletadas dos seguintes instrumentos: Questionário do Nascimento da Mãe, Questionário Nascimento do Recém-nascido; Questionário Geral do Seguimento do 2º ano da criança e o Questionário de Saúde Mental para obtenção de informações referentes à relação mãe-filho.

Dados socioeconômicos (escolaridade materna, atividade remunerada, renda familiar), demográficos (idade, situação conjugal) e fatores relacionados a criança (peso ao nascer, se recebeu ferro, se teve problema de saúde) foram coletados por entrevistadoras.

A idade da mãe foi categorizada como: até 19 anos, de 20 a 24 anos, 25 anos ou mais; escolaridade da gestante foi categorizada em  $\leq 4$  anos de estudo, de 5 a 8 anos de estudo, de 9 a 11 anos de estudo,  $\geq 12$  anos de estudo; a situação conjugal foi categorizada como com companheiro e sem companheiro; atividade remunerada em sim/não; ocupação da mãe e do chefe da família em sem ocupação, manual não qualificado, manual semiespecializado, manual especializado, funções de escritório, profissional de nível superior e administradores/gerentes/diretores/proprietários; renda familiar mensal em salários mínimos (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00): menor que 1 salário mínimo, de 1 a menos que 3, 3 a menos que 5 e 5 ou mais salários mínimos; classe econômica, de acordo com a categorização da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de

classificação econômica Brasil (ABEP), em (A1, A2, B1 e B2 na categoria A/B; C1 e C2 na categoria C; e D e E na categoria D/E. A categoria A/B, inclui indivíduos com o mais alto nível educacional e possuindo mais bens de consumo, a classe C sendo intermediária, e as classes D e E que tem o menor nível educacional e sendo a classe social mais pobre (ABEP, 2013).

O peso ao nascer da criança foi categorizado em baixo peso (< 2500 g.) ou peso normal (= ou > 2500 g); se a criança recebeu ferro desde que nasceu foi categorizada em sim e não; se a criança apresentou problema de saúde foi categorizado em sim ou não; a idade da criança foi categorizada (em meses): >12 e < 24 meses; = ou > 24 a 36 meses; a criança frequenta creche foi categorizada em sim e não.

Os dados do hemograma foram categorizados da seguinte forma: hemoglobina (hb1) abaixo de <11 g/dl e acima >11 g/dl; hipocromia - concentração de hemoglobina corpuscular média (chcm) categorizada abaixo de <32 g/dl e acima >32 g/dl; hematocrito (ht) abaixo de 35% e acima de 35%; volume corpuscular médio (vcm) abaixo de < 80 fl e acima de 80fl; hemoglobina corpuscular média (hcm) abaixo de < 27 pg e acima de >27pg.

Para as análises utilizando modelagem de equações estruturais, as seguintes variáveis latentes (construtos) foram usadas: situação socioeconômica (SES), relação mãe-filho (RELATION) e anemia, esta última considerada como desfecho.

O construto situação socioeconômica (SES) foi baseado em quatro indicadores: a) educação, medida como anos de estudo da mãe (edu), classificado como até aos 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos e 12 anos ou mais; b) ocupação do chefe de família (occu), classificado como o manual não qualificada, manual não especializada, manual especializada, funções de escritório, profissional de nível superior e administrador / gerente / diretor / proprietário; c) renda familiar mensal em salários mínimos (inc), classificados como menos de 1 salário mínimo nacional (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00), 1 a menos de 3, 3 a menos do que 5, e 5 ou mais; e d) e classe econômica (ceb) como A-B, C, D-E, C, segundo os Critérios de Classificação Econômica Brasil, a partir do instrumento elaborado pela ABEP, sendo as categorias A e B com mais poder de consumo.

O construto relação mãe-filho foi construído a partir dos quatro fatores formados na análise fatorial exploratória utilizando-se o questionário Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ), proposto por (Brockington *et al.*, 2001). É um instrumento de triagem usado em serviços obstétricos e de cuidados primários para detectar problemas na relação

mãe-filho e composto por 25 itens: R1) Sinto-me próxima do meu bebê; R2) Gostaria de voltar ao tempo em que ainda não tinha este bebê; R3) Sinto-me distante do meu bebê; R4) Adoro fazer carinho no meu bebê; R5) Arrependo-me de ter tido este bebê; R6) Este bebê não parece ser meu; R7) O meu bebê me enerva; R8) Amo loucamente o meu bebê; R9) Sinto-me feliz quando meu bebê sorri; R10) O meu bebê me deixa desesperada; R11) Gosto muito de brincar com o meu bebê; R12) O meu bebê chora demais; R13) Sinto-me encurralada como mãe; R14) Sinto-me zangada com o meu bebê; R15) Sinto rancor do meu bebê; R16) O meu bebê é o bebê mais bonito do mundo; R17) Gostaria que meu bebê desaparecesse de alguma forma; R18) Fiz coisas prejudiciais para o meu bebê; R19) O meu bebê me deixa ansiosa; R20) Tenho medo do meu bebê; R21) Meu bebê me irrita; R22) Sinto-me confiante quando cuido do meu bebê; R23) Sinto que a única solução é outra pessoa tomar conta do meu bebê; R24) Tenho vontade de fazer mal ao meu bebê e R25) É fácil consolar o meu bebê.

A escala de resposta foi de tipo Likert com seis pontos cujas respostas possíveis são “sempre”, “com muita frequência”, “muitas vezes”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, variando de 0 (zero) a 5 (cinco). A escala mede a frequência das respostas emocionais e cognitivas da mãe em relação ao seu bebê (Nazaré *et al*, 2011). É um instrumento com alto coeficiente de consistência interna e elevada sensibilidade para identificar disfunções leves e graves nas relações afetivas entre mãe e bebê (Perrelli *et al*, 2014).

Para os itens positivos como “gosto muito de brincar com o meu bebê”, 0 (zero) é “sempre” e 5 (cinco) é “nunca”, enquanto que para os itens negativos como “tenho medo do meu bebê” acontece inversão da pontuação, ou seja, “sempre” passa a ser 5 (cinco) e “nunca” passa a ser 0 (zero). Altas pontuações indicam alterações na relação mãe-filho. A pontuação máxima atingida pelo questionário é de 125 pontos, e altas pontuações indicam alterações na relação mãe-filho (Brockington *et al*, 2006; Siu *et al*, 2010). Para a análise descritiva foi considerado o ponto de corte da escala total, classificando a variável em relação mãe-filho sem prejuízos ( $\leq 25$  pontos) e relação mãe-filho com prejuízos ( $> 25$  pontos).

O construto anemia foi elaborado de acordo com análise do exame hemograma completo feito na criança. Foi observada a hemoglobina (hb); concentração de hemoglobina corpuscular média (chcm); hematócrito (ht); volume corpuscular médio (vcm); hemoglobina corpuscular média (hcm).

#### **4.5. Análise Estatística**

Definiu-se a Relação mãe-filho como a variável de exposição e Anemia na criança como desfecho. As análises estatísticas iniciais referentes às mães, os valores de hemoglobina

das crianças e a construção da variável de ponderação foram realizadas no software STATA® versão 12.0 e a modelagem com equações estruturais no software Mplus versão 7.3.

A modelagem de equações estruturais (SEM), um método estatístico que realiza a análise fatorial confirmatória e, simultaneamente, estima uma série de equações de regressão múltipla para avaliar os efeitos diretos e indiretos das variáveis sobre o resultado (Muthén e Muthén, 2010; Kline, 2015). Testa as hipóteses de relações entre construtos (não observadas) e variáveis observadas, permitindo a análise de um conjunto de equações estruturais (Gosling e Gonçalves, 2003). Os construtos formados reduzem erro de mensuração no processo de estimação (Muthén e Muthén, 2010).

Uma vez que a maioria das variáveis foi declarada como categórica, utilizou-se o estimador de mínimos quadrados ponderados - WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted), empregado para variáveis observadas categóricas e robusto para não normalidade. A parametrização THETA controlou as diferenças de variâncias residuais (Muthén e Muthén, 2010). Este passo foi realizado usando o software Mplus, versão 7.3 (Los Angeles, Califórnia, EUA).

Na análise das estimativas padronizadas para a construção das variáveis latentes, carga fatorial ( $> 0,7$ ) com  $p < 0,05$  foi considerado como indicativo que a correlação entre a variável indicadora e o construto apresentava magnitude moderadamente elevada (Kline, 2015).

Na avaliação da qualidade do ajuste do modelo, foram considerados: a) um p-valor ( $p$ ) maior do que 0,05 para o teste do Qui-quadrado ( $X^2$ ). O índice absoluto  $X^2/g.l.$  também foi adotado, esse realiza o teste de adequação por meio da razão entre o  $X^2$  do modelo e seus graus de liberdade. Considerou-se ajuste aceitável para valores inferiores a cinco; b) um p-valor inferior a 0,05 e um limite superior do intervalo de confiança de 90% inferior a 0,08 para o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA); c) valores superiores a 0,95 para o Índice Comparativo Fit e o Tucker Lewis Index (CFI / TLI) (Wang e Wang, 2012). A utilização do teste  $X^2$  requer alguns cuidados, pois é um teste altamente sensível ao tamanho da amostra, apresentando maior probabilidade de rejeitar a hipótese de que o modelo se ajusta bem aos dados ao se utilizar amostras grandes, mesmo quando o ajustamento é bom (Byrne, 2013).

Para obter sugestões de alterações das hipóteses iniciais, o comando *modindices* foi utilizado. Quando as modificações propostas foram consideradas plausíveis do ponto de

vista teórico, um novo modelo foi elaborado e analisado, caso o valor do índice de modificação fosse superior a 10.000 (Wang e Wang, 2012).

No modelo final foram avaliados efeitos diretos da variável latente e das observadas. Julgou-se haver efeito quando  $p \leq 0,05$ . O modelo hipotético testado está representado na Figura 2.

#### **4.6. Aspectos Éticos**

O projeto atende aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA pelo parecer substanciado nº 223/2009 (ANEXO 5) e do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pelo Ofício nº 4116/2008. As entrevistadas foram convidadas a participar da pesquisa. Ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi facultada a desistência sem qualquer prejuízo para a entrevistada e sua família em qualquer etapa da pesquisa.

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 ARTIGO ORIGINAL**

**RELAÇÃO MAE-FILHO E ANEMIA EM CRIANÇAS DE  
12 A 36 MESES EM SÃO LUIS-MA:  
uma contribuição da Coorte Brisa.**

(submetido à *Jornal de Pediatria*. Fator de impacto 2,062. Qualis B2 para Medicina I)

**RELAÇÃO MAE-FILHO E ANEMIA EM CRIANÇAS DE 12 A 36 MESES  
EM SÃO LUIS-MA: uma contribuição da Coorte Brisa.**

Luciana C Costa<sup>1</sup>  
Vanda M F Simões<sup>2</sup>.  
Livia dos S Rodrigues<sup>3</sup>.  
Marizélia R C Ribeiro<sup>4</sup>.  
Kivania C Pessoa<sup>5</sup>.  
Rosângela F L Batista<sup>2</sup>.

**RESUMO:**

**Objetivo:** Verificar associação entre relação mãe-filho e ocorrência de anemia em crianças de 12 a 36 meses em São Luís.

**Métodos:** Trata-se de um estudo de coorte. Os dados utilizados foram coletados por ocasião do nascimento e no seguimento do segundo ano de vida. A amostra final foi de 5.166 nascimentos da coorte de nascimento e 3308 crianças no seguimento do segundo ano de vida (12 e até 36 meses). Para a investigação de anemia utilizou-se dados de coleta de sangue de 2.213 crianças. Para analisar os efeitos da relação mãe-filho sobre a ocorrência de anemia em crianças de 12 a 36 meses, foi utilizado modelagem por equações estruturais.

**Resultados:** A prevalência de anemia em crianças de 12 a 36 meses foi de 24,0%. O modelo proposto mostrou bom ajuste e não houve sugestões plausíveis de modificação (RMSEA=0,019; CFI=0,965; TLI=0,961). A relação mãe-filho não mostrou efeito na ocorrência de anemia na criança (CF= 0,031; p=0,377).

**Conclusão:** O estudo confirma a alta prevalência da anemia, ressaltando a magnitude do problema entre as crianças que vivem em uma capital do Nordeste brasileiro, porém parece não haver associação entre relação mãe-filho e ocorrência de anemia nessa faixa etária.

**Palavras-chave:** Anemia; Relação mãe-filho; Criança.

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

<sup>2</sup>Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Departamento de Saúde Pública – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

<sup>3</sup>Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública – Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

<sup>4</sup> Docente do Departamento de Medicina III, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil.

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva– Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

## INTRODUÇÃO

A maternidade faz parte do ciclo vital e permite uma transição de identidade. É uma fase de profundas alterações no âmbito social, psicológico e físico da mulher<sup>1</sup>. Contudo, essa adaptação, ao papel materno, pode gerar dificuldades em algumas mulheres devido à falta de conhecimento quanto às especificidades e importância da função materna. Sob o aspecto cultural, o papel materno remete às ações esperadas em que a mãe saiba realizá-las em relação a seu filho<sup>2,3</sup>.

O bebê nasce extremamente frágil e dependente, implicando na necessidade de cuidados, indispensáveis para a sua sobrevivência. Um ambiente familiar estável que ofereça segurança, proteção, afeto e promova o bem-estar de seus membros é fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança<sup>4</sup>. Pela convivência diária, aumenta o conhecimento da mãe sobre a situação do filho, proporcionando e tendo uma visão mais apurada com relação aos aspectos clínicos e emocionais apresentados pela criança, assim como passam a conhecer suas reações e necessidades<sup>5</sup>.

É importante que nessa relação mãe-filho haja um clima emocional que favoreça o desenvolvimento, pois, nesse período, o cuidado e o amor materno são essenciais para a formação da criança e, possivelmente, deve ter uma importância muito maior do que em qualquer época da vida<sup>6</sup>.

O período compreendido entre a concepção e os dois anos consiste numa fase crítica do desenvolvimento, tornando a criança vulnerável à anemia<sup>7</sup>, doença afeta populações tanto de países desenvolvidos como de países em desenvolvimento<sup>8</sup>.

A anemia é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado em que a concentração de hemoglobina do sangue é anormalmente baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem dessa carência<sup>9,10</sup>

Estima-se que 47,4% das crianças menores de cinco anos tenham anemia no mundo comportando-se como uma endemia de caráter cosmopolita<sup>11</sup>.

O diagnóstico da anemia pode ser feito pela avaliação dos níveis de hemoglobina, que são estabelecidos por faixas etárias. Para crianças de 6 meses a 59 meses, anemia é definida como concentração de hemoglobina menor que 11g/dL, para as de 60 meses a 11 anos, a concentração da hemoglobina menor que 11,5g/dL<sup>12</sup>.

Entendendo-se a importância de um bom relacionamento da criança com o meio social e familiar, especialmente a relação da mãe com seu filho, oferecendo-lhe estímulos

capazes de promover boas condições de saúde na infância, este estudo se propôs a verificar se existe associação entre relação mãe-filho prejudicada e ocorrência de anemia em crianças.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte com dados da pesquisa intitulada “Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e consequências dos fatores perinatais na saúde da criança: Coortes de nascimentos em duas cidades brasileiras - BRISA”, iniciada em 2010 desenvolvido pela Universidade Federal do Maranhão e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

A coorte de nascimento foi realizada de primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 2010 em todas as maternidades participantes da pesquisa. Nas unidades selecionadas ocorreram 21.401 nascimentos, dos quais foi sorteado 1/3 (7.133). Destes, 5.475 eram residentes no município há pelo menos três meses e, portanto, elegíveis. A amostra final foi de 5.236 puérperas. Após a exclusão de 70 natimortos a amostra final deste estudo foi de 5.166 nascimentos.

O seguimento desta coorte foi realizado de abril de 2011 a março de 2013, quando as crianças estavam na idade, de 12 a 36 meses, com amostra de 3308 indivíduos. Após coleta dos dados socioeconômicos (escolaridade materna, atividade remunerada, renda familiar), demográficos (idade, situação conjugal) e fatores relacionados a criança (peso ao nascer, se recebeu ferro, se teve problema de saúde), a criança era conduzida para coleta de amostras de sangue para realização de hemograma completo. Das 3.308 crianças que compareceram ao seguimento, obteve-se 2.213 hemogramas realizados satisfatoriamente.

Os dados do hemograma foram categorizados da seguinte forma: hemoglobina (hb1) abaixo de <11 g/dl e acima >11 g/dl; hipocromia - concentração de hemoglobina corpuscular média categorizada abaixo de <32 g/dl e acima >32 g/dl; hematócrito abaixo de 35% e acima de 35%; volume corpuscular médio abaixo de < 80 fl e acima de 80fl; hemoglobina corpuscular média abaixo de < 27 pg e acima de >27pg.

Para as análises utilizando modelagem de equações estruturais, as seguintes variáveis latentes (construtos) foram usadas: situação socioeconômica (SES), relação mãe-filho (RELATION) e anemia, esta última considerada como desfecho.

O construto situação socioeconômica (SES) foi baseado em quatro indicadores: a) educação, medida como anos de estudo da mãe (edu), classificado como até aos 4 anos, 5 a 8 anos, 9 a 11 anos e 12 anos ou mais; b) ocupação do chefe de família (occu), classificado

como o manual não qualificada, manual não especializada, manual especializada, funções de escritório, profissional de nível superior e administrador / gerente / diretor / proprietário; c) renda familiar mensal em salários mínimos (inc), classificados como menos de 1 salário mínimo nacional (SM - em 2010 o salário mínimo nacional era R\$510,00), 1 a menos de 3, 3 a menos do que 5, e 5 ou mais; e d) e classe econômica (ceb) como A-B, C, D-E, C, segundo os Critérios de Classificação Econômica Brasil, sendo as categorias A e B com mais poder de consumo.

O construto relação mãe-filho foi construído a partir dos quatro fatores formados na análise fatorial exploratória utilizando-se o Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)<sup>13</sup>. O instrumento é composto por 25 itens: R1) Sinto-me próxima do meu bebê; R2) Gostaria de voltar ao tempo em que ainda não tinha este bebê; R3) Sinto-me distante do meu bebê; R4) Adoro fazer carinho no meu bebê; R5) Arrependo-me de ter tido este bebê; R6) Este bebê não parece ser meu; R7) O meu bebê me enerva; R8) Amo loucamente o meu bebê; R9) Sinto-me feliz quando meu bebê sorri; R10) O meu bebê me deixa desesperada; R11) Gosto muito de brincar com o meu bebê; R12) O meu bebê chora demais; R13) Sinto-me encurralada como mãe; R14) Sinto-me zangada com o meu bebê; R15) Sinto rancor do meu bebê; R16) O meu bebê é o bebê mais bonito do mundo; R17) Gostaria que meu bebê desaparecesse de alguma forma; R18) Fiz coisas prejudiciais para o meu bebê; R19) O meu bebê me deixa ansiosa; R20) Tenho medo do meu bebê; R21) Meu bebê me irrita; R22) Sinto-me confiante quando cuido do meu bebê; R23) Sinto que a única solução é outra pessoa tomar conta do meu bebê; R24) Tenho vontade de fazer mal ao meu bebê e R25) É fácil consolar o meu bebê.

A escala de resposta foi de tipo Likert com seis pontos cujas respostas possíveis são “sempre”, “com muita frequência”, “muitas vezes”, “às vezes”, “raramente” e “nunca”, variando de 0 (zero) a 5 (cinco). A escala mede a frequência das respostas emocionais e cognitivas da mãe em relação ao seu bebê<sup>14</sup>.

Para os itens positivos como “gosto muito de brincar com o meu bebê”, 0 (zero) é “sempre” e 5 (cinco) é “nunca”, enquanto que para os itens negativos como “tenho medo do meu bebê” acontece inversão da pontuação, ou seja, “sempre” passa a ser 5 (cinco) e “nunca” passa a ser 0 (zero). Altas pontuações indicam alterações na relação mãe-filho. A pontuação máxima atingida pelo questionário é de 125 pontos, e altas pontuações indicam alterações na relação mãe-filho<sup>13,15</sup>. Para a análise descritiva foi considerado o ponto de corte da escala total, classificando a variável em relação mãe-filho sem prejuízos ( $\leq 25$  pontos) e relação mãe-filho com prejuízos ( $> 25$  pontos).

O construto anemia foi elaborado de acordo com análise do exame hemograma completo feito na criança. Foi observada a hemoglobina (hb); concentração de hemoglobina corpuscular media (chem); hematócrito (ht); volume corpuscular médio (vcem); hemoglobina corpuscular média (hcm).

As análises estatísticas iniciais referentes às mães, os valores de hemoglobina das crianças e a construção da variável de ponderação foram realizadas no software STATA® versão 12.0 e a modelagem com equações estruturais no software Mplus versão 7.3.

A modelagem de equações estruturais (SEM), um método estatístico que realiza a análise fatorial confirmatória e, simultaneamente, estima uma série de equações de regressão múltipla para avaliar os efeitos diretos e indiretos das variáveis sobre o resultado<sup>16, 17</sup>.

Na análise das estimativas padronizadas para a construção das variáveis latentes, carga fatorial ( $> 0,7$ ) com  $p < 0,05$  foi considerado como indicativo que a correlação entre a variável indicadora e o construto apresentava magnitude moderadamente elevada<sup>17</sup>.

No modelo final foram avaliados efeitos diretos da variável latente e das observadas. Julgou-se haver efeito quando  $p \leq 0,05$ . O modelo hipotético testado está representado na Figura 1.

O projeto atende aos critérios da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA pelo parecer substanciado nº 223/2009 e do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto pelo Ofício nº 4116/2008

## RESULTADOS

A prevalência de anemia em crianças de 12 a 36 meses na cidade de São Luís foi de 24,0%. Na amostra de 3308 mães, a maioria estava com idade entre 20 e 34 anos (73,5%), apresentava de 9 a 11 anos de estudo (62,6%), eram mulheres com cor de pele não branca (82,2%) e pertencia à classe econômica “C” (57,4%). O maior percentual estava desempregada (66,2 %), residia com companheiro (80,6%). (Tabela 1).

Crianças de 12 a 24 meses tiveram uma prevalência de anemia de 24,7%. Entre as crianças não brancas encontrou-se uma taxa de 25,7% de anêmicos. Crianças com problemas de saúde nos últimos quinze dias tiveram 28,9% de anemia e aquelas com baixo peso ao nascimento uma taxa de 18,4% (Tabela 2).

O modelo inicial teve bom ajuste pela maioria das medidas utilizadas, com bons indicadores (RMSEA=0,019; CI 0,018-0,020; CFI=0,965; TLI=0,961,  $\chi^2=0,3174$ ; e WRMR=1,515).

As cargas fatoriais dos construtos “SES”, “RELATION” e “ANEMIA” foram consideradas significantes ( $p < 0,05$ ). O ideal é que todas as cargas fatoriais padronizadas sejam significantes e maiores do que 0,70 (validade convergente), ou seja, elas têm que apresentar alta correlação (cargas maiores do que 0,70). Isto indica que os indicadores convergem para o mesmo construto, ou seja, estão medindo a mesma coisa. Neste caso, as variáveis indicadoras do “SES” medem bem esse construto, pois todas apresentaram cargas fatoriais maiores que 0,70. Já a carga fatorial de ocupação da mãe “OCCU” não mede bem o construto foi abaixo de 0,70 (Tabela 3).

Na tabela 4 será interpretando os resultados da parte estrutural do modelo, observou-se que a relação mãe-filho não apresentou efeito direto na ocorrência de anemia na criança (CF =0,031 e  $p=0,377$ ).

Porém, o estudo mostrou efeitos importantes, como: mães em situação socioeconômica favorável (CF= 0,249 e  $p < 0,001$ ) e que tiveram anemia gestacional (CF= 0,123 e  $p < 0,001$ ), seus filhos não apresentaram ocorrência de anemia. As crianças que apresentaram anemia no estudo nasceram de baixo peso (CF= -0,369 e  $p < 0,005$ ).

A prematuridade não apresentou efeito direto na ocorrência de anemia (CF= 0,225 e  $p = 0,057$ ). Porém, seu efeito indireto (CF= 0,032 e  $p=0,005$ ) ocorreu via peso ao nascer (CF= -0,294 e  $p=0,005$ ).

A situação conjugal não apresentou efeito direto na ocorrência de anemia (CF = -0,078 e  $p = 0,058$ ). Porém, seu efeito indireto (CF= 0,032 e  $p=0,034$ ) ocorreu via planejamento da gestação e anemia gestacional (CF = 0,004 e  $p=0,006$ ).

Mulheres em situação socioeconômica favorável (CF= 0,168 e  $p < 0,001$ ), casadas (CF = 0,145 e  $p < 0,001$ ) e que planejaram a gestação (CF = 0,100 e  $p < 0,001$ ) apresentaram uma boa relação com o filho.

O peso ao nascer teve efeito direto na suplementação de ferro (CF = -0,403 e  $p < 0,001$ ). O nascimento pré-termo teve efeito direto no peso ao nascer (CF= 0,797 e  $p < 0,001$ ).

## DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi identificar se a relação mãe-filho prejudicada contribui significativamente para a ocorrência de anemia, ou seja, quanto da prevalência de anemia poderia ser justificada pela relação mãe-filho. Considerando esses resultados, pode-se afirmar que não houve associação entre relação mãe-filho prejudicada e a ocorrência de anemia nas crianças, sugerindo que existem outros determinantes na presente população que contribuem de maneira mais efetiva para o desenvolvimento da anemia.

No estudo a frequência de anemia em crianças de 12 a 36 meses foi de 24%, demonstrando que as crianças até essa faixa etária, estão expostas a altas prevalência de anemia, caracterizando um grande problema de saúde pública. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS, realizada em 2006, o percentual geral encontrado foi de 26,6% na região norte e nordeste <sup>18</sup>.

A relação mãe-filho prejudicada não apresentou efeito direto na ocorrência de anemia na criança. O estudo mostrou que mães que tiveram boa relação com os filhos, as crianças não apresentaram anemia. Resultado corroborado com estudos de Winnicott, concluiu que, para que a criança possa se desenvolver bem, nos seus primeiros momentos de vida, necessita apenas de uma “mãe suficientemente boa” <sup>19-21</sup>. Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, capazes de promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento.

Mulheres em situação socioeconômica favorável, casadas e que planejaram a gestação apresentaram uma boa relação com o filho. Leal e colaboradores <sup>22</sup> afirmam que a educação dos pais é considerada como fator socioeconômico importante nos cuidados da saúde das crianças. A maior escolaridade materna oferece maior chance de emprego, conseqüentemente maior renda familiar, o que favorece melhores serviços de saúde e aquisição dos alimentos<sup>23</sup>, assim diminui as chances dos filhos de terem anemia.

Neste estudo, mulheres que tiveram anemia na gestação, os seus filhos não tiveram anemia. Apesar de parecer simples, definir anemia na gestação é complexo e multifatorial, uma vez que é necessário verificar as circunstâncias fisiológicas especiais de cada uma das fases da gestação, fatores genéticos, nutricionais e individuais de cada mulher <sup>24, 25</sup>. Segundo estimativas, 56% das gestantes em países em desenvolvimento são anêmicas, enquanto nos países industrializados essa média diminui para 18%<sup>26</sup>.

Sabe-se a deficiência de ferro na gestação constitui um fator de risco para o parto pré-termo e para o baixo peso do recém-nato. A associação estatística entre crianças que apresentaram anemia e baixo peso ao nascer, aqui encontrada, pode ser resultado de fatores relacionados ao período gestacional.

Em estudos populacionais, o baixo peso ao nascer e a anemia e a anemia estão sempre relacionados, pois o peso ao nascer é um fator muito importante na determinação da anemia e, quando ocorre um crescimento mais acelerado, a anemia se instala. A anemia é, ao lado da desnutrição, uma deficiência de suma importância durante a gravidez, pela elevada prevalência com que ocorre e, especialmente, pelos efeitos prejudiciais a ela associados <sup>32</sup>.

O nascimento pré-termo apresentou efeito indireto na anemia via peso ao nascer. Isso ocorre, por que os nascidos pré-termo se enquadram como um grupo de maior chance de anemia, tanto pela baixa idade gestacional como pelo baixo peso ao nascer.

Além do mais, crianças nascidas pré-termo apresentam maior risco de desenvolver anemia pelo fato do ferro ser acumulado principalmente durante o terceiro trimestre de gestação <sup>28</sup>. Nos últimos anos, o avanço das novas tecnologias e o desenvolvimento de novas medicações vem aumentando a proporção de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer. Com isso, aumenta-se a prevalência de doenças que são mais frequentes entre os pré-termos, dentre as quais se destaca a anemia da prematuridade <sup>29</sup>.

O peso ao nascer teve efeito direto na suplementação de ferro. O que chama atenção no estudo é que crianças que não nasceram de baixo peso tiveram suplementação de ferro reduzida até os 36 meses de vida. No Brasil, as deficiências de ferro e vitamina A são as carências de micronutrientes mais observadas, representando um problema de saúde pública <sup>30</sup>.

A hipótese inicial não foi confirmada, uma vez que não houve associação, na amostra estudada, entre relação mãe-filho prejudicada e a ocorrência de anemia. Sabe-se que o processo da interação mãe-filho é influenciado por uma multiplicidade de fatores. E que esse processo é essencial para proporcionar boas condições de saúde na infância.

Os pontos fortes deste estudo estão no fato de ser um estudo de coorte com um tamanho amostral satisfatório, e análise por meio de modelagem por equações estruturais, a qual permitiu examinar simultaneamente diversas relações de dependência e interrelação de várias variáveis e constructos. Como limitações pode-se pontuar as perdas pelas dificuldades que as mães demonstraram de comparecer ao seguimento.

## REFERENCIAS

- 1.Simas FB, Souza LV, Scorsolini-Comin F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. *Psicologia: teoria e prática* 2013; 15:19-34.
- 2.Zagonel IPS, Martins M, Pereira KF, Athayde J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2006; 5.
- 3.Alves AM, Gonçalves CdSF, Martins MA, da Silva ST, Auwerter TC, Zagonel IPS. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. *Cogitare enfermagem* 2007; 12.
- 4.Altafim ERP, Rodrigues OMPR. Relacionamento mãe-bebê: estratégias utilizadas na educação e cuidados dos filhos. *Revista Movimenta ISSN* 2013; 6:2013.
- 5.Furtado M, Lima R. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para o cuidado de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003; 11:444-52.
- 6.Simões FIW. A desafetação no olhar da psicanálise: a função materna e a relação mãe-bebe. 2012.
- 7.Zuffo CRK, Osório MM, Taconeli CA, Schmidt ST, Silva BHCd, Almeida CCB. Prevalence and risk factors of anemia in children. *Jornal de pediatria* 2016; 92:353-60.
- 8.Assunção MCF, dos Santos IdS, de Barros AJD, Gigante DP, Victora CG. Anemia em menores de seis anos: estudo de base populacional em Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41:328-35.
- 9.Jordão RE, Bernardi JLD, Barros Filho AdA. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria* 2009.
- 10.Castro TGd, Silva-Nunes M, Conde WL, Muniz PT, Cardoso MA. Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública* 2011; 27:131-42.
- 11.de Oliveira TdSC, da Silva MC, Santos JN, da Silva Rocha D, Alves CRL, Capanema FD, et al. Anemia entre pré-escolares—um problema de saúde pública em Belo Horizonte, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19.
- 12.Organization WH. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. 2011.
- 13.Brockington I, Fraser C, Wilson D. The postpartum bonding questionnaire: a validation. *Archives of women's mental health* 2006; 9:233-42.
- 14.Nazaré B, Fonseca A, Canavarro MC. Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação

Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos; 2011: Sociedade Portuguesa de Psicologia; 2011. p. 1961-73.

15. Siu BW-M, Ip P, Chow HM-T, Kwok SS-P, Li O-L, Koo M-L, et al. Impairment of mother-infant relationship: validation of the Chinese version of Postpartum Bonding Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease* 2010; 198:174-9.

16. Muthén LK, Muthén BO. *Mplus User's Guide: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide*: Muthén & Muthén; 2010.

17. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications; 2015.

18. Braga JA, Vitalle MSS. Iron deficiency in infants and children. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia* 2010; 32:38-44.

19. Figueiredo B, Marques A, Costa RA, Pacheco AP, Pais A. Bonding: escala para avaliar o desenvolvimento emocional dos pais com o bebé. 2005.

20. Souza JAd. A formação do vínculo afetivo: a questão do apego. *Revista Técnica IPEP, São Paulo* 2005; 5:81-98.

21. Martins CFdS. Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebé; 2012.

22. Leal LP, Osório MM. Fatores associados à ocorrência de anemia em crianças menores de seis anos: uma revisão sistemática dos estudos populacionais. *Rev bras saúde matern infant* 2010:417-39.

23. da Silva Baptista Arpini L, Correa MM, Ferreira DM. ESTADO NUTRICIONAL E PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM CRIANÇAS MENORES DE 36 MESES. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2014; 27.

24. Graves BW, Barger MK. A “conservative” approach to iron supplementation during pregnancy. *Journal of Midwifery & Women’s Health* 2001; 46:159-66.

25. Goonewardene M, Shehata M, Hamad A. Anaemia in pregnancy. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 2012; 26:3-24.

26. Choudhury N, Aimone A, Hyder SZ, Zlotkin SH. Relative Efficacy of Micronutrient Powders versus Iron—Folic Acid Tablets in Controlling Anemia in Women in the Second Trimester of Pregnancy. *Food and nutrition bulletin* 2012; 33:142-9.

27. Uchimura TT, Szarfarc SC, Maria RdO, Uchimura NS, de Souza SB. Anemia e peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37:397-403.

28. Rao R, Georgieff MK. Iron therapy for preterm infants. *Clinics in perinatology* 2009; 36:27-42.

29. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual of neonatal care: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
30. Miglioli TC, Fonseca VM, Gomes Junior SC, Lira PICd, Batista Filho M. Deficiência de Vitamina A em mães e filhos no Estado de Pernambuco. 2013.

## TABELAS

**Tabela 1** – Características socioeconômica, estilo de vida e morbidade das mães. São Luís, MA, 2010-2011.

VARIÁVEIS	N	%
<b>Idade materna</b>		
≤ 20 anos	599	18,1
20-34 anos	2431	73,5
≥ 35 anos	278	8,4
<b>Anemia Gestacional</b>		
Sim	2453	47,2
Não	2746	52,8
<b>Escolaridade materna</b>		
12 anos ou mais	462	13,9
9 - 11 anos	2070	62,6
5 - 8 anos	668	20,2
0 - 4 anos	104	3,1
<b>Situação conjugal materna</b>		
Com companheiro	2667	80,6
Sem companheiro	641	19,4
<b>Relação mãe-filho</b>		
Boa relação	2809	88,6
Relação Prejudicada	363	11,4
<b>CEB</b>		
A / B	553	17,6
C	1797	57,4
D / E	786	25,0

\* Foram excluídos da análise os valores ignorados

**Tabela 2** Prevalência de anemia segundo características da criança de 12 a 36 meses. São Luís, MA, 2010-2011.

VARIÁVEIS	ANEMIA				N	P
	NÃO		SIM			
	N	n %	N	n%		
<b>Idade criança (meses)</b>						0,001
≥ 12 – <=24 meses	1558	75,3	512	24,7	2070	
>24 - 36 meses	106	89,1	13	10,9	119	
<b>Prematuridade</b>						0,123
Sim	207	80,0	52	20,0	259	
Não	1473	75,6	476	24,4	1949	
<b>Problema de Saúde</b>						0,014
Não	1390	77,1	414	22,9	1804	
Sim	274	71,1	111	28,9	385	
<b>Peso ao nascer</b>						0,085
< 2.500 g	133	81,6	30	18,4	163	
≥ 2.500 g	1547	75,6	499	24,4	2046	
<b>Suplementação Ferro</b>						0,017
Sim	1009	77,9	286	22,1	1295	
Não	648	73,4	234	26,6	882	

\* Foram excluídos da análise os valores ignorados

**Tabela 3:** Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor dos construtos finais de RELAÇÃO MÃE-FILHO, SES e ANEMIA, da Modelagem com Equações Estruturais. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017.

Construtos	Coeficiente Padronizado	Erro padrão	p-valor
relation <sup>a</sup> by <sup>b</sup> f1 <sup>c</sup>	0,951	0,034	<0,001
relation by f2	0,708	0,021	<0,001
relation by f3	0,953	0,018	<0,001
relation by f4	0,777	0,016	<0,001
ses <sup>d</sup> by ceb <sup>e</sup>	0,886	0,009	<0,001
ses by inc <sup>f</sup>	0,808	0,010	<0,001
ses by edumae <sup>g</sup>	0,717	0,011	<0,001
ses by occu <sup>h</sup>	0,624	0,011	<0,001
anemia <sup>i</sup> by volume <sup>j</sup>	0,976	0,009	<0,001
anemia by corpusc <sup>k</sup>	0,941	0,011	<0,001
anemia by hb1 <sup>l</sup>	0,922	0,017	<0,001
anemia by ht <sup>m</sup>	0,885	0,013	<0,001

<sup>a</sup>RELATION: relação mãe-filho, <sup>b</sup>BY: comando do Mplus para obter variável latente; <sup>c</sup>F1 a F4: fatores formados na análise fatorial exploratória utilizando-se o questionário Postpartum Bonding Questionnaire. <sup>d</sup>SES: situação socioeconômica; <sup>e</sup>ceb: classe econômica; <sup>f</sup>inc: renda familiar; <sup>g</sup>edumae: escolaridade gestante; <sup>h</sup>occu: ocupação do chefe da família; <sup>i</sup>ANEMIA: anemia em criança; <sup>j</sup>volume: volume corpuscular médio (vcM); <sup>k</sup>corpusc: hemoglobina corpuscular média (hcm); <sup>l</sup>hb1: hemoglobina; <sup>m</sup>ht: hematocrito.

**Tabela 4:** Coeficiente padronizado, erro padrão e p-valor dos caminhos e estimativas, da Modelagem com Equações Estruturais. São Luís, Maranhão, Brasil, 2017.

<b>Caminhos e Estimativas</b>	<b>Coefficiente Padronizado</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>p-valor</b>
anemia <sup>a</sup> ON <sup>b</sup> relation <sup>c</sup>	0,031	0,035	0,377
anemia ON ses <sup>d</sup>	0,249	0,033	<0,001
anemia ON pesonas <sup>e</sup>	-0,369	0,131	0,005
anemia ON ang <sup>f</sup>	0,123	0,031	<0,001
anemia ON pt <sup>g</sup>			
Total <sup>h</sup>	-0,060	0,039	0,126
Direto <sup>i</sup>	0,225	0,118	0,057
Indireto <sup>j</sup>	0,032	0,015	0,005
ANEMIA to <sup>k</sup> PT via <sup>l</sup> PESONAS	-0,294	0,106	0,005
anemia ON sitcon <sup>m</sup>			
Total	-0,046	0,035	0,190
Direto	-0,078	0,041	0,058
Indireto	0,032	0,015	0,034
ANEMIA to SITCON via PLANGEST <sup>n</sup> via ANG	0,004	0,001	0,006
relation ON ses	0,168	0,028	<0,001
relation ON sitcon	0,145	0,037	<0,001
relation ON plangest	0,100	0,032	0,002
ferro <sup>o</sup> ON pesonas	-0,403	0,113	<0,001
ferro ON ses	0,222	0,028	<0,001
ferro ON pt	0,223	0,108	0,039
plangest ON sitcon	0,342	0,026	<0,001
pesonas ON pt	0,797	0,017	<0,001
acom <sup>p</sup> ON relação	0,095	0,044	0,030
ang ON ses	0,196	0,020	<0,001
sitcon ON ses	0,192	0,022	<0,001
plangest ON ses	0,123	0,021	<0,001

anemia<sup>a</sup>: anemia em criança; ON<sup>b</sup>: comando do Mplus para estimar coeficientes de caminho; relation<sup>c</sup>: relação mãe-filho; ses<sup>d</sup>: situação socioeconômica; pesonas<sup>e</sup>: peso do nascimento da criança; ang<sup>f</sup>: anemia na gestação; pt<sup>g</sup>: prematuridade; total<sup>h</sup>: efeito total; direto<sup>i</sup>: efeito direto; indireto<sup>j</sup>:efeito indireto; to<sup>k</sup>: para; via<sup>l</sup>: caminho; sitcon<sup>m</sup>:situação conjugal; plangest<sup>n</sup>: planejamento da gestação; ferro<sup>o</sup>: suplementação de ferro; acomp<sup>p</sup>: acompanhar o desenvolvimento da criança.

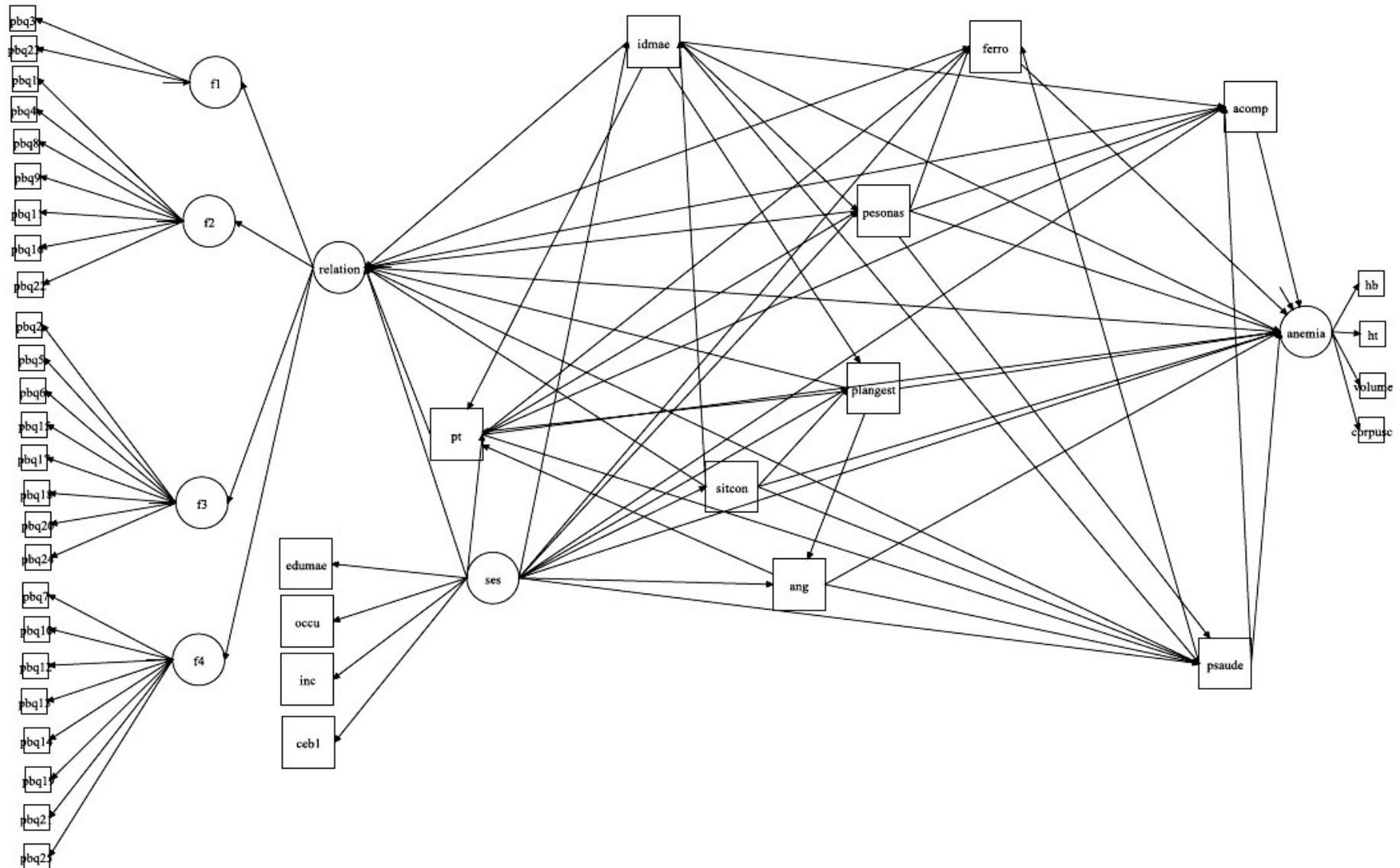


Figura 1: Modelo teórico dos efeitos da relação mãe-filho na ocorrência de anemia na criança da coorte BRISA. São Luís – MA, 2010-2013.

<sup>a</sup>SES: situação socioeconômica, <sup>b</sup>BY: comando do Mplus para obter variável latente; <sup>c</sup>occu: ocupação do chefe da família; <sup>d</sup>edu: escolaridade gestante; <sup>e</sup>ceb: classe econômica; <sup>f</sup>inc: renda familiar; <sup>g</sup>MATERNO: cuidado materno; <sup>h</sup>vacina: vacina da criança adequada a idade (em meses); <sup>i</sup>bucal: higiene bucal; <sup>j</sup>ferro: tomou sulfato ferroso; <sup>k</sup>creche: frequenta creche; <sup>l</sup>ANEMIA: anemia; <sup>m</sup>hb1: hemoglobina; <sup>n</sup>hipocro: concentração de hemoglobina corpuscular média (hcm); <sup>o</sup>ht: hematócrito; <sup>p</sup>volume: volume corpuscular médio (vc); <sup>q</sup>corpusc: hemoglobina corpuscular média (hcm); <sup>r</sup>ON: comando do Mplus para estimar coeficientes de caminho; <sup>s</sup>sitcon: situação conjugal; <sup>t</sup>ativrem: atividade remunerada; <sup>u</sup>idmae: idade materna; <sup>v</sup>pesonas: peso do nascimento da criança; <sup>x</sup>psaude: problema de saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese inicial não foi confirmada, uma vez que não houve associação, na amostra estudada, entre relação mãe-filho e a ocorrência de anemia. Sabe-se que o processo da interação mãe-filho é influenciado por uma multiplicidade de fatores. E que esse processo é essencial para proporcionar boas condições de saúde na infância. A relação mãe-filho tem sido considerada de fundamental importância para o desenvolvimento global da criança. Apesar disso, as consequências da anemia sobre o binômio mãe-filho não estão bem esclarecidos na literatura, sendo este um ponto negativo para o estudo.

O estudo confirma a alta prevalência da anemia, ressaltando a magnitude do problema entre as crianças que vivem em uma capital do Nordeste brasileiro. A anemia é um problema global de saúde pública com consequências importantes para a saúde humana e resulta de causas isoladas ou múltiplas que atuam concomitantemente e influenciam a saúde da criança.

Os pontos fortes deste estudo estão no fato de ser um estudo de coorte com um tamanho amostral satisfatório, e análise por meio de modelagem por equações estruturais, a qual permitiu examinar simultaneamente diversas relações de dependência e interrelação de várias variáveis e constructos. Como limitações pode-se pontuar as perdas pelas dificuldades que as mães demonstraram de comparecer ao seguimento.

**REFERENCIAS**

AGGETT, P. J. et al. Iron metabolism and requirements in early childhood: do we know enough?: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 34, n. 4, p. 337-345, 2002. ISSN 0277-2116.

AKRAMIPOUR, R.; REZAEI, M.; RAHIMI, Z. Prevalence of iron deficiency anemia among adolescent schoolgirls from Kermanshah, Western Iran. **Hematology**, v. 13, n. 6, p. 352-355, 2008. ISSN 1024-5332.

ALTAFIM, E. R. P.; RODRIGUES, O. M. P. R. Relacionamento mãe-bebê: estratégias utilizadas na educação e cuidados dos filhos. **Revista Movimenta ISSN**, v. 6, n. 3, p. 2013, 2013. ISSN 1984-4298.

ALVES, A. M. et al. A enfermagem e puérperas primigestas: desvendando o processo de transição ao papel materno. **Cogitare enfermagem**, v. 12, n. 4, 2007. ISSN 2176-9133.

AMARANTE, M. K. et al. Anemia Ferropriva: uma visão atualizada. **Biosaúde**, v. 17, n. 1, p. 34-45, 2016. ISSN 1517-9664.

ANDREWS, N. C.; BRIDGES, K. Disorders of iron metabolism and sideroblastic anemia. **Nathan and Oski's hematology of infancy and childhood**, v. 1, p. 423-61, 1998.

ASSIS, A. M. D. O. et al. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste brasileiro. 2007. ISSN 0102-311X.

ASSUNÇÃO, M. C. F. et al. Anemia em menores de seis anos: estudo de base populacional em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 328-335, 2007. ISSN 1518-8787.

AZEREDO, C. M. et al. Greater effectiveness of daily iron supplementation scheme in infants. **Revista de saude publica**, v. 44, n. 2, p. 230-239, 2010. ISSN 0034-8910.

BARBOSA, F. A. et al. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbaroi**, n. 33, p. 28-49, 2010. ISSN 0104-6578.

BATISTA FILHO, M. et al. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira Anemia and obesity: a paradox of the nutritional transition in Brazil. **Cad. saúde pública**, v. 24, n. Sup 2, p. S247-S257, 2008.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Aspectos psicossociais da parentalidade: o papel de homens e mulheres na família nuclear. **Psicologia Argumento**, v. 29, n. 64, p. 31-39, 2011.

BRAGA, J.; TADDEI, J. Anemias carenciais. **Nutrição em saúde pública. Rio de Janeiro: Rubio**, p. 197-209, 2011.

BRAGA, J. A.; VITALLE, M. S. S. Iron deficiency in infants and children. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, p. 38-44, 2010. ISSN 1516-8484.

BRAZIL, S. Prevalência e fatores associados à ocorrência de anemia entre menores de seis anos de idade em Pelotas, RS. **Rev. bras. epidemiol**, v. 7, n. 4, p. 403-15, 2004.

BROCKINGTON, I. F. et al. A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. **Archives of Women's Mental Health**, v. 3, n. 4, p. 133-140, 2001/03/01 2001. ISSN 1434-1816. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1007/s007370170010> >.

BROCKINGTON, I. F.; FRASER, C.; WILSON, D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. **Arch Womens Ment Health**, v. 9, p. 233-242, 2006.

BYRNE, B. M. **Structural equation modeling with Mplus: Basic concepts, applications, and programming**. Routledge, 2013. ISBN 1136663460.

CAMILLO, C. C. et al. Anemia ferropriva e estado nutricional de crianças de creches de Guaxupé. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 2, p. 154-9, 2008.

CAMPBELL, S. B. **Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues**. Guilford Press, 2006. ISBN 1593853777.

CASTRO, T. G. D. et al. Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 131-142, 2011. ISSN 0102-311X.

CHOUDHURY, N. et al. Relative Efficacy of Micronutrient Powders versus Iron—Folic Acid Tablets in Controlling Anemia in Women in the Second Trimester of Pregnancy. **Food and nutrition bulletin**, v. 33, n. 2, p. 142-149, 2012. ISSN 0379-5721.

CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual of neonatal care**. Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN 0781769841.

DA SILVA BAPTISTA ARPINI, L.; CORREA, M. M.; FERREIRA, D. M. ESTADO NUTRICIONAL E PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM CRIANÇAS MENORES DE 36 MESES. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 27, n. 1, 2014. ISSN 1806-1222.

DE CARVALHO, M. C.; BARACAT, E. C. E.; SGARBIERI, V. C. Anemia ferropriva e anemia de doença crônica: distúrbios do metabolismo de ferro. **Segurança alimentar e nutricional**, v. 13, n. 2, p. 54-63, 2006. ISSN 2316-297X.

DE OLIVEIRA, T. D. S. C. et al. Anemia entre pré-escolares—um problema de saúde pública em Belo Horizonte, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, 2014. ISSN 1413-8123.

ESTEVES, C. M.; ANTON, M. C.; PICCININI, C. A. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. **Psicologia Clínica**, v. 23, n. 2, p. 75-99, 2011. ISSN 0103-5665.

FARIAS JÚNIOR, G. D.; OSÓRIO, M. M. Padrão alimentar de crianças menores de cinco anos. **Revista de Nutrição**, 2005. ISSN 1415-5273.

FARIA, E R.; PICCININI, C. A. Representações maternas no contexto do HIV: gestação ao segundo ano da criança. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 4, p. 625-637, 2016.

FIGUEIREDO, B. et al. Bonding: escala para avaliar o desenvolvimento emocional dos pais com o bebê. 2005. ISSN 0871-4657.

FLORES, M. R. et al. Associação entre indicadores de risco ao desenvolvimento infantil e estado emocional materno. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 2, p. 348-360, 2012.

FURTADO, M.; LIMA, R. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para o cuidado de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 444-52, 2003.

GAIA<sup>1</sup>, L. D. S. G.; ZULIAN<sup>1</sup>, M. A. R. A importância da relação mãe-bebê no processo de desenvolvimento infantil. 2010.

GAILLARD, R. et al. Risk Factors and Consequences of Maternal Anaemia and Elevated Haemoglobin Levels during Pregnancy: a Population- Based Prospective Cohort Study. **Paediatric and perinatal epidemiology**, v. 28, n. 3, p. 213-226, 2014. ISSN 1365-3016.

GOONEWARDENE, M.; SHEHATA, M.; HAMAD, A. Anaemia in pregnancy. **Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology**, v. 26, n. 1, p. 3-24, 2012. ISSN 1521-6934.

GOSLING, M.; GONÇALVES, C. A. Modelagem por Equações Estruturais: conceitos e aplicações. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 2, n. 2, 2003. ISSN 1984-6975.

GRAÇA, L. C. C. D. Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno: um estudo quasi-experimental. 2010.

GRAVES, B. W.; BARGER, M. K. A “conservative” approach to iron supplementation during pregnancy. **Journal of Midwifery & Women’s Health**, v. 46, n. 3, p. 159-166, 2001. ISSN 1542-2011.

GROTTO, H. Z. O hemograma: importância para a interpretação da biópsia. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, 2009. ISSN 1516-8484.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. D. A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, 2009. ISSN 0103-0582.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. Guilford publications, 2015. ISBN 1462523358.

LEAL, L. P. et al. Prevalência da anemia e fatores associados em crianças de seis a 59 meses de Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 457-466, 2011. ISSN 1518-8787.

LEAL, L. P.; OSÓRIO, M. M. Fatores associados à ocorrência de anemia em crianças menores de seis anos: uma revisão sistemática dos estudos populacionais. **Rev. bras. saúde matern. infant**, p. 417-439, 2010.

LOZOFF, B. Iron deficiency and child development. **Food and nutrition bulletin**, v. 28, n. 4\_suppl4, p. S560-S571, 2007. ISSN 0379-5721.

MÄDER, C. et al. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno-fetal. **Rev paul pediatr**, v. 5, p. 236-40, 2002.

MARTINS, C. F. D. S. **Impacto da idade materna na relação que a mãe estabelece com o seu bebê**. 2012.

MENDES, A. P. D.; GALDEANO, L. E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 5, n. 3, p. 363-371, 2008. ISSN 1984-7513.

MIGLIOLI, T. C. et al. Deficiência de Vitamina A em mães e filhos no Estado de Pernambuco. 2013. ISSN 1678-4561.

MIRANDA, A. D. S. et al. Anemia ferropriva e estado nutricional de crianças com idade de 12 a 60 meses do município de Viçosa, MG. **Rev. nutr**, p. 163-169, 2003.

MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 62-72, 2000. ISSN 0034-8910.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. 2011.

MUTHÉN, L. K.; MUTHÉN, B. O. **Mplus User's Guide: Statistical Analysis with Latent Variables: User's Guide**. Muthén & Muthén, 2010.

NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. Interpretação Laboratorial do Hemograma. **São José do Rio Preto**, v. 405, 2008.

NASCIMENTO, C. L. et al. Características psicológicas de mães de crianças desnutridas e a relação com o vínculo mãe/filho. **Rev Br Nutr Clín**, v. 18, n. 3, p. 101-5, 2003.

NAZARÉ, B.; FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. **Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária**. Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (p. 1961-1973). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia, 2011.

OLIVEIRA, M. A.; OSÓRIO, M. M.; RAPOSO, M. C. Fatores socioeconômicos e dietéticos de risco para a anemia em crianças de 6 a 59 meses de idade. **J Pediatr**, p. 39-46, 2007.

ORGANIZATION, W. H. Iron Deficiency Anemia: Assessment, Prevention, and Control—A Guide for Programme Managers. **Geneva: WHO**, v. 8, p. 6-59, 2001.

\_\_\_\_\_. Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. 2011.

OSÓRIO, M. M. Fatores determinantes da anemia em crianças. **J pediatr**, v. 78, n. 4, p. 269-78, 2002.

PERRELLI J.G.A.; ZAMBALDI C. F.; CANTILINO A.; SOUGEY EB (2014) Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. **Revista Paulista de Pediatria** 32 (3):257-265

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 223-232, 2004.

POMMÉ, E. L. O vínculo mãe bebê: primeiros contatos e a importância do holding. 2008.

RAO, R.; GEORGIEFF, M. K. Iron therapy for preterm infants. **Clinics in perinatology**, v. 36, n. 1, p. 27-42, 2009. ISSN 0095-5108.

SANTOS, J. N. et al. Fatores favoráveis à recuperação do quadro clínico de crianças anêmicas: um estudo exploratório. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 4, p. 617-627, 2011. ISSN 1516-1846.

SAÚDE, M. D. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher-PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**: Ministério da Saúde Brasília 2009.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. D. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 19, n. 43, p. 211-220, 2009. ISSN 0103-863X.

SHAH, M. D.; SHAH, S. R. Nutrient deficiencies in the premature infant. **Pediatric Clinics of North America**, v. 56, n. 5, p. 1069-1083, 2009. ISSN 0031-3955.

SILVA, L. R. D. et al. A importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento infantil: a atuação da enfermagem materno-infantil. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, n. 4, p. 606-612, 2006.

SIMAS, F. B.; SOUZA, L. V.; SCORSOLINI-COMIN, F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e multíparas. **Psicología: teoría e práctica**, v. 15, n. 1, p. 19-34, 2013. ISSN 1516-3687.

SIMÕES, F. I. W. A desafetação no olhar da psicanálise: a função materna e a relação mãe-bebe. 2012.

SIU, B. W. M. et al. Impairment of Mother-Infant Relationship: Validation of the Chinese Version of Postpartum Bonding Questionnaire. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 198, n. 3, 2010.

SOUZA, J. A. D. A formação do vínculo afetivo: a questão do apego. **Revista Técnica IPEP, São Paulo**, v. 5, n. 1/2, p. 81-98, 2005.

SPADA, P. V. Vínculo mãe/filho de mães de crianças com excesso de peso e eutróficas. 2007.

STOLTZFUS, R. J. Iron deficiency: global prevalence and consequences. **Food and nutrition bulletin**, v. 24, n. 4 suppl2, p. S99-S103, 2003. ISSN 0379-5721.

UCHIMURA, T. T. et al. Anemia e peso ao nascer. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 397-403, 2003. ISSN 1518-8787.

VIEIRA, R. C. D. S.; FERREIRA, H. D. S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. **Rev. nutr**, p. 433-444, 2010.

WANG, J.; WANG, X. **Structural equation modeling: Applications using Mplus**. John Wiley & Sons, 2012. ISBN 1118356306.

ZAGO, M. A. **Hematologia: fundamentos e prática**. Atheneu, 2001. ISBN 8573793686.

ZAGONEL, I. P. S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, 2006. ISSN 1518-1944.

ZUFFO, C. R. K. et al. Prevalence and risk factors of anemia in children. **Jornal de pediatria**, v. 92, n. 4, p. 353-360, 2016. ISSN 0021-7557.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**NOME DA PESQUISA:** FATORES ETIOLÓGICOS DO NASCIMENTO PRÉ-TERMO E CONSEQUÊNCIAS DOS FATORES PERINATAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA: COORTES DE NASCIMENTO EM DUAS CIDADES BRASILEIRAS.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Prof. Dr. Antônio Augusto Moura da Silva

**TELEFONES PARA CONTATO:** (98) 3301-9681

**PATROCINADOR FINANCEIRO DA PESQUISA:** FAPESP, CNPQ e FAPEMA.

#### OBJETIVOS DA PESQUISA:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e estamos realizando uma pesquisa para entender o que faz os bebês nascerem antes do tempo (prematurados). Essa pesquisa está sendo realizada em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, e em São Luís, estado do Maranhão. Para isso, precisamos de algumas informações tanto de

bebês nascidos antes do tempo como de bebês nascidos no tempo normal, para comparação. Convidamos você a participar desta pesquisa e pedimos que autorize a participação do seu bebê.

Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre a pesquisa. Se concordar em participar e permitir que seu bebê participe da pesquisa, você deverá assinar este formulário.

Antes de conhecer a pesquisa, é importante saber o seguinte:

- Você e seu bebê estão participando voluntariamente. Não é obrigatório participar da pesquisa.
  - Você pode decidir não participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.
- Esta pesquisa está sendo conduzida com mulheres que derem à luz nos hospitais das duas cidades, Ribeirão Preto e São Luís, para avaliar como o seu modo de vida e sua saúde durante a gravidez e as condições durante o parto influenciam as condições do nascimento.

#### O QUE DEVO FAZER PARA EU E MEU BEBÊ PARTICIPARMOS DESTA PESQUISA?

Após o parto, quando você estiver se sentindo disposta, você responderá a um questionário sobre as condições do parto, além de perguntas sobre hábitos e condições de vida. Também coletaremos uma amostra da saliva do seu bebê para realizar exame para detecção de citomegalovírus com um cotonete que será colocado durante alguns segundos embaixo da língua da criança até esse ficar molhado. O exame informará se o seu bebê foi

contaminado e desenvolveu proteção contra esse vírus. A infecção por esse vírus, na maior parte das vezes, não causa sintomas no bebê, mas em algumas situações pode afetar a audição.

### **QUAIS SÃO OS RISCOS DA PESQUISA?**

Os profissionais que realizarão as entrevistas e os exames são treinados para as tarefas.

### **HÁ VANTAGENS EM PARTICIPAR DESTA PESQUISA?**

Conhecer os fatores que podem favorecer o nascimento antes do tempo poderá ajudar você, em futuras gestações, ou outras pessoas que possam vir a ter risco de parto prematuro.

Também será possível detectar se seu bebê foi infectado pelo citomegalovírus na gestação e o acompanhamento ao longo da vida poderá detectar precocemente problemas relacionados com essa infecção. Outros problemas que forem eventualmente detectados ao nascimento serão encaminhados para tratamento.

Além disso, a sua participação vai nos ajudar a entender alguns problemas de saúde que poderão ser prevenidos no futuro. Quando este estudo acabar, os resultados serão discutidos com outros pesquisadores e divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento.

### **E A CONFIDENCIALIDADE?**

Os registros referentes a você e ao bebê permanecerão confidenciais. Você e o bebê serão identificados por um código e suas informações pessoais não serão divulgadas sem sua expressa autorização. Além disso, no caso de publicação deste estudo, não serão utilizados seus nomes ou qualquer dado que os identifiquem.

As pessoas que podem examinar seus registros são: o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e a equipe de pesquisadores e os monitores da pesquisa.

### **O QUE FAÇO EM CASO DE DÚVIDAS OU PROBLEMAS?**

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, entre em contato com: Dr. Antônio Augusto Moura da Silva ou Dr. Raimundo Antonio da Silva nos telefones (98) 3301-9681 ou no endereço Rua Barão de Itapary, 155 Centro – São Luís (MA).

Para obter informações sobre seus direitos e os direitos de seu bebê como objeto de pesquisa, entre em contato com o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 2109-1250 ou no Hospital Universitário (HUUFMA) Rua Barão de Itapary, 227 - 4º andar, Centro – São Luís (MA).

Se você entendeu a explicação e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, assine abaixo. Uma via ficará com você e a outra com o pesquisador responsável. Agradecemos muito a sua colaboração.

**PÁGINA DE ASSINATURAS**

Nome do voluntário:

---

Assinatura do voluntário:

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do Pesquisador:

---

Assinatura do pesquisador:

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da Testemunha:

---

Assinatura da Testemunha:

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

*Parecer Nº223/2009*

Pesquisador (a) Responsável: **Antônio Augusto Moura da Silva**

Equipe executora: **Antônio Augusto Moura da Silva, marco Antonio Barbieri, Heloisa Bettiol, Fernando Lamy Filho, Liberata Campos Coimbra, Maria Teresa Seabra S.B. e Alves, Raimundo Antonio da Silva, Valdinar Sousa Ribeiro, Vania Maria de Farias Aragão, Wellington da Silva Mendes, Zeni Carvalho Lamy, Mari Ada Conceição Saraiva, Alcione Miranda dos Santos, Arlene de Jesus Mendes Caldas, Cecilia Claudia Costa Ribeiro, Silma Regina P. Martins, Flávia Raquel F. Nascimento, Marília da Gloria Martins, Virginia P.L. Ferriani, Marisa Márcia M. Pinhata, Jacqueline P. Monteiro José S. Camelo Junior, Carlos Eduardo, Martinelli Júnior, Sonir Roberto R. Antonini e Aparecida Yulie Yamamoto**

Tipo de Pesquisa: **Projeto Temático**

Registro do CEP: **350/08** Processo **4771/2008-30**

Instituição onde será desenvolvido: Hospital Universitário, Maternidade Marly Sarney, Clínica São Marcos, Maternidade Benedito Leite, Maternidade Maria do Amparo, Santa Casa de Misericórdia do Maranhão, Maternidade Nazira Assub, Clínica São José e Clínica Luiza Coelho.

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **20.03.08** o processo Nº. **4771/2008-30**, referente ao projeto de pesquisa: **"Fatores etiológicos do nascimento pré-termo e conseqüências dos fatores perinatais na saúde de criança: coortes de nascimento em duas cidades brasileiras"**, tendo como pesquisadora responsável **Antônio Augusto Moura da Silva**, cujo objetivo geral é **"Investigar novos fatores na etiologia da prematuridade, utilizando-se abordagem integrada e colaborativa em duas cidades brasileiras numa coorte de conveniência, iniciada no pré-natal"**.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à

---

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão  
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 2109-1250  
E-mail cep@huufma.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

São Luis, 08 de abril de 2009.

  
Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Hospital Universitário da UFMA

*Ethica homini habitat est*

## ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA DO NASCIMENTO



### QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - MÃE

#### BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

**1A. Número de identificação:** \_\_\_\_\_

1ª casela: 1 Ribeirão Preto

2 São Luís

2ª casela: 1 Pré-natal

2 Nascimento

3 1º ano

3ª casela: M. Avaliação no pré-natal

A. Avaliação no nascimento RN 1

B. Avaliação no nascimento RN 2

C. Avaliação no nascimento RN 3

D. Avaliação no nascimento RN 4

4ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe

QC. Questionário do RN

SC. Saliva da criança

CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

NUMERO

**2A. Cidade:**

1.  Ribeirão Preto

2.  São Luís

CIDADE

**3A. Coorte**

1.  Iniciada no Pré-natal

2.  Iniciada no Nascimento

COORTE

**4A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

DATAENT

**Entrevistador (a) :** \_\_\_\_\_

**5A. Hospital de Nascimento:**

SAO LUIS	RIBEIRAO PRETO
1. <input type="checkbox"/> HU Materno- Infantil	12. <input type="checkbox"/> Hospital das Clínicas
2. <input type="checkbox"/> Benedito Leite	13. <input type="checkbox"/> Hospital Ribeirão
3. <input type="checkbox"/> Marly Sarney	14. <input type="checkbox"/> Hospital São Lucas
4. <input type="checkbox"/> Santa Casa	15. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Lydia
5. <input type="checkbox"/> Maria do Amparo	16. <input type="checkbox"/> Hospital Santa Casa
6. <input type="checkbox"/> N Sra. da Penha	17. <input type="checkbox"/> Mater
7. <input type="checkbox"/> Clínica São Marcos	18. <input type="checkbox"/> H. Sinhá Junqueira
8. <input type="checkbox"/> Clínica Luiza Coelho	19. <input type="checkbox"/> Hospital São Paulo
9. <input type="checkbox"/> Hospital S Domingos	
10. <input type="checkbox"/> Hospital Aliança	
11. <input type="checkbox"/> Clínica São José	

HOSPITAL

6A. Nome completo da mãe do RN (não abreviar):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOMEMAE

7A. Data de nascimento da mãe do RN (DD/MM/AAAA):

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

DNMAE

8A. Idade da mãe do RN \_\_

99.  Não sabe

IDAEMA

9A. Qual a idade do pai do bebê? \_\_

99.  Não sabe

IDADEPAI

### BLOCO B – DADOS DE CONTATO

1B. Qual o seu endereço completo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Outro telefone: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

2B. Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: \_\_\_\_\_

Parentesco/Amizade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nome da pessoa: \_\_\_\_\_

Parentesco/Amizade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

3B. A sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

4B. Se a sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**BLOCO C – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS**

1C. A sra. sabe ler e escrever?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

LERMAE

2C. A sra. frequenta ou frequentou escola?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 6C**  
 9.  Não sabe

ESCOLMAE

3C. A sra. ainda estuda ?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

MAEESTUDA

4C. Qual foi o último curso que a sra frequentou ou frequenta?

1.  Alfabetização de jovens e adultos  
 2.  Ensino fundamental ou 1o grau  
 3.  Ensino médio ou 2o grau  
 4.  Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6C**  
 5.  Superior graduação completo **Passe para a questão 6C**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CURSOMAE

5C. Até que série a sra. frequentou ou ainda frequenta?

1.  Primeira  
 2.  Segunda  
 3.  Terceira  
 4.  Quarta  
 5.  Quinta  
 6.  Sexta  
 7.  Sétima  
 8.  Oitava  
 88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

SERIEMAE

6C. Qual a cor da sua pele?

1.  branca  
 2.  preta/negra  
 3.  parda/mulata/cabocla/morena  
 4.  amarelo/oriental  
 5.  indígena  
 9.  não sabe

CORMAE

7C. Qual a situação conjugal atual da sra.?

1.  Casada  
 2.  União consensual (Mora junto)  
 3.  Solteira  
 4.  Separada/desquitada/divorciada  
 5.  Viúva  
 9.  Não sabe

SITCONMAE

8C. Quantas pessoas vivem atualmente na casa onde a sra. mora? (Considere apenas as pessoas que estão morando na casa há pelo menos 3 meses, e que não são temporários, como um tio que está temporariamente vivendo com a sra. por menos de 3 meses ou visitantes). \_\_ \_\_

99.  Não sabe

PESSOAS

9C. A sra. mora atualmente com o marido ou companheiro?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

MORACOMP

10C. A sra. mora atualmente com filhos (biológicos ou não)?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 12C**  
 9.  Não sabe

MORAFILHO

11C. Caso sim, com quantos filhos? \_\_ \_\_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTFILHOS

12C. A sra. mora atualmente com outros familiares?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 14C**  
 9.  Não sabe

MORAFAM

13C. Caso sim, com quantos familiares? \_\_ \_\_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTFAM

14C. A sra. mora atualmente com outras pessoas que não são familiares?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 16C**  
 9.  Não sabe

MORANFAM

15C. Caso sim, com quantos não familiares? \_\_ \_\_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTNFAM

16C. A sra. tem alguma religião ou culto?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

TEMRELIG

17C. Caso tenha alguma religião, qual é a sua religião?

1.  Católica
2.  Evangélica. Ex: Batista, Assembléia de Deus, Bethesda, Universal, Adventista, Testemunha de Jeová, Luterana.
3.  Espírita/Kardecista
4.  Umbanda/Candomblé
5.  Judaica
6.  Orientais. Ex: Budista
7.  Outra, Qual? \_\_\_\_\_
88.  Não se aplica
99.  Não sabe

RELIGIAO

18C. A sra. exerce alguma atividade remunerada dentro ou fora de casa?

1.  Sim
2.  Não **Passa para a questão 26C**
9.  Não sabe

ATIVREM

**CASO NÃO TENHA ALGUMA ATIVIDADE REMUNERADA OU NÃO SAIBA, PASSE PARA A QUESTÃO 26C**

19C. Qual a sua ocupação ( o que faz atualmente no trabalho)?

88.  Não se aplica
99.  Não sabe

OCUPMAE

20C. Qual a sua relação de trabalho?

1.  Trabalha por conta própria
2.  Assalariado ou empregado
3.  Dono de empresa-empregador
4.  Faz bico
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

RELACAO

21C. Quantos dias por semana a sra. trabalhava com remuneração durante a gestação? \_

8.  Não se aplica
9.  Não sabe

DIATRAB

22C. Nos dias de trabalho remunerado durante a gestação, quantas horas por dia a sra. trabalhava? \_ \_

88.  Não se aplica
99.  Não sabe

HORATRAB

23C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que ficar em pé a maior parte do tempo?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

TRABPE

24C. Durante o seu trabalho, a sra. tinha que levantar coisas pesadas?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

LEVPESO

25C. Há quantas semanas atrás a sra. parou de trabalhar? \_\_\_

00.  menos de 1 semana  
 88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

PAROUTRAB

26C. Na sua casa, quem faz o trabalho de casa para sua família?

1.  A sra. faz todo trabalho  
 2.  A sra. faz parte do trabalho  
 3.  Outra pessoa  
 9.  Não sabe

TRABCASA

27C. Quem é a pessoa da família com maior renda atualmente? (considerar chefe da família aquele de maior renda)

1.  A entrevistada **Passe para a questão 36C**  
 2.  Companheiro  
 3.  Mãe  
 4.  Pai  
 5.  Avó  
 6.  Avô  
 7.  Madrasta  
 8.  Padrasto  
 9.  Tia  
 10.  Tio  
 11.  Irmã  
 12.  Irmão  
 13.  Outro \_\_\_\_\_  
 99.  Não sabe

CHEFE

28C. Qual o sexo da pessoa da família com maior renda?

1.  Masculino  
 2.  Feminino  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

SEXOCHEFE

29C. Qual a idade da pessoa da família com maior renda (anos completos)? \_\_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

IDCHEFE

30C. Essa pessoa sabe ler e escrever?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

LERCHEFE

31C. Essa pessoa frequenta ou frequentou escola?

1.  Sim  
 2.  Não **Passa para a questão 34C**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

ESSCHEFE

32C. Qual foi o último curso que essa pessoa frequentou ou frequenta?

1.  Alfabetização de jovens e adultos  
 2.  Ensino fundamental ou 1º grau  
 3.  Ensino médio ou 2º grau  
 4.  Superior graduação incompleto **Passa para a questão 34C**  
 5.  Superior graduação completo **Passa para a questão 34C**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CURSOCHEFE

33C. Qual a série que essa pessoa frequenta ou até que série frequentou?

1.  Primeira  
 2.  Segunda  
 3.  Terceira  
 4.  Quarta  
 5.  Quinta  
 6.  Sexta  
 7.  Sétima  
 8.  Oitava  
 88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

SERIECHEFE

34C. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) a pessoa com a maior renda da família? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

OCUPCHEFE

35C. Qual a relação de trabalho do chefe da família?

1.  Trabalha por conta própria

2.  Assalariado ou empregado

3.  Dono de empresa-empregador

4.  Faz bico

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

RELCHefe

36C. No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.

2ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.

3ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.

4ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.

5ª pessoa R\$ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.

A família tem outra renda? \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.

Renda total R\$ \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_.

99999.  Não sabe

RENDAF

Quantos itens abaixo a família possui? (circule a resposta)

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou mais

37C. Televisão em cores	0	1	2	3	4
-------------------------	---	---	---	---	---

TELEVISAO

38C. Rádio	0	1	2	3	4
------------	---	---	---	---	---

RADIO

39C. Banheiro	0	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---

BANHEIRO

40C. Automóvel	0	4	7	9	9
----------------	---	---	---	---	---

AUTOMOVEL

41C. Empregada mensalista	0	3	4	4	4
---------------------------	---	---	---	---	---

EMPREGADA

42C. Máquina de lavar	0	2	2	2	2
-----------------------	---	---	---	---	---

MAQLAVAR

43C. Videocassete ou DVD	0	2	2	2	2
--------------------------	---	---	---	---	---

DVD

44C. Geladeira	0	4	4	4	4
----------------	---	---	---	---	---

GELADEIRA

45C. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

FREEZER

**46C. Grau de Instrução da pessoa com maior renda**

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8

INSTRUCAO

**BLOCO D – HÁBITOS DE VIDA****Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de bebida alcoólica.**

1D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 14D**  
 9.  Não sabe

CERVEJA

2D. Durante a gravidez, a sra. tomou cerveja nos três primeiros meses de gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 6D**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CERVEJA1T

3D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

DIACERV1T

4D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_ \_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTCERV1T

5D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)  
 2.  Lata (350ml)  
 3.  Garrafa pequena (300ml) – long neck  
 4.  Garrafa (600-720ml)  
 5.  Outro  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

TIPOCERV1T

6D. Durante a gravidez a sra tomou cerveja dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 10D**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CERVEJA2T

7D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

DIACERV2T

8D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_ \_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTCERV2T

9D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)  
 2.  Lata (350ml)  
 3.  Garrafa pequena (300ml) – long neck  
 4.  Garrafa (600-720ml)  
 5.  Outro  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

TIPOCERV2T

10D. Durante a gravidez a sra. tomou cerveja dos 7 meses ao final da gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 14D**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CERVEJA3T

11D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

DIACERV3T

12D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_ \_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTCERV3T

13D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)  
 2.  Lata (350ml)  
 3.  Garrafa pequena (300ml) – long neck  
 4.  Garrafa (600-720ml)  
 5.  Outro  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

TIPOCERV3T

14D. Durante a gravidez a sra tomou vinho?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 27D**  
 9.  Não sabe

VINHO

15D. Durante a gravidez a sra tomou vinho nos três primeiros meses de gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 19D**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

VINHO1T

16D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

DIAVINHO1T

17D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_ \_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTVINHO1T

18D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)  
 2.  Cálice ou taça (400 ml)  
 3.  Garrafa pequena (300ml)  
 4.  Garrafa (600-720ml)  
 5.  Outro  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

TIPOVINHO1T

19D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 23D**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

VINHO2T

20D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

DIAVINHO2T

21D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_ \_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

QTVINHO2T

22D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)
2.  Cálice ou taça (400 ml)
3.  Garrafa pequena (300ml)
4.  Garrafa (600-720ml)
5.  Outro
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

TIPOVINHO2T

23D. Durante a gravidez a sra. tomou vinho dos 7 meses ao final da gravidez?

1.  Sim
2.  Não **Passe para a questão 27D**
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

VINHO3T

24D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica
9.  Não sabe

DIAVINHO3T

25D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_ \_

88.  Não se aplica
99.  Não sabe

QTVINHO3T

26D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)
2.  Cálice ou taça (400 ml)
3.  Garrafa pequena (300ml)
4.  Garrafa (600-720ml)
5.  Outro
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

TIPOVINHO3T

27D. Durante a gravidez a sra. tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum?

1.  Sim
2.  Não **Passe para a questão 40D**
9.  Não sabe

DEST

28D. Durante a gravidez a sra. Tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum nos primeiros meses de gravidez?

1.  Sim
2.  Não **Passe para a questão 32D**
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

DEST1T

29D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica
9.  Não sabe

DIATEST1T

30D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_\_ \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTDEST1T

31D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)

2.  Cálice, taça (400 ml)

3.  Martelo, copo de pinga (100ml)

4.  Lata (350ml) retirar

5.  Garrafa pequena (300ml)

6.  Garrafa (600-720ml)

7.  Outro

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

TIPODEST1T

32D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 4 aos 6 meses de gravidez?

1.  Sim

2.  Não **Passe para a questão 36D**

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

DEST2T

33D. Quantos dias por semana? \_

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

DIATEST2T

34D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) \_\_ \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTDEST2T

35D. Qual o tipo de vasilha?

1.  Copo comum (200ml)

2.  Cálice, taça (400 ml)

3.  Martelo, copo de pinga (100ml)

4.  Lata (350ml)

5.  Garrafa pequena (300ml)

6.  Garrafa (600-720ml)

7.  Outro

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

TIPODEST2T

36D. Durante a gravidez a sra tomou algum outro tipo de bebida como uisque, vodka, gim, rum dos 7 meses ao final da gravidez?

1.  Sim

2.  Não **Passe para a questão 40D**

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

DEST3T

37D. Quantos dias por semana? _		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	DIATEST3T	<input type="checkbox"/>
38D. Quanto tomava por dia (número de vasilhas) __		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTDEST3T	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39D. Qual o tipo de vasilha?		
1. <input type="checkbox"/> Copo comum (200ml)		
2. <input type="checkbox"/> Cálice, taça (400 ml)		
3. <input type="checkbox"/> Martelo, copo de pinga (100ml)		
4. <input type="checkbox"/> Lata (350ml)		
5. <input type="checkbox"/> Garrafa pequena (300ml)		
6. <input type="checkbox"/> Garrafa (600-720ml)		
7. <input type="checkbox"/> Outro		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TIPODEST3T	<input type="checkbox"/>

**Agora vamos conversar um pouco sobre o hábito de fumar.**

40D. A sra. tem ou teve o hábito de fumar cigarros?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não <b>Passe para a questão 51D</b>		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	HABITOFUMO	<input type="checkbox"/>
41D. Com que idade a sra. começou a fumar cigarros? ___		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	IDADEFUMO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42D. Se a sra. parou de fumar, com que idade parou? ___		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica ou ainda fuma		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	IDADEPAROU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43D. Se a sra. parou, quantos cigarros por dia em média a sra. costumava fumar? ___		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica ou ainda fuma		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	NCIGPAROU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44D. No período de 6 meses antes desta gravidez a sra. fumava?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMOANTES	<input type="checkbox"/>
45D. A sra. fumou durante esta gravidez?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não <b>Passe para questão 51D</b>		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMOGRAV	<input type="checkbox"/>

---

46D. A sra. fumou do 1º ao 3º mês de gestação?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMO1T	<input type="checkbox"/>
47D. A sra. fumou do 4º ao 6º mês de gestação?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMO2T	<input type="checkbox"/>
48D. A sra. fumou do 7º mês de gestação até o final?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMO3T	<input type="checkbox"/>
49D. Durante a gravidez a sra. fumava todos os dias?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMODIA	<input type="checkbox"/>
50D. Quantos cigarros a sra. fumava por dia? ____		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTFUMO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51D. A sra. convive em casa com outras pessoas que fumam?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não <b>Passe para a questão 54D</b>		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMOCASA	<input type="checkbox"/>
52D. Quantas pessoas que residem com a sra. fumam? _		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTFUMCASA	<input type="checkbox"/>
53D. Estas pessoas fumam perto da sra. em sua casa?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMOPERTO	<input type="checkbox"/>
54D. E no trabalho, as pessoas fumam perto da sra.?		
1. <input type="checkbox"/> Sim		
2. <input type="checkbox"/> Não		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	FUMOTRAB	<input type="checkbox"/>
55D. Caso a sra. tenha ficado próxima a pessoas que fumam, quantas horas por dia fica perto de fumantes?		
1. <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora por dia	HORASFUMO	<input type="checkbox"/>

2.  Mais de 1 hora por dia  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

**Agora vamos conversar um pouco sobre o consumo de café.**

56D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana durante a gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 1E**  
 9.  Não sabe

CAFE1T

57D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana nos 3 primeiros meses da gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 61D**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CAFE1T

58D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? \_

8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

DIASCAFE1T

59D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? \_\_\_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

VEZESCAFE1T

60D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1.  xícara de chá  
 2.  xícara de cafezinho  
 3.  meia taça  
 4.  copo comum – 200 ml  
 5.  outro \_\_\_\_\_  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

QTCAFE1T

61D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 4 aos 6 meses da gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 65D**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

CAFE2T

62D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? \_

8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

DIASCAFE2T

63D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? \_\_\_

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

VEZESCAFE2T

64D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1.  xícara de chá
2.  xícara de cafezinho
3.  meia taça
4.  copo comum - 200 ml
5.  outro \_\_\_\_\_
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

QTCAFE2T

65D. A sra. costumava tomar café uma vez ou mais por semana dos 7 meses ao final da gravidez?

1.  Sim
2.  Não **Passa para a questão 1E**
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

CAFE3T

66D. Quantos dias por semana a sra. tomava café? \_

8.  Não se aplica
9.  Não sabe

DIASCAFE3T

67D. Quantas vezes por dia a sra. tomava café? \_\_

88.  Não se aplica
99.  Não sabe

VEZESCAFE3T

68D. Qual o tipo de vasilha em que a sra. costumava tomar café?

1.  xícara de chá
2.  xícara de cafezinho
3.  meia taça
4.  copo comum - 200 ml
5.  outro
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

QTCAFE3T

## **BLOCO E – DADOS DO COMPANHEIRO**

Caso o companheiro seja a pessoa com maior renda ou não more junto com a mãe do RN, passe para a questão 1F.

1E. Qual a idade do companheiro atual? \_\_

88.  Não se aplica – não tem companheiro atual
99.  Não sabe

IDCOMP

2E. O seu companheiro sabe ler e escrever?

1.  Sim
2.  Não
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

LERCOMP

3E. O seu companheiro frequenta ou frequentou escola?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 6E**  
 8.  Não se aplica

ESCCOMP

9.  Não sabe

4E. Qual o último curso que seu companheiro frequentou ou frequenta?

1.  Alfabetização de jovens e adultos  
 2.  Ensino fundamental ou 1o grau  
 3.  Ensino médio ou 2o grau  
 4.  Superior graduação incompleto **Passe para a questão 6E**  
 5.  Superior graduação completo **Passe para a questão 6E**  
 8.  Não se aplica

CURSOCOMP

9.  Não sabe

5E. Qual a série que seu companheiro frequenta ou até que série estudou?

1.  Primeira  
 2.  Segunda  
 3.  Terceira  
 4.  Quarta  
 5.  Quinta  
 6.  Sexta  
 7.  Sétima  
 8.  Oitava  
 88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

SERIECOMP

6E. O seu companheiro está trabalhando no momento?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 1F**  
 8.  Não se aplica

TRABCOMP

9.  Não sabe

7E. Qual a ocupação atual (ou no que trabalha) o seu companheiro atual? (Descreva a ocupação. Caso seja aposentado, colocar a última atividade que exerceu).

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

OCUPCOMP

8E. Qual a relação de trabalho do seu companheiro?

1.  Trabalha por conta própria  
 2.  Assalariado ou empregado  
 3.  Dono de empresa-empregador  
 4.  Faz bico  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

RELCOMP

**BLOCO F – DADOS DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

1F. Em que mês de gestação a sra. soube que estava grávida? _		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	MESGRAV	<input type="checkbox"/>
2F. Que idade a sra. tinha quando menstruou pela primeira vez? __ _		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	IDMENARCA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3F. Qual era sua idade quando a sra. teve sua primeira relação sexual? __ _		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	IDRELSEX	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4F. Que idade a sra. tinha quando engravidou pela primeira vez? __ _		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	IDGRAV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5F. Quantas vezes a sra. engravidou? (incluindo a gravidez atual) Contar todas as gestações até as que não chegaram no final, inclusive abortos. __ _		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	GESTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6F. A gravidez atual foi planejada? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	PLANGEST	<input type="checkbox"/>
7F. Quantos filhos nasceram vivos (incluindo o atual)? __ _		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	NASCVIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8F. Qual a idade da sra. no início da gestação anterior? __ _		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	IDULTGEST	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9F. Quantos partos a sra. teve (incluindo o atual)? __ _		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	PARTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10F. Quantos partos foram cesáreas (incluindo o atual, caso tenha sido cesárea)? _		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	PARTOCESA	<input type="checkbox"/>
11F. O parto anterior da sra. foi: 1. <input type="checkbox"/> Vaginal/Vaginal com fórceps 2. <input type="checkbox"/> Cesárea 8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	TIPARTOANT	<input type="checkbox"/>
12F. Quantos partos anteriores da sra. foram antes do tempo (prematuros) incluindo o atual? _		
9. <input type="checkbox"/> não sabe	PARTOANTPT	<input type="checkbox"/>
13F. A sra. teve algum aborto? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não <b>Passe para questão 15F</b>		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	ABORTO	<input type="checkbox"/>
14F. Caso sim, quantos abortos foram? _		
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
9. <input type="checkbox"/> Não sabe	QTABORTO	<input type="checkbox"/>

15F. A sra teve algum filho que nasceu morto (incluir atual)?

1.  Sim

2.  Não **Passe para a questão 17F**

9.  Não sabe

NASCORTO

16F. Caso sim, quantos foram (incluir atual)? \_

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

QTMORTO

17F. Quantos filhos vivos a sra. tem atualmente? \_ \_

99.  Não sabe

NFILHOS

### **BLOCO G - MORBIDADES**

**Agora vamos conversar com a sra. sobre os problemas que teve durante a gravidez.**

1G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) fora da gestação diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

HIPERT

2G. A sra. teve hipertensão (pressão alta) na gestação atual?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

HIPERTGEST

3G. A sra. teve antes da gestação nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

DIABETES

4G. A sra. teve nível elevado de açúcar no sangue (diabetes) diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

DIABGEST

5G. A sra. teve herpes durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

HERPESGEST

6G. A sra. teve sarampo durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

SARAMPGEST

7G. A sra. teve catapora durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

CATAPGEST

8G. A sra. teve rubéola durante a gestação diagnosticado por médico, enfermeiro ou dentista?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

RUBGEST

9G. A sra. teve algum episódio de febre alta (temperatura acima de 38°) que durou mais de 24 horas durante esta gestação diagnosticada por médico, enfermeiro ou dentista?

1.  Sim

2.  Não **Passe para a questão 11G**

9.  Não sabe

FEBREGEST

10G. Caso sim, quantas vezes? \_\_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTFEBRE

11G. A sra. teve anemia antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

ANEMIA

12G. A sra. teve anemia diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

ANEMIAGEST

13G. A sra. teve toxoplasmose antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

TOXO

14G. A sra. teve toxoplasmose diagnosticado por médico ou enfermeiro durante a gestação?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

TOXOGEST

15G. A sra. teve sífilis antes da gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

SIFILIS

16G. A sra. teve sífilis durante a gestação diagnosticado por médico ou enfermeiro?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

SIFILISGEST

17G. A sra. teve alguma infecção urinária/ durante a gestação atual diagnosticada por médico ou enfermeiro?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

INFECURI

18G. A sra. teve algum corrimento vaginal durante a gestação atual?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

CORRIMENTO

19G. A sra. sofreu alguma queda ou acidente durante a gestação?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

QUEDA

20G. A sra. teve algum sangramento vaginal nos últimos 3 meses da gestação atual?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

SANGVAGINA

21G. A sra. foi internada alguma vez durante a gestação atual seja por qualquer motivo?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 23G**  
 9.  Não sabe

HOSP

22G. Qual foi o motivo da internação?

88.  Não se aplica  
 98.  Não sabe

CAUSAHOSP

23G. A sra. teve ameaça de aborto na gestação atual?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

AMABORTO

24G. A sra. teve ameaça de parto prematuro (antes do tempo) na gestação atual?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

AMPT

25G. A sra. teve outra doença durante a gestação atual?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 27G**

9.  Não sabe

OUTRAD

26G. Qual doença? \_\_\_\_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

DOENCAGEST

27G. A sra. usou algum remédio durante a gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para o bloco H**  
 9.  Não sabe

REMGEST

Caso tenha utilizando, qual o nome do remédio e qual o mês da gestação a sra. estava quando começou e quando parou (mês da gestação)? Se continua usando, anotar que está em uso?

28G. Remédio

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

NOMEREM1

29G. Mês de início \_

0.  Usa desde antes da gravidez

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

MESIREM1

30G. Mês de término \_

10.  Ainda usa

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

MESTREM1

31G. Remédio

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

NOMEREM2

32G. Mês de Início \_

0.  Usa desde antes da gravidez

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

MESIREM2

33G. Mês de término \_

10.  Ainda usa

88.  Não se aplica

9.9  Não sabe

MESTREM2

## 34G. Remédio

---

88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>NOMEREM3</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35G. Mês de início _		
0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>MESIREM3</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36G. Mês de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>MESTREM3</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37G. Remédio		

---

88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>NOMEREM4</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38G. Mês de início _		
0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>MESIREM4</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39G. Mês de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>MESTREM4</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40G. Remédio		

---

88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>NOMEREM5</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41G. Mês de início _		
0. <input type="checkbox"/> Usa desde antes da gravidez		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>MESIREM5</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
42G. Mês de término _		
10. <input type="checkbox"/> Ainda usa		
88. <input type="checkbox"/> Não se aplica		
99. <input type="checkbox"/> Não sabe	<b>MESTREM5</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

---

**BLOCO H – CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO ATUAL E DO PRÉ-NATAL**

Pergunte se a puérpera dispõe do cartão da gestante e se está de posse do mesmo. Confirme as respostas no cartão

1H. A sra tem cartão da gestante?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica – não fez pré-natal  
 9.  Não sabe

CARTAO

2H. Qual a data da sua última menstruação (DD/MM/AA)?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

99999999.  Não sabe

DUM

3H. Caso não saiba a data, informar o mês/ano: \_\_\_/\_\_\_\_

888888.  Não se aplica

999999.  Não sabe

MESANOU

4H. Qual o seu peso antes de engravidar? \_\_\_\_\_, \_ kg

9999.  Não sabe

PESOANTES

5H. Qual a sua altura antes de engravidar? \_\_\_\_\_, \_ cm

9999.  Não sabe

ALTURAANT

6H. A sra fez pré-natal?

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para questão 39H**  
 9.  Não sabe

PN

7H. Qual a data da primeira consulta pré-natal (DD/MM/AA)?

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

88888888.  Não se aplica

99999999.  Não sabe

DT1CPN

8H. Em que mês de gravidez a sra. iniciou as consultas de pré-natal? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

MES1CPN

9H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 1º trimestre de a gestação? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPN1T

10H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 2º trimestre de a gestação? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPN2T

11H. Quantas consultas de pré-natal a sra. fez no 3º trimestre de a gestação? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPN3T

12H. O médico ou enfermeiro encaminhou a senhora para fazer tratamento com o dentista durante esta gravidez?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

TRATDEN

13H. Quantas consultas médicas a sra. fez no pré-natal? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPNMED

14H. Quantas consultas com enfermeira(o) a sra. fez no pré-natal? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTCPNENF

15H. Quantos exames de radiografia (incluindo radiografias dos dentes) foram feitos durante a gestação atual? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

QTEXRADI

16H. Em que local a sra. fez o pré-natal?

1.  SUS

3.  Plano de saúde/ seguro saúde

4.  Particular

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

LOCALNP

17H. Qual a data da última consulta pré-natal (DD/MMAA)?

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

88888888.  Não se aplica

99999999.  Não sabe

DTUCPN

18H. Caso não saiba a data, informar o mês de gravidez aproximado: \_\_

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

MESUCPN

19H. Quantos exames de ultrassonografia foram feitos durante a gestação atual? \_\_

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

NUSPN

**Durante as consultas de pré-natal o médico ou enfermeira alguma vez:**

20H. Solicitou exame de sangue?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

EXSANGUE

21H. Solicitou exame de urina?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

EXURINA

22H. Perguntou a data da última menstruação?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

PDUM

23H. Verificou o seu peso?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

EXPESO

24H. Mediu a sua barriga?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

EXBARRIGA

25H. Receitou Cálcio?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

RECCALCIO

26H. Mediu a sua pressão?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

EXPA

27H. Fez exame ginecológico?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

EXGINEC

28H. Receitou remédio para anemia?

1.  Sim  
2.  Não  
8.  Não se aplica  
9.  Não sabe

RECANEMIA

29H. Receitou vitamina?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

RECVIT

30H. Orientou sobre amamentação?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

OAMAMENT

31H. O médico perguntou se a sra. estava usando algum medicamento?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

OMEDIC

32H. Orientou sobre o risco do uso de remédios sem orientação médica durante a gravidez?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

OREM

33H. Orientou sobre como evitar toxoplasmose durante a gravidez? (lavar muito bem frutas e verduras, não comer carne mal passada, evitar contato com gatos, não manipular terra, lavar muito bem as mãos antes das refeições).

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

OTOXO

34H. Examinou o seu seio?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

EXSEIO

35H. Fez exame de prevenção de câncer de colo de útero?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

EXCOLOUT

36H. Fez exame de sangue para sífilis no pré-natal?

1.  Sim  
 2.  Não  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

EXSIFILIS

37H. Fez exame de sangue para saber o tipo de sangue?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe			<input type="checkbox"/>
38H. Ofereceu exame de sangue para HIV no pré-natal?	EXTIPOSANG		
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		EXHIV	<input type="checkbox"/>
39H. Você tomou vacina contra o tétano?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não <b>Passe para a questão 41H</b>			
3. <input type="checkbox"/> Já estava vacinada antes da gravidez. <b>Passe para a questão 41H</b>			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		VACTET	<input type="checkbox"/>
40H. Quantas doses de antitetânica a sra. recebeu? _			
8. <input type="checkbox"/> Não se aplica			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		QTDOSETET	<input type="checkbox"/>
41H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de auxiliar de enfermagem?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		AUXENFPN	<input type="checkbox"/>
42H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu visita do agente de saúde?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		AGSAUDEPN	<input type="checkbox"/>
43H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento de parteira leiga?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		PARTPN	<input type="checkbox"/>
44H. Durante a gestação atual, a sra. recebeu atendimento do programa de Saúde da Família (PSF)?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		PSFPN	<input type="checkbox"/>
45H. Qual o seu peso ao final da gravidez? ____ , __ kg			
9999. <input type="checkbox"/> Não sabe		PESOFINAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46H. A sra. fez algum tratamento para engravidar?			
1. <input type="checkbox"/> Sim			
2. <input type="checkbox"/> Não <b>Passe para a questão 1I</b>			
9. <input type="checkbox"/> Não sabe		TRATGRAV	<input type="checkbox"/>

---

47H. Tomou algum medicamento para induzir a ovulação?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

OVULA

48H. Fez inseminação artificial?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

INSEMINA

49H. Fez fertilização in vitro (bebê de proveta)?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

FERTILIZA

50H. Fez injeção de espermatozoides?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

INJECAO

#### **BLOCO I - CARACTERÍSTICAS DO PARTO E DO NASCIMENTO**

11. Qual foi o tipo de parto?

1.  Normal

2.  Cesárea **Passe para a questão 41**

3.  Fórceps **Passe para a questão 41**

4.  Vácuo extração **Passe para a questão 41**

9.  Não sabe

TIPARTO

21. Se normal, a sra. fez episiotomia (corte, pique)?

1.  Sim

2.  Não

8.  Não se aplica

9.  Não sabe

EPISIO

31. Quantas horas decorreram entre a internação e o parto normal? \_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

HORASPARTO

41. Foi feita anestesia nas costas?

1.  Sim

2.  Não

9.  Não sabe

ANESTESIA

51. Caso cesárea, qual foi o motivo para fazer a cesárea?

1.  sofrimento fetal (batidas do coração do bebê diminuiu / ou o bebê fez cocô dentro da barriga da mãe)
2.  desproporção feto-pélvica (bacia pequena/bebê grande)
3.  distócia de apresentação (bebê sentado/ posição errada)
4.  hemorragia materna (teve sangramento)
5.  parada de progressão (parou trabalho de parto/ pararam as dores)
6.  eclâmpsia, pré-eclâmpsia (pressão alta)
7.  pós-maturidade (passou do tempo)
8.  morte fetal (o bebê morreu)
9.  diabetes materna (açúcar no sangue)
10.  cesáreas anteriores (já fez outra cesárea antes)
11.  laqueadura (para ligar trompas)
12.  mãe pediu (cesárea porque a mãe queria)
13.  médico quis (na hora o médico resolveu fazer cesárea)
14.  cesárea programada (médico marcou durante gravidez)
15.  cirurgias ginecológicas anteriores (Miomectomia, plástica perineal)
16.  outro \_\_\_\_\_

88.  não se aplica

99.  não sabe

MOTCESA

61. Quantas horas decorreram entre a internação e a cesárea?

---

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

HORASCESA

71. A sra. ligou as trompas?

1.  Sim

2.  Não **Passe para a questão 91**

9.  Não sabe

LAQUEADURA

81. Qual o motivo pelo qual a sra. ligou as trompas?

1.  Já fez muita cesárea

2.  Por problemas de saúde. Qual? \_\_\_\_\_

3.  Questões financeiras

4.  Já tinha o número de filhos que desejava

5.  Outros \_\_\_\_\_

88.  Não se aplica

99.  Não sabe

MOTLAQ

9l. O que a sra. sentiu que a fez vir para o hospital?

1.  Sangramento vaginal
2.  Perdeu líquido (água) vaginal
3.  Sentiu contração ou dor ou cólica/ barriga endurecida
4.  Febre/ infecção/infecção urinária
5.  O bebê parou de mexer/ diminuíram movimentos
6.  A vinda foi agendada para esta data
7.  O médico encaminhou
8.  Outro \_\_\_\_\_
99.  Não sabe

MOTHOSP

10l. Caso tenha feito cesárea, quando a sra. internou já sabia que iria fazer cesárea?

1.  Sim
2.  Não
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

SABIACESA

11l. A sra. passou por outros serviços (maternidades) antes de vir para esse hospital?

1.  Sim
2.  Não **Passe para a questão 13l**
9.  Não sabe

PEREGRINOU

12l. Caso sim, por quantos serviços passou? \_

8.  Não se aplica
9.  Não sabe

QTPEREG

13l. Quando a sra. foi hospitalizada estava sentindo as dores do trabalho de parto?

1.  Sim
2.  Não
9.  Não sabe

DORPARTO

14l. O médico precisou romper a bolsa?

1.  Sim
2.  Não
9.  Não sabe

ROMPBOLSA

15l. Foi preciso colocar soro ou outro remédio para começar o trabalho de parto ou para ajudar o bebê a nascer?

1.  Sim
2.  Não **Passe para a questão 18l**
9.  Não sabe

SORONASC

16. Qual a medicação utilizada?

1.  Vaginal  
 2.  Soro (endovenosa)  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

TIPOMED

17. Por que foi necessário ajudar o bebê a nascer?

1.  Passou do tempo de nascer  
 2.  Pressão alta  
 3.  Rompeu a bolsa  
 4.  Incompatibilidade sanguínea ( sangue não combina)  
 5.  O bebê estava morto  
 6.  O médico indicou  
 7.  O trabalho de parto parou  
 8.  Outra razão. Qual? \_\_\_\_\_  
 88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

MOTAJUDA

18. Quem atendeu ao parto?

1.  Médico  
 2.  Enfermeira  
 3.  Auxiliar de enfermagem  
 4.  Parteira leiga  
 5.  Outro  
 9.  Não sabe

QUEMPARTO

19. O parto foi realizado pelo mesmo médico que fez o pré-natal?

1.  Sim  
 2.  Não  
 9.  Não sabe

MEDICO

20. Qual a categoria de atendimento ao parto?

1.  SUS  
 2.  Plano de saúde/ seguro saúde  
 3.  Particular  
 9.  Não sabe

CATP

21. Na hora do nascimento, quem atendeu o RN na sala de parto?

1.  Médico obstetra
2.  Médico pediatra/neonatologista
3.  Anestesista
2.  Enfermeira
3.  Auxiliar de enfermagem
4.  Parteira leiga
5.  Outro \_\_\_\_\_
99.  Não sabe

ATENDRN

22. O pediatra falou com a sra na sala de parto antes ou depois que o bebê nasceu?

1.  Sim
2.  Não
9.  Não sabe

PEDIATRA

23. Número de filhos nascidos no parto: \_

9.  Não sabe

FETOS

#### **BLOCO J – EXPOSIÇÃO AO CITOMEGALOVÍRUS (CMV)**

1J. Na sua casa morou ou está morando alguma criança?

1.  Sim
2.  Não **Passe para a questão 8J**
9.  Não sabe

MORACRI

2J. Caso sim, ela tem até três anos de idade?

1.  Sim
2.  Não **Passe para a questão 8J**
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

CRIMATE3

3J. Caso tenha até 3 anos de idade, ela morou com a sra. durante a gestação?

1.  Sim
2.  Não
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

MOROUGEST

4J. Caso a criança não tenha morado com a sra. durante sua gestação, a criança morou com a sra. nos 12 meses anteriores?

1.  Sim
2.  Não
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

MOROU12M



## ANEXO D - QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - RN



## QUESTIONÁRIO DO NASCIMENTO - RN

Generated by Foxit PDF Creator © Foxit Software  
<http://www.foxitsoftware.com> For evaluation only.

**BLOCO A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1A. Número de identificação: \_\_\_\_\_

1ª casela: 1 Ribeirão Preto  
2 São Luís2ª casela: 1 Pré-natal  
2 Nascimento  
3 1º ano3ª casela: M. Avaliação no pré-natal  
A. Avaliação no nascimento RN 1  
B. Avaliação no nascimento RN 2  
C. Avaliação no nascimento RN 3  
D. Avaliação no nascimento RN 44ª e 5ª caselas: QM. Questionário da mãe  
QC. Questionário do RN  
SC. Saliva da criança  
CO. Cordão umbilical

6ª à 9ª. caselas: número seqüencial para cada cidade

NUMERO

2A. Cidade:

1.  Ribeirão Preto2.  São Luís

CIDADE

3A. Data da Entrevista (DD/MM/AAAA):

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

DATAENT

4A. Entrevistador (a):

\_\_\_\_\_

5A. Data do nascimento do RN (DD/MM/AAAA):

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

DATANASC

6A. Caso tenha nascido mais de um filho, indique qual a seqüência de nascimento desse RN?

1.  1º2.  2º3.  3º4.  4º5.  5º8.  Não se aplica9.  Não sabe

ORDEMNASC

7A. Qual o sexo do recém-nascido?

1.  Masculino2.  Feminino9.  Não sabe

SEXO

8A. Como nasceu o filho da sra.?

1.  Vivo2.  Morto9.  Não sabe

NASC

9A. Qual foi a apresentação do bebê na hora do parto?

1.  Cefálica  
 2.  Pélvica  
 3.  Transversa  
 9.  Não sabe

APRESENT

**Caso o RN tenha nascido morto, passe para o Bloco B**

10A. Qual nome a sra. pretender dar ao seu bebê?

---

NOME

11A. O RN apresentou algum problema de saúde?  
 (perguntar para a mãe e anotar do prontuário)

1.  Sim  
 2.  Não **Passe para a questão 17A**  
 8.  Não se aplica  
 9.  Não sabe

PROBLEMA

Caso tenha apresentado problema, nos diga qual foi.

12A. Problema

- 
88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

PROB1

13A. Problema

- 
88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

PROB2

14A. Problema

- 
88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

PROB3

15A. Problema

- 
88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

PROB4

16A. Problema

- 
88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

PROB5


---

17A. Após o nascimento, quando saiu da sala de parto, o RN foi para:

1.  Berço ao lado da mãe
2.  Berçário
3.  Cama da mãe
4.  UTI Neonatal
5.  Outro \_\_\_\_\_
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

LOCALRN

**BLOCO B – DADOS DO PRONTUÁRIO**

1B. Horário de nascimento do RN: \_\_:\_\_:\_\_

HORANASC

2B. Apgar 1º minuto: \_\_

99.  Não avaliado

APGAR1

3B. Apgar 5º minuto: \_\_

99.  Não avaliado

APGAR5

4B. Em caso de nascido morto:

1.  Antes do parto
2.  No momento do parto
8.  Não se aplica
9.  Não sabe

TIPONASC

5B. O RN apresentou algum defeito congênito (malformação)?

1.  Sim
2.  Não Passe para a questão 7B
9.  Não sabe

DEFCONG

6B. Qual foi o tipo de defeito apresentado pelo RN?

1.  Gastrosquise
2.  Onfalocele
3.  Defeitos do tubo neural - meningomielocle
4.  Defeitos do tubo neural - encefalocele
5.  Trato genito-urinário - unilateral
5.  Trato genito-urinário - bilateral
6.  Cardíaco. Qual? \_\_\_\_\_
7.  Outro \_\_\_\_\_
88.  Não se aplica
99.  Não sabe

TIPODEFCONG

**ANTROPOMETRIA DO RN**

7B. Peso do RN: \_ . \_ . \_ . \_ g

9999.  Não avaliado

PESONASC

8B. Comprimento: \_ . \_ . \_ cm

999.  Não avaliado

COMPNASC

9B. Perímetro cefálico: \_ . \_ . \_ cm

999.  Não avaliado

PCNASC

10B. Peso da placenta: \_ . \_ . \_ . \_ g

9999.  Não avaliado

PLACENTA

**MATERIAL BIOLÓGICO DO RN**

11B. Foi feita coleta de tecido do cordão umbilical?

1.  Sim2.  Não

CORDAO

12B. Foi feita coleta de saliva?

1.  Sim2.  Não

SALIVA



**1B.** Qual o seu endereço completo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Outro Telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**2B.** Para facilitar futuros contatos, a sra. poderia nos fornecer o nome, relação de parentesco ou amizade, endereço e telefone fixo ou celular de parentes ou pessoas próximas com quem a Sra. tem contato frequente?

Nome da pessoa: \_\_\_\_\_

Parentesco Amizade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Outro telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Nome da pessoa: \_\_\_\_\_

Parentesco Amizade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Outro telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**3B.** A Sra. poderia nos fornecer o endereço e o telefone do seu trabalho?

Endereço: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Telefone comercial: \_\_\_\_\_ Telefone comercial: \_\_\_\_\_

**4B.** Se a Sra. pretende mudar de cidade, poderia nos informar o nome, endereço e o telefone de contato de algum parente ou alguém que more próximo à sua nova residência?

Nome da pessoa: \_\_\_\_\_

Parentesco Amizade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Telefone residencial: \_\_\_\_\_ Outro telefone: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**BLOCO C - IDENTIFICAÇÃO E ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA****1C.** Qual a cor de <CRIANÇA>?

01.  Branca  
 02.  Preta/negra  
 03.  Parda/mulata/cabocla/morena  
 04.  Amarelo/oriental  
 05.  Índigena  
 09.  Não sabe

**2C.** <CRIANÇA> vai à escolinha ou creche?

01.  Sim  
 02.  Não **Passa para a questão 4C**  
 09.  Não sabe **Passa para a questão 4C**

**3C.** Se sim, desde que idade <CRIANÇA> frequenta a escolinha ou creche?   meses

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**4C.** A criança ONTEM recebeu leite do peito?

01.  Sim **Passa para a questão 6C**  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**5C.** Se NÃO, até que idade a criança mamou leite do peito?   meses   dias

88.  Não se aplica (nunca mamou)  
 99.  Não sabe

**6C.** Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para a mãe: aleitamento materno exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, outros leites, outras bebidas ou alimentos)  meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**7C.** Considerando apenas os últimos três meses, a senhora tem o hábito de oferecer o peito para <CRIANÇA> depois que ele(a) já adormeceu à noite

01.  Sim  
 02.  Não  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

Quando a senhora inseriu estes alimentos ou bebidas na rotina alimentar de &lt;CRIANÇA&gt;?

- |   |  |                                    |                                       |
|---|--|------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>8C.</b> Leite (líquido ou pó)          | <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias | 88. <input type="checkbox"/> Nunca | 99. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>9C.</b> Leite tipo fórmula?            | <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias | 88. <input type="checkbox"/> Nunca | 99. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>10C.</b> Outros líquidos (chás, sucos) | <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias | 88. <input type="checkbox"/> Nunca | 99. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>11C.</b> Semi-sólido ou sólido?        | <input type="text"/> <input type="text"/> meses <input type="text"/> <input type="text"/> dias | 88. <input type="checkbox"/> Nunca | 99. <input type="checkbox"/> Não sabe |

**12C.** A Sra. usa açúcar (ou mel, nescau, toddy ou algo doce) para adoçar alguns desses alimentos?

01.  Sim  
 02.  Não  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**13C.** Considerando apenas os últimos três meses, <CRIANÇA> costuma usar mamadeira durante a noite, após já ter adormecido?

01.  Sim  
 02.  Não  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**14C.** Atualmente <CRIANÇA> usa chupeta?

01.  Sim usa atualmente  
 02.  Não, parou de usar  
 03.  Nunca usou  
 09.  Não sabe

**Passe para a questão 18C**

**15C.** Qual era a idade da <CRIANÇA>, quando começou a usar chupeta?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**16C.** Qual o tipo de chupeta <CRIANÇA> usava?

01.  Ortodôntica  
 02.  Convencional  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**17C.** Quando parou de usar chupeta?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**18C.** <CRIANÇA> chupa dedo?

01.  Sim chupa atualmente  
 02.  Não, parou de chupar  
 03.  Nunca chupou  
 09.  Não sabe

**Passe para a questão 1D**

**19C.** Qual a era a idade de <CRIANÇA>, quando começou a chupar dedos?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**20C.** Quando parou de chupar dedo?   meses   dias

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

### BLOCO D -SAÚDE DA CRIANÇA

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

**1D.** Em geral, a Sra. considera a saúde de <CRIANÇA>:

01.  Excelente  
 02.  Muito Boa  
 03.  Boa  
 04.  Regular  
 05.  Ruim  
 09.  Não sabe

**2D.** <CRIANÇA> teve tosse desde <dia da semana> da semana passada?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**3D.** <CRIANÇA> teve respiração difícil desde <dia da semana> da semana passada?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**Passe para a questão 8D**







**45D.** Desde que seu filho nasceu a Sra. teve ou tem algum animal de estimação (cachorro, gato, passarinho, coelho) em sua casa?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**46D.** A Sra. tem carpete em sua casa?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**47D.** Existe mofo (bolor) ou manchas de umidade em sua casa?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

Seu bebê tem ou teve alergia/reação/problema quando comeu ou bebeu algum desses alimentos?

- |                           |                                  |                                  |                                       |
|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>48D.</b> Leite de vaca | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>49D.</b> Trigo         | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>50D.</b> Soja          | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>51D.</b> Amendoim      | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>52D.</b> Peixe         | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>53D.</b> Ovo           | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |
| <b>54D.</b> Outro         | 01. <input type="checkbox"/> Sim | 02. <input type="checkbox"/> Não | 09. <input type="checkbox"/> Não sabe |

**55D.** Algum médico já lhe disse que o seu bebê tem alergia a algum alimento?

01.  Sim  
 02.  Não **Passa para a questão 57D**  
 09.  Não sabe

**56D.** Se sim, qual

88.  Não se aplica  
 99.  Não sabe

**57D.** <CRIANÇA> já teve pneumonia alguma vez?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**58D.** Desde que nasceu, <CRIANÇA> teve infecção urinária?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe

**59D.** <CRIANÇA> foi internada alguma vez desde o nascimento até agora?

01.  Sim  
 02.  Não **Passa para a questão 64D**  
 09.  Não sabe **Passa para a questão 64D**

Quantas vezes <CRIANÇA> foi internada desde o nascimento até agora? (colocar as 2 últimas internações)

**60D.** Idade1 da internação   (meses)   (dias) 88.  Não se aplica 99.  Não sabe

**61D.** Causa da internação 1 88.  Não se aplica 99.  Não sabe

**62D.** Idade2 da internação   (meses) 88.  Não se aplica 99.  Não sabe

**63D.** Causa da internação 2 88.  Não se aplica 99.  Não sabe

**64D.** Nos primeiros três meses de vida, <CRIANÇA> foi entubada por mais de 24 horas?

01.  Sim  
 02.  Não  
 09.  Não sabe











**22F.** Qual a sua relação de trabalho do chefe da família?

01.  Trabalha por conta própria  
 02.  Assalariado ou empregado  
 03.  Dono da empresa-empregador  
 04.  Faz bico  
 08.  Não se aplica  
 09.  Não sabe

**23F.** No mês passado quanto ganharam as pessoas da família que trabalham?

1ª pessoa R\$ [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

2ª pessoa R\$ [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

3ª pessoa R\$ [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

4ª pessoa R\$ [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

5ª pessoa R\$ [ ] [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

A família tem outra renda? [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Renda total R\$ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

88.  Não quis informar  
 99.  Não sabe

Quantos itens abaixo a família possui? (assinale no quadrado)

**24F.** Televisão em cores

**25F.** Rádio

**26F.** Banheiro

**27F.** Automóvel

**28F.** Empregada

**29F.** Máquina de lavar

**30F.** Videocassete ou DVD

**31F.** Geladeira

**32F.** Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

Quantidade de itens				
0	1	2	3	4 ou mais
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	4	5	6	7
0	4	7	9	9
0	3	4	4	4
0	2	2	2	2
0	2	2	2	2
0	4	4	4	4
0	2	2	2	2

**33F.** Grau de Instrução da pessoa com maior renda (circule a resposta)

Analfabeto/Primário incompleto/ Até 3ª Série Fundamental	0
Primário completo/ Até 4ª Série Fundamental/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/ Fundamental completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	8







## ANEXO F - QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL MATERNA



## QUESTIONÁRIO DO 1º ANO MÃE

Etiqueta

**BLOCO G - SAÚDE MENTAL MATERNA**

"Por favor, assinale X somente dentro do quadrado, não ultrapasse o limite das bordas do quadrado".

**55. ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO (PSS-14)**

As questões a seguir referem-se aos seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada questão, você deverá responder com que frequência você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam parecidas, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sente de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe parece como uma afirmativa razoável. Para cada pergunta, escolha entre as seguintes alternativas: nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre.

Neste último mês, com que frequência:

1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
3. Você tem se sentido nervosa e "estressada"?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
5. Você tem sentido que está lidando bem com as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
11. Você tem ficado irritada porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre
14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0 <input type="checkbox"/> Nunca	1 <input type="checkbox"/> Quase nunca	2 <input type="checkbox"/> Às vezes	3 <input type="checkbox"/> Quase sempre	4 <input type="checkbox"/> Sempre

**56. RELATO DE EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES**

As próximas perguntas referem-se a alguns acontecimentos ou situações desagradáveis que podem ter ocorrido com você nos últimos 12 meses.

Nos últimos 12 meses...

1. ...você teve algum problema de saúde que o impediu de realizar alguma de suas atividades habituais (trabalho, estudo ou lazer) por mais de um mês?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
2. ...você esteve internada em hospital por uma noite, ou mais, em razão de doença ou acidente?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
3. ...faleceu algum parente próximo seu (pai, mãe, cônjuge, companheiro, filho ou irmão)
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
4. ...você enfrentou dificuldades financeiras mais graves do que as habituais?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
5. ...você foi forçada a mudar de casa contra sua vontade (por exemplo, por aumento de aluguel)?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
6. ...você passou por algum rompimento de relação amorosa, incluindo divórcio ou separação?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
7. ...você foi assaltada ou roubada, isto é, teve dinheiro ou algum bem tomado, mediante uso ou ameaça de violência?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
8. ...você foi vítima de alguma agressão física?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

## 57. QUESTIONÁRIO DE VÍNCULO MÃE-BEBÊ

Por gentileza, indique com que frequência as seguintes afirmações são verdadeiras para você. Não existem respostas "certas" ou "erradas". Escolha a resposta que mais parece certa de acordo com sua experiência recente.

1. Sinto-me próxima do meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
2. Gostaria de voltar ao tempo em que ainda não tinha este bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
3. Sinto-me distante do meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
4. Adoro fazer carinho no meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
5. Arrependo-me de ter tido este bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
6. Este bebê não parece ser meu.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
7. O meu bebê me enerva.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
8. Amo loucamente o meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
9. Sinto-me feliz quando meu bebê sorri.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
10. O meu bebê me deixa desesperada.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
11. Gosto muito de brincar com o meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
12. O meu bebê chora demais.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
13. Sinto-me encurralada como mãe.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sinto-me zangada com o meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
15. Sinto raiva do meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
16. O meu bebê é o bebê mais bonito do mundo.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
17. Gostaria que meu bebê desaparecesse de alguma forma.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
18. Fiz coisas prejudiciais para o meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
19. O meu bebê me deixa ansiosa.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
20. Tenho medo do meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
21. Meu bebê me irrita.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
22. Sinto-me confiante quando cuido do meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
23. Sinto que a única solução é outra pessoa tomar conta do meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
24. Tenho vontade de fazer mal ao meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca
25. É fácil consolar o meu bebê.	0 <input type="checkbox"/> Sempre	1 <input type="checkbox"/> Com muita frequência	2 <input type="checkbox"/> Muitas vezes	3 <input type="checkbox"/> Às vezes	4 <input type="checkbox"/> Raramente	5 <input type="checkbox"/> Nunca

(Versão original: Brookington et al., 2001; Versão portuguesa: Bárbara Nitzan, Ana Fonseca & Maria Cristina Carneiro, 2008)

## 58. SRQ-20

A senhora teve algum destes problemas, Nos últimos 30 dias?

1. ...Tem dores de cabeça frequentes?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
2. ...Tem falta de apetite?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
3. ...A Sra. dorme mal?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
4. ...A Sra. fica com medo com facilidade?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
5. ...Suas mãos tremem?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
6. ...A Sra. se sente nervosa, tensa ou preocupada?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
7. ...Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
8. ...A Sra. não consegue pensar com clareza?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
9. ... Sente-se infeliz?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
10. ... A Sra. chora mais que o comum?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
11. ... Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
12. ... Acha difícil tomar decisões?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
13. ... Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
14. ... A Sra. não é capaz de ter um papel útil na vida?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
15. ... A Sra. perdeu interesse nas coisas?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
16. ... Acha que é uma pessoa que não vale nada?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
17. ... O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
18. ... A Sra. se sente cansada todo o tempo?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
19. ... A Sra. tem sensações desagradáveis no estômago?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
20. ... Fica cansada com facilidade?
1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não

### 59. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Essa parte da entrevista consta de 10 perguntas, sendo que cada pergunta tem 4 respostas possíveis. Por favor, escolha a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias.

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
- 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
- 3 • **Tem se culpado sem razão quando as coisas dão errado?**
  3.  Sim, muito frequentemente
  2.  Sim, às vezes
  1.  Raramente
  0.  Não, de jeito nenhum
- 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
- 5 • **Tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?**
  3.  Sim, muito seguido
  2.  Sim, às vezes
  1.  Raramente
  0.  Não, de jeito nenhum
- 6 • **Tem se sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?**
  3.  Sim, na maioria das vezes não consigo lidar bem com elas
  2.  Sim, algumas vezes não tenho conseguido lidar bem como antes
  1.  Não, na maioria das vezes consigo lidar bem com elas
  0.  Não, eu consigo lidar com elas tão bem quanto antes
- 7 • **Tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?**
  3.  Sim, na maioria das vezes
  2.  Sim, algumas vezes
  1.  Raramente
  0.  Não, nenhuma vez
- 8 • **Tem se sentido triste ou muito mal?**
  3.  Sim, na maioria das vezes
  2.  Sim, muitas vezes
  1.  Raramente
  0.  Não, de jeito nenhum
- 9 • **Tem se sentido tão triste que tem chorado?**
  3.  Sim, a maior parte do tempo
  2.  Sim, muitas vezes
  1.  De vez em quando
  0.  Não, nunca
- 10 • **Tem pensado em fazer alguma coisa contra si mesma?**
  3.  Sim, muitas vezes
  2.  Às vezes
  1.  Raramente
  0.  Nunca

## ANEXO G - NORMAS DA REVISTA JORNAL DE PEDIATRIA

### Submissão de Arquivos

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jpmed.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (<http://www.pubmed.gov>), SciELO (<http://www.scielo.org>), LILACS (<http://www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm>), EMBASE/Excerpta Medica (<http://www.embase.com>), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (<http://www.siicsalud.com>), Medical Research Index (<http://www.purplehealth.com/medical-research-index.htm>) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica. Aceita-se a submissão de artigos em português e inglês (<http://ees.elsevier.com/jped>). Na versão impressa da revista, os artigos são publicados em inglês. No site, todos os artigos são publicados em português e inglês, tanto em HTML quanto em PDF. A grafia adotada é a do inglês americano. Por isso, recomenda-se que os autores utilizem a língua com a qual se sintam mais confortáveis e confiantes de que se comunicam com mais clareza. Se um determinado artigo foi escrito originalmente em português, não deve ser submetido em inglês, a não ser que se trate de uma tradução com qualidade profissional.

Observação importante: A língua oficial de publicação do Jornal de Pediatria é o inglês e todo o site de submissão é apresentado exclusivamente em inglês.

### Diretrizes para a preparação do original

#### Processo de revisão (*Peer review*)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (*peer review*). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um

cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

### **Tipos de artigos publicados**

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

**Artigos originais** incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro. Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

### **Orientações gerais**

O arquivo original - incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas - deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (<http://www.icmje.org>). Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada)

e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

### **Página de rosto**

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

1. título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;
2. título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
3. nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
4. endereço eletrônico de cada autor;
5. informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
6. a contribuição específica de cada autor para o estudo;
7. declaração de conflito de interesse (escrever "nada a declarar" ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
8. definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
9. nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
10. nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
11. fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
12. contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
13. contagem total das palavras do resumo; número de tabelas e figuras.

### **Resumo**

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de

abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

### **Resumo de artigo original**

**Objetivo:** informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

**Métodos:** informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

**Resultados:** informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

**Conclusões:** apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

### **Referências bibliográficas**

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo

Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM) para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site "sample references" ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/>.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

### **Artigos em periódicos:**

#### 1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. J Pediatr (Rio J). 2012;88:455-64.

## 2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida- Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheric lung obstruction in cystic fibrosis patients. *J Pediatr (Rio J)*. 2012;88:509-17.

## 3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. *Neonatology*. 2010;97:329-38.

## 4. Sem autor:

Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 1995;95:314-7.

## 5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianoy RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. *J Pediatr (Rio J)*. 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

1. foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
2. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
3. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas

## **Instruções para envio de material para publicação**

Para submeter novos manuscritos ou verificar o status de seus manuscritos submetidos: <http://ees.elsevier.com/jped/>

[Casa](#) [Relatórios](#)**Tarefas do meu autor**[Iniciar novo envio](#)[Clique Aqui](#) Para ver suas submissões com uma decisão final**Minhas Submissões com Diário (1)**

RELAÇÃO MÉ-FILHO E ANÉMIA EM  
CRIANÇAS DE 12 A 36 MESES EM SÃO  
LUIS-MA: uma contribuição da Coorte Brisa.

JPED\_2017\_209

**Tipo de Artigo:** Artigo original**Submissão inicial :** 20 / Mar / 2017**Status atual:** Com Jornal (20 / Mar / 2017)

## Manuscript Details

<b>Manuscript number</b>	JPED_2017_209
<b>Title</b>	RELAÇÃO MÃE-FILHO E ANEMIA EM CRIANÇAS DE 12 A 36 MESES EM SÃO LUIS-MA: uma contribuição da Coorte Brisa.
<b>Short title</b>	Relação mãe-filho e anemia em crianças
<b>Article type</b>	Original article

### Abstract

Objetivo: Verificar associação entre relação mãe-filho e ocorrência de anemia em crianças de 12 a 36 meses em São Luís. Métodos: Trata-se de um estudo de coorte. Os dados utilizados foram coletados por ocasião do nascimento e no seguimento do segundo ano de vida. A amostra final foi de 5.166 nascimentos da coorte de nascimento, 3308 amostra no seguimento do segundo ano de vida da criança (12 e até 36 meses). Para a investigação de anemia utilizou-se dados de coleta de sangue de 2.213 crianças. Para analisar os efeitos da relação mãe-filho sobre a ocorrência de anemia em crianças de 12 a 36 meses, foi utilizado modelagem por equações estruturais. Resultados: A prevalência de anemia em crianças de 12 a 36 meses foi de 24,0%. O modelo proposto mostrou bom ajuste e não houve sugestões plausíveis de modificação (RMSEA=0,019; CFI=0,965; TLI=0,961). A relação mãe-filho não mostrou efeito na ocorrência de anemia na criança (CF= 0,031; p=0,377). Conclusão: O estudo confirma a alta prevalência da anemia, ressaltando a magnitude do problema entre as crianças que vivem em uma capital do Nordeste brasileiro, porém parece não haver associação entre relação mãe-filho e ocorrência de anemia nessa faixa etária.

<b>Keywords</b>	Anemia; Relação mãe-filho; Criança.
<b>Corresponding Author</b>	Luciana Cavalcante Costa
<b>Corresponding Author's Institution</b>	Universidade Federal do Maranhão
<b>Order of Authors</b>	Luciana Cavalcante Costa, Vanda Maria Ferreira Simões, Livia dos Santos Rodrigues, Kivania Carla Pessoa, Marizélia Ribeiro, Rosângela Fernandes Lucena Batista
<b>Suggested reviewers</b>	Joel Lamounier

## Submission Files Included in this PDF

### File Name [File Type]

CARTA de submissao.pdf [Author Agreement]

ARTIGO FINAL MAE FILHO E ANEMIA\_2.doc [Manuscript (without Author Details)]

Tabelas artigos.doc [Table]

TITULO.doc [Title Page (with Author Details)]

To view all the submission files, including those not included in the PDF, click on the manuscript title on your EVISE Homepage, then click 'Download zip file'.