

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO

LAIS KISLY COSTA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB**

JOÃO PESSOA

2021

LAIS KISLY COSTA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB**

JOÃO PESSOA

2021

LAÍS KISLY COSTA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS A DURAÇÃO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição

ORIENTADOR: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

JOÃO PESSOA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S586f Silva, Laís Kisly Costa.

Fatores associados a duração do aleitamento materno exclusivo no município de João Pessoa-PB / Laís Kisly Costa Silva. - João Pessoa, 2021.

133 f. : il.

Orientação: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Aleitamento materno. 2. Desmame precoce. 3. Amamentação - Estudos longitudinais. I. Vianna, Rodrigo Pinheiro de Toledo. II. Título.

UFPB/BC

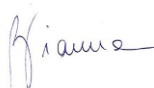
CDU 613.953(043)

LAIS KISLY COSTA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB.**

Dissertação aprovada em 22 / 10 / 2021

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
ORIENTADOR TITULAR
(DN/CCS/PPGGCN/UFPB)

Prof. Dr^a. Poliana de Araújo Palmeira
Examinador Interno – Titular
(DN/CCS/PPGGCN/UFPB)



Prof. Dr^a. Fernanda Cristina de Lima Pinto Tavares
Examinador Externo – Titular
(DN/CCS/UFPE)



Prof. Dr^a. Rafaela Lira Formiga Cavalcante de Lima
Examinador Interno – Suplente
(DN/CCS/PPGGCN/UFPB)

Prof. Dr^a. Kátia Rau de Almeida Callou
Examinador Externo – Suplente
(DN/CCS/UFPB)

AGRADECIMENTO

À Deus, por me conceder mais essa vitória.

Aos meus pais (Íris Maria e Benedito João) que sempre me apoiaram e me incentivaram em todos os meus sonhos e projetos, eternamente grata por toda educação, amor, conselho e carinho.

Aos meus irmãos (Isis e André), sempre torceram e festejaram cada conquista. A minha avó Severina, por toda inspiração e apoio. Aos meus sobrinho Arthur, Ana e Rafael por trazer tanta alegria e fortaleza para a família. Ao meu namorado Michel, pelo companheirismo em todas as horas, por toda paciência e ajuda, sempre me apoiando e vibrando por cada conquista nesse processo.

Ao meu orientador Dr. Rodrigo Vianna, por toda disponibilidade, dedicação, incentivo, paciência, tolerância, força e apoio, desde do período da graduação até a finalização do mestrado. Já se passaram 11 anos desde do primeiro serviço e sou eternamente grata por cada oportunidade. Muito obrigada por tantos ensinamentos e conselhos, cada processo foi fundamental para meu crescimento.

À Prof. Dra. Rafaela Formiga, pelo apoio, orientação e paciência desde do início da realização deste trabalho. A senhora é um anjo na vida de muitas pessoas, obrigada pela solidariedade, afeto e disposição.

Aos membros da banca examinadora, Dra. Poliana Palmeira, Dra. Fernanda Tavares e Dra. Kátia Callou, pela disposição e contribuição para o enriquecimento deste trabalho.

À todos os professores do Programa de Pós-Graduação, por contribuírem na minha formação e no meu crescimento intelectual e profissional.

Aos funcionários que compõem o Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição da UFPB, por toda colaboração e disponibilidade em atender minhas dúvidas e solicitações ao longo deste processo.

Aos colaboradores do Laboratório de Pesquisa em Saúde (LAPS), em especial a Maria Augusta, pela dedicação e seriedade para o desenvolvimento do trabalho, visto que o apoio de todos me proporcionou força, para conquistar meus objetivos.

À equipe dos entrevistadores do trabalho em campo, por tanta dedicação para a coleta de dados.

Aos meus colegas da turma do Mestrado Flora, Joyce, Sandy, Karinny, Karla, Kamila, Raquel, Vanile, Thais e Naís, pela oportunidade da convivência, apoio e companheirismo durante o período do mestrado.

Às minhas amigas Joanna D'arc, Camila Ferreira, Dayane Almeida, Andreza Duarte, Juliana Gondin e Jamila Lacerda, pelo apoio, amizade e compreensão, desde da graduação sempre me apoiaram em cada desafio.

À secretaria municipal de saúde do município de João Pessoa-PB, por conceder a oportunidade de desenvolver o estudo, além do apoio profissional.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro que possibilitou a realização desta dissertação e pela concessão da minha bolsa de estudos.

Por fim agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas mudam o mundo.”

Paulo Freire

RESUMO

O aleitamento materno é associado ao mais alto padrão de saúde, fonte de nutrição completa e ideal para o lactente, devendo ser exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos ou mais. A prática da amamentação desencadeia desfechos positivos ligados à saúde da mãe e filho a longo e curto prazo, contribuindo na redução do risco para obesidade, sobrepeso, déficit no crescimento, alergias/intolerâncias alimentares e aumento no desempenho intelectual em crianças. Objetivo do estudo foi identificar os fatores relacionados com o aleitamento materno exclusivo e as consequências desta prática em uma coorte de mães de João Pessoa/PB. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, realizado no período de 2018 a 2020, envolvendo 162 mulheres desde o período gestacional até que seus filhos completassem em torno de seis meses de idade. Foram coletados dados sociodemográficos da família, assistência pré-natal, alimentação da criança, situação sobre a segurança alimentar, qualidade de vida e nível de ansiedade da mulher. Os dados foram exportados para o programa estatístico SPSS, utilizou-se a análise de sobrevivência, pelo método de Kaplan-Meier para estimar a duração mediana do aleitamento materno exclusivo (AMEX). O modelo de regressão múltiplo de Cox foi utilizado para verificar os fatores independentes que aumentavam a duração mediana do AMEX. As mulheres em sua maioria eram jovens, com nível de escolaridade ensino médio, apresentavam ocupação fora de casa e relataram presença do companheiro. Durante a primeira entrevista foi observado que 48,6% das gestantes apresentaram melhores fatores associados à qualidade de vida, a alta ansiedade-traço foi de 63,5% e ansiedade-estado 73,8%. Com relação a mediana do aleitamento materno exclusivo foi de 120 dias (IC 95%: 96,6 – 143,4). As variáveis associadas a menor duração do aleitamento materno exclusivo foram: não receber orientação durante o pré-natal sobre aleitamento materno (*HR*: 1,67), apresentar dificuldade para amamentar (*HR*: 1,58) e crianças que fazem o uso de chupeta (*HR*: 1,64), tornando-se grupos de risco para o desmame precoce. Tais resultados mostraram que receber orientações por profissionais de saúde durante o pré-natal, impactou na maior duração do aleitamento materno exclusivo e que essas orientações devem ser continuadas após o nascimento do bebê. Entretanto percebe-se que há necessidade de maiores ações voltadas para reduzir as dificuldades durante a amamentação, visto que o apoio recebido pelas mães era insuficiente após o nascimento da criança.

Palavras-Chaves: aleitamento materno; desmame precoce; estudos longitudinais.

ABSTRACT

Breastfeeding is associated with the highest standard of health, a complete and ideal source of nutrition for the infant, and must be exclusive until the sixth month of life and supplemented until two years of age or more. The practice of breastfeeding triggers positive outcomes related to the health of mother and child in the long and short term, contributing to a reduction in the risk of obesity, overweight, growth failure, food allergies/intolerances and increased intellectual performance in children. The aim of the study was to identify the factors related to exclusive breastfeeding and the consequences of this practice in a cohort of mothers from João Pessoa/PB. This is a prospective cohort study, carried out from 2018 to 2020, involving 162 women from the gestational period until their children completed around six months of age. Sociodemographic data of the family, prenatal care, child feeding, food security situation, quality of life and level of anxiety of the woman were collected. Data were exported to the SPSS statistical program, survival analysis was used by the Kaplan-Meier method to estimate the median duration of exclusive breastfeeding (AMEX). The Cox multiple regression model was used to verify the independent factors that increased the median duration of AMEX. Most women were young, with high school education level, had an occupation outside the home and reported the presence of a partner. During the first interview it was observed that 48.6% of pregnant women had better factors associated with quality of life, high trait anxiety was 63.5% and state anxiety 73.8%. Regarding the median of exclusive breastfeeding, it was 120 days (95% CI: 96.6 – 143.4). The variables associated with shorter duration of exclusive breastfeeding were: not receiving guidance during the prenatal period on breastfeeding (HR: 1.67), having difficulty breastfeeding (HR: 1.58) and children who use a pacifier (HR: 1.64), becoming risk groups for early weaning. These results showed that receiving guidance from health professionals during prenatal care had an impact on the longer duration of exclusive breastfeeding and that such guidance should be continued after the baby is born. However, it is clear that there is a need for greater actions aimed at reducing difficulties during breastfeeding, as the support received by mothers was insufficient after the child's birth.

Key words: breastfeeding; early weaning; longitudinal studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma do número de participantes da pesquisa	33
Figura 2	Tela inicial do <i>KoboCollect</i>	34
Figura 3	Estimativa da duração do aleitamento materno exclusivo, baseado pelos dados censurados relacionados a perda do seguimento e casos de a mãe continuar amamentando até o final da pesquisa.	36

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Classificação e pontos de corte referente a escala brasileira de insegurança alimentar	37
----------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Características sobre os níveis de situação da segurança alimentar	37
Quadro 2	Domínios e facetas da Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-bref	38

LISTA DE TABELA DO ARTIGO

Tabela 1	Características sociodemográficas, assistência pre-natal e orientações sobre a alimentação das crianças, João Pessoa-PB, 2018-2019 (n=162).	59
Tabela 2	Distribuição do aleitamento materno exclusivo em dias, correlacionado com as variáveis de assistência das mulheres da coorte, João Pessoa-PB.	63
Tabela 3	Regressão de Cox, fatores de risco associados à duração do aleitamento materno exclusivo, João Pessoa-PB, 2018-2020.	64

LISTA DE FIGURAS DO ARTIGO

Figura 1	Curvas de sobrevivência do tempo de duração do aleitamento exclusivo, João Pessoa (PB).	61
Figura 2	Curvas de sobrevivência do tempo de duração do aleitamento exclusivo associados aos fatores de risco, João Pessoa (PB).	62

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
DCNT	Doença Crônica Não Transmissíveis
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i>
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
IDATE	Inventário de Ansiedade
WHOQOL	Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 ALEITAMENTO MATERNO.....	17
2.1.1 Vantagens da amamentação exclusiva para a mãe e filho	18
2.1.2 Riscos relacionados a introdução alimentar precoce	20
2.1.3 Fatores relacionados com a duração do aleitamento materno exclusivo	21
2.2 (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR EM MULHERES.....	24
2.3 IMPACTO DA QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE NA MULHER.....	27
2.4 SAÚDE MENTAL NA MULHER.....	29
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	32
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
3.1. CÁLCULO AMOSTRAL	33
3.2 COLETA DE DADOS	34
3.3 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	35
3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	40
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	41
4 RESULTADOS	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A - ARTIGO.....	55
APÊNDICE B – OUTROS RESULTADOS.....	76
ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	79
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130
ANEXO C – COMITÊ DE ÉTICA.....	131

1 INTRODUÇÃO

A amamentação é uma prática com importância fundamental para a sobrevivência, nutrição e desenvolvimento infantil, bem como para a saúde da mulher. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o aleitamento materno seja mantido exclusivamente até o sexto mês de vida do bebê e complementado até os dois anos ou mais (WHO, 2017). A atenção durante os primeiros 1000 dias de vida e o impacto do aleitamento materno favorecem a construção de uma sociedade mais saudável (CUKROWSKA et al., 2020).

A baixa exposição ao aleitamento materno pode resultar no aumento da mortalidade, morbidade, hospitalizações por doenças infecciosas e redução do desempenho intelectual das pessoas ao longo da vida (HORTA; LORET; VICTORA, 2015; ROLLINS et al., 2016). O ato de amamentar é um direito biológico da mãe e do filho e gera inúmeros benefícios à saúde, reduzindo o risco de desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a exemplo da hipertensão e diabetes. (BIDER-CANFIELD et al., 2017).

Segundo os dados da UNICEF, poucos países atendem plenamente a recomendação sobre a duração adequada do aleitamento materno exclusivo, estimando que apenas 44% das crianças com menos de seis meses são amamentadas exclusivamente no mundo (UNICEF, 2019). Logicamente esta frequência é muito diferente entre os países, fato que nos indica que a situação pode ser muito pior em diversas populações.

No Brasil, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI (2020), realizado com crianças menores de dois anos, indicou que a taxa de amamentação exclusiva era de 45% entre as crianças menores de seis meses e que somente 53% das crianças continuaram sendo amamentadas no primeiro ano de vida. Estudo recente de Boccolini et al. (2017), mostrou que, apesar de importantes avanços, o país ainda está longe de alcançar as recomendações nacionais ou internacionais.

A literatura indica várias situações que favorecem a interrupção do aleitamento materno exclusivo precocemente, como por exemplo a baixa escolaridade materna, a primiparidade, os problemas de manejo como a percepção de baixa quantidade de leite e dificuldade de pega do bebê ao seio materno, bem como o retorno ao trabalho da mãe (Chang et al., 2019). A atenção materno infantil qualificada e um cuidado multiprofissional durante este período, incluindo ações de aconselhamento individual, educação em grupo, apoio imediato ao aleitamento materno pós-natal

e orientações para manejo durante a lactação, são intervenções benéficas, eficazes e protetoras para o sucesso do aleitamento materno exclusivo (ALMEIDA et al., 2015; ROLINS et al., 2016).

Outros fatores relacionados com as condições de vida, particularmente entre famílias vulneráveis à insegurança alimentar, podem levar a um ciclo de desmame que passa pela má alimentação materna, alto estresse e limitação de alimentos saudáveis (GROSS et al., 2019).

A má alimentação e exposições nutricionais inadequadas favorecem o risco subsequente de sobrepeso, obesidade e gordura corporal em crianças menores de dois anos (PATRO-GOLAB et al., 2016), justificadas pelo alto consumo de bebidas açucaradas e alimentos industrializados em substituição ao leite materno (PRIES et al., 2019).

Acompanhar as crianças nos primeiros anos de vida, conhecer o contexto em que elas vivem e identificar os diferentes fatores promotores ou fatores de desestímulo para a prática da amamentação é fundamental para a elaboração de ações assertivas que resultem em comportamentos mais próximos das recomendações oficiais. Somente os estudos de acompanhamento permitem identificar as relações de causa e efeito de fatores como a qualidade de vida, saúde mental materna, insegurança alimentar, condições sócio demográficas, composição familiar, acesso aos serviços de saúde, consumo alimentar, estado nutricional, entre outros, e estes estudos são escassos, principalmente nas regiões de maior desigualdade social e econômica.

Este trabalho visou analisar algumas destas características em uma coorte de mulheres gestantes, residentes no município de João Pessoa, assistidas pelo SUS, acompanhadas por menos 12 meses. A hipótese deste trabalho foi que melhores condições de assistência têm um impacto positivo na duração do aleitamento materno exclusivo que, por sua vez, melhora a qualidade de vida e a saúde mental materna.

Objetivo Geral

Identificar os fatores relacionados com o aleitamento materno exclusivo e as consequências desta prática em uma coorte de mães de João Pessoa/PB.

Objetivo específicos:

Medir a duração mediana do aleitamento materno exclusivo das mães da coorte.

Identificar os fatores que podem influenciar em uma maior ou menor duração do aleitamento materno exclusivo.

Identificar as relações entre o aleitamento materno exclusivo com a qualidade de vida, saúde mental materna e a situação de segurança/insegurança alimentar das famílias acompanhadas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Vamos abordar neste capítulo questões sobre o conceito de aleitamento materno exclusivo, suas vantagens, os riscos sobre a introdução alimentar precoce, contextualizar sobre a situação de segurança e insegurança alimentar em mulheres, aspectos relacionados à saúde mental e qualidade de vida das mulheres e como essas características podem estar relacionadas com a duração do aleitamento materno exclusivo e a introdução precoce de outros alimentos na dieta do recém-nascido.

2.1 ALEITAMENTO MATERNO

Amamentar é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho e promove importantes consequências positivas à saúde de ambos, a longo e curto prazo, com destaque na adequada maturação fisiológica, desenvolvimento cognitivo e emocional do bebê e implicações na saúde física e psíquica da mãe (VICTORA et al., 2016).

A prática do aleitamento materno pode ser classificada em três maneiras, de acordo com a introdução de outros alimentos: 1. aleitamento materno exclusivo (AME), quando a criança recebe somente leite materno em livre demanda, sem introduzir nenhum outro alimento líquido ou sólido, sendo recomendado durante os seis primeiros meses de vida do bebê, 2. aleitamento materno predominante (AMP), quando a criança recebe, predominantemente, o leite materno além de outros líquidos como água, chás ou suco, e 3. aleitamento materno complementado, quando a criança recebe, além do leite materno, outros alimentos sólidos e semi-sólidos, sendo recomendado após os seis meses de idade até os dois anos de vida ou mais (LOPES et al., 2018).

A mãe permite que estas práticas de aleitamento materno em livre demanda, proporcionem as primeiras relações sociais do recém-nascido de forma lúdica e prazerosa envolvendo o sentimento da maternidade. Nesta perspectiva a amamentação representa não apenas um meio alimentar, mas expressa um modo de ser e estar socialmente integrado (GIORDANI et al., 2018).

Mundialmente os percentuais de amamentação exclusiva, encontram-se longe de atingir a recomendação da Organização Mundial da Saúde. As taxas de aleitamento materno exclusiva de crianças menores de seis meses de idade estão em média, em 41%, variando de 20-30% em países como (China, Paraguai, Argélia) até 58% como na Índia (WHO et al., 2019; UNICEF, 2020).

No Brasil segundo os resultados preliminares do estudo do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), realizado no ano de 2019, foi possível observar que 69% das crianças brasileiras foram amamentadas exclusivamente até os quatro meses. Segundo as taxas de prevalência por região, a região Sudeste apresentou maior frequência (63,5%), enquanto a região Nordeste a menor (55,8%). Quando comparado com o período de seis meses após o nascimento, as mesmas regiões apresentaram uma redução de 13,5% e 17,8% respectivamente na frequência do aleitamento materno exclusivo (ENANI, 2020).

Em outro estudo realizado no Nordeste, em cidade do Ceará, com 354 mulheres, mostrou que a frequência do aleitamento materno exclusivo foi reduzida com o passar dos meses, sendo que a taxa no primeiro mês foi de 39,2%, diminuindo para 6,5% após cinco meses (FERREIRA et al., 2018).

2.1.1 Vantagens da amamentação exclusiva para a mãe e filho

O leite materno exclusivo é o único alimento obtido de modo natural, seguro e sem custo, contém as necessidades do bebê, durante os seis primeiros meses (AOYAMA et al., 2020). Os nutrientes presentes no leite materno se modificam de acordo com a demanda gerada para o desenvolvimento da criança. No pós-parto, as mulheres secretam inicialmente o colostro, conhecido como a primeira vacina do bebê, durante os três primeiros dias, atuando na proteção e no processo de maturação e desenvolvimento (ACETI et al., 2017; BERING, 2018).

Esse processo de imaturidade do sistema imunológico, na fase do recém-nascido é ligado a susceptíveis infecções. Dessa forma, o aleitamento materno exclusivo é recomendado por oferecer uma importante fonte de bactérias benéficas, atuando na proteção precoce e contínua contra infecções virais e prevenção de doenças alérgicas (JÄRVINEN et al., 2019).

As propriedades anti-infecciosas do leite humano são representadas pela presença de fatores imunológicos, peptídeos bioativos, oligossacarídeos e lipídios. (BRYANT, 2020; ZIELINSKA et al., 2019; BOUDRY et al., 2021). O prolongamento do aleitamento materno exclusivo traz benefício adicional por reduzir os índices de mortalidade pós neonatal e a taxa de hospitalização por doenças diarreicas em crianças (SANTOS et al., 2015).

Outro fator a ser associado sobre o aleitamento materno exclusivo são os benefícios cardioprotetores observados a curto e longo prazo. Crianças amamentadas exclusivamente com maior duração apresentaram um perfil lipídico menos aterogênico quando adolescentes, associado a redução do *Low Density Lipoprotein* (LDL), redução do triglicerídeo e adequado colesterol total (SOUZA et al., 2019; HUI et al., 2019).

Nesse contexto, a literatura apoia a capacidade protetora da amamentação, durante a infância, com relação a incidência de obesidade e comorbidade relacionadas. O benefício não se limita apenas na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, mas também está associado ao aumento significativo nos escores de inteligência e no cognitivo (SANIA et al., 2019; MARSEGLIA et al., 2015).

A duração da amamentação exclusiva a longo prazo para lactentes desempenha um papel significativo na redução dos custos com a alimentação e menos gastos com os cuidados com a saúde quando comparado com crianças que ao longo do primeiro ano, utilizaram fórmulas infantis, resultando em menor demanda por serviços de saúde como consultas de emergência, admissões em hospital e tratamento com drogas (LECHOSA-MUÑIZ et al., 2020).

Embora exista reconhecimento mundial das vantagens do aleitamento materno exclusivo para o filho, também é constatado inúmeros benefícios para a mãe. A amamentação no pós-parto está relacionada com a contração uterina, retorno do órgão ao seu tamanho normal, redução de ocorrência de anemia e hemorragia pós-parto, cuja amamentação sustentada pode contribuir para uma maior perda de peso materna (JAYASINGHE et al., 2021; GOMES et al., 2018).

A amamentação pode reduzir a incidência de complicações metabólicas e fisiológicas nas mães, incluindo diabetes tipo 2, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares. É oportuno enfatizar que a amamentação exclusiva está associada a uma menor resistência à insulina em mães/filhos. Conforme um estudo epidemiológico prospectivo, com 1.238 mulheres, mostrou que crianças com amamentação exclusiva por seis meses foi associado a uma redução de 25% de casos de diabetes em mulheres com idade reprodutiva (GUNDERSON et al., 2018; PEREIRA et al., 2014).

Outros efeitos protetores da amamentação exclusiva em mães estão associados a um menor risco de doenças neoplásicas. Entre os estudos, conclui-se que longos períodos da duração da amamentação reduziu a prevalência do câncer de ovário e câncer de endométrio entre as mulheres

que amamentam e pontou o aumento na expectativa de vida de mulheres que já desenvolveram a doença (ZHAN, 2015; CHOWDHURY et al., 2015).

2.1.2 Riscos relacionados a introdução alimentar precoce

A introdução alimentar precoce é definida como o oferecimento de alimentos diferente do leite materno, como sucos, chás e água, antes da fase de maturação do organismo, que tem sua duração durante os seis primeiros de vida da criança. Essa prática alimentar errôneas provoca o aumento de risco de contaminação e reações alérgicas, interfere na absorção de nutrientes importantes do leite materno, risco para desenvolvimento de doenças agudas e crônicas e implica na alta prevalência para o desmame precoce. A transição entre o aleitamento materno exclusivo e a introdução precoce dos alimentos pode gerar intercorrências devido ao não desenvolvimento fisiológicos do bebê (LOPES et al., 2018).

Outros pontos importantes a serem destacados neste contexto são a imaturidade do trato intestinal, a introdução precoce dos alimentos e sua relação com o déficit de crescimento linear, visto que as fórmulas infantis elevam em 35% a prevalência de baixo peso para idade. Essa diminuição dos fatores protetores do leite materno expõe o maior risco de infecções gastrointestinais, devido a introdução de água e alimentos contaminados (GONÇALVES et al., 2019).

O desmame e a introdução alimentar precoce afetam o desenvolvimento motor-oral, visto que essa maturação ocorre durante os primeiros meses através da sucção do leite materno. A amamentação quando interrompida acaba por reduzir os exercícios musculares que favorecem a respiração nasal e reduz o desenvolvimento orofacial, prejudicando a mastigação, deglutição e fonação (SILVA, 2020).

Alguns estudos ressaltam que a introdução alimentar precoce pode gerar elevados graus de infecções, contribuindo para o risco de desenvolver diarreia, já que sua frequência pode propiciar à desnutrição, comprometendo o sistema imunológico. Esse padrão alimentar irregular leva a instabilidade da microbiota saudável e reduz os mecanismos protetores contra os agentes patogênicos (RAMOS et al., 2018; SILVA et al., 2019).

A introdução precoce do leite de vaca, está associado ao desenvolvimento de atopia e alta capacidade alergênica, devido a quantidade elevada de proteína que não é bem digerida pela

criança, elevado teor de sódio, de cloreto, de fosforo e potássio comprometendo a função renal do recém-nascido, além disso apresenta quantidades insuficientes de ácidos graxos essenciais, vitaminas e minerais para menores de seis meses. A inclusão do leite de vaca e outros tipos de leite está associado ao aumento de risco de diabetes tipo 1, pequenas hemorragias intestinais e complicações respiratórias (PATELAROU et al., 2012; CAMPOS et al., 2015).

A exposição de alimentos inadequados no início da vida desencadeia processos inflamatórios que repercutem negativamente na saúde criança, podendo resultar em alterações no desenvolvimento físico, comportamental e intelectual. Essa ingestão precoce é associada a uma maior prevalência de anemia ferropriva e baixa adequação dos demais micronutrientes, observadas principalmente em crianças que foram desmamadas precocemente na faixa etária de zero a seis meses de vida (OLIVEIRA; MELERE, 2018).

Os estudos apontam que a introdução alimentar precoce inicia antes dos seis meses podem “programar” a obesidade futura (MANNAN, 2018). O público infantil é alvo de forte influência da introdução alimentar de ultra processados antes dos seis meses, no entanto a crescente obesidade vem sendo atrelada a esse estilo alimentar irregular, devido à alta densidade energética, à alta quantidade de gordura, açúcar, sódio, pouca fibra e uma ampla variedade de compostos sintéticos, conhecidos como aditivos alimentares não nutritivos. Essa introdução precoce promove dano celular, dificuldades na circulação sanguínea devido ao surgimento de placas de gordura, excesso de peso corporal, doenças inflamatórias do trato gastrointestinal e outras lesões, todas associadas a inflamação (GIESTA et al., 2019; KAKODKAR; MUTLU, 2017).

Os principais fatores de risco relacionados para introdução precoce foram, uso de chupeta, o retorno do trabalho ou estudo das mães, pouco incentivo dos profissionais relacionado ao aleitamento materno exclusivo, baixo nível de escolaridade das mães e influencias dos familiares (LIMA et al., 2018; ANDRADE et al. 2018; ANDRADE et al., 2016).

2.1.3 Fatores relacionados com a duração do aleitamento materno exclusivo

A menor duração do aleitamento materno exclusivo pode estar associada à baixa escolaridade materna (COHEN et al., 2018), falta de apoio familiar (PIANKUSOL et al., 2021), ausência ou redução da licença maternidade (NIEL et al., 2020), menor número de consultas no

período gestacional (SILVEIRA et al., 2020), mães primíparas e idade materna acima de 35 anos (KITANO et al., 2016).

Com relação as principais dificuldades encontradas no início da amamentação, observa-se que a posição inadequada durante a amamentação, dificuldade com a pega correta, pode causar traumas mamilares, dor e desconforto podendo interferir negativamente para maior duração do aleitamento materno. Além disso outros achados que podem reduzir a amamentação são o uso da chupeta, mamadeira e introdução alimentar precoce (ROSA; DELGADO, 2017).

Um estudo realizado em Atenas na Grécia apontou que a detecção precoce das dificuldades da amamentação e o suporte adequado durante o período da lactação pode aumentar a duração do aleitamento materno. Os principais fatores como insatisfação maternal com o parto, uso de fórmula no hospital, experiência de cólica do recém-nascido, mastite materna, dificuldade de sono materno e fadiga foram associados a ocorrência das dificuldades da amamentação e menor redução do tempo do aleitamento materno (DAGLA et al., 2021).

Um estudo de coorte realizado em Pelotas- RS, observou que a redução da duração do aleitamento exclusivo foi associada a alguns outros motivos, como leite insuficiente (69%), recusa inexplicável do bebê (37,9%) e retorno ao trabalho/ escola das mães (24,1%). O mesmo estudo justifica que esse achado pode estar relacionado a insegurança materna diante das dificuldades da amamentação e a baixa autoconfiança sobre a qualidade de seu leite, visto que algumas mães pensam que seu leite é fraco ou insuficiente para saciar o bebê (AMARAL et al., 2019).

Diante desses obstáculos entende-se que profissionais de saúde podem influenciar na autoeficácia da amamentação das mulheres por meio da persuasão verbal para incentivar a amamentação, promover respostas afetivas quantos as dúvidas das gestantes e puérperas e orientar quando ao sucesso da amamentação. Foi observado que a amamentação na primeira hora de vida associado a intervenção motivacional precoce, no pós-parto imediato e reforço de orientações e apoio de profissional da saúde por meio de ligações telefônica no primeiro, terceiro e sexto mês pós-parto aumentou o AME (FRANCO-ANTONIO et al., 2021).

Destaca-se ainda que práticas educativas realizadas por profissionais capacitados durante o pré-natal e pós-parto é de suma importância para duração do AME. Mulheres que receberam essas intervenções reagiram positivamente a desafios, como a percepção de leite materno insuficiente, sustentando a amamentação por um período mais longo (ARABAN et al., 2018).

Demais estudos abordam que a alta autoconfiança materna em amamentar pode gerar expectativas positivas com relação as habilidades para amamentar promovendo maior duração do aleitamento materno. Além disso, é importante destacar que mães que apresentaram experiência anterior com relação a amamentação, apresentaram índices mais elevados de autoconfiança, e podem repercutir a menores sintomas de depressão e maior controle emocional em mães no período pós-parto (ROCHA et al., 2018).

Com relação ao pós-parto alguns estudos apontam que a duração do aleitamento materno foi reduzida em mulheres que apresentaram um parto cesáreo (planejado ou não), podendo ser influenciado pelas respostas físicas e emocionais da mãe a cirurgia, mobilidade limitada das mulheres nos primeiros dias e altos níveis de dor pós-operatória (BEAKE et al., 2017).

Em um estudo anterior, o modo do parto influenciou negativamente o início da amamentação, foi observado que 40% das mulheres que apresentaram cesariana de emergência não conseguiram amamentar seu bebê na primeira tentativa, e mostrou que as cesarianas planejadas foram associadas a menor duração de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós-parto (HOBBS et al., 2016).

Em um estudo realizado em diferentes maternidades na província da Catânia (Sicília e sul da Itália) com 3.368 entrevistas, observou que 48% continuavam em AME, enquanto 48% já apresentava aleitamento materno misto. Com relação aos fatores protetores para maior duração do aleitamento materno exclusivo destacaram o alojamento conjunto, amamentação dentro da 1 hora após o nascimento e o maior nível de educação materna, entretanto a idade materna não apresentou influência. O parto do tipo cesáreo foi relacionado a menor duração do aleitamento materno exclusivo (RAGUSA et al., 2021).

Na Grécia foi realizado um estudo com 1080 mulheres em um estabelecimento de cuidados primários de saúde mental, o desfecho central para maior duração do AME foi relacionado com orientação adequada e apoio durante a gestação. Observou-se que quando as mulheres e seus parceiros que receberam educação/ aconselhamento pré-natal desde a gestação e apoio contínuos de longo prazo durante o puerpério e período de lactação liderado pela obstetrícia foram associadas ao aumento das taxas de início e continuação da amamentação exclusiva (DAGLA et al., 2021).

As orientações realizadas por profissionais de saúde e apoio pré-natal/ou pós-natal mostram impactos positivos para maior duração da amamentação (WONG et al., 2021). Pode-se observar que parte das mulheres necessitam de suporte adequado, principalmente de orientações

relacionados aos reconhecimentos dos sinais de saciedade e fome do bebê, orientações sobre o choro do bebê, que nem sempre está ligado a fome e sim a outras necessidades da criança (ROTHSTEIN, et al., 2020).

Chama-se atenção que a atuação dos profissionais capacitados e apoio oportuno às lactantes podem reduzir as chances do uso de suplementos desnecessários, visto que o uso de fórmulas infantis muitas vezes é utilizado de forma indevida, ocorrendo a interrupção da exclusividade da amamentação (MORAES, et al., 2016). Um outro estudo observou que o aconselhamento por profissionais de saúde, apoio hospitalar e abordagem de mobilização da comunidade são as principais intervenções para promover maior duração do aleitamento materno exclusivo (SINHA et al., 2015).

2.2 (IN)SEGURANÇA ALIMENTAR EM MULHERES

A segurança alimentar e nutricional é um processo multifatorial, atrelado a vários fatores como, o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais. O conceito engloba o respeito a sustentabilidade em processos produtivos, diversidade ambiental, cultural e econômica, não relacionado apenas ao acesso à alimentação (BURITY et al., 2010; PEREIRA et al., 2021).

Na população brasileira as mulheres são pontuadas com um grupo bastante vulnerável quanto ao elevado índice de insegurança alimentar. Baseado pelo estudo de Soares e colaboradores foi observado que 76,5% das mulheres apresentaram insegurança alimentar, sendo 53,4% com insegurança leve, 13,6% de insegurança moderada e 9,7% de insegurança alimentar grave (SOARES et al., 2020).

As mulheres com insegurança alimentar e nutricional apresentam desordens nutricionais, inúmeras implicações na saúde metabólica, física e mental, devido ao aumento no consumo de carboidratos refinados e gordurosos, ingestão insuficiente de proteínas, minerais e vitaminas, agravando o estado de saúde de todos no domicílio (ROCHA et al., 2016). A insegurança alimentar em gestantes está relacionada ao agravamento de eventos estressantes, além de aumentar as complicações clínicas durante a gravidez, parto e em recém-nascido (ABRAHAMS et al., 2006; CARMICHAEL et al., 2007).

O baixo valor nutricional e a deficiência de micronutrientes (fome oculta) estão associados ao excesso de peso em gestantes, soma-se a isto, alterações metabólicas como hiperglicemia e pressão arterial elevada (OLIVEIRA et al., 2017). Além disso, é importante ressaltar que a insegurança alimentar em gestantes pode contribuir para o risco de anemia, sendo associada ao aumento da mortalidade materna e risco de prematuridade (OLIVEIRA et al., 2015). Observou-se também que mulheres com insegurança alimentar moderada ou grave apresentaram maiores chances de acreditar que o leite materno seria insuficiente por 6 meses, mães que amamentaram por 6 meses teria problemas de saúde ou sociais e que para manter o AME por 6 meses mães necessitariam de uma alimentação adequada, resultando na redução do aleitamento materno (WEBB-GIRARD et al., 2012).

Estudos apontam que a insegurança alimentar das mulheres pode impactar na prevalência de doenças crônicas com o aumento da idade. A maioria das mulheres que receberam o benefício do Bolsa Família, foram associadas ao baixo consumo de frutas, legumes e verduras e alto consumo de refrigerantes. Neste sentido a baixa condição financeira e a oferta de alimentos não saudáveis, aumentou as chances de desenvolver obesidade quando associadas a insegurança alimentar (MALTA et al., 2020; MAZUR, NAVARRO, 2015).

Com a identificação da insegurança alimentar percebe-se que a renda investida na compra de alimentos é diferenciada, os recursos provenientes de programas de transferência de renda apontam que as mulheres com menor renda planejam um maior direcionamento dos gastos com a alimentação e com as crianças. O estudo mostrou que esse público de mulheres apresentou menor escolaridade, e quando chefe de família são expostas ao medo de privações alimentares futuras (CAMPOS et al., 2020).

Grande parte dessas mulheres que vivem em situação de fragilidade social, apresentam várias barreiras e dificuldades para conquistarem uma adequada condição financeira, devido à súbita necessidade de cuidar dos afazeres domésticos e dos filhos. Essa sobrecarga fez aumentar o número de trabalhos informais e com menores remunerações, com consequência direta na redução da segurança alimentar (IMPÉRIO et al., 2019). Segundo os dados do 2017-2018, revela que o domicílio que tem a mulher como referência, tem menor índice de segurança alimentar, sendo apenas 38,6% (IBGE, 2020).

Além disso mulheres gestantes e nutrizes apresentam um estado de sensibilidade aumentada, e quando ligada a insegurança alimentar exibem maiores riscos de ocorrência dos

transtornos mentais comuns ao final do primeiro ano de vida de seu filho, além de desfechos não desejáveis como o baixo peso das crianças ao nascer e diabetes gestacional. Percebe-se que a sensibilidade materna para identificar as necessidades das crianças é diminuída nas famílias em insegurança alimentar, afetando no desenvolvimento intelectual e afetivo das crianças (SOUSA et al., 2019; LOPES et al., 2010).

Essa condição de insegurança alimentar no período gestacional aumentou a ocorrência de excesso de peso/ obesidade, devido ao ganho de peso inadequado durante a gestação e mostrou risco aumentado de desenvolver pré-eclâmpsia (DEMÉTRIO et al., 2020). Repercussões negativas no cuidado do lactente também são observadas como a interrupção do aleitamento materno exclusivo, suprimimento alimentar inadequado, baixo peso ao nascer, déficit no desenvolvimento cognitivo, risco do bebê desenvolver anomalias fetais e defeitos congênitos (ANDRÉ et al., 2018; SOARES et al., 2021).

Estudo realizado com mulheres norte americanas no período pós-parto apresentou maiores prevalências de problemas na saúde mental quando associados a mães com risco de insegurança alimentar, idade materna entre 18 e 20 anos, saúde física precária, redução do nível de escolaridade no âmbito familiar e baixo capital social (LINARES et al., 2020). Outro estudo realizado com mulheres latino americanas observou que a insegurança alimentar foi associada ao aparecimento de sintomas depressivos e baixa autoestima nas mães, e risco de desenvolvimento e disfunção psicossocial em crianças (NAGATA et al., 2019).

Diante de todo esse contexto é importante utilizar escalas de percepção de insegurança alimentar para possibilitar o diagnóstico da situação de acesso aos alimentos em tempo recorde. No Brasil é utilizado a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), aplicadas em conjunto com outros indicadores (SPERANDIO et al., 2018).

Um estudo mostrou que a situação de insegurança alimentar doméstica foi relacionada com problemas de saúde em mulheres de baixa renda com filhos, foi observado um maior sofrimento psicológico e maiores transtorno de ansiedade nas mulheres, aumentando a vulnerabilidade geral da família. Além disso percebe-se forte ligação à múltiplas queixas de saúde, saúde mental precária, saúde bucal precária, doença gastrointestinal e desconforto/ dor no peito (WEIGEL et al., 2016).

A insegurança alimentar doméstica além de implicar em irregularidades socioemocional na mulher está associado a depressão materna, já em criança pode-se observar que a sua exposição prolongada afeta negativamente no desenvolvimento da primeira infância, gerando um efeito direto

e indireto no psicoemocional, social e desenvolvimento intelectual do mesmo (PEREZ-ESCAMILLA; VIANNA, 2012).

Diante de todo esse prejuízo pode-se observar que essa insegurança alimentar persistente nas crianças está associada a desnutrição, pior qualidade dos alimentos, desenvolvimento do cérebro prejudicado, déficits cognitivos, baixo desempenho escolar, abandono escolar e dificuldades de concentração e entendimento (OLIVEIRA et al., 2020). Além disso o grau de insegurança alimentar destas mães está associado as percepções insuficientes de leite materno, promovendo o abandono do aleitamento materno exclusivo e a introdução precoce de alimentos complementares acarretando prejuízos a criança (LESOGOROL et al., 2018).

Em uma coorte prospectiva, no oeste do Quênia mostrou que famílias com insegurança alimentar estavam associadas à diminuição da ingestão de leite materno entre crianças não infectadas pelo HIV (MILLER et al., 2019). Da mesma forma um outro estudo corrobora com os mesmos achados, desta vez foram com mães canadenses que apresentavam insegurança moderada ou alta tinham menor chance de sustentar o aleitamento materno exclusivo até seis meses após o parto (ORR et al., 2018).

2.3 IMPACTO DA QUALIDADE DE VIDA NA SAÚDE NA MULHER

Qualidade de vida (QV) aborda múltiplas dimensões, sendo um reconhecido que permite mensurar as condições básicas do ser humano e um indicador de saúde da população, podendo assim assumir a características positivas ou negativas, diante desse contexto entende-se sobre a importância de avaliar a QV no atendimento a diferentes grupos de pessoas, principalmente na assistência das mulheres no intuito de estimular ações de promoção da saúde (SCHUMACHER et al., 2020; CAVALCATE et al., 2018).

A percepção do indivíduo com relação a QV, se baseia no bem-estar físico, mental e social, atreladas aos seus objetivos, expectativas e preocupações. Assim a avaliação da QV pode contemplar domínios físico, social, psicológicos e espiritual, perpassando pelo nível de independência, relações culturais e meio ambiente (LUVIDARO, 2017; CAVALCANTE et al., 2018).

Os instrumentos para avaliação da QV variam de acordo com os objetivos de cada estudo. Foi observado que em gestantes usuárias do sistema único de saúde, utilizou-se a versão curta do

questionário WHOQOL-bref que considera quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) para mensuração da qualidade de vida. Os resultados apontaram que o número de moradores acima de três pessoas no mesmo domicílio foi associado a pior percepção da qualidade de vida no domínio das relações pessoais, quanto aos hábitos de estilo de vida, ser fumante foi associado a pior QV no domínio psicológico e relações sociais e quando às condições de saúde, a presença de doença crônica foi associada a uma pior QV geral e no domínio físico e psicológico (ALMEIDA-BRASIL et al., 2017).

Diante dos grandes avanços é possível avaliar as políticas públicas de saúde e sua associação com a QV das mulheres, podendo aprimorar as medidas de prevenção ao adoecimento da mãe e do filho. Outro fator a ser considerado é a idade das mães, pode-se observar que gestante com idade avançada pode contribuir positivamente para a QV, podendo estar associada ao estilo de vida saudável, maior maturidade e experiência na maternidade (OLIVEIRA et al., 2014). Outro estudo observou que a alta qualidade de vida das mães mostrou associação com a autoeficácia da amamentação, visto como fator de proteção-infantil (MIRGHAFORVAND et al., 2018).

A alta qualidade de vida na mulher grávida, pode gerar impactos profundo associados ao aleitamento materno, reduzir a morbidade materna e neonatal compreendida como um problema social. Em defesa da qualidade de vida das mulheres e crianças é importante considerar adequada atenção no puerpério, apoio, incentivo ao aleitamento materno, planejamento familiar e a presença paterna em ambiente familiar saudável (ANDRADE et al., 2015).

A percepção da qualidade de vida é influenciada por vários aspectos, como o ambiente social, psicológico e familiar. Assim é importante destacar que mulheres expostas a agressões são vítimas de agravos biológicos, psicológicos e sociais, afetando negativamente na qualidade de vida das mulheres e crianças. O sentimento de culpa e a vergonha estão associados com as dificuldades em reagir e verbalizar a violência, ligados ao forte temor pela segurança de seus filhos (LUCENA et al., 2017).

A qualidade de vida das mulheres grávidas, se apresentam globalmente mais baixas do que a população geral. Ainda é referido na literatura que mulheres quando referenciadas como chefes de família, usuárias de medicamentos e baixo relacionamento social no ambiente de trabalho, apresentam menor qualidade de vida, refletindo no comprometimento de domínio físico, ambiental e psicológico (MASCACINE et al., 2019).

A percepção da qualidade de vida em mulheres gestantes, está associada positivamente ao capital social (considerado um determinante de saúde e do bem-estar). As razões prováveis incluem conexão com a comunidade, confiança, relacionamentos saudáveis e sentir-se socialmente apoiado pode ser um fator de proteção contra o estresse e sofrimento psicológico, melhorando as dimensões da saúde física e mental da qualidade de vida (REZAEINIARAKI et al., 2019).

Outros fatores que influenciam negativamente a qualidade de vida das mães podem estar relacionados com as características sociodemográficas (idade avançada, desemprego, baixo índice de escolaridade da mãe e do conjugue); isolamento (estar longe da família e amigos, falta do suporte do parceiro, maternidade solitária); características obstétricas (primiparidade, internação durante a gravidez); características psicológicas (sintomas depressivos no pré-natal, ansiedade) e sintomas durante a gravidez (náuseas, vômitos, dores e redução na qualidade do sono) (LAGADEC et al., 2018; ESTEBSARI et al., 2020).

O impacto da baixa qualidade de vida em mulheres está associado aos filhos com limitações crônicas e possível dependência de longo prazo, como aquelas com paralisia cerebral. A qualidade de vida das mães durante o processo de reabilitação do filho relaciona-se diretamente com a qualidade de vida da criança durante e após o tratamento. Diante dessa maneira é essencial o suporte dos profissionais de saúde para disponibilizar adequadas informações sobre o cuidado com a criança. Dessa maneira é essencial o suporte dos profissionais de saúde, para disponibilizar adequadas informações sobre o cuidado com a criança de forma a proporcionar um conforto emocional, contribuindo para melhor qualidade de vida dessas mães (LEE et al., 2019).

Com base no estudo realizado no Irã, com 394 gestantes mostrou que a baixa qualidade de vida estava associada com a piora da situação da segurança alimentar. Tais achados refletiram que a pontuação da qualidade de vida diminui 5,2 pontos no grupo com insegurança leve, 10,83 pontos no grupo com insegurança moderada e 14,11 pontos no grupo com insegurança grave (MOAFI et al., 2018).

2.4 SAÚDE MENTAL NA MULHER

O alto índice de mulheres com transtornos mentais representa um problema de saúde pública. Ansiedade é um tipo de transtorno mental caracterizado por medo e ansiedade excessivos e persistentes, bem como por perturbações comportamentais. Estudos apontam que o

comportamento de mães ansiosas interfere não apenas no bem-estar materno, mas afeta no desenvolvimento dos filhos, levando a desordens comportamentais, afetivas, cognitivas e sociais (SILVA et al., 2021; PORTO; CAROSIO, 2021).

Neste sentido, o cuidado com a saúde mental é entendido como prioridade na vida das mulheres, principalmente quando precedidas de eventos marcantes, como gravidez, parto e puerpério. De acordo com o estudo, em países de baixa renda a prevalência média ponderada de ansiedade e depressão foi próximo a 16% durante o período pré-natal e durante o pós natal a taxa foi superior (ATIF et al., 2015).

Durante o período pós parto, a sintomatologia mais prevalente é a mudança de humor repentina, associada a outros sintomas, sentimento de inutilidade e culpa, depressão, alterações de apetite e sono, alterações de peso, falta de energia e preocupações (ou despreocupação completa) para o bebê (MELO et al., 2018; ROVERI et al., 2019).

Sintomas relacionados ao adoecimento psíquico da mulher, como a ansiedade podem interferir na qualidade de vida, no relacionamento e no processo saúde-doença das mulheres. Nesse contexto, um estudo realizado com mulheres em áreas rurais, mostrou que na escala de ansiedade-estado, o escore médio foi de 38,3 pontos e a ansiedade-traço, o escore médio foi de 41,4 pontos. Observou-se que não realizar atividade física, possuir alguma doença crônica, ter um número elevados de filhos no domicílio, baixa escolaridade, menor idade da mulher na primeira gravidez e não ter relação saudável com o parceiro foi associado a maiores sintomas de ansiedade (PARREIRA et al., 2021).

O desenvolvimento da ansiedade materna no pré e pós-parto, particularmente em pais de baixa e média renda está associado a gestantes jovens, níveis mais elevados de estresse (econômico, conjugal e social), menor peso ao nascer das crianças, menor escolaridade e maior número de filhos, já com relação ao efeito protetor o suporte do parceiro foi essencial (BARTHEL et al., 2016). A alta porcentagem de transtornos mentais comuns detectados nas mães, aumentaram em 13,8% o risco para o atraso no desenvolvimento do filho (RIBEIRO et al., 2014).

Um estudo realizado no interior da África, com 287 mulheres, mostrou que 15,3% era mãe solteira, 60,3% apresentavam ensino formal completo e metade relatou problemas de saúde mental. A má saúde materna foi associada a ter um filho com deficiência, maternidade solitária, insegurança alimentar e práticas inadequadas de disciplina infantil (ABIMANA et al., 2020).

Baseado pela revisão bibliográfica, os autores apontaram que o comprometimento da saúde das mulheres em países de alta renda, mostrou que a insegurança alimentar tem se mostrado como um marcador de saúde mental precária, identificando associações com transtorno de humor, ansiedade e ideação suicida (MAYNARD et al., 2018). Tal fator necessita de atenção, principalmente durante a gestação, onde 40 a 70% de mulheres apresentaram algum sintoma de ansiedade, depressão ou ambos durante esse período (SONCINI et al., 2019).

A ansiedade específica da gravidez é um preditor de resultado adversos à saúde perinatal e infantil, associada a uma redução de 5-6% em práticas de aleitamento materno exclusivo em 6 a 8 semanas após o parto (HORSLEY et al., 2019). Somando-se a essa condição, gestantes acompanhadas pelo setor público e privado, apresentaram diferenças entre os estados emocionais. As gestantes acompanhadas pela rede pública apresentou um maior número de nível de ansiedade, sintomas depressivos, baixa autoestima e morte neonatal (MEIRELES et al., 2019).

Um estudo de coorte prospectivo com 1128 mulheres grávidas, mostrou que quando expostas a pelo menos um tipo de violência emocional, física ou sexual, apresentam um risco de 50% de probabilidade de interromper o aleitamento materno exclusivo antes da criança completar seis meses de idade. Quando expostas aos três tipos, foi observado duas vezes mais chances de interrupção prematura, maior chance de sofrer de depressão pós-parto, associando a comportamento de ansiedade e deficiência cognitiva (MADSEN et al., 2019).

Esses comportamentos voltados ao estresse materno devido as realidades desafiadoras, pressão social em torno das expectativas da mãe e da amamentação, estão associadas ao aumento da baixa autoestima e sentimentos de falha do papel materno. Além disso os fatores psicossociais como dor e fadiga, durante a amamentação tem sido associado a um maior risco de sintomas depressivos (GIANNI et al., 2019), nesta perspectiva o apoio social quanto ao suporte emocional é essencial durante todo esse processo, e já se entende que a depressão e ansiedade durante o pós parto prevê durações mais curtas da amamentação (ELDER et al., 2021).

As mulheres que apresentam sentimento de culpa, raiva e ansiedade por não conseguirem amamentar predispõe a uma pior saúde mental, visto a necessidade de intervenções psicológicas nesse público e incentivo para um encorajamento construtivo de autoaceitação e autoconfiança em todos os sentidos da vida, não apenas no cuidado maternal. Dessa forma a amamentação pode ser encarada como algo menos doloroso em algumas situações, promovendo um espaço sem tanto julgamento e sim maior aporte social (JAKSON et al., 2021)

Em algumas maternidades pode-se observar que não há profissionais habilitados para o adequando acompanhamento dessas mães mais vulneráveis aos sintomas de baixa saúde mental. Apesar da negligência, foi observado que maternidades que prestavam apoio psicológico as mães o percentual de aleitamento materno exclusivo foi significativamente maior (RAGUSA et al., 2021)

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, com uso de dados primários e classificado como um estudo de coorte prospectivo, o presente estudo integra a pesquisa intitulada de **RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO ENTRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR E CONDIÇÕES DE SAÚDE**, desenvolvida pela Universidade Federal da Paraíba, compondo duas coortes, a primeira de famílias de mulheres não gestantes e a segunda de mulheres gestantes, sendo a última selecionada para nosso estudo atual.

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi realizado um estudo de coorte prospectivo, acompanhando mulheres desde o período gestacional até que seus filhos completassem em torno de seis meses de idade. O estudo foi realizado no município de João Pessoa com uma amostra de mulheres recrutadas em unidades básicas de saúde localizadas em dois dos cinco Distritos Sanitários do Município, Distrito III e V. Ressalta-se que o município onde o estudo foi realizado apresentava uma população estimada de 800.323 mil habitantes (IBGE, 2018). De acordo com a assistência à saúde da população, o território é composto por cinco Distritos Sanitários.

A pesquisa teve duração de 2 anos, no intervalo de 2018 a 2020, cuja população alvo foram gestantes, usuárias do Sistema Único de Saúde e residentes do município de João Pessoa. Para seleção dessas mulheres, os entrevistadores previamente treinados aplicavam um questionário enquanto as gestantes aguardavam pela consulta do pré-natal e/ou para vacinação delas e/ou dos filhos nas unidades básicas de saúde.

Após finalizada a entrevista, as mulheres que atendessem ao critério de inclusão eram convidadas a participar da pesquisa. Atendendo como os critérios de inclusão da coorte: mulheres grávidas maiores de 18 anos, independente do período de gestação, porém com desenvolvimento

normal da gestação. Teve como critérios de exclusão: apresentar problemas neurológicos e psiquiátricos, gestantes de outras regiões e dados incompletos das variáveis principais (duração do AME e informações sobre introdução alimentar).

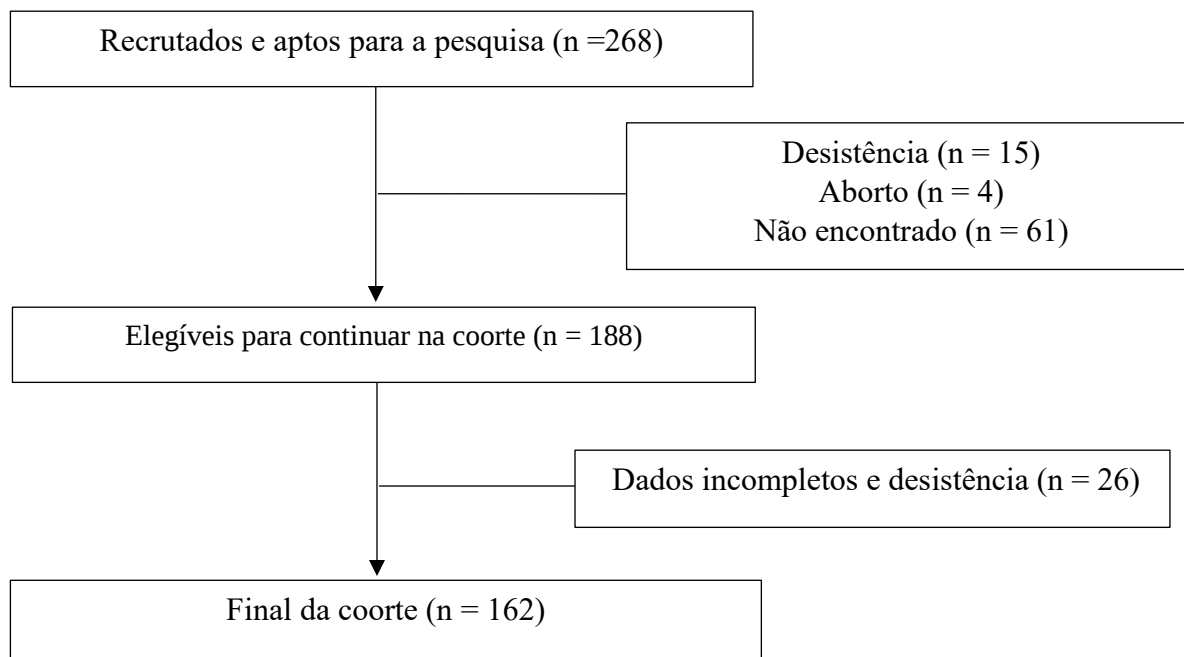
As entrevistas subsequentes foram realizadas nos domicílios destas mulheres, com intervalos entre cada entrevista de em torno de 3 meses, completando tantas visitas quantas fossem necessárias para ter informações do recém-nascido até ele completar seis meses de idade, ou já ter interrompido o aleitamento materno exclusivo. Em meados de abril de 2020, alguns ajustes foram realizados, devido a pandemia do COVID-19, as visitas domiciliares restantes foram substituídas por ligações telefônicas, respeitando o intervalo de tempo, afim de finalizar a coleta adequada dos dados.

3.1. CÁLCULO AMOSTRAL

Por se tratar de um estudo de seguimento, onde a etapa mais difícil seria localizar a mulher no seu domicílio, na primeira entrevista de acompanhamento após o recrutamento, estabeleceu-se uma meta de recrutar em torno de 250 gestantes para que o seguimento tivesse pelo menos 150 participantes no final da coorte. Este número de mulheres possibilita, com intervalo de confiança de 95% e poder do teste de 80%, estimar riscos relativos de 1,5 ou mais, em grupos o número de expostos pode ser a metade dos não expostos, considerando uma incidência do evento esperado (interrupção do aleitamento materno exclusivo) de 50% entre os não expostos (FLEISS, 2013).

Foram recrutadas 268 gestantes, amostra não probabilística, usuárias da atenção primária à saúde para a realização da consulta de pré-natal, realizado na Unidade Básica de Saúde e acompanhadas até a introdução alimentar do bebê. Dessas, 188 foram revisitadas em seus domicílios uma ou duas vezes, representando uma perda seguimento de 31,72 % da amostra inicial. Esta perda foi decorrente de não encontrar a família no endereço informado após três tentativas de visitas com dias e horários alternados ou o contato por telefônico não estar correto (n=61), desistências (n=15) e abortos (n=4). Das 188 mulheres e bebês acompanhados, 162 foram elegíveis para o acompanhamento da duração total do aleitamento materno exclusivo. (FIGURA 1).

Figura 1. Fluxograma do número de participantes da pesquisa



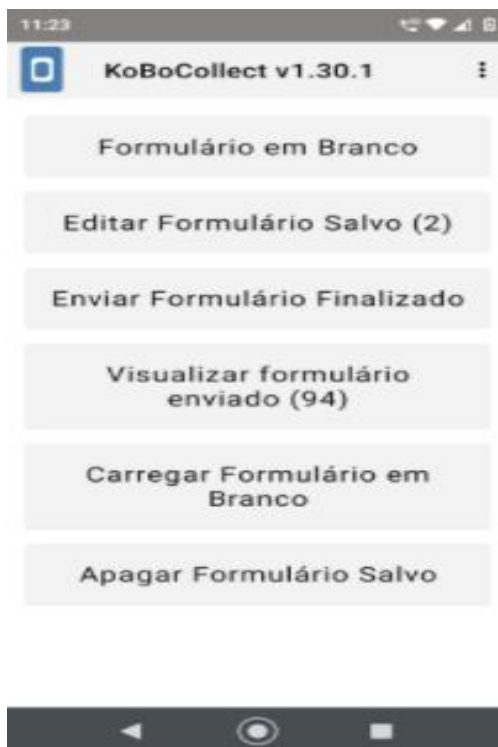
Fonte: Elaborado pelo autor.

3.2 COLETA DE DADOS

Todos os dados foram coletados através de entrevista estruturada, com questionário codificado utilizando o aplicativo *KoboCollect*, como ilustrado na figura 2, com auxílio de aparelhos celulares. Trata-se de um software gratuito de código aberto desenvolvido pela *Harvard Humanitarian Initiative*, que possibilita criar formulários, relatórios, visualizar dados coletados e exportar dados obtidos.

Por padrão cada organização que utiliza o servidor da *KoboCollect* tem direito a 10 mil envios de formulários e 5 GB do banco de dados, porém é possível criar um servidor local ou entrar em contato com a equipe *KoboCollect* para solicitar mais recursos.

Figura 2 – Tela inicial do *KoboCollect*.



Fonte: Harvard Humanitarian Initiative, 2012

3.3 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Durante as entrevistas foram coletados dados socioeconômicos, características da família e da gestantes, informações sobre a gestação, assistência pré-natal, incluindo a situação de segurança alimentar, saúde mental e de qualidade de vida da mulher (ANEXO A).

Mediante os dados socioeconômicos/demográficos a variável idade foi agrupada pela faixa etária (18 a 25 anos, > 25 a 35 anos e > 35 anos). O grau de escolaridade, caracterizado pelo ensino primário, ensino médio e ensino superior/técnico. Situação conjugal dividida em sem companheiro (incluindo gestantes divorciadas, solteiras e viúvas), com companheiro (incluindo gestantes casadas e com união estável), chefe de domicílio (sim ou não). Para avaliar a raça, a variável categorizada em branco, pardo/moreno e outros (incluindo preto, oriental, indígena e amarelo). Com relação ao recebimento de auxílio governamental (sim ou não) e a renda categorizada através da renda per capita por integrantes (< R\$ 250,00; R\$ 250,00 até R\$ 500,00 e > R\$ 500,00).

No domicílio, após o nascimento do bebê, além das avaliações maternas com relação às condições socioeconômicas, foram realizadas perguntas sobre os cuidados no puerpério, saúde e alimentação do lactente. A duração do aleitamento materno exclusivo, variável dependente deste estudo, foi estimada com o cálculo do intervalo de tempo entre o nascimento do bebê e a introdução do primeiro alimento, ou água, na dieta da criança.

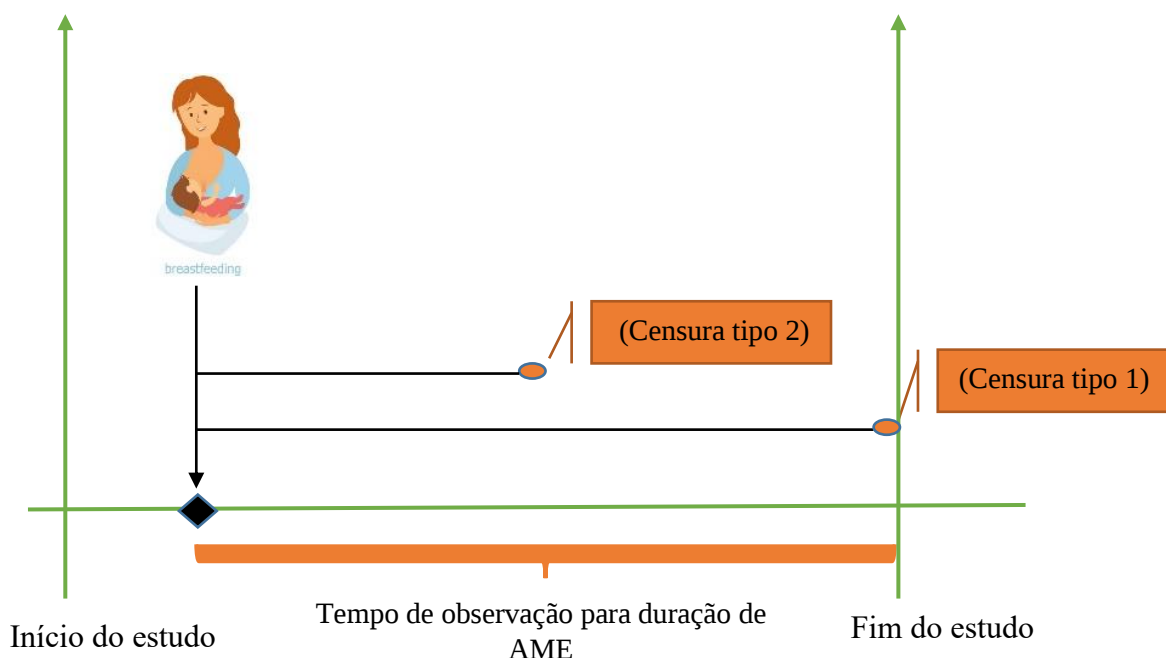
Para esta estimativa foi feita a seguinte sequência de perguntas: “o seu bebê ainda mama no peito?”, se sim, “além de mamar no peito, você já ofereceu água ou algum outro alimento?”, se sim, “qual era a idade do seu filho no momento desta introdução alimentar?” e a resposta desta pergunta era o tempo estimado para aquela criança. Quando a mãe ainda amamentava de forma exclusiva, a idade do bebê no momento da entrevista era calculada e este dado passava a ser considerado como a duração da amamentação exclusiva “censurada”, ou seja o período era registrado e levado em consideração para análise do evento observado (duração do AME).

No presente estudo a “falha” era caracterizada quando se identificava a interrupção do aleitamento materno exclusivo. Dessa forma quando a mãe relatava a interrupção do AME, entende-se que a falha ocorreu e em seguida era perguntado “até que idade seu filho mamou somente no peito, sem a introdução de água ou outro alimento?” e esta idade era a estimativa da duração do aleitamento materno exclusivo. Assim, as duplas mãe-bebê foram acompanhados até se produzir a interrupção do aleitamento exclusivo “falha” ou até finalizar o estudo caso os bebês ainda estivessem em aleitamento exclusivo “censura”.

Todos os dados “censurados” foram reavaliados na entrevista subsequente para se ter uma estimativa mais precisa da duração do evento. Nos casos de a mãe continuar amamentando exclusivamente depois da última entrevista foi definido como censura tipo 1, ou seja, a duração do AME era contabilizado para análise do estudo, mas não foi calculado o período total até realização da falha.

Com relação aos casos de perdas de seguimento durante o estudo foi definido como censura tipo 2, a informação da duração da amamentação exclusiva foi calculada até ultimo contato com mãe, mas não foi calculado o período total até realização da falha, mas mesmo assim a informação é utilizada para efeito das análises (Figura 3).

Figura 3 – Estimativa da duração do aleitamento materno exclusivo, baseado pelos dados censurados relacionados a perda do seguimento e casos de a mãe continuar amamentando até o final da pesquisa.



Com relação a rede de apoio, incentivo ao aleitamento materno e as variáveis de assistência à saúde os questionamentos foram baseados: “A senhora teve orientação sobre introdução alimentar”, “a senhora recebeu apoio do nutricionista na rede de atenção”, “a senhora recebeu orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal”, “a senhora recebeu apoio no início da amamentação”. Com relação aos hábitos da criança foi perguntado sobre o uso de chupeta e com relação a prática da amamentação foi perguntado sobre a existência da “dificuldade para amamentação”, todas categorizadas com (sim ou não), encontrados no (ANEXO A).

Para diagnosticar a situação da segurança/ou insegurança alimentar das mulheres (SEGALL-CORRÊA et al., 2014) foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). O instrumento contém 14 questões (EBIA-14), com respostas dicotômicas (sim / não) com base nos últimos meses. Entre a primeira e oitava questão todas as famílias responderam, com relação as últimas seis questões, apenas os domicílios que apresentaram moradores com menos de 18 anos. De acordo com o somatório de cada questão de acordo com o (tabela 1), classificamos o grau de insegurança alimentar da família contextualizada com base no (quadro 1).

Tabela 1 - Classificação e pontos de corte referente a escala brasileira de insegurança alimentar.

Classificação	Domicílio com menores de 18 anos	Domicílio sem menores de 18 anos
Segurança Alimentar	0	0
Insegurança alimentar Leve	1 - 5	1 - 3
Insegurança alimentar moderada	6 - 9	4 - 5
Insegurança alimentar Grave	10 - 14	6 - 8

Fonte: Segall-Corrêa; Marin-Leon, 2015.

Quadro 1. Características sobre os níveis de situação da segurança alimentar.

SITUAÇÃO DE SEGURANÇA ALIMENTAR
Segurança Alimentar: a família/domicílio tem acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais.
Insegurança Alimentar Leve: preocupação ou incerteza quanto acesso aos alimentos no futuro; qualidade inadequada dos alimentos resultante de estratégias que visam não comprometer a quantidade de alimentos.
Insegurança Alimentar Moderada: redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação, resultante da falta de alimentos entre os adultos e crianças.
Insegurança Alimentar Grave: redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação, resultante da falta de alimentos entre as crianças e adultos; fome (quando alguém fica o dia inteiro sem comer por falta de dinheiro para comprar alimentos).

Fonte: IBGE, 2014.

O Inventário de Ansiedade (IDATE) foi um dos instrumentos utilizados para quantificar componentes relacionadas a ansiedade. Desenvolvido por Spielberger e colaboradores (1970), sendo adaptado para realidade do Brasil por Biaggio e Natalício em 1979.

O IDATE é dividido em duas subescalas, uma avalia a ansiedade-estado (IDATE-E) caracterizada por uma reação transitória movida pela situação de adversidade que apresenta em dado momento, ou seja, descreve como se sente “agora, neste momento”. Enquanto a outra avalia

a ansiedade-traço (IDATE-T) voltada para a personalidade que permanece mais estável relacionado durante um tempo maior, instruído a responder como “geralmente se sente”.

No que se refere aos instrumentos (ansiedade-traço e ansiedade-estado) ambos são compostos por 20 afirmações (cada qual com uma escala de 1 a 4 graus de intensidade), o escore de cada escala pode variar de 20 a 80 pontos, sendo que maiores números indicam alto nível de ansiedade. Para referenciar com baixa ansiedade observada, a faixa de escore se enquadra até 40 pontos, enquanto os que apresentaram o escore acima de 40 pontos foram considerados com níveis de alta ansiedade (HETEM; GRAEFF, 2004).

Para avaliação do nível da qualidade de vida da gestante, utilizou-se o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde -WHOQOL – breff, uma versão abreviada do WHOQOL-100. Ferramenta útil para aplicabilidade em estudos epidemiológicos e/ou com utilização de múltiplos instrumentos de avaliação (ROMERO et al., 2013; THE WHOQOL GROUP, 1998).

O instrumento é composto por 26 questões, as respostas seguem uma escala de 1 a 5, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida, baseado pelo *The Whoqol Group*, (1998). A soma da pontuação varia de zero a cem, em que, quanto maiores forem os escores de cada domínio e o total, melhores são as percepções de satisfação dos sujeitos sobre os aspectos avaliados. O instrumento abreviado conta com quatro domínios: 1) Físico; 2) Psicológico; 3) Relações sociais; 4) Meio ambiente, de acordo com a quadro 2.

Quadro 2. Domínios e facetas da Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde -bref.

Domínios	Facetas
Domínio 1- Domínio Físico	Dor e desconforto Energia e Fadiga Sono e Repouso Mobilidade Atividade Cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
Domínio 2- Domínio Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória, concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos

	Espiritualidade/ religião/ crenças pessoais
Domínio 3- Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
Domínio 4- Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente do lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação, oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) Transporte

Adaptado pelo *The Whoqol Group* (1998).

3.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados foram estruturados em uma planilha eletrônica e exportados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para a descrição dos dados qualitativos categóricos, foram realizadas as análises de frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas foi utilizado a média, desvio-padrão e medianas.

Para avaliar a associação entre uma ou mais variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado, podendo dicotomizar algumas variáveis para atender aos pressupostos dos testes, apresentando com critério de decisão o resultado do teste com nível de significância, p -valor $< 0,05$.

Foi utilizada a análise de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier, técnica estatística utilizada quando se pretende analisar um fenômeno em relação a um período de tempo, ou seja, ao tempo transcorrido entre um evento inicial e o evento final, como exemplo do estudo presente caracterizado como o tempo de duração do aleitamento materno exclusivo. Foi aplicado o teste de Log-Rank, com nível de significância de 5% para confirmar ou rejeitar a hipótese que as curvas de sobrevivência dos diferentes grupos são semelhantes.

Para investigar o efeito independente das variáveis categóricas, que definem os grupos de comparação, que estão relacionadas as durações diferentes do tempo de amamentação exclusiva foi construído um modelo de regressão múltipla de Cox, com a retirada progressiva das variáveis que apresentaram p -valor menor ou igual a 0,20 nas análises de Kaplan-Meier (método *Backward*),

mantendo no modelo final somente as variáveis que mantiveram p -valor menor que 5%, segundo a estatística Wald.

Com relação ao efeito independente das variáveis categóricas que estão associadas a ansiedade das mães, foram incluídas em um modelo de regressão logística, mantendo no modelo final somente as variáveis cujo p -valor $< 0,05$.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo da pesquisa, ao qual está vinculado o presente projeto de tese, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa / Plataforma Brasil do Estado da Paraíba conforme o CAAE: 63798217.60000.5186. Foram requisitadas as devidas autorizações das instituições públicas que disporem de informações para o processo amostral e todos os registros dos envolvidos foram manuseados eticamente, sem identificação em nenhuma etapa da pesquisa.

Ao ser abordado, o participante foi esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa e ao fato de sua inclusão no estudo ser opcional, sendo garantido o sigilo e confidencialidade das informações individuais e que só dados globais serão divulgados à comunidade acadêmica.

Todas as mães acima de 18 anos que aceitaram participar do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B). Além disso, as mulheres foram informadas que a sua participação foi voluntária e sem remuneração, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer ônus ou penalidade. O estudo foi encaminhado e aprovado para o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/UFPB) – Campos I (ANEXO C).

4 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão apresentados em formato de artigo e segue submetido em revista científica. No apêndice A, consta o artigo, intitulado como: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO - Coorte de gestante em João Pessoa – PB.

Trata-se de um estudo longitudinal que objetivou avaliar as ações de promoção, e apoio à amamentação exclusiva de mulheres gestantes, residentes no município de João Pessoa-PB, acompanhadas durante os primeiros seis meses após o nascimento de seus filhos ou até a introdução de outros alimentos na dieta do bebê, com a finalidade de avaliar o impacto positivo destas ações. A coorte foi finalizada com a participação completa de 162 mulheres, entre as principais características predominantes podemos destacar que a maioria das mulheres apresentaram idade entre 25 e 35 anos, conviviam com o companheiro, nível de escolaridade ensino médio, além disso pouco assistidas por programas sociais de transferência de renda. Após o nascimento do bebê, mais da metade das mães (56,2%) referiram ter recebido algum apoio para amamentar. A duração mediana do aleitamento materno exclusivo acompanhadas foi de 120 dias, com relação aos fatores de risco associados a menor duração do aleitamento materno exclusivo os dados foram associados às mães que não receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, apresentaram dificuldade para amamentar e crianças fazendo uso de chupeta.

Trajetória da pesquisa como participante

Essa pesquisa me faz refletir como todo esse processo de planejamento, construção de questionário, adaptação de materiais para cada realidade, treinamentos, coleta de dados e interpretação do resultado final é gratificante. Fazer parte dessa equipe me permitiu realizar grandes vivências, gerou laços e a carga de conhecimento imensurável. A pesquisa de campo ampliou meus horizontes sobre a atuação como profissional e como ser humana, apesar de tantas dificuldades, toda essa trajetória me impulsiona a vivenciar e buscar novas experiências no meio acadêmico.

REFERÊNCIAS

- ABIMANA, M. C. et al. Assessing factors associated with poor maternal mental health among mothers of children born small and sick at 24–47 months in rural Rwanda. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 20, n. 1, p. 1-12, 2020.
- ABRAHAMMS, Z. et al. Factors associated with household food insecurity and depression in pregnant South African women from a low socio-economic setting: a cross-sectional study. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 53, n. 4, 2018.
- ACETI, A. et al. Probiotics Prevent Late-Onset Sepsis in Human Milk-Fed, Very Low Birth Weight Preterm Infants: Systematic Review and Meta-Analysis. **Nutrients**, v.9, n.8, p. 904, 2017.
- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, n. 33, p. 355-362, 2015.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1705-1716, 2017.
- AMARAL, S. A. et al. Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.29, p.e2019219, 2020.
- ANDRADE, S. S. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 10, 2016.
- ANDRADE, H. S. et al. Fatores relacionados ao desmame precoce do aleitamento materno. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.
- ANDRADE, R. D. et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 181-186, 2015.
- ANDRÉ, H. P. et al. Indicadores de insegurança alimentar e nutricional associados à anemia ferropriva em crianças brasileiras: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1159-1167, 2018.
- AOYAMA, E. A. et al. A importância do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida do recém nascido. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

ARABAN, M. et al. Randomized controlled trial of a prenatal breastfeeding self-efficacy intervention in primiparous women in Iran. **Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing**, v. 47, n. 2, p. 173-183, 2018.

ATIF, N. et al. "Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda." **Seminars in perinatology**. v. 39, n.5., p. 345-352, WB Saunders, 2015.

BARTHEL, D. et al. Longitudinal course of ante-and postpartum generalized anxiety symptoms and associated factors in West-African women from Ghana and Côte d'Ivoire. **Journal of affective disorders**, v. 197, p. 125-133, 2016.

BEAKE, S. et al. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, v.13, n.4, p.e12390, 2017.

BERING, S. B. Human milk oligosaccharides to prevent gut dysfunction and necrotizing enterocolitis in preterm neonates. **Nutrients**, v.10, n.10, p.1461, 2018.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Manual para o inventário de ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: CEPA, v. 15, 1979.

BIDER-CANFIELD, Z. et al. Maternal obesity, gestational diabetes, breastfeeding and childhood overweight at age 2 years. **Pediatric Obesity**, v. 12, n. 2, p. 171-178, 2017.

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, p. 51-108, 2017.

BOUDRY, G. et al. The relationship between breast milk components and infant gut microbiota. **Frontiers in nutrition**, v.8:629740, 2021.

BURITY, V. et al. **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília: Abrandh, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN/** Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Lei nº 11.265, de 03 de janeiro de 2006**. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas. **Bases para discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRYANT, J.; THISTLE, J. Anatomy, Colostrum. **Treasure Insland** (FL): StatPearls Publishing, 2020.

CARMICHAEL, S. L. et al. Maternal food insecurity is associated with increased risk of certain birth defects. **The Journal of nutrition**, v. 137, n. 9, p. 2087-2092, 2007.

CAMPOS, A. M.S. et al. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, p. 283-290, 2015.

CAMPOS, J.M. et al. Gênero, segurança alimentar e nutricional e vulnerabilidade: o Programa das Mulheres Mil em foco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p.1529-1538, 2020.

CAVALCANTE, R. M. F. et al. Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho: Uma Revisão Bibliográfica. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 40, p. 21-31, 2018.

CHANG, P.V. et al. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. **International Breastfeeding Journal**. v. 14:18, 2019.

COHEN, Sarah S. et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. **The Journal of pediatrics**, v. 203, p. 190-196. e21, 2018.

CHOWDHURY, R. et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v.104, p.467, 2015.

CUKROWSKA, B. et al. The relationship between the infant gut microbiota and allergy. The of Bifidobacterium breve and prebiotic oligosaccharides in the activation of anti-allergic mechanisms in early life. **Nutrients**, v.12, n.4, 2020.

DAGLA, M. et al. Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1988, 2021.

DAGLA, Maria et al. The Association of Breastfeeding Difficulties at the 6th week Postpartum with Maternal Psychological Well-being and Other Perinatal Factors: a Greek Retrospective Longitudinal Study. **Materia Socio-Medica**, v. 33, n. 2, p. 109, 2021.

DEMÉTRIO, F. et al. Associação entre insegurança alimentar, determinantes sociais e desfechos nutricionais em mulheres grávidas: revisão e metanálise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n.7, p.2663-2676, 2020.

ELDER, Mason et al. Realigning expectations with reality: a case study on maternal mental health during a difficult breastfeeding. **Journal of Human Lactation**, p. 08903344211031142, 2021.

ENANI - Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – 2019: **Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil**. UFRJ: Rio de Janeiro .1ª edição. 9p., 2020.

ESTEBSARI, F. et al. Health-related quality of life and related factors among pregnant women. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 9, 2020.

FERREIRA, H. L. O. C. et al. Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 683-690, 2018.

FLEISS, J.L. et al. **Statistical methods for rates and proportions**. John Wiley & Sons; 2013.

FRANCO-ANTONIO, C. et al. Effect of a brief motivational intervention in the immediate postpartum period on breastfeeding self-efficacy: Randomized controlled trial. **Research in Nursing & Health**, v. 44, n. 2, p. 295-307, 2021.

GIANNI, M. L. et al. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. **Nutrients**, v. 11, n. 10, p.2266, 2019.

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2387-2397, 2019.

GIORDANI, R. C. F. et al. Maternidade e amamentação: identidade, corpo e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, p.2731-2739, 2018.

GONÇALVES, V. S. S. et al. Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, 2019.

GOMES, D. B. M. et al. Amamentação e suas prerrogativas para a saúde do binômio mãe-filho. **Biológicas e Saúde**, v. 8, n. 27, 2018.

GROSS, R.S. et al. Food insecurity during pregnancy and breastfeeding by low-income Hispanic mothers. **Pediatrics**. v.142, n.6, p. 1-10, 2019.

GUNDERSON, E. P. et al. Lactation duration and progression to diabetes in women across the childbearing years: the 30-year CARDIA study. **JAMA Internal Medicine**, v. 178, n. 3, p. 328-337, 2018.

HASSELMANN, M.H. et al. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24, Sup 2, p. 341- 352, 2008.

HENRIQUE et al. Políticas de saúde e de segurança alimentar e nutricional: desafios para o controle da obesidade infantil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, p.12, p.4143-4152, 2018.

HETEM, L.A.B.; GRAEFF, F.G. **Transtorno da Ansiedade**. São Paulo, Atheneu, 2004.

HORTA, B.L.; LORET, C.M.; VICTORA, C.G. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**. v. 104, n. 467, p.30-7, 2015.

HOBBS, A. J. et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. **BMC pregnancy and childbirth**, v.16, n. 1, p. 1-9, 2016.

HORSLEY, K. et al. A associação entre ansiedade específica da gravidez e estado de amamentação exclusiva no início do período pós-parto. **Journal of Human Lactation**, v. 35, n. 4, p. 729-736, 2019.

HUI, L. L. et al. Breastfeeding in infancy and lipid profile in adolescence. **Pediatrics**, v. 143, n. 5, 2019.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa de População**. Tabelas do sistema do IBGE de recuperação automática (SIDRA), 2018.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: Segurança Alimentar 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: primeiros resultados/IBGE** Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, p.69, 2020.

IMPÉRIO, D. A. et al. A mulher no mercado de trabalho: lutas e conquistas. Encontro Internacional de Gestão, **Desenvolvimento e Inovação**, v. 3, n. 1, 2019.

JACKSON, L. et al. Guilt, shame, and postpartum infant feeding outcomes: A systematic review. **Maternal & Child Nutrition**, v. 17, n. 3, pág. e13141, 2021.

JÄRVINEN, K. M. et al. Immunomodulatory effects of breast milk on food allergy. **Annals of Allergy, Asthma e Immunology**, v.123, n.2, p.133-143, 2019.

JAYASINGHE, S. et al. Exclusivity of breastfeeding and body composition: learnings from the Baby-bod study. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2021.

KAKODKAR, S. et al. Dieta como opção terapêutica para doença inflamatória intestinal do adulto. **Gastroenterology Clinics**, v. 46, n. 4, p. 745-767, 2017.

KAPLAN, E. L. & MEIER, P. Non parametric estimation from incomplete observation. **Journal of the American Statistics Association**, n.53, p.457-481, 1958.

KITANO, N. et al. Combined effects of maternal age parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. **Preventive medicine reports**, v. 3, p. 121-126, 2016.

KoBoToolBox: **KoBoToolBox** (Version1). Cambridge: Harvard Humanitarian Initiative, 2012. Disponível em: <http://www.kobotoolbox.org> . Acesso em: 08 de março de 2021.

LAGADEC, N. et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 1, 2018.

LEE, E.T. **Statistical methods for survival data analysis**. 2nd ED. New York: Jonh Wiley & Sons, 1992.

LEE, M. H. et al. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em mães de crianças com paralisia cerebral. **Jornal de enfermagem pediátrica**, v. 44, p. 1-8, 2019.

LECHOSA-MUÑIZ, C. et al. Health care costs associated to type of feeding in the first year of life. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 13, p. 4719, 2020.

LESOGOROL, C. et al. Economic determinants of breastfeeding in Haiti: the effects of poverty, food insecurity, and employment on exclusive breastfeeding in an urban population. **Maternal & Child Nutrition**, v. 14, n. 2, p. e12524, 2018.

LIMA, A. P. C. et al. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 2, p. 189-196, 2018.

LINARES, D. E. et al. Social determinants of health associated with mental health among US mothers with children aged 0–5 years. **Journal of Women's Health**, v. 29, n. 8, p. 1039-1051, 2020.

LLORENTE-PULIDO, S. et al. Barriers and facilitators for exclusive breastfeeding in women's biopsychosocial spheres according to primary care midwives in Tenerife (Canary Islands, Spain). **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n.7:3819, 2021.

LOPES, W. C. et al. Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 164-170, 2018.

LOPES, R. C. S. et al. A relação da mãe com suas figuras de apoio femininas e os sentimentos em relação à maternidade. **Psicologia em estudo**, v. 15, p. 295-304, 2010.

LUCENA, K. D. T. et al. Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

MADSEN, F. k. et al. Intimate partner violence and subsequent premature termination of exclusive breastfeeding: a cohort study. **Plos one**, v. 14, n. 6, p. e0217479, 2019.

MALTA, D. C. et al. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200058, 2020.

- MANNAN, H. Early Infant feeding of formula or Solid and risk of childhood overweight or obesity in a socioeconomically disadvantaged region of Australia: a longitudinal cohort analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 8, p.1685, 2018.
- MARCACINE, P. R. et al. Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 749-760, 2019.
- MARSEGLIA, L. et al. Obesity and breastfeeding: The strength of association. **Women and Birth**, v. 28, n. 2, p. 81-86, 2015.
- MAZUR, C. E.; NAVARRO, F. Insegurança alimentar e obesidade em adultos: Qual a relação? **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 35-44, 2015.
- MAYNARD, M. et al. Food insecurity and mental health among females in high-income countries. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 7, p. 1424, 2018.
- MELO, S. B. et al. Sintomas depressivos em puérperas atendidas em Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, p. 163-169, 2018.
- MEIRELES, J. F. F. et al. Comparação entre gestantes do setor público e privado da saúde: uma abordagem psicológica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 79-87, 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- MILLER, J. D. et al. Greater household food insecurity is associated with lower breast milk intake among infants in western Kenya. **Maternal & Child Nutrition**, v. 15, n. 4, p. e12862, 2019.
- MIRGHAFORVAND, M. et al. Relationship of breastfeeding self-efficacy with quality of life in Iranian breastfeeding mothers. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 31, n. 20, p. 2721-2728, 2018.
- MOAFI, F. et al. The relationship between food security and quality of life among pregnant women. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2018.
- MONTEIRO, F. R. et al. Influência da licença-maternidade sobre a amamentação exclusiva. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n.5, p.475-481, 2017.
- MORAES, B. A. et al. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 37, 2016.

NAGATA, J. M. et al. Food insecurity is associated with maternal depression and child pervasive developmental symptoms in low-income Latino households. **Journal of hunger & environmental nutrition**, v. 14, n. 4, p. 526-539, 2019.

NIEL, M. S. V. et al. The impact of paid maternity leave on the mental and physical health of mothers and children: a review of the literature and policy implications. **Harvard review of psychiatry**, v. 28, n. 2, p. 113-126, 2020.

OLIVEIRA, M. A. M. et al. Gestantes tardias de baixa renda: dados sociodemográficos, gestacionais e bem-estar subjetivo. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 3, p. 69-82, 2014.

OLIVEIRA, T. M.; MELERE, C. Contribuição do desmame precoce na ocorrência da anemia ferropriva em lactentes. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 25, n. 3, p. 32-35, 2018.

OLIVEIRA, A. C. M.; TAVARES, M. C. M.; BEZERRA, A. R. Insegurança alimentar em gestantes de rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, p.519-526, 2017.

OLIVEIRA, A. C. M. et al. Fatores de associados à anemia em gestantes de rede pública de saúde de uma capital do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.37, p.505-511, 2015.

OLIVEIRA, K. H. D. et al. Household food insecurity and early childhood development: Systematic review and meta-analysis. **Maternal & Child Nutrition**, v. 16, n. 3, p.e129667, 2020.

ORR, S.K. Relation between household food insecurity and breastfeeding in Canada. **Canadian Medical Association Journal**. v. 190, n. 11, p. 312-319, 2018.

PARREIRA, B. D. M. et al. Sintomas de ansiedade entre mulheres rurais e fatores associados. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

PATELAROU, E. et al. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. **Nutrition reviews**, v. 70, n. 9, p. 509-519, 2012.

PIANKUSOL, C. et al. Factors Affecting Breastfeeding Practices under Lockdown during the COVID-19 Pandemic in Thailand: A Cross-Sectional Survey. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 16, p. 8729, 2021.

PATRO-GOLAB, B. et al. Nutritional interventions or exposures in infants and children aged up to 3 years and their effects on subsequent risk of overweight, obesity and body fat: a systematic review of systematic reviews. **Obesity Reviews**. v. 17, n.12, p. 1245-1257, 2016.

PEREIRA, N. et al. Qualidade dos alimentos segundo o sistema de produção e sua relação com a segurança alimentar e nutricional: revisão sistemática. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e200031, 2021.

PEREZ-ESCAMILLA, R.; VIANNA, R. P. T. Food Insecurity and the behavioral and intellectual development of children: a review of evidence. **Journal of Applied Research on Children**, v. 3, n. 1, p. 9, 2012.

PEREIRA, P. F.; ALFENAS, R.C.G.; ARAUJO, R.M.A. O aleitamento materno influencia o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus na criança? Uma análise das evidências atuais. **Jornal de Pediatria. (Rio J.)**, v. 90, n. 1, p. 7-15, 2014.

PORTO, M. A.; CAROSIO, A. A. Transtornos mentais em mulheres no período gestacional: uma revisão de literatura. **Revista Interciência-IMES Catanduva**, v. 1, n. 6, p. 86-86, 2021.

PRIES, A. M. et al. Energy intake from unhealthy snack food/beverage among 12–23-month-old children in urban Nepal. **Maternal & Child Nutrition**, 15(Suppl 4), 2019.

RAGUSA, R. et al. Factors influencing uptake of breastfeeding: the role of early promotion in the maternity hospital. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 9, p. 4783, 2021.

RAMOS, I. I. C. et al. Aleitamento materno aumenta a resiliência da comunidade microbiana. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 3, p. 258-267, 2018.

REZAEINIARAKI, M. et al. A associação entre capital social e qualidade de vida em uma amostra de gestantes iranianas. **BMC saúde pública**, v. 19, n. 1, p. 1-8, 2019.

RIBEIRO, D. G. et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 215-226, 2014.

ROCHA, N. P. et al. Associação de insegurança alimentar e nutricional com fatores de risco cardiometabólicos na infância e adolescência: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, p. 225-233, 2016.

ROLLINS, N.C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v.387, n. 10017, p.491-504, 2016.

ROMERO, M. et al. “Is health related quality of life (HRQoL) a valid indicator for health systems evaluation?”. **SpringerPlus**. 2:664, 2013.

ROSA, J. S.; DELGADO, S. E. Conhecimento de puérperas sobre amamentação e introdução alimentar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.30, n.4, p.1-9, 2017.

ROVERI, L. M. et al. Tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **RETEC-Revista de Tecnologias**, v. 12, n. 2, 2019.

ROTHSTEIN, J. D. et al. “The doctor said formula would help me”: Health sector influences on use of infant formula in peri-urban Lima, Peru. **Social Science & Medicine**, v. 244, n. C, 2020.

SANIA, A. et al. Early life risk factors of motor, cognitive and language development: a pooled analysis of studies from low/middle-income countries. **BMJ open**, v. 9, n. 10, p. e026449, 2019.

SANTOS, F. S. et al. Amamentação e proteção contra diarreia: uma revisão integrativa da literatura. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, p. 435-440, 2015.

SCHUMACHER, L. M. et al. Relação da qualidade de vida com dados sociodemográficos e nutricionais de gestantes e puérperas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Refinamento da Escala de Medição da Insegurança Alimentar no Brasil: Recomendação para EBIA de 14 itens. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 241-251, 2014.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança Alimentar no Brasil: Proposição e usos da escala brasileira de medida da insegurança alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v.16, n.2, p.1-19, 2009.

SILVA, R. B. et al. Ansiedade entre gestantes atendidas na atenção básica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p. e21510817165-e21510817165, 2021

SILVA, J. N. Aleitamento materno: motivos e consequências do desmame precoce em crianças. **Revista Artigos. Com**, v. 20, p. e4756-e4756, 2020.

SILVA, A.M.L. et al. A introdução alimentar precoce e o risco de alergias: Revisão da literatura. **Enfermería Global**, n. 54, p. 485, 2019.

SILVEIRA, L. I. et al. Fatores associados ao número de consultas no pré-natal: análise segundo a autopercepção de usuárias da atenção primária no Brasil. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 49, n. 2, p. 29-42, 2020.

SINHA, B. et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. **Acta paediatrica**, v. 104, p. 114-134, 2015.

SPERANDIO, N.; MORAIS, D. C.; PRIORE, S. E. Escalas de percepção da insegurança alimentar validadas: a experiência dos países da América Latina e Caribe. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 449-462, 2018.

SOARES, J. M. D. et al. (In) Segurança Alimentar, Indicadores Socioeconômicos e Perfil Antropométrico de Mulheres Contempladas por Programa Social. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, p. 37-44, 2020. (OK)

SOARES, L. G. et al. Gestação de alto risco e obesidade em um município do Paraná. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p.12197-12215, 2021.

SONCINI, N. C. V. et al. Aspectos psicossociais em mulheres brasileiras com gestações de alto e baixo risco. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 122-136, 2019.

SOUSA, S. Q. et al. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1925-1934, 2019

SOUZA, N. A et al. Dislipidemia familiar e fatores associados a alterações no perfil lipídico em crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 323-332, 2019.

THE WHOQOL GROUP. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, v.28, n.3, p.551-558, 1998.

UNICEF – United Nations International Children’s Emergency Fund. Data: **Monitoring the situation of children and women**. Global Databases, 2019. Disponível em: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>.

UNICEF – United Nations Children’s Fund. **Global Breastfeeding collective, 2020**. Disponível: https://www.globalbreastfeedingcollective.org/global-breastfeeding-scorecard_

VICTORA, C.G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v.387, n.10017, p.475-90, 2016.

ZHAN, B. et al. Breastfeeding and the incidence of endometrial cancer: a meta-analysis. **Oncotarget**, v.6, n.35, 2015.

ZIELINSKA, M. et al. Carotenoid content in breastmilk in the 3rd and 6th month of lactation and its associations with maternal dietary intake and anthropometric characteristics. **Nutrients**. v.11, n.1:193, 2019.

WEBB-GIRARD, A. et al. Food insecurity is associated with attitudes towards exclusive breastfeeding among women in urban Kenya. **Maternal & child nutrition**, v. 8, n. 2, p. 199-214, 2012.

WEIGEL, M. M. et al. Association of household food insecurity with the mental and physical health of low-income urban Ecuadorian women with children. **Journal of environmental and public health**, v. 2016, 2016.

WHO - World Health Organization. **Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. Printed by the WHO Document Production Service, Geneva, Switzerland, 2017.

WHO - World Health Organization; United Nations Children’s Fund (Unicef). **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breast-feeding. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative**. Florence, Italy: World Health Organization, 1990.

WHO – World Health Organization et al. **Global Breastfeeding Scorecard, 2019: Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes**. World Health Organization, 2019.

WONG, M. S. et al. Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, p. 103874, 2021.

APÊNDICE A - ARTIGO

**IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO – Coorte de gestantes em João Pessoa-PB.**

PERIÓDICO: REVISTA DE CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA

ÁREA: NUTRIÇÃO

QUALIS: B2

ISSN: 1414-8123

FATOR DE IMPACTO: 1,008

ARTIGO ORIGINAL

IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO – Coorte de gestantes em João Pessoa-PB.

Laís Kisly Costa Silva ¹; Maria Augusta Correa Barroso Magno Viana ²; Rafaela Lira Formiga Cavalcanti de Lima ³; Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna ⁴

¹ Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: laiskisly@gmail.com

² Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: gutamagno@gmail.com

³ Docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: rafaelanutri@gmail.com

⁴ Docente do Programa de Pós Graduação em Ciências da Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: rodrigopissoa@gmail.com

Resumo: avaliar as ações de promoção e apoio à amamentação exclusiva no município de João Pessoa-PB. Trata-se de uma coorte prospectiva com 162 gestantes, acompanhadas até a introdução alimentar do filho. Foi considerada como variável dependente a duração do aleitamento materno exclusivo e como independente fatores socioeconômicos, sociodemográficos, assistência durante o pré-natal e rede de apoio. Pelo método de Kaplan-Meier a duração da mediana de aleitamento materno foi de 120 dias. Baseado pela regressão de Cox, as variáveis com maior risco para interrupção precoce do aleitamento materno foram: não receber orientação durante o pré-natal sobre aleitamento materno (*HR*: 1,67), apresentar dificuldade para amamentar (*HR*: 1,58) e crianças que fazem o uso de chupeta (*HR*: 1,64). Conclui-se que desafios persistem para maior duração do aleitamento materno exclusivo, mas pode-se observar que a assistência dos profissionais de saúde durante o pré-natal foi fundamental para promoção e proteção ao aleitamento materno em mulheres acompanhadas pela rede pública. Sendo assim recomenda-se fortalecimento das ações de apoio, com a capacitação de profissionais no manejo do aleitamento materno e a inclusão de outras mães no apoio e aconselhamento de mães, coordenadas pelos serviços de atenção básica à saúde.

Palavras-Chave: aleitamento materno; atenção primária; assistência pré-natal.

Abstract: Evaluate actions to promote and support exclusive breastfeeding in the city of João Pessoa-PB. This is a prospective cohort of 162 pregnant women, followed up until their child's food introduction. The duration of exclusive breastfeeding was considered as a dependent variable and socioeconomic factors, sociodemographic factors, prenatal care and support network as an independent variable. Using the Kaplan-Meier method, the median duration of breastfeeding was 120 days. Based on Cox regression, the variables with the highest risk for early interruption of breastfeeding were: not receiving guidance during the prenatal period on breastfeeding (HR: 1.67), having difficulty breastfeeding (HR: 1.58) and children who use pacifiers (HR: 1.64). It is concluded that challenges persist for a longer duration of exclusive breastfeeding, but it can be observed that the assistance of health professionals during prenatal care was essential for the promotion and protection of breastfeeding in women followed by the public network. Therefore, it is recommended to strengthen support actions, with the training of professionals in the management of breastfeeding and the inclusion of other mothers in the support and counseling of mothers, coordinated by primary health care services.

Key words: breastfeeding; primary attention; prenatal care.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um exemplo exitoso de melhoria nas práticas de aleitamento materno devido a mobilização de vários domínios durante 40 anos de programas e ações oficiais de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciadas no país em 1981, a exemplo o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento ¹. Nos anos 70 do século passado a duração mediana da amamentação era de apenas 75 dias e o aleitamento materno exclusivo praticamente não era realizado ². De acordo com o último inquérito conduzido no país, a prevalência de amamentação exclusiva entre menores de seis meses de idade foi de 45,7% ³.

O sucesso da experiência brasileira se deve, entre outros motivos, à multiplicidade de ações simultâneas realizadas de forma multisetorial ⁴, descrito como um modelo de engrenagens ⁵. As campanhas nacionais de promoção ⁶, a iniciativa hospital amigo da criança ⁷, a lei de proteção que proíbe o marketing indevido a produtos que concorrem com o leite materno ⁸, o incremento das

ações de pré-natal ⁹, a formação da rede de bancos de leite humano ¹⁰ são exemplos importantes destas ações que constituem a política nacional de incentivo ao aleitamento materno.

Entretanto, apesar dos significativos avanços, a duração do aleitamento materno, especialmente da amamentação exclusiva, ainda está aquém das recomendações nacionais e internacionais que são para a mãe amamentar seu filho, sem a introdução de água ou de qualquer outro alimento, até que ele complete seis meses de vida ¹¹.

O estado da Paraíba se localiza em uma das regiões mais carentes do Brasil, segundo o levantamento divulgado pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 68,16% dos municípios apresentam o índice de desenvolvimento humano considerado baixo e com maiores desigualdades econômicas ^{12,13}. Nesse contexto percebe-se que o incentivo e a prática de amamentar proporciona um melhor custo benefício, maior proteção aos recém nascidos contra eventos graves a saúde e atua na redução de óbitos infantis ¹⁴, proporcionando também um importante efeito protetor contra a obesidade infantil e todas suas consequências no curso da vida ¹⁵. A realização do aleitamento materno exclusivo durante o tempo preconizado tem fundamental importância para atingir estes ganhos na saúde da população, por este motivo os resultados deste estudo podem oferecer subsídios para o balizamento de políticas e programas voltados para a melhoria das taxas de aleitamento materno exclusivo na região que podem servir de exemplo para outras localidades.

O objetivo deste estudo foi avaliar as ações de promoção, apoio à amamentação exclusiva em uma coorte de mulheres gestantes residentes no município de João Pessoa-PB, acompanhadas durante os primeiros seis meses após o nascimento de seus filhos ou até a introdução de outros alimentos na dieta do bebê, com a finalidade de avaliar o impacto dessas ações.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de coorte prospectivo acompanhando mulheres desde o período gestacional até que seus filhos completassem em torno de seis meses de idade. O estudo foi realizado no município de João Pessoa com uma amostra de mulheres recrutadas em Unidades Básicas de Saúde localizadas em dois dos cinco Distritos Sanitários do Município, Distrito III e V, quando elas se apresentavam nas unidades para a realização de suas consultas de rotina de pré-natal. A coleta de dados teve início em 2018 e finalizado em 2020.

Todas as mulheres que visitavam a unidade básica de saúde no dia da visita dos entrevistadores e que atendiam os critérios de inclusão definidos foram recrutadas para participar da pesquisa. Os critérios de inclusão na pesquisa foram estar gestante, independente da semana gestacional e com desenvolvimento normal da gestação, ter mais de 18 anos de idade e ser residente da área de cobertura da unidade básica de saúde que estava sendo visitada. Como critério de exclusão considerou-se a mulher ter algum problema de saúde que afetasse a sua capacidade de amamentar ou de cuidar do seu filho, ter problemas de comunicação, ter alguma restrição de liberdade ou ter filho com algum problema que limitasse a amamentação, inclusive os casos de óbito infantil.

No momento do recrutamento as mulheres eram convidadas a participar da pesquisa, assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posteriormente respondiam a um questionário aplicado por entrevistadores previamente treinados.

As entrevistas subsequentes foram realizadas nos domicílios destas mulheres, com intervalos entre cada entrevista de em torno de 3 meses, completando tantas visitas quantas fossem necessárias para ter informações do lactente até ele completar seis meses de idade, ou já ter interrompido o aleitamento materno exclusivo.

Foram consideradas perdas de seguimento quando a mulher se recusava a continuar na pesquisa, mudança de município ou impossibilidade de realização da entrevista. Estes casos se caracterizaram quando, depois de 3 tentativas em dias e horários diferentes, não foi possível fazer contato telefônico ou mensagem eletrônica com a mulher ou depois de 3 tentativas de entrevista no endereço sem sucesso, seja por não localização da residência ou por não encontrar a mulher no domicílio. Também foram desconsideradas das análises e considerado como perda os casos com informações incompletas do desfecho estudado.

Por se tratar de um estudo de seguimento, onde a etapa mais difícil seria localizar a mulher no seu domicílio, na primeira entrevista de acompanhamento após o recrutamento, estabeleceu-se uma meta de recrutar em torno de 250 gestantes para que o seguimento tivesse pelo menos 150 participantes no final da coorte. Este número de mulheres possibilita, com intervalo de confiança de 95% e poder do teste de 80%, estimar riscos relativos de 1,5 ou mais, em grupos o número onde o número de expostos pode ser a metade dos não expostos, considerando uma incidência do evento esperado de 50% entre os não expostos ¹⁶.

A coleta de dados de toda coorte foi realizada com aparelhos celulares tipo smartphones, com auxílio do aplicativo *KoboCollect*. Trata-se de um software gratuito de código aberto desenvolvido pela *Harvard Humanitarian Initiative* ¹⁷.

Na primeira entrevista foram coletados dados socioeconômicos e características da família da gestante, informações sobre a gestação, e os cuidados recebidos durante o pré-natal. No domicílio, após o nascimento do bebê foram feitas perguntas sobre os cuidados no puerpério, saúde e alimentação do lactente.

A duração do aleitamento materno exclusivo (AME), variável dependente deste estudo, foi estimada com o cálculo do intervalo de tempo entre o nascimento do bebê e a introdução do primeiro alimento, ou água, na dieta da criança. Para esta estimativa foi feita a seguinte sequência de perguntas: “o seu bebê ainda mama no peito?”, se sim, “além de mamar no peito, você já ofereceu água ou algum outro alimento?”, se sim, “qual era a idade do seu filho no momento desta introdução alimentar?” e a resposta desta pergunta era o tempo estimado para aquela criança.

Quando a mãe ainda amamentava de forma exclusiva, a idade do bebê no momento da entrevista era calculada e este dado passava a ser considerado como a duração da amamentação exclusiva “censurada”. Quando a mãe já não amamentava mais seu filho, era perguntado “até que idade seu filho mamou somente no peito, sem a introdução de água ou outro alimento?” e esta idade era a estimativa da duração do aleitamento materno exclusivo. Todos os dados “censurados” foram reavaliados na entrevista subsequente para se ter a estimativa mais precisa da duração do evento. Nos casos de a mãe continuar amamentando exclusivamente depois da última entrevista, ou nas perdas de seguimento, a informação da duração da amamentação exclusiva permaneceu como censurada para efeito das análises.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis do estudo e as relações com a duração do aleitamento materno, foi feita com análise de sobrevivência, utilizando o método de Kaplan-Meier para comparar, entre diferentes grupos, os tempos de duração do aleitamento materno exclusivo. Foi aplicado o teste Log-Rank, com nível de significância de 5% para confirmar ou rejeitar a hipótese que as curvas de sobrevivência dos diferentes grupos são semelhantes. Para investigar o efeito independente das variáveis categóricas, que definem os grupos de comparação, que estão relacionadas durações diferentes do tempo de amamentação exclusiva foi construído um modelo de regressão múltipla de Cox, com a retirada progressiva das variáveis que apresentaram p-valor

menor ou igual a 0,20 nas análises de Kaplan-Meyer (método Backward), mantendo no modelo final somente as variáveis que mantiveram p-valor menor que 5%, segundo a estatística Wald.

O protocolo desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa / Plataforma Brasil do Estado da Paraíba conforme o CAAE: 63798217.60000.5186. Foram requisitadas as devidas autorizações das instituições públicas que dispuseram de informações para o processo amostral e todos os registros dos envolvidos são sigilosos e não permitem a sua identificação em nenhuma etapa da pesquisa.

RESULTADOS

Foram recrutadas 268 gestantes nas Unidades Básicas de Saúde, entretanto a coorte foi finalizada com a participação completa de 162 mulheres e seus respectivos filhos. A principal perda de seguimento ocorreu entre o recrutamento na UBS e a primeira entrevista domiciliar, 83 perdas, em virtude da não localização do endereço informado, desistência e aborto. Após a primeira visita domiciliar houve mais 23 perdas devido à informações incompletas e desistências. As perdas de seguimento foram comparadas com mulheres que permaneceram na coorte e não foi observado diferença entre estes grupos com relação às variáveis do estudo, mostrando que as perdas foram aleatórias e que a comparabilidade dos grupos de exposição definidos neste trabalho se mantém preservada.

As gestantes recrutadas se caracterizam, na sua maioria, por serem jovens (53,1%), com ensino médio (57,4%), renda per capita de até R\$500,00 (50,4%) e apesar disso pouco assistidas por programas sociais de transferência de renda. Também são mais frequentemente acompanhadas por companheiro (70,4%), cor parda e que declararam realizar alguma atividade remunerada fora de casa (79%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e de assistência das mulheres recrutadas na coorte. João Pessoa, 2018-2019 (n=162).

Variável	N	% válida
Faixa etária		
De 18 a 25 completos	46	28,4
Maior que 25 até 35 completos	86	53,1
Maior que 35	30	18,5
Residentes no domicílio		
Até 3 moradores	93	58,4
Mais de 3 moradores	69	41,6
Companheiro		
Sim	114	70,4
Não	48	29,6

Benefício Social		
Sim	54	33,3
Não	108	66,7
Renda per capita		
Até R\$ 250,00	22	15,4
De R\$ 250,00 até R\$ 500,00	50	35,0
Mais de R\$ 500,00	71	49,7
Sem informação	19	-
Cor da pele		
Branca	45	27,8
Parda	93	57,4
outros	24	14,8
Escolaridade materna		
Ensino fundamental	27	16,7
Ensino médio	93	57,4
Superior ou técnico	42	25,9
Ocupação materna fora de casa		
Sim	128	79,0
Não	34	21,0
Primípara		
Sim	60	37,0
Não	102	63,0
Realizou consulta no pré-natal com profissional de nutrição		
Sim	39	24,8
Não	118	75,2
Sem informação	5	-
Recebeu orientação sobre aleitamento materno no pré-natal		
Sim	113	70,6
Não	47	29,4
Sem informação	2	-
Recebeu ajuda (apoio) no início da amamentação		
Sim	81	56,2
Não	63	43,8
Sem informação	18	-
Teve alguma dificuldade para amamentar seu filho		
Sim	51	35,4
Não	93	64,6
Sem informação	18	-
Seu bebê usa chupeta		
Sim	70	44,0
Não	89	56,0
Sem informação	3	-
Recebeu orientação sobre a introdução alimentar do seu filho		
Sim	34	42,0
Não	47	58,0
Sem informação	81	-

N: frequência absoluta; %: frequência relativa

A maioria das mulheres já teve outro filho, além da gestação atual, e foi observado que dos nascimentos que ocorreram na coorte, um pouco mais da metade foi do sexo masculino. Sobre a atenção às mulheres durante o período de gestação e puerpério, foi observado que quase um quarto das gestantes realizaram consulta com algum nutricionista (24,8%) e a grande maioria relatou ter recebido orientação sobre aleitamento materno (70,6%). Após o nascimento do bebê, mais da metade das mães (56,2%) referiram haver recebido algum apoio para amamentar, que poderia ser de mais de uma pessoa. Dos diferentes tipos de apoio referidos pelas mães, sendo a grande maioria

foi recebido ainda na maternidade (78,5%), seja dos enfermeiros, dos pediatras, da equipe dos bancos de leite, ou ainda de algum outro profissional de saúde. Após a saída da maternidade foi referido apoio oferecido por parentes e amigos (17,4%), pela equipe de saúde da família (2,5%) e por grupos de mãe (1,7%).

A duração mediana do AME das mulheres acompanhadas foi de 120 dias (IC 95%: 96,6 – 143,4), com a avaliação das 162 mães, sendo 95 eventos e 67 censuras. A Figura 1 mostra a curva de sobrevivência de Kaplan-Meier para probabilidade de AME nos primeiros 180 dias de vida, observa-se que a probabilidade dos lactentes a serem amamentados exclusivamente com 60 dias foi de 75%, diminuindo para 55% com 120 dias.

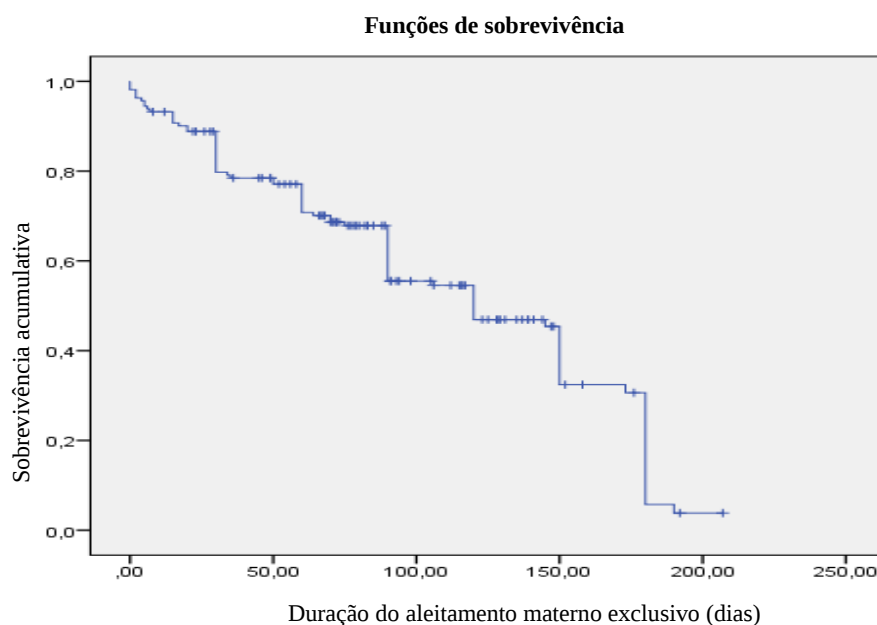
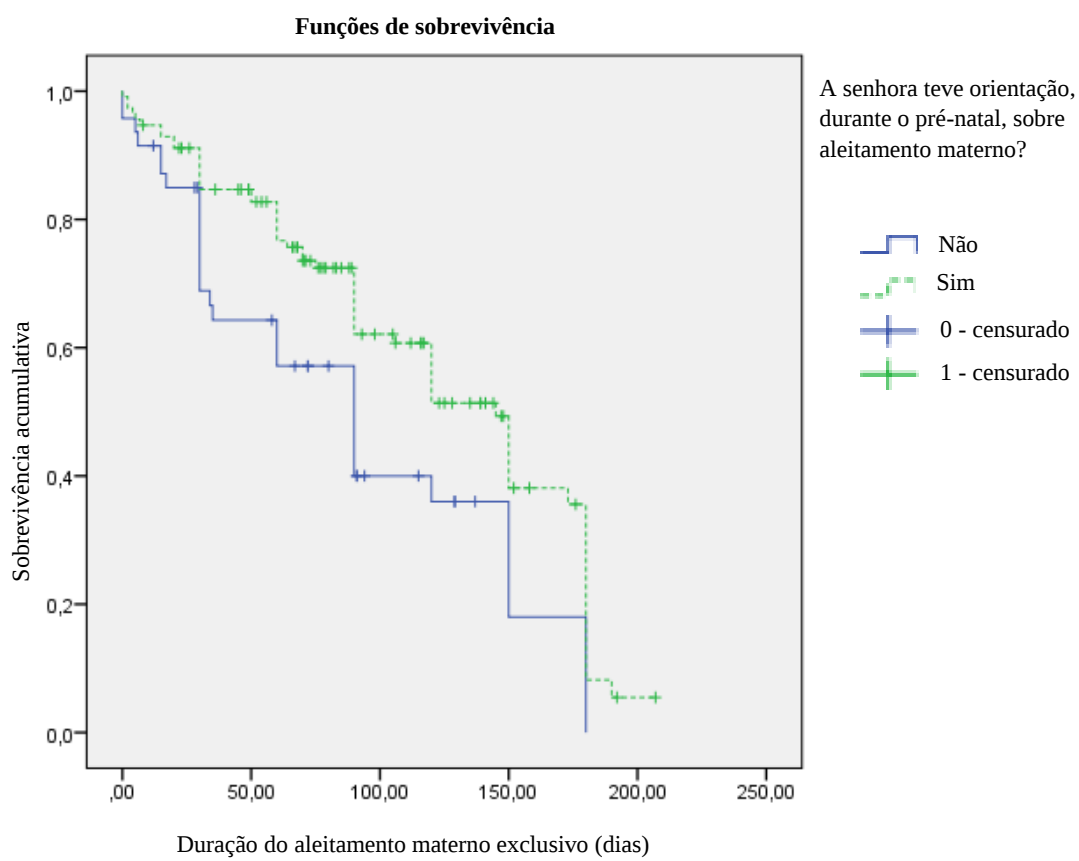
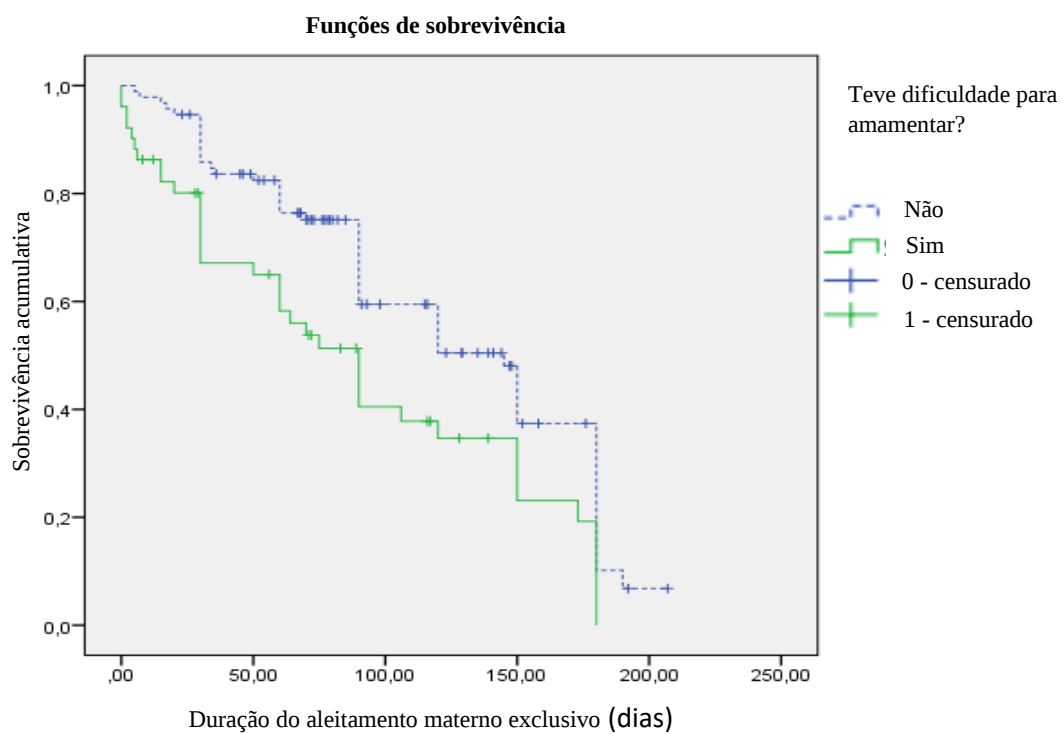


Figura 1. Curvas de sobrevivência do tempo de duração do aleitamento exclusivo, João Pessoa (PB).

A tabela 2 apresenta os fatores de risco associados a duração do aleitamento materno exclusivo. Observou-se que as variáveis associadas a menor duração do aleitamento materno exclusivo foram: as mães que não receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal ($p < 0,013$), apresentaram dificuldade para amamentar ($p < 0,004$) e que relataram o uso de chupeta ($p < 0,005$), ofereceram leite materno exclusivo por menor tempo, tornando-se grupos de risco para o desmame precoce (Figura 2).



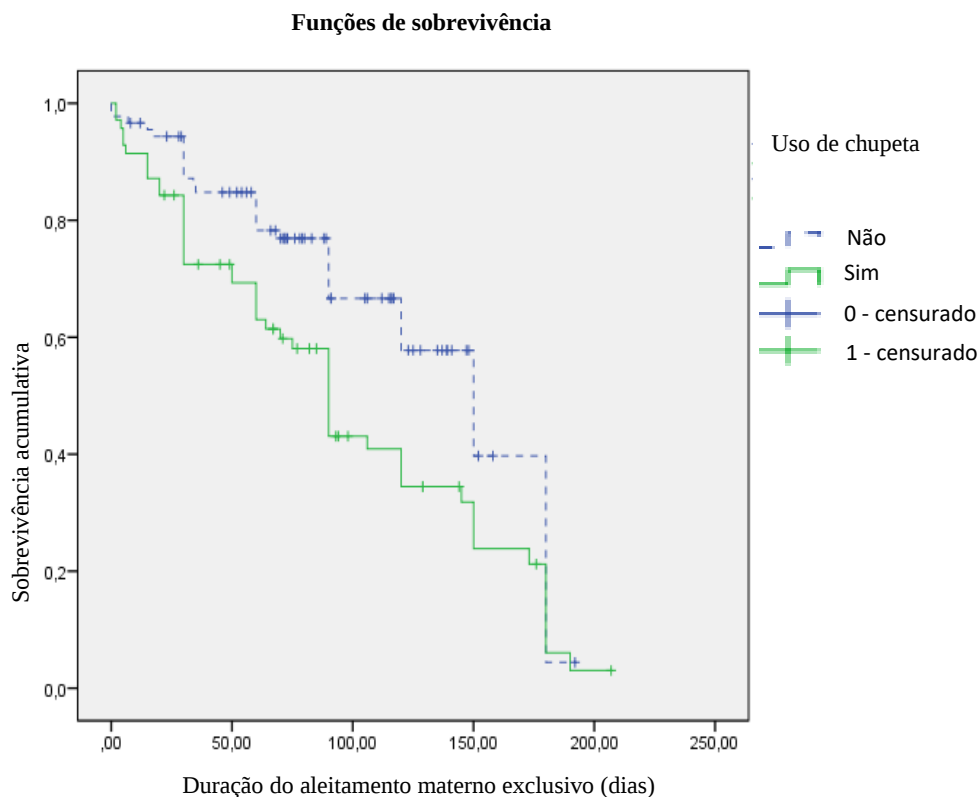


Figura 2. Curvas de sobrevivência do tempo de duração do aleitamento exclusivo associados aos fatores de risco, João Pessoa (PB).

Tabela 2. Distribuição do aleitamento materno exclusivo em dias, correlacionado com as variáveis de assistência das mulheres da coorte, João Pessoa-PB.

Variáveis	Mediana em dias		Valor de <i>p</i>
	AME	(IC 95%)	
Recebeu orientação, durante o pré-natal sobre aleitamento materno			
Não	90	(63-116,94)	0,013*
Sim	145	(123,15-166,65)	
Recebeu ajuda (apoio) no início da amamentação			
Não	90	(64,20-115,79)	0,134
Sim	150	(118,96-181,04)	
Teve dificuldade para amamentar seu filho			
Não	145	(111,58-178,41)	0,004*
Sim	90	(65,18-114,81)	
Seu bebê usa chupeta			
Não	150	(123,91-176,08)	0,005*
Sim	90	(77,39-102,60)	
Estado Civil			
Com companheiro	120	(92,34-147,66)	0,185
Sem companheiro	120	(69,24-170,79)	
Realizou consulta no pré-natal com profissional de nutrição			
Não	120	(99,70-140,29)	0,330
Sim	150	(121,95-178,04)	

IC 95%: Intervalo de confiança de 95%

*(Valor-*p* < 0,05) - Teste Log-Rank.

Na tabela 3 no modelo de regressão múltiplo de Cox, as variáveis associadas ao risco proporcional de interrupção precoce do aleitamento materno foram: receber orientação durante o pré-natal sobre aleitamento materno, apresentar dificuldade para amamentar e utilizar o uso de chupeta.

As mulheres que não receberam orientação sobre aleitamento materno durante o pré-natal apresentaram um aumento de 67% para o risco de interromper o aleitamento materno exclusivo mais precocemente que aquelas que receberam esta orientação, quanto ao relato sobre as dificuldades referidas de amamentar, o modelo mostrou um aumento de 58% de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e usar chupeta também aumenta em 64% este mesmo risco. Ter recebido apoio, conforme referido pelas mães, não se mostrou relacionado com a maior duração do aleitamento materno exclusivo entre estas mães.

Tabela 3. Regressão de Cox, fatores de risco associados à duração do aleitamento materno exclusivo, João Pessoa-PB, 2018-2020.

Variáveis	HR	(IC 95%)	Valor de p
Recebeu orientação, durante o pré-natal sobre aleitamento materno	1,67	1,05-2,65	0,031
Teve dificuldade para amamentar seu filho	1,58	1,03-2,42	0,035
Uso de chupeta	1,64	1,07-2,53	0,023

HR: *Hazard ratio*

Regressão Múltipla de Cox ($p < 0,05$)

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu a duração do aleitamento materno exclusivo das mães usuárias do SUS, residentes de João Pessoa - Paraíba e as ações de cuidado de saúde, que tiveram influência com a duração desta prática. Em síntese, o estudo encontrou uma associação positiva entre as mães terem recebido orientação sobre amamentação durante o pré-natal, terem referido não terem dificuldade para amamentar e não terem oferecido chupeta para seus filhos e uma maior duração de aleitamento materno exclusivo, quando comparado com aquelas que não tiveram essas condições.

A mediana estimada do AME neste estudo foi de 120 dias (4 meses), o que é um resultado semelhante aos apresentados no mais recente estudo de prevalência do aleitamento materno realizado no Brasil, no ano de 2019, que mostrou na região Nordeste uma prevalência de 55,8% de crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo. Esta porcentagem cai para 38,0% quando considera todas as crianças menores de seis meses ³. É certo que este método de

mensuração é diferente da realizada no presente estudo que estimou a mediana do aleitamento materno através de análise de sobrevivência, mas é justo considerar que a medida de um pouco mais da metade das crianças menores de quatro meses em aleitamento materno exclusivo é uma aproximação da mediana que foi estimada.

Estudo experimental para avaliação do impacto de ações de apoio virtual para melhorar a duração do aleitamento materno, realizado com mães residentes em João Pessoa, mostrou uma mediana de AME de 86 dias para o grupo controle, aquele que somente recebeu os cuidados regulares de atenção a saúde, e de 149 dias para o grupo experimental, aquele que recebeu o apoio virtual ¹⁸.

Em Recife, capital próxima a João Pessoa, mas com características sociodemográficas diferentes, pois trata-se de uma cidade com população muito maior, foi realizado um estudo envolvendo 141 crianças e estimou uma mediana de AME de 60 dias, duração inferior observada no nosso estudo. Não é possível dizer quais os fatores que fizeram com que essa diferença fosse observada, nem atribuir exclusivamente às características sócio demográficas, entretanto sabe-se que as grandes cidades tem maior dificuldade de cobertura das equipes de saúde da família e que as situações de vulnerabilidade sociais, presentes nas grandes cidades, são fatores que dificultam a prática da amamentação exclusiva ¹⁹. Apesar disso, no estudo de Recife foi confirmado o efeito negativo do uso das chupetas para a redução da prática da amamentação exclusiva ²⁰.

Estes resultados, apesar de alguma variação, mostram uma consistência nas informações que confirmam que a duração da amamentação exclusiva vem aumentando nas ultimas décadas, entretanto ainda continua aquém das recomendações oficiais ^{21,3}, o que reforça a importância de estudos que apontem para ações efetivas para o aumento da amamentação na região.

Este trabalho procurou especialmente avaliar o impacto do acompanhamento das gestantes durante o pré-natal e puerpério e verificar a efetividade das ações realizadas rotineiramente nos serviços públicos de saúde, seja da atenção primária, seja do atendimento hospitalar no momento do parto. A presença do nutricionista, e consequentemente, as orientações dadas por este profissional, durante o pré-natal ainda foi muito reduzida, sendo que somente uma a cada quatro gestantes relataram essa experiência. Por outro lado, duas a cada três gestantes receberam alguma orientação sobre aleitamento materno, o que confirma que na Paraíba as ações de promoção da amamentação estão bastante implementadas nos serviços de saúde. Esta consideração pode ser estendida para as demais regiões do país ^{6,22}.

O efeito positivo das ações de educação em saúde voltadas para a promoção do aleitamento materno se confirma em outros países, como no estudo realizado na Malásia, com quase 300 mães, durante as primeiras oito semanas pós parto, que aumentou em oito vezes a chance destas mulheres estarem amamentando exclusivamente neste período em função de terem recebido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal ²³.

Uma meta-análise analisou o efeito da promoção da amamentação e o início e continuação desta prática e confirmou que mães que tiveram orientação sobre amamentação durante o pré-natal tiveram uma probabilidade 41% maior de iniciar e continuar a amamentação em comparação com as mães que não tiveram essa orientação. É reconhecido que a orientação sobre amamentação durante o pré-natal propicia o conhecimento de habilidades para lidar com dificuldades nas primeiras semanas de amamentação ²⁴.

No presente estudo foi observado um aumento significativo da mediana de duração do AME entre mulheres que relataram ter recebido orientação sobre aleitamento materno no pré-natal em comparação com aquelas que não relataram. Essa diferença significou um aumento de quase dois meses nessa prática (55 dias), o que significa um resultado muito importante e confirma a importância e a eficácia destas ações.

Uma vez concebido o bebê, o desafio para o estabelecimento da amamentação está nos primeiros dias e na superação das dificuldades relatadas no início da amamentação. Uma em cada três mulheres que participaram da nossa pesquisa relataram ter tido algum tipo de dificuldades, e isso representou, na prática, tempos menores de amamentação exclusiva.

As dificuldades encontradas no início da amamentação estão associadas a fatores como a posição do bebê inadequada durante a amamentação, dificuldade de pega do seio materno, os ferimentos no mamilos, dor e desconforto maternos, ingurgitamento mamário, fissura e ferida mamilar, podendo chegar até a problemas mais sérios como mastite, entretanto todos esses problemas influenciam para a interrupção do AME ^{25,26}.

Em um estudo desenvolvido com mães de baixa renda, beneficiárias de um programa de nutrição materno infantil norte americano, identificou em uma amostra de 221 mulheres que os principais problemas de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, antes do primeiro mês de vida, eram relacionados à dificuldades na pega do bebê ao seio materno. Este resultado reforça a importância do apoio no momento oportuno e de forma adequada, para reduzir este tipo de problema ²⁷.

No presente estudo somente um pouco mais da metade das mães referiram que receberam algum tipo de apoio, seja na maternidade ou já no domicílio, após a alta hospitalar. O tempo mediano do AME estimado para as mães que referiram o apoio e aquelas que não referiram não teve diferença estatística significativa, mas esta variável, segundo os critérios de inclusão no modelo de Cox, foi analisada também no modelo multivariado, sendo excluída do modelo final. Este resultado significa que o apoio referido pelas mães deste estudo não teve um efeito independente que fizesse com que as elas aumentassem a duração do AME.

Duas questões emergem deste resultado. A primeira é que pode ser que as ações de apoio, usualmente oferecidas pelo sistema de saúde local, sejam insuficientes, ineficazes, não oportunas ou ainda não adequadas de forma a não resultar nos benefícios esperados pelas mães e não melhorar a duração do aleitamento materno exclusivo. A segunda possibilidade é que as mães não reconheçam claramente o que de fato seriam as ações de apoio, uma vez que esta pergunta foi feita de forma referida, e mães tenham relatado apoio por ações que não se tratavam de cuidados específicos de manejo da amamentação.

Seja por um motivo, ou por outro, este resultado reforça a importância de fortalecer as ações de apoio às mães no puerpério, reconhecendo a importância desta ação para o sucesso do estabelecimento da amamentação de forma segura e prazerosa para a mãe e filho. O Brasil tem demonstrado ao longo dos anos um grande sucesso nas ações de promoção, sendo um exemplo para outros países, entretanto precisa ainda implementar melhor políticas de apoio.

A literatura recomenda o aconselhamento e ajuda especializada nas consultas de atenção básica, incentivo ao apoio à amamentação na comunidade, com colaboração entre os profissionais de saúde e as redes comunitárias de apoio por meio de oficinas de amamentação ²⁸. Estratégias utilizando meios remotos como intervenções por contato telefônico ou uso de redes sociais também já se mostraram bem-sucedidas ^{29, 18}.

A Organização Mundial da Saúde sugere o aconselhamento de pares para o aumento das taxas de amamentação em todo o mundo ^{11, 30} e um estudo experimental piloto, desenvolvido em Hong Kong, mostrou que este tipo de intervenção é viável e factível, sendo realizado por visitas domiciliares. Os resultados do trabalho sugerem que combinar tecnologias atuais, como contatos remotos podem ainda melhorar a eficiência deste tipo de ação ³¹. No caso do Brasil, nós já temos uma rede de atenção à saúde distribuída por todo território nacional, baseada em territórios e sendo realizada pelas equipes multiprofissionais de Saúde da Família. Segundo a proposta da OMS, a

incorporação institucional de mães às ESF para dar suporte a outras mães poderia ser uma possibilidade viável e de baixo custo, com grande potencial de fortalecer as ações de apoio ao aleitamento materno.

Os grupos de mães já são reconhecidos em diferentes regiões do mundo, bem como aqui no Brasil, como importantes para melhorar as chances de uma mulher amamentar exclusivamente até os seis meses de idade ³², entretanto ainda temos as relações familiares como sendo a principal rede de apoio das puérperas na nossa sociedade ^{33,34}.

Se o apoio referido pelas mães não teve influência na duração do AME, outra variável perguntada às mães relacionada com o manejo da amamentação teve, que foi justamente se elas tiveram alguma dificuldade para amamentar seus filhos. Quando respondida positivamente, diminuía as chances de um AME mais prolongado. Esta variável reforça o argumento que as ações de apoio oferecidos às mães acompanhadas neste estudo foi insuficiente. Ter dificuldades para amamentar é reconhecidamente um limitante para o sucesso e estabelecimento do aleitamento materno ^{27,35}.

Quando ao uso de chupeta, nosso estudo observou que 44% das crianças faziam uso de chupeta e foi associado ao maior risco de desmame precoce. Esse resultado é recorrente e confirmado por diversos outros trabalhos científicos. Meta-análise realizada com 22 artigos, que utilizou somente estudos epidemiológicos brasileiros, identificou que entre as características relacionadas à criança, o uso de chupeta foi um dos principais fatores associados à interrupção do AME ³⁶. Outra revisão sistemática e meta-análise ³⁷, teve o propósito semelhante ao estudo anterior, investigar a associação entre o uso de chupeta e a interrupção do AME em bebês com menos de 6 meses de idade e identificou que a utilização de chupetas aumentou em duas vezes o risco de interrupção do aleitamento materno (OR: 2,48; IC95%: 2,16- 2,85).

São diversos os motivos que fazem da chupeta um fator de desmame, diminuindo a motivação materna em amamentar, pelo seu uso servir para acalmar a criança, além de causar comprometimento na sucção e conseqüentemente a diminuição da produção de leite ³⁷. No presente estudo, por se tratar de um seguimento, foi possível observar a utilização da chupeta ainda antes da ocorrência do evento de interesse, que foi a introdução de outros alimentos, interrompendo o AME. A variável uso de mamadeira, por sua vez, não foi incluída nas análises por ela já ser uma prática que acontece depois da introdução de outros leites, portanto ela é mais consequência do que causa da interrupção do AME.

O uso da chupeta é muito mais comum do que deveria ser, portanto políticas e programas voltados para os cuidados com a gestante, na rede da atenção primária, devem tratar diretamente deste tema desmistificando os mitos e crenças associadas ao uso desse utensílio ^{38, 39, 40}.

CONCLUSÃO

Este trabalho mostrou que a atenção básica tem contribuído de maneira muito importante para o aumento da duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres residentes no município de João Pessoa em função das suas ações de promoção da amamentação durante o pré-natal e orientações durante a internação hospitalar para o parto. Este resultado certamente se estende para outras regiões do Brasil em função das características do nosso Sistema Único de Saúde e das políticas nacionais de promoção do aleitamento materno.

Entretanto os resultados observados mostram fragilidades nas ações de apoio à mãe, especialmente nos primeiros momentos após o nascimento de seu filho. Recomenda-se o fortalecimento das ações de apoio, com a capacitação de profissionais no manejo do aleitamento materno e a inclusão de outras mães no apoio e aconselhamento de mães, podendo incorporar tecnologias de comunicação combinadas, remotas e presenciais, coordenadas pelos serviços de atenção básica à saúde.

Espera-se que os resultados aqui expostos possam permitir construir estratégias e ações multiprofissionais, como a citada acima, no âmbito das unidades básicas de saúde, de forma integral, universal, equânime e continua durante o período de lactação.

REFERÊNCIAS

1. Hernandez AR, VÍctora CG. Biopolíticas do aleitamento materno: uma análise dos movimentos global e local e suas articulações com os discursos do desenvolvimento social. Cadernos de Saúde Pública. 2018; 34 (9): e00155117.
2. Venancio SI, Saldiva SR, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2013; 47(6):1205-1208.
3. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil. UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil – ENANI-2019: Resultados

preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. UFRJ: Rio de Janeiro, 2020. 9 p. Disponível em: acesso: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

4. Melo DS, Oliveira MH, Pereira DD. Progressos do Brasil na proteção, promoção e apoio do aleitamento materno sob um coletivo de amamentação perspectiva do global. *Revista Paulista de Pediatria*. 2020; 39.

5. Pérez-Escamilla R, Curry L, Minhas D, Taylor L, Bradley E. Ampliação dos programas de promoção da amamentação em países de baixa e média renda: o modelo de “equipamento para amamentar”. *Avanços na nutrição*. 2012; 3(6): 790-800.

6. Sousa F, Claro ML, Sousa AL, Lima LHO, Santana AGS. Avanços e desafios do aleitamento materno no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2015; 28 (3): 434-42.

7. Lamounier JA, Chaves RG, Rego MA, Bouzada MC. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: 25 anos de experiência no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*. 2019; 37 (4): 486-93.

8. Silva KB, Oliveira MI, Boccolini CS, Sally ED. Promoção comercial ilegal de produtos que competem com o aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública*. 2020; 54.

9. Vilar TM, Oliveira IK, do Nascimento Monteiro NV, De Araújo FY, de Carvalho CM. Educação em saúde e direito: em busca da proteção do aleitamento materno e dos direitos das gestantes em uma maternidade pública. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2020; 9(1): e22911552.

10. Ortelan N, Venancio SI, Benicio MH. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(8): e00124618.

11. World Health Organization. Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization; 2018.

12. Ottonelli J, Mariano JL. Pobreza multidimensional nos municípios da Região Nordeste. *Revista de Administração Pública*. 2014; 48: 1253-79.

13. Brasil. Plano Estadual de Assistência Social da Paraíba (2020-2023). Secretária de Estado do Desenvolvimento Humano (SEDH), Diretoria do Sistema único de Assistência Social (DSUAS). Paraíba, 2020

14. Sousa FL, Alves RS, Leite AC, Silva MP, Veras CA, Santos RC et al. Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém-nascido. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2021; 10(2): e12710211208.

15. Bastos CO, Salim TR, Carmo ALO, Muratori AS, Nogueira ÉT, Munhoz EK et al. Deficiência do aleitamento materno exclusivo como contribuinte para a obesidade infantil. *Revista Eletrônica Acervo Científico*. 2020; 17: e5757.
16. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions*. John Wiley & sons; 2013.
17. KoBoToolBox: KoBoToolBox (Version1). Cambridge: Harvard Humanitarian Initiative, 2012. Disponível em: <http://www.kobotoolbox.org> .
18. Cavalcanti DS, Cabral CS, Vianna RPT, Osório MM. Online participatory intervention to promote and support exclusive breastfeeding: Randomized clinical trial. *Matern Child Nutr*. 2019; 15(3):e12806.
19. Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DSD, Thumé et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Caderno de Saúde Pública*. 2017; 33(3):e00195815.
20. Santos EM, Silva LS, Rodrigues BFS, Amorim TMAX, Silva CS, Borba JMC et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019; 24(3): 1211-22.24(3):1211-1222L
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.
23. Tan ML, Foong SC, Ho JJ, Foong WC, Mohd R, Harun Z. Postpartum women's perception of antenatal breastfeeding education: a descriptive survey. *International breastfeeding journal*. 2020; 15(1):1-8.
24. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, Hays NP, Bezold CP, Levin-Sparenberg E, Turini M, Saavedra JM. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2018; 203: 190-196.e21.
25. Barbosa GEF, Pereira JM, Soares MS, Pereira LB, Pinho L., Caldeira AP. Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e impacto na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2018; 18(3): 527-537.
26. Rocha GP, Oliveira MDCF, Ávila LBB, Longo GZ, Cotta RMM, Araújo RMA. Condicionantes da amamentação exclusiva na perspectiva materna. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34(6):e00045217.

27. Hornsby PP, Gurka KK, Conaway MR, Kellams AL. Reasons for early cessation of breastfeeding among women with low income. *Breastfeeding Medicine*. 2019; 14(6): 375-81.
28. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, Cavallaro G, Raffaelli G, Crippa BL, Colombo L, Morniroli D. Dificuldades de amamentação e risco de interrupção precoce da amamentação. *Nutrientes*. 2019; 11(10): 2266.
29. Bridges N, Howell G, Schmied V. Exploring breastfeeding support on social media. *Int Breastfeed J*. 2018; 15; 13:22.
30. World Health Organization: Global targets 2025. To improve maternal infant and young child nutrition. Disponível em: <https://apps.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>
31. Lok KY, Chow CL, Shing JS, Smith R, Lam CC, Bick D, Chang YS. Feasibility, acceptability, and potential efficacy of an innovative postnatal home-based breastfeeding peer support programme in Hong Kong: a feasibility and pilot randomised controlled trial. *International breastfeeding journal*. 2021; 16(1):1-2.
32. Holanda ER, Marinho DCB, Souza MA, Castro JFL, Fonseca LMM. Intervenção educativa sobre aleitamento materno e cuidados domiciliares com o prematuro. *Brazilian Journal of Development*. 2020; 6 (11): 93568-93583.
33. Souza MHDN, Nespoli A, Zeitoune RCG. Influência da rede social no processo de amamentação: um estudo fenomenológico. *Escola Anna Nery*. 2016; 20(4).
34. Prates LA, Schmalfuss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas na prática da amamentação. *Escola Anna Nery*. 2015; 19 (2): 310-315.
35. Moraes BA, Gonçalves ADC, Srada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017; 27.
36. Pereira-Santos, M., Santana, MDS, Oliveira, DS, Nepomuceno, RA, Lisboa, CS, Almeida et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2017; 17(1): 59-67.
37. Buccini GDS, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr*. 2017; 13 (3): e12384.

38. Mendes MLM, Gluszevic AC, Saldanha MD, Costa VPP, Gabataz RIB.; Douver M A influência da reprodução cultural sobre o hábito de sucção de chupeta. *Revista de Pesquisa Qualitativa*. 2019; 7(13): 89-116.
39. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. "Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo." *Ciência e Saúde Coletiva*. 2018; 23(4): 1077-1088.
40. Sriraman NK. Promote Breastfeeding in the Outpatient Setting: It's Easy! *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017; 47(12):311-317.

APÊNDICE B – OUTROS RESULTADOS

Dentre os participantes da pesquisa (n=162), foi observado que 126 mulheres responderam o IDATE-E e IDATE-T e 146 mulheres responderam avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde -WHOQOL – breff. Durante a primeira entrevista foi observado que 48,6% das gestantes apresentaram melhores fatores associados a qualidade de vida. Com relação ao nível de ansiedade, o escore médio das entrevistas na escala ansiedade-traço foi de 43,52 pontos ($\pm 6,73$) e a mediana de 43 pontos, com variação de 31 e 65; ansiedade-estado com média de 44,21 pontos ($\pm 5,67$) e mediana de 44 pontos, com variação de 31 e 61. De acordo com a tabela 4, a taxa referente a alta ansiedade traço foi de 63,5% e estado 73,8%.

Tabela 4. Caracterização quanto a qualidade de vida e nível de ansiedade traço e estado relacionados as gestantes.

Variáveis	N	% válido
Qualidade Vida		
Nível Baixo	75	51,4
Nível Alto	71	48,6
Sem informação	16	-
Ansiedade Traço		
Ansiedade baixa	46	36,5
Ansiedade alta	80	63,5
Sem informação	36	-
Ansiedade Estado		
Ansiedade baixa	33	26,2
Ansiedade alta	93	73,8
Sem informação	36	-

Quanto a situação da segurança alimentar baseado pela análise foi observado uma prevalência de 47,3% de insegurança, distribuída em insegurança leve (31,5%), moderada (9,6 %) e grave (6,2%) (Tabela 5).

Tabela 5. Classificação quanto a situação segurança alimentar das gestantes, baseado pela escala brasileira de segurança alimentar.

Classificação da Segurança Alimentar	N	% válido
Segurança Alimentar	77	52,7
Insegurança Alimentar Leve	46	31,5
Insegurança Alimentar Moderada	14	9,6
Insegurança Alimentar Grave	9	6,2
Sem informação	16	-

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 6 mostra os fatores associados ao inventário de ansiedade estado, utilizando a análise do qui-quadrado. O nível de ansiedade mostrou diferença estatística com relação ao estado nível ($p = 0,001$), aleitamento materno exclusivo ($p = 0,048$), idade da criança ($p = 0,013$). Com relação ao instrumento de qualidade de vida ocorreu associação com o domínio ligado as relações sociais ($p = 0,011$).

Tabela 6. Fatores associados ao inventário de ansiedade – estado das mulheres.

Variáveis	IDATE - E		Valor de <i>p</i>
	Baixa	Alta	
Estado Civil			
Com companheiro	49%	60%	0,001*
Sem companheiro	11,1%	88,9%	
Aleitamento materno exclusivo			
Não	24,4%	75,6%	0,048*
Sim	39,7%	60,3%	
A senhora teve apoio no início da amamentação?			
Não	22,6%	77,4%	0,051
Sim	37,8%	62,2%	
EBIA (comparação entre o 1^o e 2^o avaliação)			
Manteve	28%	72%	0,061
Melhorou	47,1%	52,9%	
Piorou	21,4%	78,6%	
Idade da criança			
Até 30 dias	66,7%	33,3%	0,013*
Acima de 30 dias	27,5%	72,5%	
Qualidade de vida - Domínio Físico			
Abaixo da mediana	31,48%	68,51%	0,841
Acima da mediana	29,88%	70,12%	
Qualidade de vida - Domínio Psicológico			
Abaixo da mediana	30,99%	69,01%	0,899

Acima da mediana	30%	70%	
Qualidade de vida - Domínio Social			
Abaixo da mediana	35,4%	64,6%	0,011*
Acima da mediana	10,7%	89,3%	
Qualidade de vida - Domínio Meio Ambiente			
Abaixo da mediana	37,2%	62,8%	0,055
Acima da mediana	22,2%	77,8%	

*($p < 0,05$) – Teste qui-quadrado

EBIA (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar)

IDATE – E (Inventário de Ansiedade Estado)

Com relação a tabela 7 mostra que a ausência de companheiro, baixo nível de segurança alimentar e criança com idade acima de 30 dias são fatores de risco para desencadear a ansiedade. O presente estudo observou que mulheres com ausência de companheiro apresentaram uma chance 10 vezes maior para desenvolver sintomas de ansiedade. O grupo que apresentou maior qualidade de vida quanto ao domínio social apresentou uma chance de quase 9 vezes maior para desenvolver sintomas de ansiedade. Com relação a idade da criança, mulheres com filhos acima de 30 dias de vida, apresentou uma chance de quase 10 vezes maior para desenvolver sintomas de ansiedade. A melhor situação de segurança alimentar apresentou efeito protetor quanto a chance de desenvolver ansiedade.

Tabela 7 – Resultados da regressão logística, aspectos relacionados a ansiedade.

Variáveis	OR	(IC 95%)	Valor de p
Estado Civil			
Com companheiro	1		
Sem companheiro	10,09	(2,57-39,59)	0,001
Domínio - Relações sociais			
Abaixo da mediana	1		
Acima da mediana	8,63	(2,05-36,25)	0,003
EBIA (comparação entre o 1º e 2º avaliação)			
Piorou	1		
Manteve	0,79	(0,22-2,92)	0,793
Melhorou	0,21	(0,05-0,90)	0,036
Idade da criança			
Até 30 dias	1		
Acima de 30 dias	9,63	(1,46-63,26)	0,018

OR (Odds Ratio) - Regressão logística

ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

APLICADO DURANTE A PRIMEIRA ENTREVISTA

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Gestante: * <i>O questionário deve ser aplicado em gestantes e não gestantes com idade ≥ 18 anos.</i> ☐ Sim ☐ Não
1.1 Questionário aplicado em: * ☐ UBS ☐ ICV ☐ CASA
2. N° de ID: * _____
3. Qual o nome da senhora? * <i>Escrever nome completo</i> _____
4. Qual a data de nascimento da senhora? (DD/MM/AA) * _____
5. Qual o contato da senhora? (telefone) * <i>Telefone para contactar a gestante. Caso ela não tenha pode ser pego do parente mais próximo ou até vizinho. Colocar DDD e telefone.</i> _____
6. Qual o endereço da senhora? (completo) * <i>Informar o nome da rua ou avenida</i> _____
7.1. Qual o número? * <i>Informar a numeração da casa ou do apt, bloco se necessário.</i> _____
7.2. Reside em: * ☐ casa ☐ apartamento ☐ outro
7.3. Se resposta for outro especificar: _____

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

7.4. A senhora poderia indicar um ponto de referência próximo a sua residência? <i>Estabelecimento que referencia onde ela mora. Ex: ao lado do supermercado X. Em frente a escola Y.</i>	*
8. Qual o bairro que a senhora reside?	*
9. Qual o estado civil da senhora? ☐ Solteira ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ União estável ☐ Viuva	*
10. Quantas pessoas residem com a senhora na sua residência (contabilizar juntamente com a entrevistada)?	*
11. Dessas pessoas quantas tem idade menor que 10 anos?	*
12. Dessas pessoas quantas tem idade entre 10 a 19 anos? <i>Não contabilizar com a mulher gestante ou não gestante</i>	*
13. Dessas pessoas quantas tem idade entre 20 a 59 anos? <i>Não contabilizar com a mulher gestante ou não gestante</i>	*
14. Dessas pessoas quantas possuem 60 anos ou mais? <i>Não contabilizar com mulher gestante ou não gestante</i>	*
15. Quantos moradores possuem renda? <i>Contabilizar com mulher gestante ou não gestante que possui renda e demais moradores que possuem renda também</i>	*
16. Qual é a soma total de todas as rendas? <i>Contabilizar o total das rendas dos moradores, contando com mulher gestante ou não gestante caso ela possua renda também. NÃO INCLUIR BENEFÍCIO QUE RECEBE DO GOVERNO.</i>	*
17. Quem possui a maior escolaridade do domicílio? <i>Escrever se é a gestante ou qual parente: Ex: marido, filho...</i>	*

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

18. A residência da senhora tem quantos cômodos? <i>Não devem ser considerados cômodos o quintal, a varanda. Locais que estejam na parte externa da casa.</i>	*
19. Quantos cômodos são utilizados para dormir?	*
20. Qual é o tipo de construção da residência da senhora? ☐ Alvenaria acabada ☐ Alvenaria inacabada ☐ Taipa revestida ☐ Taipa não revestida ☐ Madeira ☐ Construção rudimentar ☐ Outra	*
20.1 Se outro tipo de construção, especificar:	
21. A água utilizada no domicílio da senhora é proveniente de: ☐ Rede pública ☐ Cisterna na própria casa ☐ Poço artesiano na própria casa ☐ Busca água fora ☐ NS (Não sabe)	*
22. Costuma faltar água na casa da senhora? ☐ Sim ☐ Não	*
23. Qual o tipo de esgoto sanitário da casa da senhora? ☐ Rede pública ☐ Fossa séptica ☐ Fossa negra ou rudimentar ☐ Esgoto a céu aberto ☐ Outro ☐ NS (não sabe)	*

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

24. Qual o destino dado ao lixo do domicílio da senhora?	*
☐ Coletado pela prefeitura ou empresa	
☐ Queimado ou enterrado na propriedade	
☐ Jogado em terreno baldio ou outro local próximo à casa	
☐ Outro	
☐ NS (não sabe)	
25. A senhora e sua família recebem visita da UBS do seu bairro?	*
☐ Sim	
☐ Não	
☐ NSA	
26. A senhora e sua família buscam atendimento na UBS do seu bairro?	*
☐ Sim	
☐ Não	
☐ NSA	
27. Qual o nome da sua UBS?	*
☐ Nova Aliança	
☐ Cidade Verde Integrada	
☐ Ipiranga Integrada	
☐ Mangabeira Integrada	
☐ Nova Esperança Integrada	
☐ Nova União Integrada	
☐ Quatro Estações Integrada	
☐ Verdes Mares Integrada	
☐ Outra	
☐ NSA	
27.1 Outra unidade - Especificar:	
28. Quem é a pessoa que a senhora considera chefe do domicílio?	*
☐ Eu mesma	
☐ Meu marido/companheiro	
☐ Meu pai/mãe	
☐ Outro parente	
☐ Outra pessoa sem parentesco	
☐ NS/NR	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

29. A senhora se considera:	*
☐ Branca	
☐ Preta	
☐ Oriental	
☐ Parda/Morena	
☐ Indígena	
☐ Amarela	
☐ NR/NS	
30. A senhora sabe ler e escrever?	*
☐ Sim	
☐ Não	
31. A senhora frequentou ou frequenta escola?	*
☐ Sim	
☐ Não	
32. Até que ano a senhora estudou?	*
☐ Primário incompleto	
☐ Primário completo	
☐ Secundário incompleto	
☐ Secundário completo	
☐ Curso técnico / profissionalizante incompleto	
☐ Curso técnico / profissionalizante	
☐ Curso superior incompleto	
☐ Curso superior	
☐ Pós-graduação incompleta	
☐ Pós-graduação	
☐ NR / NS	
33. Qual a ocupação da senhora?	*
☐ Tem trabalho (se sim, especificar)	
☐ Desempregada/Procurando trabalho	
☐ Autônoma	
☐ Aposentada	
☐ Pensionista	
☐ Estudante	
☐ Dona de casa	
☐ NR/NS	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

34. Qual o trabalho da senhora? *

35. A senhora tem renda própria? *

Contabilizar somente a renda de quem esta sendo entrevistada (mulher gestante ou mulher não gestante) sem somar com algum benefício recebido

☐ Sim

☐ Não

36. Qual a renda da senhora por mês? *

Renda somente da mulher entrevistada (gestante ou não gestante). Não incluir nessa renda valor de benefício do governo.

37. A senhora recebe algum benefício do governo? *

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe

38. Se recebe benefício do governo, a senhora sabe dizer qual é o benefício? *

☐ Benefício básico

☐ Benefício variável gestante

☐ Benefício variável nutriz

☐ Benefício variável criança ou adolescente

☐ Benefício variável adolescente 16 e 17

☐ Benefício para extrema pobreza

☐ Bolsa família

☐ NS/NR

39. Quanto a senhora ou a sua família recebe total por mês de benefícios? *

Contabilizar o benefício recebido pela mulher gestante ou não gestante + os membros da família que residem com ela e que recebem benefício do governo também.

II. SAÚDE DA MULHER

1. A senhora está usando atualmente algum medicamento de farmácia para: *

☐ Não uso

☐ Pressão alta/ hipertensão

☐ Açúcar no sangue/ diabetes

☐ Dislipidemia (colesterol alto, triglicerídeos alto)

☐ Ansiedade/ tristeza/ calmante

☐ Anemia

☐ Outro

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

1.1 Se estiver usando outro tipo de medicamento de farmácia atualmente, especificar para qual patologia ou sintomas:

2. A senhora faz uso de suplementos/ polivitamínicos? *

Lembrete: são considerados suplementos/polivitamínicos o ácido fólico e o sulfato ferroso.

☐ Sim

☐ Não

2.1 Se a pessoa utilizar suplemento/ polivitamínicos, escrever o qual: *

2.2 Qual a quantidade que é utilizada desse suplemento/polivitamínico: *

2.3 Desde quando começou a utilizar o suplemento/polivitamínico: *

Responder desde quando começou a utilizar. Ex: Desde o 1 trimestre ou 1 mês de gestação. Ou a 3 meses.

3. A senhora já foi internada alguma vez durante sua vida por motivo de doença? *

☐ Sim

☐ Não

3.1 Se a pessoa já foi internada, informar "Quais foram os motivos da internação da senhora?" *

4. A senhora tem algum problema de saúde? *

☐ Sim

☐ Não

4.1 Se a senhora tiver problema de saúde, especificar qual é o problema. *

5. A senhora adquiriu alguma doença durante a gestação atual?

Perguntar somente para a gestante

☐ Sim

☐ Não

5.1 Se a gestante apresentou alguma doença durante a gestação especificar qual (is) foi (foram)?

Perguntar somente para a gestante

A senhora fez pelo menos uma vez nos últimos 12 meses exame preventivo do câncer de colo uterino (Papanicolau)? *

☐ Sim

☐ Não

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

6. A senhora fez pelo menos uma vez nos últimos 12 meses exame de mamografia? *

☐ Sim

☐ Não

7. A senhora fez alguma consulta, durante o pré-natal, com profissional nutricionista? *

Perguntar somente para mulher gestante

☐ Sim

☐ Não

III. IPAQ CURTO

Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício? *

Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? *

Escrever o tempo em hora. Ex: 1 para uma hora. Se < 1h escrever: 020 para 20 minutos, por exemplo.

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA) *

Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? *

Escrever o tempo em hora. Ex: 1 para uma hora. Se < 1h escrever: 020 para 20 minutos, por exemplo

Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. *

☐ *atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.*

Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? *

Escrever o tempo em hora. Ex: 1 para uma hora. Se < 1h escrever: 020 para 20 minutos, por exemplo.

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? *

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em um dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro. Escrever o tempo em hora. Ex: 1 para uma hora. Se < 1h escrever: 020 para 20 minutos, por exemplo.

Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? *

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado durante um dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro. Escrever o tempo em hora. Ex: 1 para uma hora. Se < 1h escrever: 020 para 20 minutos, por exemplo.

IV. EBIA - CARACTERÍSTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR / FOME

» EBIA - Subgrupo 1 - Critérios Econômicos

1. Nos últimos 3 meses a senhora TEVE PREOCUPAÇÃO de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida? *

- ☐ Sim
☐ Não

2. Nos últimos 3 meses OS ALIMENTOS ACABARAM antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar ou produzir mais comida? *

- ☐ Sim
☐ Não

3. Nos últimos 3 meses a senhora ficou SEM DINHEIRO para ter uma ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA? *

- ☐ Sim
☐ Não

» EBIA - Subgrupo 2 - Aspectos Econômicos (cont.)

4. Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez COMEU APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE AINDA TINHAM, porque o dinheiro acabou? *

- ☐ Sim
☐ Não

5. Nos últimos três meses, a senhora ou algum adulto em sua casa DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO porque não havia dinheiro para comprar a comida? *

- ☐ Sim
☐ Não

6. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa COMEU MENOS DO QUE ACHOU QUE DEVERIA, porque não havia dinheiro para comprar comida? *

- ☐ Sim
☐ Não

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

7. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não tinha dinheiro para comprar comida? *

☐ Sim

☐ Não

8. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa FICOU UM DIA INTEIRO SEM COMER ou, TEVE APENAS UMA REFEIÇÃO AO DIA, porque não tinha dinheiro para comprar a comida? *

☐ Sim

☐ Não

Tem morador menor de 18 anos nessa casa? *

☐ Sim

☐ Não

9. Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade NÃO PUDERAM TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA, porque não havia dinheiro para comprar comida? *

☐ Sim

☐ Não

» EBIA - Menores

4.1 Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez COMEU APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE AINDA TINHAM, porque o dinheiro acabou?

☐ Sim

☐ Não

5.1 Nos últimos três meses, a senhora ou algum adulto em sua casa DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO porque não havia dinheiro para comprar a comida?

☐ Sim

☐ Não

6.1 Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa COMEU MENOS DO QUE ACHOU QUE DEVERIA, porque não havia dinheiro para comprar comida?

☐ Sim

☐ Não

7.1 Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não tinha dinheiro para comprar comida?

☐ Sim

☐ Não

8.1 Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa FICOU UM DIA INTEIRO SEM COMER ou, TEVE APENAS UMA REFEIÇÃO AO DIA, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

☐ Sim

☐ Não

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

10. Nos últimos três meses, os moradores menores de 18 anos de idade COMERAM APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?	*
☐ Sim ☐ Não	
11. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade COMEU MENOS DO QUE VOCE ACHOU QUE DEVIA, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
12. Nos últimos três meses, foi DIMINUÍDA A QUANTIDADE DE ALIMENTOS DAS REFEIÇÕES de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
13. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
14. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não havia dinheiro para comprar mais comida?	*
☐ Sim ☐ Não	

V. QUALIDADE DE VIDA

1. Como a senhora avaliaria sua qualidade de vida?	*
☐ Muito ruim ☐ Ruim ☐ Nem ruim nem boa ☐ Boa ☐ Muito boa	
2. Quão satisfeita à senhora está com a sua saúde?	*
☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeita ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfeito	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

3. Em que medida a senhora acha que sua dor (física) a impede de fazer o que a senhora precisa?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
4. O quanto à senhora precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
5. O quanto à senhora aproveita a vida?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
6. Em que medida a senhora acha que a sua vida tem sentido?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
7. O quanto à senhora consegue se concentrar?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

8. Quão segura à senhora se sente em sua vida diária? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Bastante
- ☐ Extremamente

9. Quão saudável é o ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) da senhora? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Mais ou menos
- ☐ Bastante
- ☐ Extremamente

10. A senhora tem energia suficiente para seu dia-a-dia? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Médio
- ☐ Muito
- ☐ Completamente

11. A senhora é capaz de aceitar sua aparência física? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Médio
- ☐ Muito
- ☐ Completamente

12. A senhora tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Médio
- ☐ Muito
- ☐ Completamente

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

13. Quão disponíveis para a senhora estão às informações que precisa no seu dia-a-dia?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Médio	
☐ Muito	
☐ Completamente	
14. Em que medida a senhora tem oportunidades de atividade de lazer?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Médio	
☐ Muito	
☐ Completamente	
15. Quão bem a senhora é capaz de se locomover?	*
☐ Muito ruim	
☐ Ruim	
☐ Nem ruim, nem bom	
☐ Bom	
☐ Muito bom	
16. Quão satisfeita a senhora está com o seu sono?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
17. Quão satisfeita a senhora está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

18. Quão satisfeita à senhora está com sua capacidade para o trabalho?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
19. Quão satisfeita à senhora está consigo mesmo?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
20. Quão satisfeita à senhora está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
21. Quão satisfeita à senhora está com sua vida sexual?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
22. Quão satisfeita à senhora está com o apoio que você recebe de seus amigos?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

23. Quão satisfeita à senhora está com as condições do local onde mora?	*
☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfeito	
24. Quão satisfeita à senhora está com o seu acesso aos serviços de saúde?	*
☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfeito	
25. Quão satisfeita à senhora está com o seu meio de transporte?	*
☐ Muito insatisfeito ☐ Insatisfeito ☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito ☐ Satisfeito ☐ Muito satisfeito	
26. Com que frequência à senhora tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	*
☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Frequentemente ☐ Muito frequentemente ☐ Sempre	

VI. SAÚDE MENTAL - RASTREIO _ SRQ - 20

1. A senhora tem dores de cabeça frequentes?	*
☐ Sim ☐ Não	
2. A senhora tem falta de apetite?	*
☐ Sim ☐ Não	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

3. A senhora dorme mal?	*
☐ Sim	
☐ Não	
4. A senhora assusta-se com facilidade?	*
☐ Sim	
☐ Não	
5. A senhora tem tremores de mão?	*
☐ Sim	
☐ Não	
6. A senhora sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	*
☐ Sim	
☐ Não	
7. A senhora tem má digestão?	*
☐ Sim	
☐ Não	
8. A senhora tem dificuldade para pensar com clareza?	*
☐ Sim	
☐ Não	
9. A senhora tem se sentido triste ultimamente?	*
☐ Sim	
☐ Não	
10. A senhora tem chorado mais do que de costume?	*
☐ Sim	
☐ Não	
11. A senhora encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	*
☐ Sim	
☐ Não	
12. A senhora tem dificuldades para tomar decisões?	*
☐ Sim	
☐ Não	
13. A senhora tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	*
☐ Sim	
☐ Não	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

14. A senhora é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	*
☐ Sim	
☐ Não	
15. A senhora tem perdido o interesse pelas coisas?	*
☐ Sim	
☐ Não	
16. A senhora sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo?	*
☐ Sim	
☐ Não	
17. A senhora tem tido ideias de acabar com a vida?	*
☐ Sim	
☐ Não	
18. A senhora sente-se cansada o tempo todo?	*
☐ Sim	
☐ Não	
19. A senhora tem sensações desagradáveis no estômago?	*
☐ Sim	
☐ Não	
20. A senhora cansa-se com facilidade?	*
☐ Sim	
☐ Não	

VII. ANSIEDADE - IDATE - T

1. Sinto-me bem	*
<i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i>	
☐ Quase nunca	
☐ Às vezes	
☐ Frequentemente	
☐ Quase sempre	
2. Canso-me facilmente	*
<i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i>	
☐ Quase nunca	
☐ Às vezes	
☐ Frequentemente	
☐ Quase sempre	

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

3. Tenho vontade de chorar <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
4. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
6. Sinto-me descansada <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
7. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesmo <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

9. Preocupo-me demais com coisas sem importância <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
10. Sou feliz <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
13. Sinto-me segura <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

15. Sinto-me deprimida <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
16. Estou satisfeita <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
17. Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
18. Levo os desapontamentos tão sérios que não consigo tirá-los da cabeça <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
19. Sou uma pessoa estável <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*
20. Fico tensa, perturbada quando penso nos meus problemas no momento <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA NORMALMENTE SE SENTE NO SEU DIA A DIA (CONTEXTO GERAL)"</i> ☐ Quase nunca ☐ Às vezes ☐ Frequentemente ☐ Quase sempre	*

VIII. ANSIEDADE - IDATE - E

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

1. Sinto-me bem * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
2. Sinto-me segura * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
3. Estou tensa * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
4. Estou arrependida * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
5. Sinto-me à vontade * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
6. Sinto-me perturbada * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

7. Estou preocupada com possíveis infortúnios

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

8. Sinto-me descansada

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

9. Sinto-me ansiosa

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

10. Sinto-me "em casa"

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

11. Sinto-me confiante

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

12. Sinto-me nervosa

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

13. Estou agitada * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
14. Sinto-me uma pilha de nervos * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
15. Estou descontráida * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
16. Sinto-me satisfeita * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
17. Estou preocupada * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO
18. Sinto-me super-excitada e confusa * <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ MUITÍSSIMO

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

19. Sinto-me alegre

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

20. Sinto-me bem

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

IX. ANTROPOMETRIA – MULHER GESTANTE

1. Qual o peso da senhora (peso auto referido)?

*

Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg. Peso informado pela gestante . Sem olhar no cartão.

2. Peso aferido? (SOMENTE NA 2 COLETA)?

3. Qual a altura da senhora (estatura auto referida (cm))?

*

Escreva a altura em centímetros por ex.: 150 para 1 metro e 50 centímetros. Altura informada pela gestante. Sem olhar no cartão.

4. Altura aferida (SOMENTE NA 2 COLETA)?

5. Qual foi o peso pré-gestacional da senhora?

*

Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg. Peso antes de engravidar

6. Qual a data da última menstruação da senhora? (DD/MM/AA)

*

7. Qual o período gestacional que a senhora está?

*

A resposta pode ser dada em meses ou semanas. Ex: 3 semanas; 5 meses.

8. Quantos filhos a senhora já teve?

*

Quantos filhos ela deu a luz, NÃO CONTAR COM O BEBÊ QUE ESTA ESPERANDO.

05/02/2019

Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

9. Quantos filhos estão vivos?

Não contabilizar com o BEBÊ QUE ESTA ESPERANDO

*

10. Ao todo, quantas vezes a senhora ficou grávida?

Incluir no somatório a gestação atual

*

11. Qual foi a idade da primeira gravidez da senhora?

*

12. Qual foi o peso da senhora no final da gestação? (Somente após o bebê nascer)

*Perguntar após o nascimento do bebê - Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg***X. ANTROPOMETRIA – MULHER NÃO GESTANTE**

1. Qual o peso da senhora (peso auto referido)?

Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg

*

2. Peso aferido:

Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg

3. Qual a altura da senhora (estatura auto referida (cm)):

Escreva a altura em centímetros por ex.: 150 para 1 metro e 50 centímetros

*

4. Altura Aferida (cm):

Esse dado não sera coletado na primeira coleta - (Escreva a altura em centímetros por ex.: 150 para 1 metro e 50 centímetros)

APLICADO NA SEGUNDA ENTREVISTA EM DIANTE

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Gestante: <i>O questionário deve ser aplicado em gestantes e não gestantes com idade ≥ 18 anos.</i>	*
☐ Sim ☐ Não	
2. Nº de ID:	*
3. Qual o nome da senhora? <i>Escrever nome completo</i>	*
4. As pessoas que residem com a senhora são as mesmas da última entrevista?	*
☐ sim ☐ não	
4.1 Quantas pessoas residem com a senhora atualmente (Contabilizar com a entrevistada)?	*
4.2 Dessas pessoas quantas tem idade menor que 10 anos? (Não contabilizar com a entrevistada)	*
4.3 Dessas pessoas quantas tem idade entre 10 a 19 anos? (Não contabilizar com a entrevistada) <i>Não contabilizar com a mulher gestante ou não gestante</i>	*
4.4 Dessas pessoas quantas tem idade entre 20 a 59 anos? (Não contabilizar com a entrevistada) <i>Não contabilizar com a mulher gestante ou não gestante</i>	*
4.5 Dessas pessoas quantas possuem 60 anos ou mais? (Não contabilizar com a entrevistada) <i>Não contabilizar com mulher gestante ou não gestante</i>	*
5. A quantidade de pessoas que possui renda permanece a mesma da última entrevista?	*
☐ sim ☐ não ☐ NS	
5.1 Quantos moradores possuem renda?	*

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

5.2 a soma das rendas do seu domicílio permanece a mesma da última entrevista?	*
☐ sim ☐ não ☐ NS	
5.3 Qual é a soma total de todas as rendas?	*
<i>Contabilizar o total das rendas dos moradores, contando com mulher gestante ou não gestante caso ela possua renda também. NÃO INCLUIR BENEFÍCIO QUE RECEBE DO GOVERNO.</i>	
6. A senhora permanece na mesma ocupação que informou na última entrevista?	*
☐ sim ☐ não	
6.1 Qual a ocupação da senhora?	*
☐ Tem trabalho/mudou de trabalho (se sim, especificar) ☐ Desempregada/Procurando trabalho ☐ Autônoma ☐ Aposentada ☐ Pensionista ☐ Estudante ☐ Dona de casa ☐ NR/NS	
6.2 Qual o trabalho da senhora? Ou Mudou para qual trabalho?	*
6.3 Qual é a renda referente ao seu trabalho/ novo trabalho?	*
7. A renda própria da senhora permanece a mesma informada na última entrevista?	*
☐ sim ☐ não ☐ NSA	
7.1 Qual a renda da senhora por mês?	*
<i>Renda somente da mulher entrevistada (gestante ou não gestante). Não incluir nessa renda valor de benefício do governo.</i>	
8. A senhora recebe algum benefício do governo?	*
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

8.1 Se recebe benefício do governo, a senhora sabe dizer qual é o benefício?	*
☐ Benefício básico ☐ Benefício variável gestante ☐ Benefício variável nutriz ☐ Benefício variável criança ou adolescente ☐ Benefício variável adolescente 16 e 17 ☐ Benefício para extrema pobreza ☐ Bolsa família ☐ NS/NR	
8.2 Quanto a senhora ou a sua família recebe total por mês de benefícios?	*
<i>Contabilizar o benefício recebido pela mulher gestante ou não gestante + os membros da família que residem com ela e que recebem benefício do governo também.</i>	

II. SAÚDE DA MULHER

1. A senhora está usando atualmente algum medicamento de farmácia para:	*
☐ Não uso ☐ Pressão alta/ hipertensão ☐ Açúcar no sangue/ diabetes ☐ Dislipidemia (colesterol alto, triglicerídeos alto) ☐ Ansiedade/ tristeza/ calmante ☐ Anemia ☐ Outro	
1.1 Se estiver usando outro tipo de medicamento de farmácia atualmente, especificar para qual patologia ou sintomas:	
2. A senhora continua usando os suplementos/polivitamínicos que informou na última entrevista?	*
☐ Sim ☐ Não usava ☐ iniciei recentemente_após a última coleta OU inclui outro suplemento/polivitamínico (especificar quando) ☐ Parei (informar quando)	
2.1 Desde quando a senhora parou de tomar o suplemento/polivitamínico?	*
2.2 Desde quando a senhora começou a utilizar ou incluiu outro suplemento/polivitamínico?	*

12/06/2019

2 _Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

2.3 Qual o suplemento/polivitamínico que a senhora começou ou incluiu (especificar o nome)?	*
2.4 Qual a quantidade que é utilizada desse suplemento/polivitamínico:	*
3. A senhora adquiriu alguma doença durante a gestação atual? <i>Perguntar somente para a gestante</i> ☐ Sim ☐ Não	*
3.1 Se a gestante apresentou alguma doença durante a gestação especificar qual (is) foi (foram)? <i>Perguntar somente para a gestante</i>	
4. A senhora fez alguma consulta, durante o pré-natal, com profissional nutricionista? <i>Perguntar somente para mulher gestante</i> ☐ Sim ☐ Não	*
4.1 Quantas consultas foram realizadas com o profissional nutricionista?	

IV. EBIA - CARACTERÍSTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR / FOME

» EBIA - Subgrupo 1 - Critérios Econômicos

1. Nos últimos 3 meses a senhora TEVE PREOCUPAÇÃO de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida? ☐ Sim ☐ Não	*
2. Nos últimos 3 meses OS ALIMENTOS ACABARAM antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar ou produzir mais comida? ☐ Sim ☐ Não	*
3. Nos últimos 3 meses a senhora ficou SEM DINHEIRO para ter uma ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA? ☐ Sim ☐ Não	*

» EBIA - Subgrupo 2 - Aspectos Econômicos (cont.)

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

4. Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez COMEU APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE AINDA TINHAM, porque o dinheiro acabou?	*
☐ Sim ☐ Não	
5. Nos últimos três meses, a senhora ou algum adulto em sua casa DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO porque não havia dinheiro para comprar a comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
6. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa COMEU MENOS DO QUE ACHOU QUE DEVIA, porque não havia dinheiro para comprar comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
7. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não tinha dinheiro para comprar comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
8. Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa FICOU UM DIA INTEIRO SEM COMER ou, TEVE APENAS UMA REFEIÇÃO AO DIA, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
Tem morador menor de 18 anos nessa casa?	*
☐ Sim ☐ Não	
9. Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade NÃO PUDEAM TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E VARIADA, porque não havia dinheiro para comprar comida?	*
☐ Sim ☐ Não	
» EBIA - Menores	
4.1 Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez COMEU APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS QUE AINDA TINHAM, porque o dinheiro acabou?	
☐ Sim ☐ Não	
5.1 Nos últimos três meses, a senhora ou algum adulto em sua casa DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO porque não havia dinheiro para comprar a comida?	
☐ Sim ☐ Não	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

6.1 Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa COMEU MENOS DO QUE ACHOU QUE DEVIA, porque não havia dinheiro para comprar comida?

☐ Sim

☐ Não

7.1 Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não tinha dinheiro para comprar comida?

☐ Sim

☐ Não

8.1 Nos últimos três meses, algum adulto em sua casa FICOU UM DIA INTEIRO SEM COMER ou, TEVE APENAS UMA REFEIÇÃO AO DIA, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?

☐ Sim

☐ Não

10. Nos últimos três meses, os moradores menores de 18 anos de idade COMERAM APENAS ALGUNS POUCOS TIPOS DE ALIMENTOS que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou? *

☐ Sim

☐ Não

11. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade COMEU MENOS DO QUE VOCE ACHOU QUE DEVIA, porque não havia dinheiro para comprar a comida? *

☐ Sim

☐ Não

12. Nos últimos três meses, foi DIMINUÍDA A QUANTIDADE DE ALIMENTOS DAS REFEIÇÕES de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? *

☐ Sim

☐ Não

13. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade DEIXOU DE FAZER ALGUMA REFEIÇÃO, porque não havia dinheiro para comprar a comida? *

☐ Sim

☐ Não

14. Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade SENTIU FOME, MAS NÃO COMEU porque não havia dinheiro para comprar mais comida? *

☐ Sim

☐ Não

V. QUALIDADE DE VIDA

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

1. Como a senhora avaliaria sua qualidade de vida?	*
☐ Muito ruim	
☐ Ruim	
☐ Nem ruim nem boa	
☐ Boa	
☐ Muito boa	
2. Quão satisfeita à senhora está com a sua saúde?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeita	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
3. Em que medida a senhora acha que sua dor (física) a impede de fazer o que a senhora precisa?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
4. O quanto à senhora precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
5. O quanto à senhora aproveita a vida?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

6. Em que medida a senhora acha que a sua vida tem sentido?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
7. O quanto à senhora consegue se concentrar?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
8. Quão segura à senhora se sente em sua vida diária?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
9. Quão saudável é o ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos) da senhora?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Mais ou menos	
☐ Bastante	
☐ Extremamente	
10. A senhora tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	*
☐ Nada	
☐ Muito pouco	
☐ Médio	
☐ Muito	
☐ Completamente	

12/06/2019

2_Coleta_Coorde Mulheres gestantes e não gestantes

11. A senhora é capaz de aceitar sua aparência física? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Médio
- ☐ Muito
- ☐ Completamente

12. A senhora tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Médio
- ☐ Muito
- ☐ Completamente

13. Quão disponíveis para a senhora estão às informações que precisa no seu dia-a-dia? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Médio
- ☐ Muito
- ☐ Completamente

14. Em que medida a senhora tem oportunidades de atividade de lazer? *

- ☐ Nada
- ☐ Muito pouco
- ☐ Médio
- ☐ Muito
- ☐ Completamente

15. Quão bem a senhora é capaz de se locomover? *

- ☐ Muito ruim
- ☐ Ruim
- ☐ Nem ruim, nem bom
- ☐ Bom
- ☐ Muito bom

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

16. Quão satisfeita à senhora está com o seu sono?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
17. Quão satisfeita à senhora está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
18. Quão satisfeita à senhora está com sua capacidade para o trabalho?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
19. Quão satisfeita à senhora está consigo mesmo?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
20. Quão satisfeita à senhora está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

21. Quão satisfeita à senhora está com sua vida sexual?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
22. Quão satisfeita à senhora está com o apoio que você recebe de seus amigos?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
23. Quão satisfeita à senhora está com as condições do local onde mora?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
24. Quão satisfeita à senhora está com o seu acesso aos serviços de saúde?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	
25. Quão satisfeita à senhora está com o seu meio de transporte?	*
☐ Muito insatisfeito	
☐ Insatisfeito	
☐ Nem satisfeito, nem insatisfeito	
☐ Satisfeito	
☐ Muito satisfeito	

12/06/2019

2_Coleta_Coorde Mulheres gestantes e não gestantes

26. Com que frequência à senhora tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? *

- ☐ Nunca
- ☐ Algumas vezes
- ☐ Frequentemente
- ☐ Muito frequentemente
- ☐ Sempre

VIII. ANSIEDADE - IDATE - E

1. Sinto-me bem *

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

2. Sinto-me segura *

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

3. Estou tensa *

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

4. Estou arrependida *

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

5. Sinto-me à vontade <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
6. Sinto-me perturbada <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
7. Estou preocupada com possíveis infortúnios <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
8. Sinto-me descansada <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
9. Sinto-me ansiosa <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
10. Sinto-me "em casa" <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

11. Sinto-me confiante <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
12. Sinto-me nervosa <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
13. Estou agitada <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
14. Sinto-me uma pilha de nervos <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
15. Estou descontráida <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*
16. Sinto-me satisfeita <i>A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"</i> ☐ Absolutamente não ☐ Um pouco ☐ Bastante ☐ Muitíssimo	*

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

17. Estou preocupada

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

18. Sinto-me super-excitada e confusa

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

19. Sinto-me alegre

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

20. Sinto-me bem

*

A afirmação deve ser respondida de acordo "COMO A SENHORA ESTA SE SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS"

- ☐ Absolutamente não
- ☐ Um pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muitíssimo

IX. ANTROPOMETRIA – MULHER GESTANTE

1. Peso aferido (1º aferição): (Não arredondar)

*

Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg.

1.1 Peso aferido (2º aferição): (Não arredondar)

*

Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg.

1.2 Peso aferido (3º aferição): (Não arredondar)

*

Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg.

2. Altura: (Gestante_olhar no cartão)

Escreva a altura em centímetros por ex.: 150 para 1 metro e 50 centímetros.

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

3. Bebê nasceu?	*
☐ sim ☐ não ☐ aborto	
4. Qual foi o peso da senhora no final da gestação? (Olhar no caderno da gestante) <i>Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg.</i>	*
5. Qual o período gestacional que a senhora encontra-se?	*
X. ANTROPOMETRIA - MULHER NÃO GESTANTE	
1. Peso aferido (1º aferição): (Não arredondar) <i>Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg</i>	*
1.1 Peso aferido (2º aferição): (Não arredondar) <i>Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg</i>	*
1.2 Peso aferido (3º aferição): (Não arredondar) <i>Peso em gramas, por ex.: 7500 para 7 kg e 500 gramas ou 75000 para 75 kg</i>	*
2. Altura Aferida (cm): (perguntar para a mulher não gestante) <i>Escreva a altura em centímetros por ex.: 150 para 1 metro e 50 centímetros</i>	*
X. ANTROPOMETRIA E DADOS DO BEBÊ	
1. Sexo do bebê	*
☐ masculino ☐ feminino	
2. Tipo de parto: (Olhar na caderneta da criança)	*
☐ parto vaginal (normal) ☐ parto cirúrgico (cesário) ☐ prematuro ☐ Fórceps ☐ IGN	
3. Qual a data de nascimento do bebê? (DD/MM/AA)_ (Olhar na caderneta da criança)	*

12/06/2019

2 _Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

4. Qual o peso do bebê ao nascer (gramas)? (olhar na caderneta da criança) <i>Peso em gramas, exemplo: 1500 para 1 Kg e 500 gramas.</i>	*
5. Qual o comprimento do bebê ao nascer? (cm) (olhar na caderneta da criança)	*
6. Qual o perímetro cefálico do bebê ao nascer? (Olhar na caderneta da criança)	*
7. Valor do Apgar do bebê ao nascer - 1º minuto? (Olhar na caderneta da criança)	*
8. Valor do Apgar do bebê ao nascer- Depois do 1º minuto? (Olhar na caderneta da criança)	*
9. Peso atual aferido (gramas) (1º aferição): <i>Peso em gramas, exemplo: 1500 para 1 Kg e 500 gramas.</i>	*
9.1 Peso atual aferido (gramas) (2º aferição): <i>Peso em gramas, exemplo: 1500 para 1 Kg e 500 gramas.</i>	*
9.2 Peso atual aferido (gramas) (3º aferição): <i>Peso em gramas, exemplo: 1500 para 1 Kg e 500 gramas.</i>	*
10. Comprimento atual do bebê (cm) (1º aferido) ?	*
10.1 Comprimento atual do bebê (cm) (2º aferido)?	*
10.2 Comprimento atual do bebê (cm) (3º aferido)?	*

SAÚDE INFANTIL

1. O filho (a) da senhora foi internado alguma vez nos últimos três meses? ☐ Sim ☐ Não	*
1.1. Qual foi o motivo da internação?	*

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

1.2 Com que idade seu filho (a) foi internado? <i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	*
2. Nos últimos 15 dias, o filho (a) da senhora teve tosse? ☐ Sim ☐ Não	*
3. Nos últimos 15 dias, o filho (a) da senhora teve o nariz escorrendo? ☐ Sim ☐ Não	*
4. Nos últimos 15 dias, o filho (a) da senhora teve dificuldade para respira? ☐ Sim ☐ Não	*
5. Nos últimos 15 dias, o filho (a) da senhora teve febre? ☐ Sim ☐ Não	*
6. Nos últimos 15 dias, o filho (a) da senhora teve dor de ouvido? ☐ Sim ☐ Não	*
7. O filho (a) da senhora tem alguma alergia? ☐ Sim ☐ Não	*
7.1 Qual o tipo de alergia o filho (a) da senhora tem?	*
8. O filho (a) da senhora tem intolerância a algum alimento? ☐ Sim ☐ Não	*
8.1 Qual o tipo de intolerância alimentar que o filho (a) da senhora tem?	*

ALEITAMENTO MATERNO

1. O seu bebe mama no peito atualmente? ☐ Sim ☐ Não	*
---	---

12/06/2019

2 _Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

2. Além do leite materno, a Sra dá algum outro alimento para seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
3. Até que idade seu bebê mamou somente no peito?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
4. A senhora dá Água para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
4.1 Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
5. A senhora dá Chá para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
5.1 Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
6. A senhora dá Suco para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
6.1 Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
7. A senhora dá Leite de vaca (em pó ou fluido) para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
7.1 Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
8. A senhora dá Fórmula Infantil para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

8.1 Se (1) Sim, desde que idade? <i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	*
9. A senhora dá Composto lácteo para o seu bebê? ☐ Sim ☐ Não	*
9.1 Se (1) Sim, desde que idade? <i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	*
10. A senhora dá Fruta para o seu bebê? ☐ Sim ☐ Não	*
10.1 Se (1) Sim, desde que idade? <i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	*
11. A senhora dá Papinha de massa com leite para o seu bebê? ☐ Sim ☐ Não	*
11.1 Se (1) Sim, desde que idade? <i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	*
12. A senhora dá Carne ou ovo para o seu bebê? ☐ Sim ☐ Não	*
12.1. Se (1) Sim, desde que idade? <i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	*
13. A senhora dá Alimentos da família para o seu bebê? ☐ Sim ☐ Não	*
13.1 Se (1) Sim, desde que idade? <i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	*

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

14. A senhora dá Refrigerante ou suco de caixinha para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
14.1 Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
15. A senhora dá Biscoito recheado para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
15.1. Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
16. A senhora dá Macarrão instantâneo para o seu bebê?	*
☐ sim ☐ Não	
16.1 Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
17. A senhora dá Salgadinho de pacote para o seu bebê?	*
☐ Sim ☐ Não	
17.1 Se (1) Sim, desde que idade?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
1. A senhora teve orientação, durante o pré-natal, sobre aleitamento materno?	*
☐ Sim ☐ Não	
2. A senhora teve algum apoio (ajuda) no início da amamentação?	*
☐ Sim ☐ Não	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

2.1 Se sim, quem lhe deu esse apoio?	*
☐ Pediatra da maternidade que o bebê nasceu ☐ Enfermeira da maternidade que o bebê nasceu ☐ Outro profissional de saúde da maternidade/hospital que o bebê nasceu ☐ Parentes ou amigos próximos já em casa ☐ Grupo de mães que você faz parte depois de sair da maternidade ☐ Outros (especificar)	
2.2 Outro, especificar quem deu o apoio	*
3. Quantas vezes a criança mama por dia?	*
4. A senhora teve alguma dificuldade para amamentar seu filho?	*
☐ Sim ☐ Não ☐ NSA	
4.1 Se sim, qual?	*
5. O bebê usa chupeta?	*
☐ Sim ☐ Não	
5.1 Se sim, desde que idade começou a utilizar?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
6. Quais as refeições que a criança faz além de mamar no peito? (levar em consideração mamadeiras)	*
☐ Desjejum ☐ Lanche da manhã ☐ Almoço ☐ Lanche da tarde ☐ Jantar ☐ Ceia	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

7. Quem prepara os alimentos da criança (levar em consideração a maioria das refeições):	*
☐ Mãe ☐ Pai ☐ Babá ☐ Outro (especificar)	
7.1 Outro, especificar quem prepara	*
8. Quem dá o alimento para a criança (levar em consideração a maioria das refeições)?	*
☐ Mãe ☐ Pai ☐ Babá ☐ Outro (especificar)	
8.1 Se outro especificar quem dá o alimento para a criança	*
9. Qual o local que a criança costuma fazer as refeições?	*
☐ Junto com a família ☐ Separado com o cuidador ☐ Em frente à televisão ☐ Sozinho (a) ☐ Outro (especificar)	
9.1 Outro, especificar o local que costuma fazer as refeições	*
10. Os horários das refeições da criança são os mesmos dos adultos?	*
☐ Sim ☐ Não	
11. De quanta em quantas horas é realizada as refeições da criança?	*
12. A criança come com as próprias mãos?	*
☐ Não ☐ Sim	
12.1 São disponibilizados os alimentos na frente da criança para que ela mesmo leve-os a boca?	*
☐ Não ☐ Sim	

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

12.2 A maioria dos alimentos são ofertados em que consistência?	*
☐ Liquidificado ☐ Amassado ☐ Cortado ☐ Alimento familiar	
13. A criança costuma repetir alguma refeição?	*
☐ Não ☐ Sim	
13.1 Se sim, qual (is) refeição (ões)?	*
14. A senhora teve alguma orientação referente à introdução alimentar do bebê?	*
☐ Não ☐ Sim	
14.1 Se sim especificar de quem obteve orientação:	*
☐ Pediatra ☐ Nutricionista ☐ Amigos ou parentes ☐ Grupos de mães que você faz parte ☐ Outros (especificar)	
14.2 Outros especificar de quem obteve a orientação:	*
15. Os momentos das refeições são:	*
☐ Muito agradáveis para a criança e para os pais ☐ Muito agradável somente para a criança ☐ Muito agradável somente para os pais ☐ Tenso para todos ☐ Muito desagradáveis ☐ Nenhum dos pais participam dos momentos de refeição do filho	
15.1 Para a senhora o que é mais difícil nas refeições do seu filho (a)?	*
15.2 O que lhe dá mais prazer na alimentação do seu filho?	*

12/06/2019

2_Coleta_Coorte Mulheres gestantes e não gestantes

16. Quando a criança não gosta de um alimento, a senhora insiste na ingestão desse alimento?	*
☐ Não ☐ Sim, introduzindo-o em outras refeições até ele aprender a comer ☐ Sim, tentando em outra refeição, e se ele não gostar novamente não insiste mais ☐ Sim, fazendo a criança comer de qualquer jeito ☐ Usa outra estratégia	
16.1 Qual estratégia?	*
17. O bebê usa mamadeira?	*
☐ Não ☐ Sim	
17.1 Se sim, desde que idade começou a utilizar?	*
<i>Se a gestante informar em mês converter para quantidade de dias. Ex: 5 meses igual a 150 dias (levar em consideração mês com 30 dias).</i>	
18. A senhora recebe alguma ajuda para a alimentação do seu filho?	*
☐ Não ☐ Sim, ajuda em alimento (s) ☐ Sim, ajuda em dinheiro	
18.1 Se sim, ajuda em alimento (s), qual o(s) alimento(s)?	*
18.2 Se sim, ajuda em dinheiro, quanto em dinheiro?	*
18.3 Se for, ajuda em dinheiro, qual (ais) o (s) alimento (s) a senhora compra?	*
18.4 Qual (ais) alimento (s) a senhora gostaria de comprar, mas não tem recurso suficiente?	*

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO ENTRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR E CONDIÇÕES DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA / FATORES DE RISCO ASSOCIADOS COM AS COMPLICAÇÕES HIPERTENSIVAS EM GESTANTES

Prezada Senhora:

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer a situação de segurança alimentar, as condições de saúde, alimentação e qualidade de vida das famílias com gestantes e também avaliar a sua situação de saúde. O estudo está sendo desenvolvido por uma equipe de alunos da Universidade Federal da Paraíba, sob orientação dos Profs. Drs. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, Rafaela Lira Formiga Cavalcanti e supervisão de Walnizia Kessia Batista Olegário, Flavia Maiele Pedrosa Trajano e Maria Augusta C. B. Magno Viana. Solicitamos a sua colaboração respondendo algumas perguntas que serão feitas por um entrevistador devidamente identificado, sendo que esta pesquisa não apresenta nenhum risco nem será feito nenhum procedimento invasivo. Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos e artigos científicos. Sua participação não será identificada em nenhum momento e seu nome será mantido em sigilo. Essa pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 – Conselho Nacional de Saúde que trata das pesquisas com seres humanos. Esclarecemos que a sua participação é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores. Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento, desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os participantes estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura da responsável pela pesquisa

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com a pesquisadora responsável: Kessia_olegario@hotmail.com/vianna@ccs.ufpb.br. Departamento de Nutrição: 3216-7499; Comitê de Ética em Pesquisa do CCS da UFPB: eticaccs@ccs.ufpb.br – 3216-7791 – Fax: 3216-7791. Endereço: Cidade Universitária – Campus I – Conj. Castelo Branco – CCS – João Pessoa – PB – CEP 58.051-900

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declare o meu consentimento em participar da pesquisa. Como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

ANEXO C – COMITÊ DE ÉTICA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO ENTRE A INSEGURANÇA ALIMENTAR E CONDIÇÕES DE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA.

Pesquisador: RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78557717.6.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.413.361

Apresentação do Projeto:

Trata-se de analisar o projeto de pesquisa do Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Observar as relações de causa e efeito entre a insegurança alimentar e condições de saúde, alimentação e qualidade de vida.

Objetivos Secundários:

- a) Formar duas coortes, sendo a primeira composta por famílias exclusivamente de adultos e a outra por famílias de mulheres gestantes.
- b) Avaliar a situação de insegurança alimentar no início do seguimento para formar os grupos expostos e não expostos em cada coorte.
- c) Descrever as características socioeconômicas e demográficas das famílias.
- d) Avaliar a ocorrência dos desfechos de interesse do estudo no início do seguimento.
- e) Acompanhar as variações da situação de segurança e insegurança alimentar e nutricional das

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.413.361

famílias ao longo do seguimento.

f) Medir a incidência dos desfechos nas duas coortes.

g) Descrever as características das relações de causalidade entre a insegurança alimentar e os desfechos estudados.

h) Calcular os riscos relativos e os riscos atribuíveis populacionais dos desfechos estudados em função da exposição à insegurança alimentar.

i) Verificar e calcular os riscos relativos da insegurança alimentar em função das características socioeconômicas e demográficas das famílias e dos eventos de saúde, quando for o caso.

j) Testar a aplicabilidade de medidas repetidas da EBIA nas duas coortes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Mínimos, somente será realizado uma entrevista, que poderá trazer algum desconforto ao sujeito, podendo este sair a qualquer momento da pesquisa sem nenhum dano.

Benefícios:

Benefícios:

A pesquisa trará não só benefícios diretos aos participantes, mas também os resultados serão muito importantes para o conhecimento das relações da insegurança alimentar com as características de vida das famílias e com isso possibilitar a elaboração de política públicas adequadas voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizado um estudo de coorte prospectivo onde serão recrutadas famílias para compor duas coortes, a primeira de famílias de adultos e a segunda de famílias de gestantes.

A população do estudo são famílias SUS dependentes residentes no município de João Pessoa e cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

A amostra deste estudo será não probabilística, atendendo os critérios de inclusão de cada coorte a saber:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.413.361

Coorte de adultos - famílias compostas exclusivamente por adultos, independente do número de moradores, desde que todos compartilhem dos mesmos recursos.

Coorte de gestantes – famílias com pelo menos uma gestante, independente do período de gestação, porém com desenvolvimento normal da gestação. Totalizando uma amostra de 100 famílias, distribuídas igualmente entre os grupos.

Os dados das coortes serão coletados em visitas domiciliares durante o seguimento, por entrevistadores treinados que aplicarão questionário que aplicarão questionários estruturados devidamente pré-testados. Quando necessário serão realizados contatos telefônicos para confirmação de dados e coleta de informações mais simples e objetivas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela se encontra de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege as pesquisas envolvendo seres humanos.

Recomendações:

Recomenda-se manter a metodologia proposta e a escrever uma melhor redação dos riscos e benefícios da pesquisa na plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Caro pesquisador:

Informamos, que após análise do protocolo de pesquisa enviado por V.Sa. a esse colegiado, não foram detectadas pendências, e portanto, a situação do parecer final do colegiado é APROVADO. Para maiores informações consulte o Parecer Consubstanciado do CEP na lista documentos postados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1008605.pdf	28/11/2017 16:40:52		Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.413.361

Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_anuencia_departamento.pdf	28/11/2017 16:31:25	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	06/10/2017 16:38:52	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	universal_2016_coorte_inseg_alimentar_CEP.pdf	06/10/2017 16:37:38	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_plataforma_brasil.pdf	06/10/2017 16:37:21	RODRIGO PINHEIRO DE TOLEDO VIANNA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 04 de Dezembro de 2017

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com