LUCIANA BARBIERE FERNANDES

**Associação entre introdução precoce de alimentos complementares e
depressão pós-parto em mulheres com histórico de depressão na
gravidez**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Alexandre Faisal Cury

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2019

LUCIANA BARBIERE FERNANDES

**Associação entre introdução precoce de alimentos complementares e
depressão pós-parto em mulheres com histórico de depressão na
gravidez**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Alexandre Faisal Cury

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Fernandes, Luciana Barbieri

Associação entre introdução precoce de alimentos complementares e
depressão pós-parto em mulheres com histórico de depressão na gravidez /
Luciana Barbieri Fernandes. -- São Paulo, 2019.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.

Orientador: Alexandre Faisal Cury.

Descritores: 1.Nutrição da criança 2.Depressão pós-parto 3.Cuidado pós-
natal 4.Aleitamento materno 5.Desenvolvimento infantil 6.Saúde pública

USP/FM/DBD-007/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Ao meu pai, Mauro, pelo incentivo que me fez iniciar essa jornada e percorrê-la com perseverança; e à minha mãe, Elisabete, por tanto amor e encorajamento.

Ao meu marido, Fábio, por me apoiar e me permitir vivenciar a vida acadêmica integralmente.

Obrigada

ao meu orientador, Faisal, pela confiança, por me mostrar um universo encantador na área da pesquisa científica, por estar sempre disponível e por todos os ensinamentos;

à Flávia Arante, por me apresentar à Faculdade, por toda ajuda e por ser uma grande parceira;

à Renata Levy, pelos precisos direcionamentos;

à Giovanna Calixto, especialmente por me acolher com tanto carinho, pela paciência e pelas orientações;

à Daniela Neri, pela doçura, disponibilidade e, principalmente, pela importante e competente contribuição no trabalho.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Sumário

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 ALIMENTAÇÃO INFANTIL	1
<i>1.1.1 Alimentação complementar.....</i>	<i>2</i>
1.1.1.1 Recomendações.....	2
1.1.1.2 Introdução precoce de alimentos complementares	5
1.1.1.3 Estratégias governamentais.....	6
1.1.1.4 Monitoramento	10
1.1.1.5 Situação no Brasil.....	12
1.1.1.6 Fatores associados	13
1.2 DEPRESSÃO.....	15
<i>1.2.1 Depressão pós-parto .....</i>	<i>17</i>
1.3 DEPRESSÃO PÓS-PARTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	19
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL	24
2.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO.....	24
3. METODOLOGIA	25
3.1 DESENHO	25
3.2 AMOSTRA.....	25
<i>3.2.1 Fluxograma das participantes.....</i>	<i>26</i>
3.3 PROCEDIMENTOS	27
3.4 INSTRUMENTOS	27
<i>3.4.1 Questionários com histórico alimentar da criança.....</i>	<i>27</i>
3.4.1.1 Análise da introdução precoce de alimentos complementares	27
<i>3.4.2 Questionário sobre depressão.....</i>	<i>28</i>
3.4.2.1 Análise da depressão pós-parto.....	29
<i>3.4.3 Questionário com dados sócio demográficos, socioeconômicos, maternos e da criança.....</i>	<i>29</i>
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	29
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	31
4. RESULTADOS.....	32
5. DISCUSSÃO.....	37
6. CONCLUSÃO	43
7. ANEXOS.....	44
8. REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Esquema para introdução dos alimentos complementares	3
Tabela 2 - Categorização do desfecho e variáveis explicativas.....	28
Tabela 3 - Caracterização das participantes	32
Tabela 4 - Comparação entre puérperas elegíveis, participantes e não participantes, segundo a randomização no estudo PROGRAVIDA	33
Tabela 5 - Análise univariada entre IPAC e variáveis explicativas materna e da criança (número porcentagem de casos, razão de prevalência, intervalo de confiança de 95% e nível de significância).....	34
Tabela 6 - Análise multivariada entre DPP e IPAC, segundo modelo hierárquico....	35
Tabela 7 - Proporção de alimentos introduzidos precocemente, segundo depressão materna (porcentagem de casos, intervalo de confiança de 95% e nível de significância)	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Ranking (ordem de frequência) de IPAC	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de participantes	26
Figura 2 - Modelo teórico hierarquizado para determinação dos fatores associados a IPAC	31

LISTA DE SIGLAS

AC	Alimentação complementar
AM	Aleitamento materno
ASF	Associação Saúde da Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CGAN	Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -10ª Revisão
CRIALM/DAPES	Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégias
DPP	Depressão pós-parto
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ECLS-B	Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort
ENDEF	Estudo Nacional sobre Despesa Familiar
ENPACS	Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBFAN	International Baby Food Action Network
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMC	Índice de massa corporal
IPAC	Introdução precoce de alimentos complementares
NBCAL	Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
PMD	Programa de Manejo da Depressão
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

RESUMO

Fernandes LB. *Associação entre introdução precoce de alimentos complementares e depressão pós-parto em mulheres com histórico de depressão na gravidez* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

INTRODUÇÃO: Alimentação adequada e saudável é essencial para o pleno desenvolvimento infantil. A alimentação complementar (AC) deve ser iniciada de maneira oportuna e segura, suprimindo as necessidades nutricionais da criança. Mães com depressão pós-parto (DPP) apresentam dificuldades nos cuidados gerais e nas práticas relacionadas à alimentação da criança. O objetivo do presente estudo é verificar a associação entre DPP e introdução precoce de alimentos complementares (IPAC), aos 4 meses de idade da criança, e descrever a frequência de alimentos introduzidos precocemente. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, realizado entre agosto de 2013 a agosto de 2014, a partir de dados coletados entre 6 e 9 meses após o parto de 326 puérperas que já haviam participado de ensaio de comunidade (PROGRAVIDA). Dados referentes a IPAC e outras informações foram coletados por meio de questionário estruturado. A DPP foi avaliada por meio do “*Patient Health Questionnaire-9*”. Modelos de regressão de Poisson com variância robusta, seguindo modelo hierárquico, foram usados para avaliar a associação entre DPP e IPAC. No modelo bruto foi estimada a razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%) entre DPP e IPAC, levando-se em conta a randomização das participantes no estudo original. No modelo multivariado foram estimadas as RP e IC95% entre DPP e IPAC, ajustadas por variáveis sócio demográficas e socioeconômicas (etnia, escolaridade, renda familiar mensal, situação de trabalho materno e situação conjugal), dados maternos (idade, número de filhos e tipo de parto), dados perinatais (idade da criança e peso ao nascer) e dados da criança (uso de chupeta e aleitamento materno). A análise estatística foi realizada com uso do programa STATA 12 e o nível de significância estatística foi considerado igual ou inferior a 5%. **RESULTADOS:** A prevalência geral de IPAC foi de 75,8% (IC95% 0,71-0,80). No modelo bruto, não foi encontrada associação entre depressão e IPAC (RP:0,97; IC 95% 0,83 – 1,14). Na análise multivariada, constatou-se menor prevalência de IPAC entre mulheres que ainda amamentavam aos 6 meses, naquelas que trabalhavam fora e entre aquelas com menor renda familiar. A estimativa da associação bruta entre DPP e IPAC não se modificou significativamente após ajustes para possíveis variáveis confundidoras. Portanto, puérperas com depressão grave à moderada não apresentaram diferenças na IPAC, comparadas às mulheres sem depressão ou com depressão leve (RP:0,96; IC 95% 0,81 – 1,12). Os alimentos com maior proporção de introdução precoce foram água, chá e outros leites, e os com menor proporção foram carnes, arroz e feijão e massas, não havendo diferenças entre os grupos, segundo depressão materna. **CONCLUSÃO:** Verificou-se elevada prevalência de IPAC, independentemente dos níveis de depressão. Intervenções para restringir a IPAC não devem priorizar o estado de humor da mulher no puerpério, mas sim a prática do aleitamento e aspectos sociais, tais como renda familiar e trabalho externo da mãe.

Descritores: nutrição da criança; depressão pós-parto; cuidado pós-natal; aleitamento materno; desenvolvimento infantil; saúde pública.

ABSTRACT

Fernandes LB. *Association between early complementary feeding and postpartum depression in women with history of depression during pregnancy* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

INTRODUCTION: Adequate and healthy feeding is essential for infant and child development. Complementary feeding must occur in timing and appropriately, supplying child's nutritional needs. Postpartum depressed (PPD) mothers show difficulties in general care and practices related to child's feeding. The aim of this study is to verify the association between PPD and early complementary foods introduction (IPAC), at 4 months old, and to describe the frequency of early food's introduction. **METHODOLOGY:** Cross-sectional study, performed from August 2013 to August 2014, through data collected between 6 to 9 months after labor, from 326 puerperal women who had participated in a community trial (PROGRAVIDA). IPAC data and other information were collected via structured questionnaire. PPD was evaluated through the “Patient Health Questionnaire-9”. Poisson regression models with robust variance, following a hierarchical model, were used to evaluate the association between PPD and IPAC. In the simplified model, the prevalence ratio (PR) and 95% confidence level (95%CI) between PPD and IPAC was estimated, taking into consideration the randomization of participants in the community trial. Multivariate models estimated the PR and 95%CI between PPD e IPAC, adjusted for socio-demographic and socioeconomic variables (ethnicity, education, monthly family income, employment and marital status), maternal data (age, number of children and type of delivery), perinatal data (age and birth weight) and child data (pacifier use and breastfeeding). The statistical analysis was performed with STATA 12 software and the significance level was considered equal or lower than 5%. **RESULTS:** The IPAC general prevalence was 75.8% (95%IC 0.71 - 0.80). In the simplified model no association was found between depression and IPAC (PR: 0.97; 95%CI 0.83 - 1.14). In the multivariate analysis, it was encountered a lower prevalence of IPAC among women who were still breastfeeding at 6 months, in those who worked out and among women with lower family income. The estimate of the simplified association between PPD and IPAC did not change significantly after adjustment for possible confounding variables. Therefore, postpartum women with severe to moderate depression did not present differences in IPAC, compared to women without depression or mild depression (PR: 0.96; 95%CI 0.81 - 1.12). Foods with a higher proportion of early introduction were water, tea and other milks, and the ones with the lowest proportion were meats, rice and beans and pasta, and there were no differences between the groups, according to maternal depression. **CONCLUSION:** There was a high prevalence of IPAC, independently of depression levels. Interventions to restrict IPAC should not prioritize woman's mood in the puerperium, but rather the practice of breastfeeding and social aspects, such as family income and mother's external work.

Descriptors: child nutrition; depression, postpartum; postnatal care; breast feeding; child development; public health.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Alimentação infantil

Recentemente tem se destacado a importância da nutrição nos primeiros mil dias de vida de uma criança, período que se inicia na gestação e se estende até os dois anos de idade, como uma janela de oportunidades. Os efeitos da nutrição nesse período são irreversíveis e afetam o desenvolvimento cerebral, o sistema imunológico, a capacidade de aprendizagem, o crescimento saudável, a predisposição para doenças crônicas e obesidade, entre outras consequências, repercutindo ao longo da vida (Why 1000 days, 2018). Pesquisas referentes às principais causas de mortalidade infantil mostram que alimentação adequada, poderia evitar grande parte dos óbitos em crianças menores de 5 anos de idade, em todo o mundo (Bryce et al., 2005; Ministério da Saúde, 2015a). Bhutta et al. (2008), descrevem um conjunto de intervenções, dentre elas a promoção do aleitamento materno (AM) e alimentação complementar (AC), altamente efetivas, visando a redução da desnutrição da criança nessa fase.

A World Health Organization (WHO) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida e sua manutenção até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2008; Ministério da Saúde, 2015b). Dentre os inúmeros benefícios do aleitamento materno (AM), destaca-se a redução da mortalidade infantil, diminuição do índice de desnutrição, diarreia, alergia, doenças respiratórias, obesidade e proteção contra infecções e doenças crônicas, entre outras, promovendo o desenvolvimento sensorial e cognitivo da criança (Fonseca et al., 2013). Além disso, o AM está associado a um padrão de dieta mais saudável na infância e maior aderência às recomendações de alimentação infantil (Grieger et al., 2011; Abraham et al., 2012; Lioret et al., 2015; Santos et al., 2016). Essa prática também proporciona interação profunda entre mãe e filho, fortalecendo afeto, vínculo e proteção (Fonseca et al., 2013). No sexto mês de vida, deve ocorrer a introdução de novos alimentos, com a finalidade de complementar o leite materno, o qual não é mais suficiente, suprimindo as necessidades nutricionais da criança (WHO, 2008;

Ministério da Saúde, 2015b) e prevenindo, também, a morbimortalidade infantil, incluindo desnutrição e sobrepeso (Giugliani e Victora, 2000; Monte e Giugliani, 2004).

Nesse contexto, promover infância com alimentação adequada deve ser o objetivo principal de uma estratégia global para assegurar a nutrição da população. Embora os profissionais de saúde e as mães devam, respectivamente, promover e executar a alimentação adequada, o sucesso final desta ação depende também de políticas governamentais adequadas (Daelmans et al., 2003).

1.1.1 Alimentação complementar

Segundo Guia alimentar para crianças menores de dois anos, elaborado pelo Ministério da Saúde, é considerado alimento complementar todo aquele oferecido às crianças amamentadas (sólidos e líquidos), que não o leite materno (Giugliani e Victora, 2000).

1.1.1.1 Recomendações

Aos 6 meses de idade, a criança tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita a mastigação (Birch, 1977; Ministério da Saúde, 2015b). Nessa fase, recomenda-se iniciar a AC, de forma oportuna. Segundo Oliveira et al. (2015), a oportunidade diz respeito à idade de introdução da AC, sendo definida como precoce quando iniciada antes dos 6 meses, oportuna se iniciada entre 6 e 7 meses e tardia quando iniciada a partir dos 7 meses de idade da criança. Deve-se oferecer três refeições complementares por dia a criança, aos 6 meses, compostas por 2 papas¹ de frutas e 1 papa salgada, contendo legumes e verduras, cereal ou tubérculo, alimento de origem animal (carne, vísceras, miúdos, frango, ovo) e feijões. Aos 7 meses, deve-se adicionar a segunda papa salgada e, aos 12 meses, recomenda-se que a criança tenha 3 principais refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches (frutas ou cereais ou tubérculos). A introdução dos alimentos complementares deve respeitar a identidade cultural, resgatando e valorizando os alimentos regionais. Deve-se evitar alimentação muito

---

¹ Papas: expressão que objetiva salientar a consistência em que devem ser oferecidos os alimentos, ou seja, amassados ou raspados.

frequente em crianças amamentadas, pois quanto maior ingestão de alimentos, menor será consumo de leite materno (Zeitlin e Ahmed, 1995; Ministério da Saúde, 2005; Brasil, 2014). A Tabela 1 mostra esquema para introdução dos alimentos complementares, segundo recomendações contidas do Guia alimentar para crianças menores de 2 anos (Brasil, 2014).

Tabela 1 - Esquema para introdução dos alimentos complementares

Idade	Tipo de Alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta, papa salgada
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

FONTE: Adaptado da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006); Brasil (2014).

As estimativas da energia necessária proveniente dos alimentos complementares, segundo diversos estudos, são diferentes para os países desenvolvidos e em desenvolvimento, estando relacionadas ao volume e densidade energética do leite materno (WHO, 1998). Dessa maneira, algumas crianças necessitarão de mais ou menos energia, provenientes dos alimentos complementares. Sabe-se que esses alimentos devem apresentar densidade mínima de 70 kcal/100ml (Ministério da Saúde, 2005), pois, devido à limitada capacidade gástrica de crianças pequenas, baixa densidade pode impedi-las de chegar às suas necessidades energéticas (WHO, 1998; Monte e Giugliani, 2004; Brasil, 2014). Por meio de preparações muito hidratadas, como suco de frutas, sopas e papas pouco consistentes, essa densidade dificilmente é atingida (Brunken et al., 2006). Portanto, preparações que não atinjam concentração energética mínima, devem ser desaconselhadas (Ministério da Saúde, 2005; Brasil, 2014). De acordo com Brunken et al. (2006), os alimentos devem ser oferecidos inicialmente em consistência pastosa, especialmente preparados para a criança, chamados alimentos de transição. Indica-se o aumento progressivo de sua consistência até chegar aos padrões da alimentação da família, o que deve ocorrer a partir dos 8 meses de idade. Estima-se que a AC deva conter de 0% a 9% de energia proveniente de gorduras, para crianças de 6 a 11 meses, e 19% para crianças de 12 a 23 meses. A densidade proteica (gramas de proteínas por 100kcal

de alimento) de alimentos complementares recomendada é de 0,7g/100kcal, dos 6 aos 24 meses (Ministério da Saúde, 2005).

Alguns minerais são de extrema importância para saúde da criança. Quando se analisa o ferro, especificamente, cerca de 21% das crianças menores de 5 anos apresentam anemia no Brasil e maior vulnerabilidade para desenvolver essa doença, entre 6 e 24 meses de idade (Ministério da Saúde, 2009a). Nos primeiros 6 meses de vida, quantidade de ferro provinda do leite materno é suficiente, em crianças nascidas a termo, devido suas reservas, havendo necessidade de complementação por meio de alimentos ricos nesse micronutriente, a partir dessa idade. É importante salientar que crianças pré-termo e com baixo peso de nascimento apresentam menores reservas de ferro e, portanto, devem receber suplementação antes dos 6 meses (Giugliani e Victora, 2000). A densidade de ferro recomendada nos alimentos complementares é de 4 mg/100 kcal, dos 6 aos 8 meses, de 2,4 mg/100 kcal, dos 9 aos 11 meses, e de 0,8 mg/100 kcal, dos 12 aos 24 meses (Ministério da Saúde, 2005). Os alimentos de origem animal apresentam melhor biodisponibilidade de ferro (até 22% de absorção) do que os de origem vegetal (1 a 6%). Alguns alimentos contêm quantidades razoáveis desse mineral, porém com baixa biodisponibilidade, como gema de ovo, feijão, lentilha, soja e vegetais verde-escuros. Alimentos como carnes, peixes, frutose e ácido ascórbico podem aumentar a biodisponibilidade de ferro dos alimentos de origem vegetal (WHO, 1998; Brasil, 2014). Por outro lado, alguns alimentos diminuem a biodisponibilidade do ferro: ovos, leite, chá, mate ou café, devido formação de precipitados insolúveis; cereais integrais (arroz, milho, trigo), pela presença de fitatos; e leite, pelo seu conteúdo de cálcio, provavelmente, pela presença de fosfoproteínas. O alto consumo de leite de vaca é um dos fatores que contribuem para a alta prevalência de anemia na infância (Monte e Giugliani, 2004; Oliveira et al., 2005a).

Alimentos não saudáveis devem ser evitados, pois apresentam baixo valor nutricional, diminuem o apetite, competem com ingestão de alimentos nutritivos, comprometem digestão e absorção de nutrientes, estão associados à anemia, excesso de peso, alergias alimentares e prejudicam a saúde. Dentre eles, cita-se o café, chás, mate, refrigerantes, alimentos industrializados e preparados em fritura (Brasil, 2014).

As fases de manipulação e preparo dos alimentos, inadequada higiene pessoal e de utensílios, alimentos mal cozidos e conservados em temperatura inadequada são os maiores causadores de contaminação dos alimentos (Ministério da Saúde, 2006; Brasil,

2014). Práticas seguras de higiene dos alimentos complementares recomendadas incluem: lavar as mãos de quem for preparar e oferecer o alimento à criança, e também da criança, com água e sabão antes das refeições; manter limpos os utensílios e as superfícies para a preparação e administração dos alimentos; usar apenas alimentos que não estejam danificados e guardá-los em local seguro; preparar o alimento em quantidade suficiente para apenas uma refeição e servi-lo imediatamente após o preparo; e alimentar a criança com o auxílio de copo/xícara, colher e prato, evitando-se uso de mamadeiras (WHO, 2000).

1.1.1.2 Introdução precoce de alimentos complementares

Diversos estudos abordam os desfechos negativos causados pela introdução precoce de alimentos complementares (IPAC). Dentre eles, destaca-se, como consequência importante, a redução da duração do AM (Popkin et al., 1990; Zeitlin e Ahmed, 1995; Monte e Giugliani, 2004; Brasil, 2014) e consequente falta de ingestão dos fatores de proteção contidos no leite materno (Giugliani e Victora, 2000; WHO, 2002). Além disso, a transição entre o AME e a introdução de alimentos variados na alimentação da criança pode trazer intercorrências, principalmente quando a oferta é realizada antes do completo desenvolvimento fisiológico (Vargas e Soares, 2012). Sob o ponto de vista nutricional, a IPAC pode estar associada ao aumento da morbimortalidade infantil, devido ao risco de contaminação de água e alimentos, acarretando infecções gastrointestinais, ocorrência de reações alérgicas e menor absorção de nutrientes (WHO, 2002). Outros prejuízos relacionados são diarreias, infecções respiratórias e desnutrição, levando ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento da criança (Rea, 1998; Ministério da Saúde, 2015b). Martorell et al. (1994) enfatizam que o atraso do crescimento linear adquirido precocemente na infância não é facilmente revertido, após o segundo ano de vida. Ximenes et al. (2010) ainda enfatizam que o lactente desnutrido se torna mais susceptível a adquirir outras enfermidades, estabelecendo-se um ciclo de desnutrição e infecção que aumenta a mortalidade infantil.

Recentemente tem-se abordado a introdução precoce de alimentos não recomendados (Huffman et al., 2014; Rauber, et al., 2015; Contreras et al., 2016). Sabe-se que a criança tem preferência inata pelos sabores salgados e doces e a exposição precoce a estes alimentos pode aumentar ainda mais a preferência por estes produtos,

devido principalmente às consequências fisiológicas positivas que eles proporcionam, como a saciedade e a garantia do aporte energético (Birch, 1998). Ademais, as preferências alimentares da criança para alimentos não recomendados podem se prolongar até a vida adulta (Skinner et al., 2002). O consumo desses alimentos pode repercutir em efeitos deletérios à saúde, como o aumento das concentrações de low-density lipoprotein (LDL) colesterol e colesterol total (Rauber et al., 2015).

Outros estudos demonstram outros prejuízos da AC, se iniciada de maneira precoce, como o aumento do índice de massa corporal (IMC) (Pearce e Langley-Evans, 2013) e do risco de sobrepeso e obesidade, ainda nos primeiros anos de vida (Seach et al., 2010; Huh et al., 2011; Abraham et al., 2012). Abraham et al. (2012) e Santos et al. (2016) verificaram ainda que crianças que iniciam a AC antes dos 3 meses de idade, apresentam padrões menos saudáveis de alimentação, comparadas às crianças que a iniciam após os 4 meses.

1.1.1.3 Estratégias governamentais

As transformações ocorridas na sociedade a partir do início do século XX, como processo de urbanização, incorporação das mulheres à força de trabalho, mudanças nas características demográficas, no desenvolvimento tecnológico e nos padrões culturais e de assistência à saúde, tiveram repercussões dramáticas nas formas de alimentação infantil (Jelliffe e Jelliffe, 1971).

Por volta dos anos de 1950, o AM era tido como recurso fundamental da alimentação infantil, especialmente em países mais pobres, embora sua prevalência fosse muito baixa, em praticamente todo o mundo (Ministério da Saúde, 2009a). No Brasil, há poucas informações sobre épocas anteriores a 1980, entretanto, alguns estudos mostraram baixas prevalências de amamentação (Sigulen e Tudisco, 1980). De 1960 a 1980, foi produzido grande parte do conhecimento que deu suporte aos formuladores de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao AM, com o objetivo de recuperar essa prática (Rea, 2003), surgindo, a partir da década de 1980, várias iniciativas de organismos internacionais da área da saúde (Ministério da Saúde, 2006). Entre essas iniciativas estão promulgação do “Código Internacional de Controle do Marketing de Alimentos Substitutos do Leite Materno” pela Assembléia Mundial de Saúde (WHO e Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1981), “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento

Materno” (WHO e Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1989), entre outras. No Brasil, implantou-se “Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno” (PNIAM) (Ministério da Saúde, 1981), “Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes” (NBCAL) (Ministério da Saúde, 1989) e “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC) (Lamounier, 1998).

Importantes avanços na promoção do AM ocorriam, porém, a promoção da AC apresentava menor progresso (PAHO e WHO, 2003), assim como estudos sobre o processo de introdução de alimentos e práticas alimentares em lactentes eram escassos, em contraposição ao volume de publicações sobre AME (Simon et al., 2003). Pesquisas internacionais e nacionais sobre os riscos da inadequação de introdução de alimentos complementares ou substitutos do leite materno em idades e condições não apropriadas para a saúde infantil surgiram em seguida. Os novos conhecimentos culminaram nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a duração ótima do AME, nos primeiros 6 meses e sua continuidade, por 2 anos ou mais, com uso de alimentos complementares nutricional e culturalmente apropriados (Ministério da Saúde, 2002).

Em 2002, para revitalizar a atenção do mundo sobre o impacto que práticas alimentares têm na saúde de crianças, a OMS e a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançam, conjuntamente, a Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância. A estratégia foi construída a partir de realizações como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (1991), Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno (1981) e Declaração de Innocenti sobre a Proteção, Promoção e Apoio à Amamentação (1990), enfatizando prestação do apoio necessário às mães e famílias para desempenharem suas funções cruciais e definindo obrigações e responsabilidades dos governos, organizações internacionais e demais partes interessadas. O principal objetivo seria melhorar, por meio da alimentação adequada, o estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, saúde e, desta forma, a sobrevivência dos lactentes e crianças de primeira infância (OMS, 2005).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) publicam um guia, objetivando a promoção da alimentação saudável: “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos de idade”. O guia apresenta recomendações para os grupos de idade de 6 a 11 meses e 12 a 23 meses, por meio da definição de dez

passos para alimentação saudável, gráfico ilustrativo em forma de pirâmide alimentar e sugestões de dietas (Ministério da Saúde, 2002).

Conforme Brasil (2014) os dez passos para uma alimentação saudável são:

Passo 1 – Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

Passo 2 – A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

Passo 3 – A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, frutas e legumes) três vezes ao dia se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia se estiver desmamada.

Passo 4 – A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.

Passo 5 – A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês), e gradativamente aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

Passo 6 – Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Passo 7 – Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

Passo 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Passo 9 – Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequados.

Passo 10 – Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

Em 2010, é publicado o manual “Dez passos para uma alimentação saudável. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica”, visando capacitar profissionais de saúde para orientação de mães e cuidadoras, no SUS (Ministério da Saúde, 2010). O novo manual baseia-se nas orientações alimentares gerais mais atualizadas, no perfil epidemiológico e na cultura alimentar do Brasil, contendo receitas, orientações para situações alimentares comuns na puericultura e controle de excesso de peso, entre outras informações. Assim, o Ministério da saúde, juntamente com a Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), implementam a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). O objetivo da estratégia seria incentivar orientação da AC como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução de alimentos complementares em tempo oportuno e de qualidade. Algumas das medidas adotadas para implantação da Estratégia foram a realização de oficinas para formação de tutores, dirigidas aos profissionais de saúde e outros profissionais das Unidades de Atenção à Saúde; sensibilização de gestores estaduais e municipais e profissionais de saúde; e capacitação dos tutores da Rede Amamenta Brasil (Ministério da Saúde, 2010), estratégia voltada ao apoio, proteção e promoção do AM na Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2011).

Mais tarde, as ações da Rede Amamenta Brasil e ENPACS, se integraram, com a finalidade de aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde e qualificar as ações de promoção do AM e AC saudável para crianças menores de 2 anos de idade, surgindo, assim, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). A EAAB foi construída de forma conjunta entre a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/Departamento de Atenção Básica (CGAN/DAB) e a Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/Departamento de Ações Programáticas e Estratégias (CRIALM/DAPES), ambas pertencentes à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (2013). A implementação da Estratégia envolve formação de facilitadores, formação de tutores, realização de oficinas de trabalho nas UBS, acompanhamento, monitoramento e certificação (Ministério da Saúde, 2015a). As oficinas de formação de tutores têm por objetivo qualificar profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao AM e AC saudável nas UBS. Já as oficinas de trabalho visam discutir essas práticas no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de

ações para promoção, proteção e apoio ao AM e AC saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação (Ministério da Saúde, 2013).

Segundo a Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, Art. 3º, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil pretende (Ministério da Saúde, 2013):

- I - contribuir para a redução de práticas desestimuladoras da amamentação e alimentação complementar saudável nas UBS, como a propaganda desenfreada de produtos que possam vir a interferir na alimentação saudável de crianças menores de 2 (dois) anos;
- II - contribuir para a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância;
- III - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade;
- IV - contribuir para o aumento da prevalência de crianças amamentadas até os 2 (dois) anos de idade ou mais;
- V - contribuir para a diminuição da prevalência de crianças que recebem alimentos precocemente;
- VI - contribuir para o aumento da prevalência de crianças que consomem frutas, verduras e legumes diariamente;
- VII - contribuir para a diminuição de crianças que recebem alimentos não saudáveis e não recomendados, principalmente antes dos dois anos de idade; e
- VIII - contribuir para a melhora no perfil nutricional das crianças, com a diminuição de deficiências nutricionais, de baixo peso e de excesso de peso.

1.1.1.4 Monitoramento

Para subsidiar o melhor desenho de políticas públicas voltadas às crianças, o monitoramento do perfil de saúde e nutrição da população faz-se necessário (Bortolini et

al., 2012a). As primeiras informações sobre consumo alimentar da população brasileira, datam de 1974/75, proveniente do Estudo Nacional sobre Despesa Familiar - ENDEF, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Considerando a importância da realização de estudos de consumo alimentar no Brasil e a lacuna existente, em 1996, o Ministério da Saúde coloca à disposição os dados obtidos pelo Estudo Multicêntrico sobre Consumo de Alimentos, a partir do trabalho realizado com universidades brasileiras e que levantou o consumo alimentar em cinco cidades do país: Campinas, Curitiba, Goiânia, Ouro Preto e Rio de Janeiro. Os inquéritos foram realizados avaliando o consumo familiar mensal e o consumo individual através de questionário de frequência (Galeazzi, 1997).

Com objetivo de coletar informações que permitissem elaborar indicadores demográficos, de saúde e nutrição no Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde realiza a terceira edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), avaliando aproximadamente 15 mil mulheres e cerca de 5 mil crianças menores de cinco anos de idade, como amostragem representativa das cinco macrorregiões brasileiras e do contexto urbano e rural. A primeira edição ocorreu em 1986 e a segunda, em 1996 (Ministério da Saúde, 2009a). Anos depois, em 2008, o Ministério da Saúde aplica novo inquérito, a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM/Capitais e DF), em sequência a sua primeira edição, em 1999. Trata-se da segunda pesquisa de âmbito nacional, utilizando-se, como metodologia, aplicação de questionário sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida em amostras representativas das capitais e do Distrito Federal, no momento da campanha de multivacinação, incluindo 34.366 crianças (Ministério da Saúde, 2009b).

Atualmente, o monitoramento da alimentação infantil tem sido realizado por diferentes estratégias, que se complementam, as quais atuam no âmbito do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): sistema de informação do SUS, alimentado pelos profissionais da rede básica de saúde e que abrange dados de estado nutricional e de consumo alimentar dos usuários do SUS (Ministério da Saúde, 2008); os inquéritos populacionais de base domiciliar, como a PNDS (Ministério da Saúde, 2009a) e os inquéritos populacionais mais simples e de custo mais baixo do que os de base domiciliar, como os realizados durante a Campanha Nacional de Imunização (Venâncio et al., 2010).

1.1.1.5 Situação no Brasil

Os inquéritos realizados nos últimos anos, no Brasil, mostram melhora na situação do AM (Ministério da Saúde, 2009b; Venâncio et al., 2010; Venâncio et al., 2013). Embora estudos também evidenciem melhora na AC, decorrentes de estratégias públicas voltadas a promoção dessa prática (Vitolo et al., 2005; Bortolini e Vitolo, 2012b; Vitolo et al., 2014; Baldissera et al., 2016), diversos autores observam introdução de alimentos de maneira precoce (Oliveira et al., 2005b; Brunken et al., 2006; Ministério da Saúde, 2009b; Correa et al., 2009; Arantes et al., 2011; Lioret, et al., 2015; Schincaglia et al., 2015; Dallazen et al., 2018) e com baixa qualidade, com consumo frequente de leite de vaca, farinhas, achocolatados, açúcar, salgadinhos, refrigerantes e doces (Oliveira et al., 2005a; Ministério da Saúde, 2009b; Caetano et al., 2010; Arantes et al., 2011; Garcia et al., 2011; Toloni et al., 2011). Segundo a PNDS (2006), 20,5% dos recém-nascidos eram alimentados com pré-lácteos (líquidos oferecidos antes do leite materno, incluindo água, chá, água com açúcar, glicose, soro, outros leites e leite em pó). Ministério da Saúde (2009b) encontrou introdução precoce de água e chás, em 13,6% e 15,3% das crianças, no primeiro mês de vida, respectivamente. Quando se observa o consumo de chá ao longo do primeiro ano de vida, verifica-se que ele aumenta pouco no segundo mês de vida e não varia muito nos demais meses. Schincaglia et al. (2015), em estudo transversal que analisou práticas alimentares de 362 crianças, na região noroeste de Goiânia, também observou que, no primeiro mês de vida, já houve consumo de chás (32,6%) e água (19,1%). No quarto mês, foi acentuado o consumo de água (54,1%) e chás (31,5%), acompanhado de outros leites (18,0%) e sucos (11,5%). No sexto mês, 77,5% das crianças consumiam água e, 57,2%, sucos.

Ministério da Saúde (2009a), ao analisar a dieta das últimas 24 horas de crianças amamentadas, menores de seis meses, foi observado que 9,8% delas haviam sido alimentadas precocemente com sucos e, entre dois e três meses de idade, 40% das crianças já desmamadas consumiam esse líquido. O Ministério da Saúde (2009b) verificou que essa introdução se dá de forma mais acentuada a partir do terceiro mês de vida, sendo a frequência de 18,2% no conjunto das capitais e DF, na faixa de 90 a 120 dias. Quando se analisa o consumo de outros leites, no conjunto das capitais e DF, verifica-se que a introdução também é precoce, com 18% das crianças já recebendo leites, que não o materno, no primeiro mês de vida, com tendência crescente nas faixas etárias

subsequentes, chegando a 48,8%, entre 120 e 180 dias (Ministério da Saúde, 2009b). Esses achados corroboram com os achados da PNDS (2006), que verificou que, entre os menores de dois meses amamentados, 18% consumiam leite não materno, percentual que gradualmente é aumentado nas faixas etárias seguintes até o desmame completo. Entre o nascimento e o primeiro mês de vida, cerca de 15% dos lactentes amamentados consumiam leite não materno com algum espessante (mingaus), sendo que, entre dois e três meses de idade, esse percentual sobe para 56,8%, em crianças já desmamadas (Ministério da Saúde, 2009a).

Correa et al. (2009) evidenciaram que a introdução de alimentos semissólidos entre menores de seis meses ainda persiste, em idades muito precoces, comprometendo a continuidade da amamentação e a saúde dos lactentes. Segundo PNDS/2006, entre dois e três meses de idade, 7,8% das crianças já desmamadas alimentavam-se com comida de sal, e antes de completar dois meses de idade, 14% das crianças amamentadas já eram alimentadas com alimentos semissólidos. Essa prevalência é superior a 30% entre o quarto e quinto mês de vida (Ministério da Saúde, 2009a). Em 2009, no conjunto das capitais brasileiras e DF, também se encontrou introdução precoce da comida de sal, com 21% das crianças apresentando este consumo entre 3 e 6 meses de vida. A região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de crianças recebendo comida salgada, entre três e seis meses de idade, superando em mais de três vezes a região Norte (Ministério da Saúde, 2009b). Esse mesmo estudo, II PPAM/Capitais e DF, também constatou que, entre três e seis meses de idade, um quarto das crianças analisadas já haviam consumido frutas em pedaço ou amassada; 18% receberam verduras e legumes e 8,9% ingeriram bolachas/salgadinhos (Ministério da Saúde, 2009b).

1.1.1.6 Fatores associados

O comportamento alimentar do lactente envolve complexos fatores sociais, econômicos e culturais (Simon et al., 2003). A introdução precoce de alimentos na dieta de crianças tem sido associada a baixos níveis socioeconômico das famílias e educacional das mães e às mães jovens (Lande et al., 2003; Oliveira et. al, 2005b; Alves et al., 2008; Schiess et al., 2010). Autores também evidenciaram o fato de que a separação do filho devido à volta da mãe ao trabalho fora do lar é fator de risco independente para a introdução precoce de outros líquidos e alimentos, com repercussões óbvias na saúde da

criança (Correa et al., 2009; Radzniwan et al., 2009; Chuang et al., 2010; Tan, 2011; Tengku Ismail et al., 2012; Mirkovic et al., 2016; Xiang et al., 2016). Simon et al. (2003) analisaram a AC de crianças menores de um ano, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo, verificando que houve introdução precoce de água ou chá e de leite não materno, concluindo que, além da renda e do trabalho materno, a escolaridade materna parece ser a variável que mais influencia a introdução de alimentos complementares. Da mesma maneira, em estudo transversal, Correa et al. (2009), verificando associação entre o período de introdução de alimentos complementares e características socioeconômicas maternas e biológicas, também identificaram que mães com menor grau de escolaridade e que trabalhavam fora de casa apresentaram mais chances de IPAC.

Além das variáveis trabalho materno e escolaridade, Saldiva et al. (2007) também encontraram associações entre IPAC e idade e primiparidade. Em seu estudo houve associação entre consumo de refeições lácteas e mães primíparas, que trabalhavam fora e com maior escolaridade; consumo de sopas, e idade da mãe, superior a 20 anos; consumo de comida de panela e idade menor que 20 anos, não trabalhar fora, menor escolaridade e multiparidade. Concluiu-se que houve consumo excessivo de alimentos líquidos e semissólidos e a necessidade do aconselhamento adequado em AC, considerando idade, primiparidade, escolaridade e trabalho materno. Por outro lado, Vieira et al. (2003) não encontraram associações entre idade materna e AC.

Em relação ao peso do nascimento, Correa et al. (2009) observaram que lactentes que nascem com baixo peso (<2500g) apresentaram menores chances de consumir carnes, frutas e vegetais. Da mesma maneira, Silva et al. (2012) verificaram que a chance de lactentes nascidos com baixo peso consumirem frutas e fibras foi menor. Além disso, ambos os autores detectaram maior chance de consumo de proteínas e lipídios nesse grupo de lactentes.

Autores encontraram associações positivas entre AM e melhor perfil alimentar de crianças, incluindo menor chance de receber alimentos complementares precocemente (Rebhan et al., 2009; Schiess et al., 2010; Lioret et al., 2015), além de menor consumo de bebidas adoçadas (Hendricks et al., 2006; Park et al., 2014) e maior frequência de consumo de frutas, verduras e legumes, nas crianças que foram amamentadas exclusivamente, comparadas às que receberam também outros tipos de leites (Cooke et al., 2004). Outros estudos confirmam a influência positiva do AM na trajetória do

padrão alimentar da criança durante a infância (Grieger et al., 2011; Abraham et al., 2012; Santos et al., 2016;).

Silva et al. (2010), em estudo com dados colhidos de 1176 crianças, durante a Campanha Nacional de Vacinação de 2003, em São Bernardo do Campo (SP), detectaram que, além de idade e trabalho materno, assistência privada à saúde também estava associada ao consumo de alimentos sólidos, antes dos seis meses de idade. Da mesma maneira, a PNDS/2006 verificou que uso de pré-lácteos na alimentação dos recém-nascidos, no Brasil, foi significativamente mais frequente entre mulheres com parto realizado em instituições privadas ou de convênios (Ministério da Saúde, 2009a). Alguns autores verificaram maior introdução de alimentos complementares em mulheres submetidas ao parto cesáreo (Ministério da Saúde, 2009a; Silva et al., 2010).

Diversos estudos comprovam que uso de chupeta está relacionado ao desmame (Carvalhaes et al., 2007; Chaves et al., 2007; França et al., 2008; Silva et al., 2010; Campagnolo et al., 2012) e, conseqüentemente, à IPAC (Araújo e Schmitz, 2007; França et al., 2008; Campagnolo et al., 2012; Rigottiet al., 2015). O uso de chupeta ainda é hábito cultural bastante difundido entre as crianças brasileiras (Rigotti et al., 2015) e amplamente acessível à população, podendo ser descrita com os termos "*pacifier*" ou "*conforter*", segundo Tomita et al. (2000). O conceito de que a chupeta acalma faz com que muitas mães a ofereçam para aplacar o choro, postergando a mamada, quando na verdade a criança está com fome (Sertório e Silva, 2005). Segundo Rigotti et al. (2015), a redução na frequência das mamadas diminui a produção do leite materno e pode acarretar a confusão de bicos. Silva et al. (2010) verificaram em estudo que o hábito de não usar chupeta associou-se inversamente com a introdução precoce da alimentação sólida, achados consistentes com outros estudos realizados no Brasil que demonstram que o uso de chupeta se associa negativamente ao tempo de AME (Carvalhaes et al., 2007; Chaves et al., 2007; França et al., 2008). Dados da II PPAM/Capitais e DF mostram redução expressiva do uso de chupeta em crianças menores de 12 meses, de 15,1 pontos percentuais (57,7% – 42,6%), no período de 1999 a 2008 (Ministério da Saúde, 2009b).

1.2 Depressão

Os agravos à saúde mental são responsáveis por uma significativa parcela da morbidade e mortalidade em todo mundo. Nesse contexto, a depressão é considerada um

dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, sendo a principal doença incapacitante e determinante de carga global de doenças (WHO, 2017a).

A depressão é definida como transtorno mental grave, de curso episódico recorrente ou persistente ao longo do tempo, o qual traz prejuízos funcionais nas esferas comportamentais, sociais, familiares e ocupacionais (WHO, 2017a), sendo que as mulheres apresentam maior risco que homens para o desenvolvimento do problema (Silva et al., 2014; WHO, 2017b). Segundo relatório publicado pela OMS, com as estimativas de prevalências mundial e regionais de depressão, o número de pessoas acometidas subiu 18% entre 2005 e 2015, afetando mais de 300 milhões de pessoas, o equivalente a 4,4% da população mundial. No Brasil, Barros et al. (2017), utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, constataram que 9,7% dos adultos maiores de 18 anos apresentaram algum grau de depressão e 3,9% tinham depressão maior. Estudo realizado na cidade de São Paulo com amostra representativa da população, o São Paulo Megacity Mental Health Survey, encontrou prevalência de 44,8% da população geral adulta apresentando pelo menos uma desordem psiquiátrica em algum momento de suas vidas (Viana e Andrade, 2012). Taxas de prevalência variam por idade, ocorrendo com menor frequência em crianças e adolescentes menores de 15 anos e maior frequência em adultos, com idade entre 55 e 74 anos (WHO, 2017b).

Segundo Organização Mundial da Saúde (2017a), os sintomas característicos dessa doença são humor depressivo, perda de interesse e prazer nas atividades, pouca energia resultando em indisposição, por pelo menos duas semanas, além de sintomas de ansiedade, distúrbio do sono e apetite, baixa autoestima e concentração, sentimentos de solidão e culpa e pensamentos suicidas.

Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde -10ª Revisão (CID-10) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), classifica-se a gravidade de depressão, a partir do nível de incapacitação causada no indivíduo. Assim, tem-se como depressão leve, aquela que não incapacita o indivíduo, mas gera sofrimento; depressão moderada, como aquela que afeta funções do indivíduo; e depressão grave, sendo aquela que incapacita social e profissionalmente o indivíduo (Forlenza e Miguel, 2013; WHO, 2017a).

Por ser uma doença de desenvolvimento crônico, a maioria dos pacientes que apresentaram o primeiro episódio depressivo possuem maior tendência a apresentar outros episódios ao longo da vida. Estudos relatam que aproximadamente 80% dos

indivíduos que receberam tratamento para distúrbio depressivo terão um segundo episódio dessa doença (Horimoto et al., 2005). Barreiras para tratamento efetivo incluem diagnóstico impreciso, falta de recursos, falta de provedores de treinamento de cuidado em saúde e estigma social associado a desordens mentais (WHO, 2017a).

1.2.1 Depressão pós-parto

Os transtornos mentais são particularmente frequentes no período pós-natal. Os riscos inerentes ao sexo feminino encontram-se somados às grandes mudanças impostas pela chegada do filho ao núcleo familiar, com novas e crescentes responsabilidades, medos e interrogações, além das mudanças físicas e hormonais impostas pela gestação, parto e puerpério. Transformações da família contemporânea, individualismo, precário nível de informação em saúde, pobreza e desagregação social completam o panorama desfavorável (WHO e UNFPA, 2009).

A depressão que ocorre no período pós-parto é denominada depressão puerperal ou depressão pós-parto (DPP) e possui elevada prevalência, estimando-se que ocorra entre 10% e 15% das mulheres (WHO e UNFPA, 2009; Fonseca et al., 2010a). Outros estudos têm apontado números maiores ou menores dessa prevalência (Gaynes et al., 2005; Halbreich e Karkun, 2006; Lobato et al., 2011), discrepâncias atribuídas a diversidade de culturas, etnias, fatores socioeconômicos e biológicos, ao emprego de estratégias metodológicas variadas, tais como diferentes desenhos de estudo e diversos instrumentos para o rastreamento ou diagnóstico da DPP (Lobato et al., 2011). Em análise de estudos conduzidos no Brasil, Lobato et al. (2011) encontraram cerca de 30 a 40% das mulheres, atendidas em Unidades Básicas de Saúde, na Estratégia Saúde da Família (ESF) ou com perfil socioeconômico baixo, apresentando elevados níveis de sintomas depressivos. Em contrapartida, pesquisas de base populacional e pesquisas com enfoque em mulheres assistidas em unidades hospitalares de referência, revelaram que aproximadamente 20% delas apresentavam-se provavelmente deprimidas. No Brasil, na cidade de São Paulo, autores encontraram prevalência de 28% (Faisal-Cury et al., 2013), 31% (Faisal-Cury e Menezes, 2012), 32% (Coutinho et al., 2002) e 37,1% (Cruz et al., 2005).

Os sintomas de DPP incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, alterações

alimentares e do sono, sensação de ser incapaz de lidar com novas situações e queixas psicossomáticas (Klaus e Kennell, 2000), sendo semelhantes a outros transtornos de humor que acontecem em período não puerperal, porém têm início geralmente nas primeiras quatro semanas do pós-parto e se intensificam ao longo dos seis primeiros meses subsequentes (Gomes et al., 2010). Pesquisas sobre DPP também divergem substancialmente em relação ao período pós-natal estudado. Enquanto a CID-10 classifica como transtornos mentais associados com o puerpério aqueles que se iniciam dentro de seis semanas pós-natais, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana, considera o início em até quatro semanas após o parto. Porém, na última década, especialistas de diversas partes do mundo têm sugerido que essa janela temporal seja estendida para três meses pós-natais (Elliott, 2000; Wisner et al., 2006). Ainda, há controvérsias sobre o significado dos sintomas depressivos até quinze dias pós-natais, na medida em que podem refletir o quadro de *blues* (ou disforia) pós-parto e não o diagnóstico clínico de depressão propriamente dito (Lobato et al., 2011).

Diversos fatores estão associados à etiologia da DPP, sendo comumente encontradas associações com fatores relacionados a criança, como prematuridade, intercorrências neonatais e malformações congênitas; fatores sócio demográficos, como maior número de gestações, maior paridade, maior número de filhos vivos (Fonseca et al., 2010b), menor escolaridade (Cox et al., 1993; Fonseca et al., 2010b) e baixo nível socioeconômico (Lee et al., 2000; Beck, 2001; Eberhard-Gran et al., 2002); e fatores relativos à vida conjugal: atitude negativa do pai da criança em relação à gravidez (Schmidt et al., 2005), ausência de um companheiro, conflitos conjugais, desemprego do cônjuge (Faisal-Cury e Volich, 2010) e violência doméstica (Faisal-Cury e Volich, 2010; Faisal-Cury et al., 2013). Autores relatam a DPP e associada a fatores psicossociais, dentre eles, baixo suporte social (Lee et al., 2000; Beck, 2001; Cruz et al., 2005), história de doença psiquiátrica (Lee et al., 2000; Beck, 2001), tristeza pós-parto (Lee et al., 2000; Beck, 2001; Eberhard-Gran et al., 2002), baixa autoestima, ansiedade pré-natal, stress na vida e gravidez não planejada (Beck, 2001; Eberhard-Gran et al., 2002). Destaca-se ainda a depressão pré-natal como um importante preditor de DPP (Lee et al., 2000; Beck, 2001; Sierra Manzano et al., 2002; Robertson et al., 2004; Faisal-Cury e Menezes, 2012).

A DPP pode ser agravada por circunstâncias externas, mas indiscutivelmente traz consequências nefastas para a criança, pois dificulta e às vezes impossibilita relação mãe-

bebê. Até mesmo formas mais brandas da depressão materna podem afetar a criança, na medida em que ela percebe baixa interação, ausência ou pouca relação afetiva (Schwengber e Piccinini, 2003). Vários estudos indicam associação clara entre transtornos do humor materno e prejuízo do desenvolvimento cognitivo infantil (Murray, 1997; Figueiredo e Costa, 2009; Brecailo e Saldana, 2013), além de transtornos de conduta, comprometimento da saúde física, ligações inseguras e episódios depressivos (Klaus e Kennell, 2000; Brecailo e Saldana, 2013). Estudos mostram ainda que mães deprimidas se mobilizam menos para atender às necessidades infantis, são mais punitivas, apresentam mais comportamentos de rejeição à criança e são menos sensíveis, resultado de menor confiança no exercer seu papel de cuidadora (Klaus e Kennel, 2000; Figueiredo e Costa, 2009).

Evins et al. (2000) demonstraram que, em média, 25% de todos os casos de DPP não têm acesso ao diagnóstico e tratamento. Os fatores causais seriam despreparo das equipes de saúde para a atenção integral aos agravos de saúde mental e à atenção psicossocial, falta de acesso à Atenção Primária à Saúde e modelo de atenção à saúde intervencionista e centrado nas manifestações da doença (São Paulo, 2010).

O diagnóstico precoce da depressão materna representa possibilidade de realização de intervenções multidisciplinares, tão logo os sintomas sejam detectados. Dessa maneira, atuação preventiva dessas equipes poderia proporcionar apoio à nova mãe para enfrentar eventuais episódios de depressão, além de prevenir o estabelecimento de padrão negativo de interação mãe-bebê e também evitando importantes repercussões negativas no desenvolvimento da criança (Schwengber e Piccinini, 2003). Moraes e Crepaldi (2011) concluem que o acompanhamento psicoterapêutico das puérperas deve estar constituído, não só por técnica psicoterápica abrangendo compreensão dos fenômenos psíquicos e estratégias de “urgência”, mas por postura clínica que envolva empatia, continência e ressignificação dos sentidos dados à maternidade.

1.3 Depressão pós-parto e alimentação complementar

Importante fator influente na alimentação infantil é a saúde mental materna. Segundo Mallan et al. (2015), a depressão da mãe pode reduzir responsabilidade pela criança, se tornando fator de risco para práticas inapropriadas de alimentação. Embora seja tema de diversos estudos, ainda não há consenso na literatura sobre a associação entre

DPP e prática do AM (Henderson et al., 2003; Dennis e McQueen, 2009; Silva et al., 2017). Alguns autores não encontraram essa associação (Josefsson et al., 2002; McKee et al., 2004; Lau et al., 2007; Annagür et al., 2013). Outros, como Brecaïlo e Saldana (2013), analisando estudos publicados nos últimos 10 anos, verificaram que crianças, filhas de mães com sintomas depressivos, apresentam, em maior prevalência, interrupção precoce do AM. Diversos autores encontraram os mesmos achados no período entre 4 e 52 semanas após o parto, em diferentes países (Bick et al., 1998; Henderson et al., 2003; Taveras et al., 2003; McLearn et al., 2006; Vitolo et al., 2007; Akman et al., 2008; Hasselmann et al., 2008; Dunn et al., 2006).

Sabe-se que a descontinuação do AM favorece a IPAC (LioRET et al., 2015; Rebhan et al., 2009; Schiess et al., 2010), porém poucos estudos descrevem práticas de AC estabelecidas por mães com sintomas depressivos no período pós-parto. Em Maryland, Estados Unidos, um estudo transversal, objetivando analisar relação entre saúde mental materna e ingestão dietética infantil, foi realizado com dados de recordatório de 24 horas, obtidos por contato telefônico, de 689 mães participantes do Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants and Children. Como resultados, verificou-se que alta ingestão de energia pela criança, entre 0 e 6 meses, estava associado a sintomas de depressão materna, além de estresse e distresse. Entre 4 e 6 meses da criança, a ingestão de pães e cereais foram maiores nas mães que reportaram depressão. Entre 7 e 12 meses, não foi observada relação entre ingestão dietética e depressão. Os achados sugerem práticas alimentares infantis pobres e alta ingestão dietética nos primeiros 6 meses de idade na presença de sintomas de saúde mental materna (Hurley et al., 2015).

Nos Estados Unidos, estudo verificou associação entre sintomas depressivos pós-parto e práticas de segurança dos pais. Entre práticas analisadas, averiguou-se alimentação de crianças, aos 3 meses após o parto, e utilizou-se, como instrumento para detecção de depressão, a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). O estudo mostrou que mães depressivas eram mais propensas a introduzir água, sucos ou cereais quando comparadas a mães sem depressão (36 vs. 25%, respectivamente). Entretanto, no modelo multivariado, não foram achadas diferenças significativas quanto à introdução precoce desses alimentos. Os achados sugerem que fatores sociais e culturais estão fortemente relacionados às práticas alimentares (Balbierz et al., 2015).

McLearn et al. (2006), também analisaram, entre outras práticas de cuidado, diferenças na introdução de cereais, água ou suco, em crianças de 2 a 4 meses, entre mães

com e sem sintomas depressivos, detectados pelo instrumento Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Observou-se maior frequência de ingestão de cereais, água e suco nas crianças, filhas de mães depressivas. Porém, não se encontrou diferenças significantes após ajustes no modelo de regressão.

Alguns estudos têm explorado a potencial associação entre saúde mental materna e obesidade infantil, que está, por sua vez, associada à AC inadequada (McConley et al., 2011; Gross et al., 2013; Morrissey e Dagher, 2013; Wang et al., 2013; Gaffney et al., 2014). Nos Estados Unidos, Gaffney et al. (2014) examinaram DPP como potencial fator de risco para não-aderência às recomendações de alimentação infantil e, subsequente ganho de peso. Participaram do estudo, mães e filhos do Infant Feeding Practices Study II (n=1447). Foram enviados às mães questionários para coleta de dados, incluindo EPDS, para detecção de DPP. As principais variáveis estudadas foram DPP, intensidade do AM e adição de cereais nas fórmulas infantis, aos 2 meses de idade, e idade de introdução de alimentos sólidos, antes dos 4 meses. Após ajuste no modelo logístico para fatores sociodemográficos, verificou-se que mães com DPP apresentavam maior probabilidade de amamentar em menor intensidade e maior probabilidade de adicionar cereais às fórmulas infantis. Embora DPP tenha se associado à introdução precoce de alimentos sólidos, essa relação não foi significativa após ajuste de potenciais variáveis confundidoras. Além disso, um pequeno, porém significativo ganho médio de peso, aos 6 meses, foi observado em crianças, filhas de mães com DPP.

Morrissey e Dagher (2013) objetivaram determinar associação entre sintomas depressivos maternos e IMC, obesidade e consumo de alimentos de crianças, com dados obtidos do Early Childhood Longitudinal Study-Birth Cohort (ECLS-B), nos Estados Unidos. Informações foram colhidas aos 9 meses, 2, 4 e 5 ½ anos de idade, utilizando-se dados de 6500 crianças. Como instrumento, aplicou-se Food Consumption Questionnaire (FCQ), aos 4 e 5 ½ anos, referente ao consumo de alimentos saudáveis e não-saudáveis, reportados pelos pais. Encontrou-se associação entre sintomas depressivos maternos e pequena diminuição na probabilidade de a criança ser obesa (0,8%) e menor consumo de alimentos saudáveis. Concluiu-se que mães depressivas apresentam associação com consumo de alimentos e obesidade infantil. Nas crianças cujos pais apresentavam menor escolaridade, sintomas depressivos maternos persistentes se associaram com IMC mais altos. Em estudo conduzido por Gross et al. (2013), com crianças de 5 anos, encontrou-se maior consumo de bebidas açucaradas pelos filhos de mães com sintomas de depressão,

quando comparadas a mães sem sintomas. Houve associação entre sintomas depressivos maternos e sobrepeso e obesidade infantil.

Recentemente, estudos têm sido realizados com finalidade de investigar estilo de alimentação praticada por mães depressivas. Dentre eles, estudo longitudinal, realizado no Austrália, objetivou avaliar a relação entre sintomas depressivos pós-parto maternos, auto-reportado, com crianças aos 4 meses de idade e práticas alimentares aos 2 anos. Escores altos na EPDS, usada para detectar depressão materna, se associaram com menor responsabilidade quanto as práticas alimentares das crianças, aos 2 anos de idade, no que se referente aos estilos de restrição, pressão, instrumental e emocional². Os achados sugerem que provisão de suporte para mães que apresentam algum nível de sintomas depressivos no período pós-parto, pode melhorar responsabilidade quanto alimentação da criança (Mallan et al., 2015). Outro estudo, com análise transversal, investigando relação entre saúde mental materna (estresse, depressão e ansiedade) e responsabilidade quanto a práticas alimentares que incluiu 702 crianças de 0 a 13 meses de idade, em Maryland, nos Estados Unidos, encontrou associação entre sintomas depressivos e estilos de alimentação por pressão, indulgente e sem envolvimento³, os quais são considerados, pelos autores, práticas irresponsáveis (Hurley et al., 2008). Goulding et al. (2014), em estudo de corte transversal, com crianças entre 4 e 8 anos, também encontraram menor responsabilidade quanto às práticas de alimentação, em mães com maiores níveis de sintomas depressivas, quando comparadas as mães com menores níveis desses sintomas. Os achados se referem a práticas como maior pressão para comer, exigências no geral e expressão de menor autoridade na alimentação da criança durante a entrevista. Em contrapartida a esses achados, outros autores não encontraram relação entre depressão materna e menor responsabilidade quanto às práticas de alimentação de seus filhos (Farrow e Blisset, 2005; Mitchell et al., 2009; Gemmill et al., 2013).

Alimentação adequada e saudável é essencial para o pleno desenvolvimento infantil. A AC deve ser iniciada de maneira oportuna e segura, suprimindo as necessidades

---

² Pressão para comer ocorre quando se ignora sinais de saciedade da criança; restrição envolve limites de acesso a certos alimentos enquanto se usa outros como recompensa; estilo instrumental está relacionado ao uso de alimentos como recompensa e; estilo emocional se refere ao manejo do humor da criança por meio de comida.

³ Estilo indulgente se baseia exclusivamente nos desejos na criança, com pouca ou nenhuma estrutura ou uso de guias, resultando em alimentação deficiente e em vegetais e com excesso de gorduras e açúcares. Estilo sem envolvimento ocorre quando pais não são engajados, ignoram recomendações e são insensíveis às necessidades dietéticas da criança.

nutricionais da criança. Diversos estudos abordam a associação entre depressão e AM, porém, poucas publicações avaliaram práticas de AC exercidas por mães depressivas no período pós-parto. Portanto, considerando que mães com sintomas depressivos apresentam dificuldades nos cuidados infantis, e que a AC iniciada de forma errônea e precoce, acarreta riscos à criança, o presente estudo investigará associação entre DPP e IPAC. O encontro de associação entre as variáveis enfatizaria a necessidade de criação de programas de intervenção e aconselhamento para mães depressivas com intuito de promover alimentação infantil adequada.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

- Estimar a associação entre introdução precoce de alimentos complementares e depressão puerperal.

2.2 Objetivo secundário

- Descrever a frequência de alimentos introduzidos precocemente.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho

Trata-se de análise transversal de dados de 505 puérperas que haviam participado do estudo PROGRAVIDA e foram seguidas longitudinalmente. Os dados foram coletados entre 6 e 9 meses após o parto, no período de 01/08/2013 à 31/08/2014. Os critérios de inclusão do presente estudo foram: participação no PROGRAVIDA, ter um bebê recém-nascido vivo, com idade entre 6 e 9 meses quando iniciado campo da presente pesquisa e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

3.2 Amostra

A amostra utilizada no presente estudo originou-se do seguimento de mulheres que, durante a gravidez, fizeram parte da pesquisa PROGRAVIDA, cujos resultados estão em vias de publicação. O PROGRAVIDA foi um ensaio de comunidade que objetivou avaliar a eficácia de um Programa de Manejo da Depressão (PMD) (Apêndice B) em gestantes com sintomas depressivos, sendo realizado em parceria com a Associação Saúde da Família (ASF), que conta com 12 UBS que já implantaram a ESF na área da Coordenadoria de Saúde da Região Norte do município de São Paulo. No total, participaram do estudo 680 gestantes, as quais constituíram dois grupos: o experimental, no qual houve implementação do PMD, e o controle, que recebeu tratamento de rotina no pré-natal. O desfecho principal do estudo foi analisar a presença e intensidade de sintomas de depressão nas mulheres após o parto, nos dois diferentes grupos. Os critérios de inclusão foram: gestantes de 18 anos ou mais que iniciaram o seu pré-natal em até 24 semanas de gestação e que apresentaram sintomas depressivos e foram atendidas no pré-natal por equipes da ESF. Foram excluídas as gestantes que apresentaram planos suicidas (segundo avaliação do estudo), aquelas que se submeteram a tratamento especializado para algum transtorno mental, as gestantes impossibilitadas de responder às avaliações

do protocolo de pesquisa (por exemplo, por não falar português) e aquelas que se recusaram a participar. Maiores informações sobre o estudo PROGRAVIDA estão disponíveis em Scazufca et al., 2014.

3.2.1 Fluxograma das participantes

No PROGRÁVIDA, as 680 gestantes compuseram os dois grupos da seguinte maneira: grupo experimental (submetido ao PMD), com 333 (49,0%) mulheres, e grupo controle, com 347 (51,0%) mulheres. 175 mulheres que haviam participado do PROGRAVIDA não participaram desta avaliação no puerpério, por terem crianças com idade superior a 9 meses. Portanto, se tornaram elegíveis, 505 mulheres. Destas, 140 não foram localizadas, 14 se recusaram a participar da pesquisa e 25 foram excluídas por falta de informações referentes à exposição principal- DPP e desfecho- IPAC. Assim, no presente estudo foram incluídas 326 mulheres, sendo 154 (47,3%) oriundas do grupo experimental e 172 (52,7%) do grupo controle (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de participantes.

Exclusões: * número de mulheres inelegíveis por terem crianças > 9 meses; Perdas: **número de mulheres não localizadas, ***recusas, e ****número de mulheres excluídas por perdas de informações de DPP e alimentação infantil.

3.3 Procedimentos

Entre 6 e 9 meses do puerpério, tentou-se estabelecer contato telefônico com todas puérperas elegíveis (505) que haviam participado do PROGRAVIDA, convidando-as a participar do presente estudo. Por ocasião da visita domiciliar do pesquisador de campo, as puérperas localizadas que aceitaram participar do presente estudo (351), assinaram o TCLE e foram submetidas à aplicação dos instrumentos de avaliação. Nesta etapa foi avaliado desfecho relacionados à AC da criança. Todos os pesquisadores de campo foram previamente treinados para a realização da entrevista e aplicação de instrumentos.

3.4 Instrumentos

Os seguintes instrumentos foram aplicados no momento da visita: questionários com histórico alimentar da criança, questionário sobre depressão puerperal e questionário com dados sócio demográficos, socioeconômicos, maternos e da criança.

3.4.1 Questionários com histórico alimentar da criança

Para análise do desfecho referente à alimentação - IPAC, foi utilizado questionário com histórico alimentar da criança, que contempla questões sobre AC. A categorização dessa variável pode ser vista na Tabela 2. O modelo do instrumento é apresentado no Apêndice C.

3.4.1.1 Análise da introdução precoce de alimentos complementares

Segundo Giugliani e Victora (2000), alimento complementar é todo aquele oferecido às crianças amamentadas (sólidos e líquidos), que não o leite materno. Foram coletados dados sobre a introdução dos seguintes alimentos: papa de legumes, papa de frutas, carnes, arroz e feijão, fruta, outros leites (leite de vaca e/ou qualquer leite em pó), suco (natural/industrializado), água, chás, massa (qualquer tipo) e bolacha. Para avaliar o período de introdução do alimento foi feita pergunta direta à mãe da criança: “Quantos meses a criança tinha quando foi introduzido o alimento X?”.

No presente trabalho, foi estabelecido o indicador “Introdução precoce de alimentos complementares (IPAC)”, onde as mulheres participantes do estudo foram

categorizadas positivamente para “IPAC” caso houvesse introdução de pelo menos um alimento antes dos 4 meses de idade e, negativamente, caso a introdução ocorresse após esse período. Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) não recomende a introdução de qualquer alimento ou bebida antes dos seis meses de idade (WHO, 2008), a prática de introdução de alimentos complementares no Brasil frequentemente acontece antes dessa idade (Ministério da Saúde, 2009a,b), o que justifica o ponto de corte estabelecido (4 meses) no presente estudo. O mesmo ponto de corte foi utilizado por outros autores (Vitolo et al., 2008; Dallazen et al, 2018).

Tabela 2 - Categorização do desfecho e variáveis explicativas (São Paulo, 2013 - 2014)

		Variável	Tipo/categoria
DESFECHO		IPAC aos 4 meses de idade	- Sim; - Não.
EXPLICATIVAS	Exposição principal	Depressão	- Sem depressão/ depressão leve; - Depressão moderada à grave.
	Características sócio demográficas e socioeconômicas	Etnia	- Branca; - Não branca (negras, pardas, amarelas e indígenas).
		Renda familiar	- 0 a 1054 reais; - 1055 a 1800 reais; - Acima de 1801 reais.
		Escolaridade	- Até 8 anos de estudo; - 9 a 12 anos de estudo; - Mais que 12 anos de estudo.
		Situação de trabalho materno	- Trabalha; - Não trabalha.
		Situação conjugal	- Solteira/ sem parceiro; - Casada/ com parceiro/ união estável.
	Características maternas	Idade	- Até 19 anos; - 20 a 34 anos; - Acima de 35 anos.
		Número de filhos	- Primípara; - Multipara.
		Tipo de parto	- Normal; - Cesárea.
	Características perinatais	Idade da criança	- 6 meses; - 7 meses; - 8 meses ou mais.
		Peso ao nascer	- <2500g; - >2500g.
	Características da criança	Uso de chupeta	- Usou/usa; - Nunca usou.
		AM aos 6 meses	- Não; - Sim.

3.4.2 Questionário sobre depressão

A principal variável de exposição é a depressão pós-parto (DPP), avaliada por meio do instrumento “*Patient Health Questionnaire-9*” (PHQ-9) (Anexo A) no momento da visita domiciliar, entre 6 e 9 meses após o parto. O PHQ-9 é um instrumento específico para depressão que permite o diagnóstico, conforme os critérios do DSM-IV, para transtorno depressivo do humor. É uma ferramenta rápida e fácil de completar,

desenvolvido a partir do PRIME-MD, instrumento de diagnóstico que contém 12 módulos para diferentes transtornos mentais. O PHQ-9, investiga a presença e intensidade de 9 itens referentes ao período das duas semanas anteriores à entrevista. Os escores vão de 0 (“nenhuma vez”) a 3 (“quase todos os dias”) e o escore total pode variar de 0 a 27. Escores de 10 ou mais são considerados casos de depressão maior, enquanto escores de 5 a 9 representam casos de depressão leve, de acordo com a validação original do instrumento (Kroenke et al., 2001). O PHQ-9 foi avaliado no Brasil com ótima capacidade de discriminação de casos e não-casos de depressão (Osório et al., 2009). No presente estudo foi utilizada a versão brasileira do PHQ-9, traduzida do inglês para o português pela *Pfizer Inc* (serviço educacional).

3.4.2.1 Análise da depressão pós-parto

As mulheres foram categorizadas de acordo com os escores obtidos por meio do PHQ-9, compondo dois grupos: mulheres sem depressão/depressão leve, com escore de PHQ-9 < 10 e mulheres com depressão moderada à grave, com escore > de 9. Outros estudos utilizaram o mesmo corte quanto aos níveis de depressão materna (Amaral et al., 2007; Feldens et al., 2013).

3.4.3 Questionário com dados sócio demográficos, socioeconômicos, maternos e da criança

Para análise de outras variáveis de interesse, foi utilizado questionário para obter informações sócio demográficas e socioeconômicas (etnia auto referida, escolaridade, renda familiar mensal, situação de trabalho materno, situação conjugal), dados maternos (idade, número de filhos e tipo de parto) e da criança (idade, peso ao nascer, uso de chupeta e aleitamento materno) (Apêndice D). Informações detalhadas com categorização das variáveis utilizadas nas análises estão descritas na Tabela 2.

3.5 Análise estatística

Análise descritiva foi realizada para caracterizar a amostra. Todas as variáveis foram categorizadas. A prevalência do desfecho (IPAC) com Intervalo de Confiança (IC) 95% foi estimada. Foi utilizado o teste qui-quadrado para comparação de grupos (controle

e intervenção) quanto à IPAC, objetivando avaliar eventual impacto da intervenção testada no estudo PROGRAVIDA. A Razão de Prevalência (RP) e o IC 95% foram usados para avaliar a associação entre DPP e IPAC, controlando pelas demais variáveis explicativas. Foi utilizada regressão de Poisson com variância robusta. Foi utilizado o teste qui-quadrado de tendência linear quando as categorias eram ordenadas. Na análise univariada, a RP entre IPAC e demais variáveis explicativas foi estimada levando-se em conta, além da randomização das participantes do estudo PROGRAVIDA, a variável de exposição principal (DPP). Para estimar o efeito individualizado das variáveis associadas aos desfechos, foi utilizado modelo multivariado com modelagem hierarquizada. Para tanto, as variáveis foram agrupadas em blocos, ordenadas de acordo com as influências mais distais e proximais com que atuariam sobre o desfecho. O modelo teórico que guiou a análise e as variáveis está apresentado na Figura 2. As variáveis com $p < 0,20$ na análise univariada foram selecionadas para a análise multivariada. Os fatores do bloco mais distal – “Características socio demográficas e socioeconômicas” foram os primeiros a serem incluídos no modelo e permaneceram como fatores de ajuste para as variáveis hierarquicamente inferiores. Da mesma forma, as variáveis dos blocos intermediários – “Características maternas” e “Características perinatais”, que atenderam ao critério de entrada no modelo multivariado após ajuste pelo bloco mais distal passaram a constituir variáveis de controle do bloco subsequente. Procedimento análogo foi adotado para análise do bloco proximal – “Características da criança”. As variáveis selecionadas foram mantidas no modelo mesmo tendo perdido a significância estatística após a inclusão dos blocos inferiores. Para considerar que a associação entre um fator e o desfecho foi estatisticamente significativa após ajuste para os fatores do mesmo bloco e dos blocos hierárquicos superiores, foi adotado nível de significância de 5%. A análise estatística foi realizada com uso do programa STATA 12.

Figura 2 - Modelo teórico hierarquizado para determinação dos fatores associados a IPAC.

3.6 Aspectos Éticos

Este estudo recebeu aprovação do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) (Anexo B). Todas as mulheres participantes foram orientadas quanto aos objetivos do estudo. Aquelas que consentiram em participar, assinaram o TCLE, por ocasião da avaliação no pós-parto. As participantes foram asseguradas do sigilo dos dados fornecidos e da possibilidade de interrupção de sua participação no estudo a qualquer momento, caso desajassem. Também foram informadas que o presente estudo não interferiria em eventuais acompanhamentos que ela ou seu bebê estivessem recebendo ou fossem receber.

4. RESULTADOS

A prevalência de IPAC foi de 75,8% (IC95% 0,71 - 0,80). Pode-se observar que 19% mulheres apresentaram depressão moderada/grave. Em relação às características maternas, a maioria era casada ou tinha parceiro (82,7%) e tinha entre 20 e 34 anos de idade (78,2%). Quase 70% das mães estudaram até o ensino médio, 80% não trabalhavam e 34% tinham renda familiar até 1054 reais. Em relação às características obstétricas, menos da metade eram primíparas (36,8%) e 41,7 % realizaram parto cesárea. Quanto às características das crianças, cerca de 70% tinham 6 meses de idade, a maioria ainda estava em AM (63,8%) na data da entrevista e mais da metade fez uso de chupeta (61,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização das participantes (São Paulo, 2013 - 2014)

	Variáveis	N	%
Desfecho	IPAC aos 4 meses		
	Sim	247	75,8%
	Não	79	24,2%
Explicativas	DPP		
	Sem DPP	190	58,3%
	DPP leve	74	22,7%
	DPP moderada/grave	62	19,0%
	Etnia		
	Branca	151	46,3%
	Não branca	175	53,7%
	Situação conjugal		
	Solteira/ sem parceiro	56	17,3%
	Casada/ com parceiro/ união estável	268	82,7%
	Situação de trabalho materno		
	Trabalha	65	20,0%
	Não trabalha	259	80,0%
	Escolaridade		
	Até 8 anos de estudo	59	18,2%
	De 9 a 12 anos de estudo	217	67,0%
	Mais que 12 anos de estudo	48	14,8%
	Renda familiar (em reais)		
	Até 1054	111	34,0%
	1055 – 1800	111	34,0%
	> 1800	104	32,0%
	Idade materna		
	Até 19 anos	44	13,5%
	20 a 34 anos	255	78,2%
	35 anos ou mais	27	8,3%
	Número de filhos		
	Primípara	120	36,8%
	Múltipara	206	63,2%
	Tipo de parto		
	Normal	190	58,3%
	Cesárea	136	41,7%
	Idade da criança		
	6 meses	233	71,5%
	7 meses	46	14,1%
	8 meses ou mais	47	14,4%
	Uso de chupeta		
	Sim	200	61,3%
	Não	126	38,7%
	AM aos 6 meses		
	Não	118	36,2%
	Sim	208	63,8%

Em relação à randomização no estudo PROGRAVIDA, não foram encontradas diferenças entre as puérperas que participaram e as que não participaram do presente estudo quanto às seguintes características: depressão, etnia, número de filhos e situação conjugal. Quanto à escolaridade, apenas no grupo submetido à intervenção observa-se uma diferença estatisticamente significativa: as puérperas participantes tinham maior escolaridade em comparação às mulheres não participantes (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre puérperas elegíveis, participantes e não participantes, segundo a randomização no estudo PROGRAVIDA (São Paulo, 2012-2014)

Variável explicativa	Grupo intervenção		Nível de p	Grupo controle		Nível de p
	Não participantes N (%)	Participantes N (%)		Não participantes N (%)	Participantes N (%)	
Tipo de depressão			0,77			0,24
Depressão leve	21 (24,4%)	43 (26,1%)		15 (21,7%)	54 (29,0%)	
Depressão moderada/grave	65 (75,6%)	122 (73,9%)		54 (78,3%)	132 (71,0%)	
Etnia			0,13			0,07
Branca	28 (32,5%)	39 (23,6%)		16 (23,5%)	66 (35,8%)	
Não branca	58 (67,4%)	126 (76,4%)		52 (76,5%)	120 (64,2%)	
Número de filhos			0,88			0,41
Primípara	32 (37,2%)	63 (38,1%)		20 (29,0%)	64 (34,4%)	
Múltipara	54 (62,8%)	102 (61,8%)		49 (71,0%)	122 (65,6%)	
Situação conjugal			0,85			0,98
Casada/ com parceiro	65 (75,6%)	123 (74,5%)		50 (72,4%)	135 (72,6%)	
Solteira/sem parceiro	21 (24,4%)	42 (25,43%)		19 (27,5%)	51 (27,4%)	
Escolaridade			0,00			0,09
Até 8 anos de estudo	43 (50%)	47 (28,5%)		24 (36,2%)	49 (26,5%)	
9 a 12 anos de estudo	41 (47,6%)	103 (62,4%)		42 (60,1%)	118 (63,8%)	
Mais que 12 anos de estudo	2 (2,3%)	15 (9,1%)		2 (2,9%)	18 (9,7%)	

Na análise univariada, as seguintes variáveis explicativas se associaram com introdução precoce de alimentos: renda familiar, uso de chupeta e AM aos 6 meses. A prevalência de IPAC antes dos 4 meses foi 18% maior na comparação entre as crianças de famílias no maior e menor tercil de renda, sendo este resultado confirmado por meio de teste de tendência e linearidade ($p=0,02$). Crianças que usaram chupeta apresentaram aumento de 22% na prevalência de IPAC quando comparadas as que não a usaram. A prevalência de introdução precoce entre as crianças que estavam em AM aos 6 meses foi 26% menor quando comparada às crianças que não o praticavam mais. As demais variáveis explicativas não se associaram significativamente com o desfecho (Tabela 5). Não foi encontrada diferença significativa na associação entre IPAC e randomização ($p=0,73$).

Tabela 5 - Análise univariada entre IPAC e variáveis explicativas materna e da criança (número porcentagem de casos, razão de prevalência, intervalo de confiança de 95% e nível de significância) (São Paulo, 2013 - 2014)

Variáveis explicativas	Total	Introdução precoce aos 4 meses N(%)	RP	IC 95%	Nível de p
DPP					
Sem DPP/ DPP leve	264	201 (76,1%)			0,76
DPP moderada /grave	62	46 (74,2%)	0,97	0,83– 1,14	
Etnia					
Branca	151	121 (80,1%)			0,09
Não branca	175	126 (72,0%)	0,90	0,79 – 1,02	
Situação conjugal					
Solteira/sem parceiro	56	41 (73,2%)			0,65
Casada/ com parceiro	268	204 (76,1%)	1,04	0,87 – 1,23	
Situação de trabalho materno					
Não trabalha	259	202 (78,0%)			0,07
Trabalha	65	43 (66,1%)	0,84	0,70 – 1,01	
Escolaridade					
Até 8 anos de estudo	59	45 (76,3%)			
De 9 a 12 anos de estudo	217	162 (74,6%)	0,98	0,83 – 1,15	*0,767
Mais que 12 anos de estudo	48	38 (79,2%)	1,03	0,84 – 1,27	
Renda familiar (em reais)					
Até 1054	111	79 (71,2%)			
1055 – 1800	111	80 (72,1%)	1,00	0,85 – 1,19	*0,023
> 1800	104	88 (84,6%)	1,18	1,03 – 1,37	
Idade da mãe					
Até 19 anos	44	35 (79,5%)			
20 a 34 anos	255	191 (74,9%)	0,94	0,79 – 1,10	*0,755
35 anos ou mais	27	21 (77,8%)	0,98	0,76 – 1,26	
Número de filhos					
Primípara	120	87 (72,5%)			0,27
Múltipara	206	160 (77,7%)	1,08	0,94 – 1,23	
Tipo de parto					
Normal	190	145 (76,3%)			0,79
Cesárea	136	102 (75,0%)	0,98	0,87 – 1,11	
Idade da criança					
6 meses	233	178 (76,4%)			
7 meses	46	34 (73,9%)	0,96	0,79 – 1,16	*0,714
8 meses ou mais	47	35 (74,5%)	0,97	0,81 – 1,17	
Peso da criança ao nascer					
<2500g	43	28(65,1%)			0,13
>2500g	277	215(77,6%)	1,19	0,95 – 1,50	
Uso de chupeta					
Não	126	84 (66,7%)			0,00
Sim	200	163 (81,5%)	1,22	1,06 – 1,40	
AM aos 6 meses					
Não	118	107 (90,7%)			0,00
Sim	208	140 (67,3%)	0,74	0,66 – 0,83	

*p de tendência

Na análise multivariada, a estimativa da associação bruta entre DPP e IPAC (RP:0,97; IC 95% 0,83 – 1,14) não se modificou significativamente após ajustes para possíveis variáveis confundidoras. Deste modo, puérperas com depressão grave à moderada não apresentaram diferenças na IPAC, comparadas às mulheres sem depressão ou com depressão leve (RP:0,96; IC 95% 0,81 – 1,12). Constatou-se uma menor prevalência de IPAC entre mulheres que ainda amamentavam aos 6 meses, naquelas que trabalhavam fora e entre aquelas com menor renda familiar (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise multivariada entre DPP e IPAC, segundo modelo hierárquico (São Paulo, 2013 - 2014)

Variáveis		Modelo 1*	IPAC Modelo 2**	Modelo 3***
Nível de depressão				
	Sem/leve	1		
	moderada/grave	0,97 (0,83-1,14)	0,97 (0,70 – 1,34)	0,96 (0,81 – 1,12)
	P	0,76	0,86	0,59
Bloco 1				
Etnia				
	Branca	1	-	-
	Não branca	0,89 (0,79 – 1,01)	-	-
	P	0,06	-	-
Renda familiar (reais)				
	Até 1054	1	-	-
	1055 – 1800	1,01 (0,86 – 1,20)	-	-
	> 1800	1,24 (1,07 – 1,44)	-	-
	P	0,00	-	-
Situação de trabalho materno				
	Não trabalha	1	-	-
	Trabalha	0,79 (0,66 - 0,96)	-	-
	P	0,01	-	-
Bloco 2				
Peso ao nascer				
	<2500g	-	1	-
	>2500g	-	1,22 (0,83 – 1,82)	-
	P	-	0,31	-
Bloco 3				
Uso de chupeta				
	Não	-	-	1
	Sim	-	-	1,04 (0,87 – 1,24)
	P	-	-	0,66
Aleitamento Materno				
	Parou	-	-	1
	Ainda em AM	-	-	0,78 (0,68 – 0,90)
	P	-	-	<0,00

* Modelo 1: bruto mais características sociodemográficas e sócio econômicas

** Modelo 2: ajustado por modelo 1 mais características perinatais

*** Modelo 3: ajustado por modelo 2 mais características da criança

A proporção de alimentos complementares introduzidos precocemente, segundo depressão materna, está apresentada na Tabela 7. Não foram encontradas diferenças entre os grupos.

Tabela 7 - Proporção de alimentos introduzidos precocemente, segundo depressão materna (porcentagem de casos, intervalo de confiança de 95% e nível de significância) (São Paulo, 2013 – 2014)

Alimento	Depressão		Nível de p
	Sem depressão/ leve (% e 95 IC)	Moderada/ grave (% e 95 IC)	
Papa frutas	25,7 (0,20 – 0,31)	27,4 (0,16 – 0,38)	0,79
Carnes	10,9 (0,71 – 1,47)	11,3 (0,33 – 1,92)	0,94
Arroz e feijão	10,9 (0,71 – 1,47)	11,3 (0,33 – 1,92)	0,94
Papa legumes	24,2 (0,19 – 0,29)	22,6 (0,12 – 0,33)	0,78
Chá	50,0 (0,44 – 0,56)	41,9 (0,29 – 0,54)	0,25
Água	57,2 (0,51 – 0,63)	54,8 (0,42 – 0,67)	0,73
Suco	28,8 (0,23 – 0,34)	29,0 (0,17 – 0,40)	0,97
Fruta	23,1 (0,18 – 0,28)	25,8 (0,15 – 0,37)	0,65
Massa	10,6 (0,68 – 1,43)	09,7 (0,22 – 1,71)	0,83
Outros leites	46,6 (0,40 – 0,52)	45,2 (0,32 – 0,57)	0,84
Bolacha	34,8 (0,29 – 0,40)	37,1 (0,25 – 0,49)	0,74

O Gráfico 1 apresenta os alimentos introduzidos precocemente, ordenados de acordo com a frequência de introdução para o total das crianças estudadas. Verifica-se que a água (56,7%), chá (48,5%), outros leites (46,3%) e bolacha (35,2%) ocupam as primeiras posições do ranking. Uma menor proporção de crianças começou a receber alimentos tais como suco (28,8%), papa de fruta (26%), papa de legumes (23,9%) e fruta (23,6%), que ocuparam a posição 5 a 9 do ranking. Dentre os alimentos analisados, as carnes e o “arroz e feijão” foram alimentos menos frequentemente introduzidos antes dos 4 meses de vida (11,4%) e a massa, o que ocupou o último lugar no ranking, com menor taxa de introdução precoce (10,4%). Não foram encontradas diferenças na proporção de alimentos complementares introduzidos precocemente, segundo a depressão materna.

Gráfico 1 – Ranking (ordem de frequência) de IPAC

5. DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se elevada prevalência de IPAC, antes dos 4 meses de idade da criança, nos dois grupos estudados, independentemente dos níveis de depressão. A prática do AM, o trabalho materno fora do lar e a menor renda familiar se associaram inversamente com IPAC.

A prevalência geral de IPAC foi de 75,8%, sendo que este resultado é superior ao observado na última pesquisa de âmbito nacional, a qual mostra que 59% das crianças, aos 6 meses de idade, haviam recebido algum tipo de alimento precocemente (Ministério da Saúde, 2009b). Porém, pesquisas mais recentes mostram prevalências similares de IPAC aos 4 meses de idade àquela encontrada no presente estudo. Silva et al. (2010), analisaram 1176 crianças, durante a Campanha Nacional de Vacinação, em São Bernardo do Campo (SP), encontrando prevalência de IPAC de 85%. Da mesma maneira, em estudo transversal com 362 crianças nascidas em Goiânia, Goiás, Brasil, Schincaglia et al. (2015) verificaram prevalência de 78% de IPAC. Por fim, Vitolo et al. (2014) descrevem em seu estudo com 918 crianças provenientes de mães recrutadas em UBS do Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, taxa de 73% das crianças com IPAC antes dos quatro meses de idade.

Apesar da taxa de AM observada estar abaixo da meta da OMS, que objetiva ter pelo menos 50% das crianças em AME até os 6 meses de idade (WHO, 2012), este fator se mostrou mais significativamente associada à IPAC. Embora a prática de AM não tenha sido avaliada aos 4 meses de idade, verificou-se que 90,7% das crianças com IPAC não o praticavam mais aos 6 meses. Diversos estudos constataram que o menor tempo do AM e IPAC estão associados (Rebhan et al., 2009; Schiess et al., 2010; Popkin et al., 1990; Zeitlin e Ahmed, 1995; Monte e Giugliani, 2004; Ministério da Saúde, 2014). O AM oferece inúmeros benefícios para o binômio mãe-bebê (Abraham et al., 2012; Fonseca et al., 2013; Lioret et al., 2015; Santos et al., 2016). Especificamente para essa população de mulheres com histórico de depressão, o AM pode diminuir a ocorrência de sintomas depressivos na mãe, bem como proporcionar melhora desses sintomas (Ip et al., 2007; Mezzacappa e Endicott, 2007; Ystrom, 2012; Figueiredo et al., 2014; Dias e Figueiredo,

2015). No que se refere a criança, o AM está associado a redução da mortalidade infantil, diminuição do índice de desnutrição, diarreia, alergias, doenças respiratórias e obesidade, proteção contra infecções, doenças crônicas, desenvolvimento sensorial e cognitivo da criança e maior interação entre mãe e filho (Fonseca et al., 2013). Além disso, estudos demonstram influência positiva do AM na trajetória do padrão alimentar da criança. Em estudo longitudinal, Lioret et al. (2015) verificaram que o AM continuado resultou em menor introdução de alimentos processados e *fast foods* e maior aderência às recomendações de alimentação infantil, favorecendo padrão de dieta mais saudável das crianças até a idade pré-escolar. Esses achados são consistentes com outros estudos que mostraram associação entre AM e um padrão saudável de alimentação aos 2 anos (Abraham et al., 2012), aos 6 anos (Santos et al., 2016) e entre 2 e 8 anos de idade (Grieger et al., 2011). No presente estudo, a prevalência de AM aos 6 meses foi baixa, independentemente do nível de depressão materna e, embora a literatura seja controversa quanto a associação entre DPP e AM (Henderson et al., 2003; Dennis e McQueen, 2009; Silva et al., 2017), onde alguns estudos encontram essa associação (Bick et al., 1998; Henderson et al., 2003; Taveras et al., 2003; Dunn et al., 2006; McLearn et al., 2006; Vitolo et al., 2007; Akman et al., 2008; Hasselmann et al., 2008; Brecaïlo e Saldana, 2013), e outros não (Josefsson et al., 2002; McKee et al., 2004; Lau et al., 2007; Annagür et al., 2013), pode-se afirmar que quando essa prática é mantida, ela é protetora no que se refere à IPAC.

No presente estudo, observou-se também que as mulheres que trabalhavam fora aderiram melhor à recomendação de introdução oportuna da AC. Esse fato contrapõe-se a outros estudos, que verificaram que o trabalho materno dificulta a manutenção do AM, favorecendo a IPAC (Correa et al., 2009; Radzniwan et al., 2009; Tan, 2011; Tengku Ismail et al., 2012; Mirkovic et al., 2016; Xiang et al., 2016). Já para outros autores, o fato de trabalhar fora não é uma barreira para a prática do AM quando há a presença de condições favoráveis, como respeito à licença-maternidade, acesso à creche e condições para o aleitamento no ambiente de trabalho (Gielen et al., 1991; Silva, 2003; Ortiz et al., 2004; Vianna et al., 2007; Damião, 2008; Del Bono e Pronzato, 2012). Cabe destacar que mulheres que trabalham fora possivelmente apresentam maior nível educacional, tendendo a amamentar por mais tempo, devido ao maior acesso as informações sobre os benefícios do AM para a saúde e nutrição das crianças (Escobar et al., 2002; Venâncio et al., 2002). Pode-se imaginar também que, no presente estudo, as

mulheres que trabalhavam fora tenham uma melhor visão da realidade fora do ambiente domiciliar e incorporem com mais facilidade orientações corretas quanto à alimentação infantil, comparada às mulheres que não trabalham fora.

A associação positiva entre renda familiar e risco de IPAC, observada neste estudo, é tema controverso na literatura. Alguns autores encontraram associação entre maior renda e menor duração do AM (Ahmed et al., 1999; Rea et al., 1997; Simon et al., 2003; Faleiros et al., 2006; Mascarenhas et al., 2006; Carrascoza et al., 2011), favorecendo consequentemente a IPAC; enquanto outros estudos mostram que menor renda está fortemente relacionadas à IPAC (Lande et al., 2003; Oliveira et al., 2005b; Alves et al., 2008; Schiess et al., 2010) e também a um padrão menos saudável de alimentação (Mayen et al., 2014). Faleiros et al. (2006) observaram maior taxa de AM entre mulheres de baixo e médio poder aquisitivo, quando comparadas àquelas de nível socioeconômico mais alto. Este dado é corroborado por Mascarenhas et al. (2006) que observaram que crianças de famílias extremamente pobres têm maior chance de estarem em AME aos 6 meses de vida, provavelmente, em decorrência da dificuldade de aquisição dos substitutos do leite materno. No mesmo sentido, Kummer et al. (2000) verificaram que também, a partir do sexto mês, a prevalência do AM é maior entre mulheres mais pobres, fato talvez explicado por razões de dificuldades econômicas, que impedem a complementação com alimentos e também outros tipos de leite. Já Simon et al. (2003), verificaram que a introdução precoce de carnes estava associada ao maior nível de renda, o qual pode estar relacionado ao custo elevado do alimento. Dessa maneira, pode-se assumir a premissa de que a maior renda familiar tenha facilitado a aquisição de outros alimentos, favorecendo à IPAC.

A relação entre DPP e IPAC tem sido recentemente investigada, e embora poucos estudos tenham abordado este tema, os achados do presente trabalho corroboram com algumas evidências existentes na literatura, que demonstram que DPP não se associa à IPAC. McLearn et al. (2006), Gaffney et al. (2014) e Balbierz et al. (2015) observaram que mães depressivas eram mais propensas a introduzir alimentos de maneira precoce, quando comparadas às mães sem depressão. Entretanto, nenhum dos autores encontrou diferenças significativas após ajustes de potenciais variáveis confundidoras no modelo de regressão. Já Hurley et al. (2015) encontraram maior ingestão alimentar nas crianças, cujas mães reportaram depressão, sugerindo práticas alimentares infantis inadequadas e alta ingestão dietética, nos primeiros 6 meses de idade, associadas a presença de sintomas

de saúde mental materna. No presente estudo, quanto às proporções dos alimentos complementares introduzidos precocemente, não foram encontradas diferenças significativas, segundo depressão materna.

Em relação à frequência de introdução precoce dos alimentos, verificou-se que a água ocupou o topo do ranking. Schincaglia et al. (2015), em estudo transversal com 362 crianças, observou que no quarto mês de vida, 56,1% das crianças recebiam água, dados muito semelhantes aos encontrados no nosso estudo (56,7%). A última pesquisa de âmbito nacional, II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM/Capitais e DF), mostrou taxas pouco inferiores, com 40,6% das crianças recebendo esse líquido entre 90 e 120 dias de vida (Ministério da Saúde, 2009b). A introdução de chás, no nosso estudo, ocorreu em 48,5% das crianças, pouco superior a prevalência de 31,5% encontrada por Schincaglia et al. (2015), aos 4 meses de idade. A II PPAM mostra maior frequência do consumo dessa bebida no primeiro mês de vida (18%), chegando a 20,2% aos 4 meses de idade, na região Sudeste do país (Ministério da Saúde, 2009b). Os chás e água são contraindicados, pois podem levar à saciedade, diminuir a ingestão de leite materno e assim, causarem déficit calórico, além de representarem foco potencial de contaminação (Ministério da Saúde, 2009b; Campagnolo et al., 2012).

A introdução de outros leites (leite de vaca e/ou qualquer leite em pó) foi de 46,3%, resultados similares aos da PPAM II, que encontrou consumo de outros leites, no conjunto das capitais e DF, de 48,8%, nas crianças entre 120 e 180 dias (Ministério da Saúde, 2009b). Quanto a introdução de suco, encontrou-se prevalência de 29%, taxa intermediária se comparada a outros estudos, os quais encontraram introdução dessa bebida por 40% (Ministério da Saúde, 2009a) e 11,5% (Schincaglia et al., 2015) das crianças analisadas, aos 4 meses de idade. Culturalmente, mães acreditam que líquidos, como sucos e outros leites, são complementares ao leite materno, oferecem mais energia e nutrientes às crianças (Ministério da Saúde, 2009b). Entretanto, a introdução precoce de alimentos como o leite de vaca, estão associados a processos alérgicos, ao maior risco de diabetes tipo 1 e doenças atópicas, como a asma (Ministério da Saúde, 2009b), a interrupção do AM (Chaves et al., 2007) e morbimortalidade infantil (França et al., 2008; Caminha et al., 2014).

Alguns estudos têm demonstrado que muitas crianças recebem papinhas de vegetais, carnes, frutas e feijões antes do sexto mês de vida (Figueiredo et al., 2004;

Ministério da Saúde, 2009b; Contreras et al., 2016; Schincaglia et al., 2015). Os resultados do presente estudo também demonstram introdução precoce de arroz e feijão e carnes (11,0%), papa de legumes (23,9%), papa de frutas (26,0%) e frutas (23,6%), aos 4 meses. Na última pesquisa de âmbito nacional, encontrou-se consumo diário de comida de sal por 21% das crianças, e de frutas em pedaço ao amassada por 18% delas, entre 3 e 6 meses de vida (Ministério da Saúde, 2009b). Estudo mais recente realizado no Brasil, em Pelotas (n= 3427), constatou que a introdução de alimentos sólidos e semissólidos ocorreu entre 3 e 3,9 meses de idade em 19% e 15% das crianças, respectivamente (Bielemann et al., 2018).

A introdução de bolachas, alimento não recomendado, ocorreu em 35% das crianças, aos 4 meses. Outros estudos encontraram prevalência de consumo de biscoito doce e salgado, entre 4 e 6 meses, de 14,9 % (Dallazen et al., 2018) e de bolachas de 8,9%, entre 3 e 6 meses (Ministério da Saúde, 2009b). Sabe-se que, alimentos não recomendados são nutricionalmente desnecessários, prejudicam a digestão e a absorção de micronutrientes, comprometem o consumo de alimentos saudáveis (Longo-Silva et al., 2015), influenciam negativamente os níveis de LDL colesterol e colesterol total (Rauber et al., 2015) e IMC (Pearce e Langley, 2013) nos primeiros anos de vida e ainda podem determinar as preferências alimentares da criança para estes tipos de produtos, que podem se prolongar até a vida adulta (Skinner et al., 2002).

Algumas limitações do estudo devem ser mencionadas. Primeiro, embora não tenha sido encontrada associação entre DPP e IPAC, o desenho transversal do estudo não permite estabelecer inferências causais e temporalidade entre a depressão e IPAC. Segundo, das 505 mulheres elegíveis que participaram do ensaio de comunidade (estudo PROGRAVIDA), apenas 326 (64,5%) forneceram dados completos para a avaliação da associação entre DPP e IPAC. No entanto, as perdas não foram diferenciais, levando-se em conta a randomização do estudo PROGRAVIDA, com exceção da variável escolaridade, que se mostrou superior nas mulheres que participaram do presente estudo, em comparação às que não participaram. Deste modo é pouco provável que a intervenção no estudo PROGRAVIDA tenha tido efeito tardio sobre IPAC, avaliada após 6 meses do pós-parto. Os resultados do presente estudo foram obtidos em amostra de mulheres de renda baixa e média-baixa, com histórico de depressão na gravidez, não podendo serem generalizados para outras populações. Outra eventual limitação é o viés de informação. Pode-se imaginar que mulheres, pressionadas por questões sociais e/ou pessoais,

subrelatem a real data de introdução dos alimentos. Neste cenário temos que supor que elas saibam previamente que a introdução de qualquer alimento, antes dos 6 meses de idade da criança, é incorreta. Ainda há a possibilidade de ter havido viés de memória, vez que as informações se referem a dados retrospectivos. Quanto à relação temporal entre DPP e IPAC, não temos a avaliação da depressão no intervalo entre a gravidez e o período entre 6 e 9 meses. No entanto, consideramos improvável que a intensidade de depressão nesse grupo de mulheres tenha oscilado para baixo, neste período. A literatura ainda confirma que depressão antenatal é forte preditora de DPP (Cooper et al., 1996; Milgrom et al., 2008; Matijasevich et al., 2015; Faisal-Cury e Menezes, 2012). Por fim, limitamos nossa avaliação de IPAC a 11 grupos alimentares consumidos pela população brasileira, com base nos inquéritos nacionais. A exclusão de outros alimentos pode subestimar a real taxa de IPAC.

Dentre os aspectos positivos do presente estudo, vale mencionar o ineditismo da investigação entre DPP e IPAC, em puérperas de baixa e média-baixa renda, que já haviam apresentado sintomas depressivos na gravidez.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia a importância dos serviços de saúde no suporte e orientação às mães quanto à adequada introdução da AC, conforme recomendações da OMS e Ministério da Saúde, independente da presença de sintomas depressivos, vez que a prevalência de IPAC foi elevada em todas as mulheres participantes. A abordagem deste problema deve priorizar aspectos sociais, como trabalho materno e renda familiar, destacando-se a importância da promoção do AM entre as mães, considerando que sua prática se mostra protetora no que se refere à IPAC.

7. ANEXOS

Anexo A – PHQ-9

AVALIAÇÃO DO SINTOMA DE DEPRESSÃO: PHQ-9							
<i>Área para o profissional responder</i>							
Nome da gestante:							
Número de ID da gestante:							
Data de aplicação:							
UBS:							
Questionário lido e respondido pela gestante ( )							
Questionário lido pelo profissional e respondido pela gestante ( )							
Telefone:							
Apenas a gestante deve responder as questões abaixo							
Durantes as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodada por qualquer um dos problemas abaixo:	Nenhuma vez	Vários Dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias			
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3			
2. Se sentir "para baixo", deprimida ou sem perspectiva	0	1	2	3			
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3			
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3			
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3			
6. Se sentir mal consigo mesma - ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesma	0	1	2	3			
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3			
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto-estar tão agitada ou inquieta que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3			
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morta	0	1	2	3			
Pontuação total =	( )	+	( )	+	( )	+	( )
Nível de sintomas		Pontuação					
( ) Sem sintomas		menor que 4					
( ) Leve		5 a 9					
( ) Moderado		10 a 14					
( ) Moderadamente grave		15 a 19					
( ) Grave		20 ou mais					
Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas acima (pontuação 1 ou mais), indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.							
Nenhuma dificuldade	Alguma dificuldade	Muita dificuldade	Extrema dificuldade				
( )	( )	( )	( )				

Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade da alimentação complementar entre 6 e 8 meses e depressão materna.

Pesquisador: Alexandre Faissal Cury

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63030116.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.912.884

Apresentação do Projeto:

A depressão materna e a depressão pós-parto mostram-se como fatores de risco para a saúde da criança, em várias vertentes. Diversos estudos abordam a associação entre depressão e prática do aleitamento materno, porém, pouco se encontra sobre a qualidade da alimentação complementar praticada por mães deprimidas.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do estudo é estimar a associação da qualidade da alimentação complementar com depressão pós-parto. Planejamos também descrever as características do aleitamento materno e estimar fatores associados à alimentação complementar em grupo de puérperas com histórico de depressão na gravidez e/ou puerpério.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem descrito e com grande relevância para a sociedade, pois a qualidade da alimentação complementar é de extrema importância para o desenvolvimento das crianças.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Solicitado dispensa do TCLE, pois será realizada análise de dados de estudo prévio PROGRAVIDA.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21ª andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-900

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3853-4401

E-mail: cep/fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.912.854

Recomendações:

Manter o direito de confidencialidade, sem divulgação da identificação de nenhum paciente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_810297.pdf	14/12/2016 17:39:21		Aceito
Outros	DocCepf-musp.pdf	14/12/2016 17:37:43	LUCIANA BARBIERE FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/12/2016 16:26:02	LUCIANA BARBIERE FERNANDES	Aceito
Outros	parecer.pdf	12/12/2016 16:14:54	LUCIANA BARBIERE FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Qualidade_da_alimentacao_complementar_entre_6_e_8_meses_e_depressao_mafama.docx	14/10/2016 12:21:22	LUCIANA BARBIERE FERNANDES	Aceito
Outros	Aprovacao_CEP_Prosepego.pdf	14/10/2016 12:20:49	LUCIANA BARBIERE FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 07 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 25ª andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.246-903
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)2863-4401 E-mail: cep/fm@usp.br

8. REFERÊNCIAS

Abraham EC, Godwin J, Sherriff A, Armstrong J. Infant feeding in relation to eating patterns in the second year of life and weight status in the fourth year. *Public Health Nutr.* 2012;15(9):1705-4.

Ahmed S, Parveen SD, Islam A. Infant feeding practices in rural Bangladesh: policy implications. *J Trop Pediatr* [Internet]. 1999 [cited 2018 Dez 04];45(1):37–41. Available from: <https://academic.oup.com/tropej/article/45/1/37/1734594>.

Akman I, Kuscu MK, Yurdakul Z, Ozdemir N, Solakoğlu M, Orhon L. Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health.* 2008;44(6):369-73.

Alves CRL, Goulart EMA, Colosimo EA, Goulart LMHF. Fatores de risco para o desmame entre usuárias de uma unidade básica de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, entre 1980 e 2004. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(6):1355-67.

Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr RS.* 2007;29(2):161-8.

Annagür A, Annagür BB, Sahin SA, Örs R, Kara F. Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeed Med.* 2013;8(10):53-7.

Arantes CIS, Oliveira MM, Vieira TCR, Beijo LA, Gradim CVV, Goyatá LT. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. *Rev Nutr.* 2011;24(3):421-9.

Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(2):91-9.

Balbierz A, Bodnar-Deren S, Wang JJ, Howell EA. Maternal depressive symptoms and parenting practices 3-months postpartum. *Matern Child Health J*. 2015;19(6):1212-9.

Baldissera R, Issler RMS, Giugliani, ERJ. Efetividade da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável na melhoria da alimentação complementar de lactentes em um município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00101315.

Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS de, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, Malta DC. Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Supl 1):8s.

Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275-85.

Bick DE, MacArthur C, Lancashire RJ. What influences the uptake and early cessation of breastfeeding? *Midwifery*. 1998;14(4):242–7.

Bielemann RM, Santos LP, Costa CDS, Matijasevich A, Santos IS. Early feeding practices and consumption of ultraprocessed foods at 6 y of age: findings from the 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Nutrition*. 2018;47:27-32.

Birch LL. Conducta alimentar en los niños: perspectiva de su desarrollo. In: Organización Panamericana de la Salud. *Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida*. Washington, DC: OPS; 1997. p.34-48.

Birch LL. Development of food acceptance patterns in the first years of life. *Proc Nutr Soc*. 1998;57(4):617-24.

Bortolini GA, Gubert MB, Santos LMP. Consumo alimentar entre crianças brasileiras com idade de 6 a 50 meses. *Cad Saúde Pública*. 2012a;28(9):1759-71.

Bortolini GA, Vitolo, MR. Impacto de orientação dietética sistemática no primeiro ano de vida nas prevalências de anemia e deficiência de ferro aos 12-16 meses. *J Pediatr*. 2012b;88(1):33-9.

Brasil. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. *Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira*. Brasília: Secretaria de Comunicação Social; 2014.

Brecailo MK, Saldana PC. Relação entre depressão materna e os cuidados em saúde à criança: revisão sistemática. *UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde*. 2013;15(Esp):423-9.

Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*. 2005;365(9465):1147-52.

Brunken GS, Silva SM, França GV, Escuder MM, Venâncio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in midwestern Brazil. *J Pediatr*. 2006;82(6):445-51.

Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E, Haider BA, Kirkwood B, Morris SS, Sachdev HP, Shekar M. Maternal and Child Undernutrition Study Group. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*. 2008;371(9610):417-40.

Caetano MC, Ortiz TT, da Silva SG, de Souza FI, Sarni RO. Complementary feeding: inappropriate practices in infants. *J Pediatr*. 2010;86(3):196-201.

Caminha MFC, Azevedo PTACC, Sampaio BB, Acioly VMC, Belo MPM, Lira PIC, et al. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2021-32.

Campagnolo PDB, Louzada MLC, Silveira EL, Vitolo MR. Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Nutr*. 2012;25(4):431-9.

Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Costa JAL, Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(10):4139-46.

Carvalhoes MABL, Parada CML, Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Rev Latinam Enfer*. 2007;15(1):62-9.

Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com duração da amamentação. *J Pediatr*. 2007;83(3):241-6.

Chuang CH, Chang PJ, Chen YC, Hsieh WS, Hurng BS, Lin SJ, et al. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(4):461-74.

Contreras M, Zelaya Blandón E, Persson LA, Ekström EC. Consumption of highly processed snacks, sugar-sweetened beverages and child feeding practices in a rural area of Nicaragua. *Matern Child Nutr*. 2016;12(1):164-76.

Cooke LJ, Wardle J, Gibson EL, Sapochnik M, Sheiham A, Lawson M. Demographic, familial and trait predictors of fruit and vegetable consumption by pre-school children. *Public Health Nutr*. 2004;7(2):295-302.

Cooper PJ, Murray L, Hooper R, West A. The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychol Med*. 1996;26(3):627-34.

Correa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr*. 2009;27(3):258-64.

Coutinho DS, Baptista MN, Moraes PR. Depressão pós-parto: prevalência e correlação com o suporte social. *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*. 2002;10(2):63-71.

Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J Psychiatry*. 1993;163:27-31.

Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):181-8.

Daelmans B, Martines J, Saadeh R. Conclusions of the Global Consultation on Complementary Feeding. *Food Nut Bull*. 2003;24(1):126-9.

Dallazen C, Silva SA da, Gonçalves VSS, Nilson EAF, Crispim SP, Lang RMF et al. Introdução de alimentos não recomendados no primeiro ano de vida e fatores associados

em crianças de baixo nível socioeconômico. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 09 abr. 2018];34(2):e00202816. Disponível em: http://www.scielo.br/?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205009&lng=pt

Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(3):442-52.

Del Bono E, Pronzato C. Does breastfeeding support at work help mothers and employers at the same time? [Internet]. Colchester, Essex: Institute for Social and Economic Research; 2012 [cited 2014 Dez 04]. (ISER Working Paper Series; n. 2012-06). Available from: <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2012-06.pdf>.

Dennis CL, McQueen K. The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*. 2009;123(4):736-51.

Dias CC, Figueiredo B. Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord*. 2015;171:142-54.

Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(1):87-97.

Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Samuelsen SO, Opjordsmoen S. Depression in postpartum and nonpostpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106(6):426-33.

Elliott SA. Report on the Satra Bruk workshop on classification of postnatal mental disorders. *Arch Womens Ment Health*. 2000;3(1):27-33.

Escobar AMU, Ogawa AR, Hiratsoka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S, et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2002;2(3):253-61.

Evins GG, Theofrastous JP, Galvin SL. Postpartum depression: a comparison of screening and routine clinical evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(5):1080-2.

Faisal-Cury A, Volich RM. *Segredos de mulher: diálogos entre um ginecologista e um psicanalista*. São Paulo: Atheneu; 2010.

Faisal-Cury A, Menezes PR. Antenatal depression strongly predicts postnatal depression in primary health care. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(4):446-50.

Faisal-Cury A, Menezes PR, d'Oliveira AF, Schraiber LB, Lopes CS. Temporal relationship between intimate partner violence and postpartum depression in a sample of low income women. *Matern Child Health J*. 2013;17(7):1297-303.

Faleiros FTV, Tereza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr*. 2006;19(5):623-30.

Farrow CV, Blissett JM. Is maternal psychopathology related to obesigenic feeding practices at 1 year? *Obes Res*. 2005;13(11):1999–2005.

Feldens CA, Ardenghi TM, Cruz LN, Scalco G, Vitolo MR. Advising mothers about breastfeeding and weaning reduced pacifier use in the first year of life: a randomized trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(4):317-26.

Figueiredo MG, Sartorelli DS, Zan JAB, Garcia E, Silva LC, Carvalho FLP, et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):72-9.

Figueiredo B, Costa R. Mother's stress, mood and emotional involvement with the infant: 3 months before and 3 months after childbirth. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(3):143-53.

Figueiredo B, Canario C, Field T. Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*. 2014;44(5):927-36.

Fonseca VRJRM, Silva GA, Otta E. Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna. *Cad Saúde Pública*. 2010a;26(4):738-46.

Fonseca MO, Tavares DMS, Rodrigues LR. Investigação dos fatores indicativos de depressão pós-parto em dois grupos de puérperas. *Ciênc Cuid Saude*. 2010b;8(3):321-8.

Fonseca ALM, Albernaz EP, Kaufmann CC, Neves IH, Figueiredo VLM. Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. *J Pediatr*. 2013;89(4):346-53.

Forlenza OV, Miguel EC, editores. *Compêndio de clínica psiquiátrica*. Barueri: Manole; 2013.

França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Santo LCE, Köhler CV, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):607-14.

Gaffney KF, Kitsantas P, Brito A, Swamidoss CS. Postpartum depression, infant feeding practices, and infant weight gain at six months of age. *J Pediatr Health Care*. 2014;28(1):43-50.

Galeazzi, MA, Domene, SMA, Schieri, R, organizadores. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde, Núcleo de Estudos em Alimentação, Universidade Estadual de Campinas; 1997. (Cadernos de Debate).

Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Pública*. 2011;27(Supl 2):305-16.

Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess*. 2005;(119):1-8.

Gemmill AW, Worotniuk T, Holt CJ, Skouteris H, Milgrom J. Maternal psychological factors and controlled child feeding practices in relation to child body mass index. *Child Obes*. 2013;9(4):326-37.

Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, Brown H, Paige DM. Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. *Pediatrics*. 1991;87(3):298-305.

Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr*. 2000;76(Supl 3):253-62.

Grieger JA, Scott J, Cobiac L. Dietary patterns and breast-feeding in Australian children. *Public Health Nutr*. 2011;14(11):1939-47.

Goulding AN, Rosenblum KL, Miller AL, Peterson KE, Chen YP, Kaciroti N, Lumeng JC. Associations between maternal depressive symptoms and child feeding practices in a cross-sectional study of low-income mothers and their young children. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:75.

Gomes LA, Torquato VS, Feitoza AR, Souza AR, Silva MAM, Pontes RJS. Identificação dos fatores de risco para depressão pós-parto: importância do diagnóstico precoce. *Rev Rene*. 2010;11(Supl):117-23.

Gross RS, Velazco NK, Briggs RD, Racine AD. Maternal depressive symptoms and child obesity in low-income urban families. *Acad Pediatr*. 2013;13(4):356-63.

Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2006;91(2-3):97-111.

Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):341-52.

Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. 2003;30(3):175-80.

Hendricks K, Briefel R, Novak T, Ziegler P. Maternal and child characteristics associated with infant and toddler feeding practices. *J Am Diet Assoc*. 2006;106(1 Suppl 1):S135-48.

Horimoto FC, Domingues JAG, Monteiro GCPL. Antidepressivos em situações especiais: gestação e lactação. In: Horimoto FC, Ayache DCG, Souza JA. *Depressão: diagnóstico e tratamento clínico*. São Paulo: Roca; 2005. p.191-202.

Huffman SL, Piwoz EG, Vosti SA, Dewey KG. Babies, soft drinks and snacks: a concern in low- and middle-income countries? *Matern Child Nutr.* 2014;10(4):562-74.

Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Matthew W. Gillman. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool aged children. *Pediatrics.* 2011;127(3):e544-51.

Hurley KM, Black MM, Papas MA, Caulfield LE. Maternal symptoms of stress, depression, and anxiety are related to nonresponsive feeding styles in a statewide sample of WIC participants. *J Nutr.* 2008 Apr;138(4):799-805.

Hurley KM, Black MM, Merry BC, Caulfield LE. Maternal mental health and infant dietary patterns in a statewide sample of Maryland WIC participants. *Matern Child Nutr.* 2015;11(2):229–39.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa nacional de saúde: 2013, ciclos de vida, Brasil e grandes regiões.* Rio de Janeiro: IBGE; 2015c.

Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Maqula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007;(153):1-186.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. The uniqueness of human milk: introduction. *Am J Clin Nutr.* 1971;24(8):968-9.

Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjö G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol.* 2002;99(2):223-28.

Klaus MH, Kennel JH, Klaus PH. *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência.* Porto Alegre: Artmed; 2000.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16(9):606-13.

Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folleto JL, Lermen NR, Wu VYJ, et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. *Rev Paul Saúde Pública*. 2000;34(2):143-8.

Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Ass Med Brasil*. 1998;44(4):319-24.

Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, LundLarsen K, Veierod MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr*. 2003;92(2):152-61.

Lau Y, Chan KS. Influence of intimate partner violence during pregnancy and early postpartum depressive symptoms on breastfeeding among Chinese women in Hong Kong. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(2):e15-20.

Lee DTS, Yip ASK, Leung TYS, Chung TKH. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J*. 2000;6(4):349-54.

LioRET S, Betoko A, Forhan A, Charles M-A, Heude B, Lauzon-Guillain B, EDEN Mother-Child Cohort Study Group. Dietary Patterns Track from Infancy to Preschool Age: Cross-Sectional and Longitudinal Perspectives. *J Nutr*. 2015 Apr;145(4):775-82.

Lobato G, Moraes CL, Reichenheim ME. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(4):369-79.

Longo-Silva G, Toloni MH, de Menezes RC, Asakura L, Oliveira MA, Taddei JA. Introdução de refrigerantes e sucos industrializados na dieta de lactentes que frequentam creches públicas. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(1):34-41.

Mallan KM, Daniels LA, Wilson JL, Jansen E, Nicholson JM. Association between maternal depressive symptoms in the early post-natal period and responsiveness in feeding at child age 2 years. *Matern Child Nutr*. 2015;11(4):926-35.

Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. *Eur J Clin Nutr*. 1994;48(Suppl 1):S45-57.

Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB, Silveira RB. Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82(4):289-94.

Matijasevich A, Murray J, Cooper PJ, Anselmi L, Barros AJD, Barros FC, Santos IS. Trajectories of maternal depression and offspring psychopathology at 6 years: 2004 Pelotas cohort study. *J Affect Disord*. 2015;174:424-31.

Mayen AL, Vidal PM, Paccaud F, Bovet P, Stringhini S. Socioeconomic determinants of dietary patterns in low- and middle-income countries: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(6):1520-31.

McConley RL, Mrug S, Gilliland MJ, Lowry R, Elliott MN, Schuster MA, Bogart LM, Franzini L, Escobar-Chaves SL, Franklin FA. Mediators of maternal depression and family structure on child BMI: parenting quality and risk factors for child overweight. *Obesity*. 2011;19(2):345-52.

McKee MD, Zayas LH, Jankowski KR. Breastfeeding intention and practice in an urban minority population: relationship to maternal depressive symptoms and mother---infant closeness. *J Reprod Infant Psychol*. 2004;22(3):167-81.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(3):279-84.

Mezzacappa ES, Endicott J. Parity mediates the association between infant feeding method and maternal depressive symptoms in the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(6):259-66.

Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J. Affect. Disord*. 2008;108(1-2):147-57.

Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*. Brasília: Ministério da Saúde; 1981.

Ministério da Saúde. Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes. Brasília: Ministério da Saúde; 1989.

Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde, Organização Panamericana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Série A, Normas e Manuais técnicos; n. 107).

Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde, Organização Panamericana da Saúde. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde. *Uso dos formulários e registro das informações no novo Sistema informatizado da Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN WEB, 2008* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado em 15 fev. 2017]. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>.

Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

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: Ministério da Saúde; 2009b. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios).

Ministério da Saúde. *ENPACS: Estratégia Nacional Para Alimentação Complementar Saudável: Caderno do Tutor* / Ministério da Saúde, Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar - IBFAN Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 108p. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Portaria n. 1.920 de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2013 6 set.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Ministério da Saúde. *Manual de implementação da Estratégia Nacional para promoção do aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema único de Saúde*: Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança – nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.

Mirkovic KR, Perrine CG, Scanlon KS. Paid maternity leave and breastfeeding outcomes. *Birth*. 2016;43(3):233–39.

Mitchell S, Brennan L, Hayes L, Miles CL. Maternal psychosocial predictors of controlling parental feeding styles and practices. *Appetite*. 2009;53(3):384-89.

Monte CM, Giugliani ER. Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(Supl 5):131-41.

Moraes MHC, Crepaldi MA. A clínica da depressão pós-parto. *Mudanças*. 2011;19(1-2):61-7.

Morrissey TW, Dagher RK. A longitudinal analysis of maternal depressive symptoms and children's food consumption and weight outcomes. *Public Health Nutr*. 2014;17(12):2759-68.

Murray L, Cooper PJ. Effects of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*. 1997;77(2):99-101.

Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005a;21(5):1519-30.

Oliveira LPM, Assis AMO, Pinheiro SM, Prado MS, Barreto ML. Alimentação complementar nos primeiros dois anos de vida. *Rev Nutr*. 2005b;18(4):459-9.

Oliveira JM, Castro IRR, Silva GB, Venâncio SI, Saldiva, SRD. Avaliação da alimentação complementar nos dois primeiros anos de vida: proposta de indicadores e de instrumento. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(2):377-394.

OPAS - Organización Panamericana de la Salud, OMS - Organización mundial de la salud. *Indicadores para evaluar las practicas de lactancia materna*. Ginebra: OPAS; 1991.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e crianças de primeira infância* [Internet]. Nova Iorque, Jundiaí: UNICEF, IBFAN Brasil; 2005 [citado 13 fev 2017]. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/documentos/ibfan/doc-286.pdf>>.

Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs*. 2004;30(2):111-9.

Osório FL, Mendes AV, Crippa JA, Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.

PAHO - Pan American Health Organization. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington: Pan American Health Organization, Division of Health Promotion and Protection, Food and Nutrition Program. Washington; 2003.

Park S, Pan L, Sherry B, Li R. The association of sugar-sweetened beverage intake during infancy with sugar-sweetened beverage intake at 6 years of age. *Pediatrics*. 2014;134(1):56-62.

Pearce J, Langley-Evans SC. The types of food introduced during complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes*. 2013;37(4):477-85.

Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J, Flieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*. 1990;86(6):774-882.

Radzniwan AR, Azimah NM, Zuhra H, Khairani O. Breast feeding practice and knowledge among mothers attending an urban Malaysian maternal and child health clinic. *Med & Health*. 2009;4(1):1-7.

Rauber F, Campagnolo PD, Hoffman DJ, Vítolo MR. Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2015;25(1):116-22.

Rea MF. A amamentação e o uso do leite humano: o que recomenda a Academia Americana de Pediatria. *J Pediatría*. 1998;74(3): 171-3.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Supl 1):37-45.

Rebhan B, Kohlhuber M, Schwegler U, Koletzko BV, Fromme H. Infant feeding practices and associated factors through the first 9 months of life in Bavaria, Germany. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009;49(4):467-73.

Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Ciênc & Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1235-44.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(4):289-95.

Saldiva SR, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Feeding habits of children aged 6 to 12 months and associated maternal factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(1):53-8.

Santos LP, Assunção MCF, Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD. Dietary intake patterns of children aged 6 years and their association with socioeconomic and demographic characteristics, early feeding practices and body mass index. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1055-67.

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. *Manual técnico do pré-natal e puerpério: atenção a gestante e a puérpera no SUS-SP*. São Paulo: SES/SP; 2010. p.192-5.

Scazufca M, Faisal-Cury A, Mogadouro M, et al. Management of Depression During Pregnancy in Primary Care in Brazil: a cluster randomised trial. *Lancet*. 2014; 384(Suppl):S21.

Schiess S, Grote V, Scaglioni S, Luque V, Martin F, Stolarczyk A, et al. Introduction of complementary feeding in 5 European countries. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;50(1):92-8.

Schmidt EB, Piccolotto NM, Müller, MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. *Psico-USF*. 2005;10(1):61-8.

Schincaglia RM, Oliveira AC de, Sousa ML de, Martins KA. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):465-74.

Schwengber DD, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*. 2003;8(3):403-11.

Seach KA, Dharmage SC, Lowe AJ, Dixon JB. Delayed introduction of solid feeding reduces child overweight and obesity at 10 years. *Int J Obes (Lond)*. 2010;34(10):1475-9.

Sertório SC, Silva IA. The symbolic and utilitarian facets of pacifiers according to mothers. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):156-62.

Sierra Manzano JM, Carro García C, Ladron Moreno E. Variables asociadas al riesgo de depresión posparto: Edinburgh postnatal depression scale. *Aten Primaria*. 2002;30(2):103-11.

Silva IA. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e alunas de graduação e pós-graduação de uma universidade pública. *Acta Scient Cienc Saúde*. 2003;25(2):215-25.

Silva LMP, Venâncio SI, Marchioni DML. Práticas de alimentação complementar no primeiro ano de vida e fatores associados. *Rev. Nutr.* 2010;23(6):983-92.

Silva FPB, Cândido MF, Lima AB, Gurgel RQ, Silva DG. Comparação do consumo alimentar de crianças de acordo com o peso ao nascer. *HU Rev.* 2012;37(3):315-23.

Silva MR, Galvão TF, Martins SS, Pereira MG. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr.* 2014;36(3):262-70.

Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LAS, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NMS, et al. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(4):356-64.

Sigulen DM, Tudisco ES. Aleitamento natural em diferentes classes de renda no município de São Paulo. *Arch Latinoam Nutr.* 1980;30(3):400-16.

Simon VGN, Souza JMP, Souza, SB. Introdução de alimentos complementares e sua relação com variáveis demográficas e socioeconômicas, em crianças no primeiro ano de vida, nascidas em Hospital Universitário no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2003;6(1):29-38.

Skinner JD, Carruth BR, Bounds W, Ziegler PJ. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc.* 2002;102:1638-47.

Tan K.L. Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in Peninsular Malaysia. *Int Breastfeeding J.* 2011;6(1):2.

Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics.* 2003;112(1):108-15.

Tengku Ismail TA, Sulaiman Z, Jalil R, Wan Muda WM, Nik Man N. Breast milk expression among formally employed women in urban and rural Malaysia: a qualitative study. *Int Breastfeeding J*. 2012;7(11):11.

Toloni MHA, Longo-Silva G, Goulart RMM, Taddei JAA. Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. *Rev Nutr*. 2011;24(1):61-70.

Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):299-303.

Vargas VS, Soares MCF. Características da alimentação complementar precoce em crianças de uma cidade no sul do Brasil. *Nutrire Rev Soc Bras Aliment Nutr*. 2012;37(3):269-80.

Venâncio SI, Escuder MM, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2002 [cited 2018 Nov 6];36(3):313-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000300009&script=sci_abstract&tlng=pt.

Venâncio SI, Escuder MM, Saldiva SR, Giugliani ER. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317-24.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1205-08.

Vianna RPT, Rea MF, Venâncio SI, Escuder MM. A prática de amamentar entre mulheres que exercem trabalho remunerado na Paraíba, Brasil: um estudo transversal. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2403-09.

Viana MC, Andrade LH. Lifetime Prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(3):249-60.

Vieira MLF, Silva JLCP, Barros Filho AA. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? *J Pediatr*. 2003;79(4):317-24.

Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachler ML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1448-57.

Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML. Depressão e suas implicações no aleitamento materno. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007;29(1):28-34.

Vitolo MR, Bortolini GA, Campagnolo PDB, Feldens CA. Effectiveness of a nutrition program in reducing symptoms of respiratory morbidity in children: a randomized field trial. *Prev Med*. 2008;47(4):384-8.

Vitolo MR, Louzada ML, Rauber F, Grechi P, Gama CM. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1695-707.

Wang L, Anderson JL, Dalton Iii WT, Wu T, Liu X, Zheng S, Liu X. Maternal depressive symptoms and the risk of overweight in their children. *Matern Child Health J*. 2013;17(5):940-8.

Wisner KL, Chambers C, Sit DK. Postpartum depression: a major public health problem. *Jama*. 2006;296(21):2616-8.

WHO - World Health Organization. *Code of marketing breastmilk substitute*. Geneva: World Health Organization; 1981.

WHO - World Health Organization, UNICEF - United Nations Children's Fund. *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services / a joint WHO/UNICEF statement*. Geneva: World Health Organization; 1989.

WHO - World Health Organization. *Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge*. Geneva: World Health Organization; 1998.

WHO - World Health Organization, Programme of Nutrition. *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. Geneva: World Health Organization; 2000.

WHO- World Health Organization, *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. Geneva: World Health Organization; 2002.

WHO - World Health Organization, Dept. of Child and Adolescent Health and Development. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA*. Geneva: World Health Organization; 2008.

WHO - World Health Organization, UNFPA - United Nations Population Fund. *Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature*. Geneva: World Health Organization; 2009.

WHO - World Health Organization. *Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition*. Sixty-Fifty World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2012.

WHO - World Health Organization. *Depression: fact sheets* [on-line]. Geneva: World Health Organization; 2017a [cited 2017 Set 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

WHO - World Health Organization. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017b.

Why 1000 days? [on-line]. Washington: 1000 Days; 2018 [citado em 09 de outubro de 2017]. Disponível em: <http://thousanddays.org/the-issue/why-1000-days/>.

Xiang N, Zadoroznyj M, Tomaszewski W, et al. Timing of return to work and breastfeeding in Australia. *Pediatrics*. 2016;137(6):e20153883.

Ximenes LB, Moura JG, Oriá MOB, Martins MC, Almeida PC, Carneiro EP. Práticas alimentares e sua relação com as intercorrências clínicas de crianças de zero a seis meses. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(2):377-85.

Ystrom E. Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:36.

Zeitlin MT, Ahmed NU. Nutritional correlates of frequency and length of breastfeeding in rural Bangladesh. *Early Hum Develop*. 1995;41(2):97-100.

APÊNDICES

Apêndice A – TCLE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE: .....

CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2. RESPONSÁVEL LEGAL

.....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : ..... SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO: ..... CIDADE: .....

CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE ***“Impacto de programa de manejo de depressão durante a gestação no pós-parto e no desenvolvimento infantil”***

PESQUISADOR Alexandre Faisal Cury

CARGO/FUNÇÃO: Médico/pesquisador. INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 51045

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva- FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X

RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐

RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA :24 meses

.....

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A senhora está sendo convidada para participar da pesquisa ***“Impacto de programa de manejo de depressão durante a gestação no pós parto e no desenvolvimento infantil”***, que tem por objetivo investigar se a participação anterior em programa de manejo da depressão durante a gravidez favorece o desenvolvimento do vínculo entre a mãe e seu bebê e o desenvolvimento da criança. A senhora está sendo convidada porque já participou do estudo “PROGRAVIDA”. Sua participação é voluntária, e caso não deseje participar, nada será alterado na maneira como vem recebendo cuidados e tratamento no sistema de saúde.

Se a senhora aceitar participar do presente estudo, a senhora será entrevistada pela pesquisadora de campo em dois momentos: quando seu bebê estiver com aproximadamente seis meses de idade e quando ele estiver com aproximadamente um ano de idade. Nessas duas ocasiões, uma pesquisadora fará perguntas sobre a saúde do bebê, seus hábitos e comportamento, bem como sobre seu relacionamento com ele e como a senhora vem lidando com a maternidade e problemas que pode estar enfrentando. Nas duas situações, seu bebê será observado e filmado pela mesma pesquisadora para avaliar como ele está se desenvolvendo. Esses procedimentos não são invasivos e não trazem qualquer risco para a senhora nem para seu bebê.

Não existe benefício direto para a senhora em sua participação no estudo. Trata-se de uma pesquisa que busca verificar se o programa de manejo de depressão proposto no projeto PROGRAVIDA, de que a senhora participou, traz algum benefício para o desenvolvimento do bebê, e somente no final do estudo poderemos concluir se houve algum benefício. Todavia, sua participação é fundamental para que isso possa ser avaliado e para que, em caso afirmativo, o programa possa ser desenvolvido de forma rotineira. Não há despesas pessoais para a senhora em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, a senhora terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Alexandre Faisal Cury, que pode ser encontrado no endereço Av Dr Arnaldo 454 – 2 andar – Sala 2172. Telefone(s) 30617076. Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br.

É garantida sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento no sistema de saúde.

As informações obtidas nesse estudo serão analisadas em conjunto com os dados de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhuma participante isoladamente, nem dados pessoais. Além disso, os dados obtidos serão usados somente para o presente estudo. Se a senhora quiser se manter atualizada sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores, pode fazer contato com o pesquisador responsável.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ***“Impacto de programa de manejo de depressão durante a gestação no pós-parto e no desenvolvimento infantil”***. Eu discuti com o Dr. **Alexandre Faisal Cury**. (ou seu representante) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento na rede pública.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

Apêndice B – Programa de Manejo da Depressão (PMD)

O Programa de Manejo da Depressão (PMD) é oferecido após a avaliação da gestante. Conta com 3 níveis de atendimento. No nível 1, todas as participantes das equipes randomizadas para oferecer o PMD receberão a visita de auxiliar de enfermagem (AE), previamente treinado, que dará início à avaliação e intervenção. O AE iniciará a intervenção com uma breve explicação da técnica de Resolução de Problemas (RP), seus fundamentos e elementos componentes. Nesta ocasião será enfatizado o reconhecimento dos sintomas da depressão e sua provável associação com problemas e dificuldades emocionais. A RP constará de 3 sessões semanais, seguidas por 3 sessões a cada 15 dias e posteriormente, sessões mensais, até a ocasião do parto. Serão oferecidas, pelo menos, mais 2 sessões após o parto, sendo que a primeira ocorrerá 2 semanas após o nascimento da criança. O AE monitorizará sintomas depressivos por meio da aplicação regular do “Patient Health Questionnaire-9” (PHQ-9). No caso da participante apresentar depressão moderada ou grave, de acordo com o escore do PHQ-9, ou piora do escore em relação à avaliação da primeira sessão, lhe será oferecida uma consulta com o médico da ESF, que avaliará a possibilidade do uso de antidepressivos (nível 2). Ela continuará recebendo as visitas do AE, neste ínterim. Caso ocorra piora do escore do PHQ-9 na avaliação feita durante as visitas domiciliares, ela poderá voltar a receber sessões mais frequentes de RP.

No nível 2, as gestantes que, segundo o escore no PHQ-9, apresentarem depressão moderada a grave (escores acima de 9) serão encaminhadas para avaliação com o médico de família, para possível início de tratamento com antidepressivo. A droga de escolha é a Fluoxetina, disponível nas unidades do PSF, que será iniciada na dose de 20 mg por dia. Após 15 dias do início do uso da medicação as gestantes serão novamente avaliadas pelo AE com o PHQ-9, e o AE poderá solicitar nova consulta com o médico ou aguardar a consulta agendada para 30 dias após o início da medicação. Na segunda consulta, o médico poderá aumentar a dose, agendar retorno ou solicitar orientação de conduta para o psiquiatra supervisor. Os critérios clínicos para esta solicitação de ajuda serão: aumento da dose para níveis não habituais, presença de efeitos colaterais, dúvidas sobre interação medicamentosa, no caso de uso de mais de uma droga ou escore de PHQ-9 maior do que 14.

No nível 3, um psiquiatra supervisor discutirá por telefone os casos que forem selecionados pelo médico. O objetivo dessa supervisão é a discussão do aumento da dose do antidepressivo ou sua substituição, associação de novos medicamentos ou necessidade de encaminhamento para serviço especializado.

Apêndice C - Questionário com histórico alimentar da criança

ALIMENTAÇÃO

(PEITO) 1- O bebê mamou no peito?

0. Não - VÁ PARA QUESTÃO 2

1. Sim - VÁ PARA QUESTÃO 3

88. Não quis qualificar

99. Não se aplica

(MOTIVONPEITO) 2- Qual foi o motivo do bebê nunca ter mamado?

1. Mãe não teve leite

2. Mãe ficou doente

3. Bebe ficou doente/internado

4. Mãe não conseguiu dar o peito (não tinha bico, rachadura)

5. Bebê não sugava/não conseguiu mamar

6. Mãe não quis dar o peito

7. Orientação médica

8. Outro

88. Não quis qualificar

99. Não se aplica

(AINDAMAMA) 3 -O bebê ainda está mamando no peito?

0. Não - VÁ PARA QUESTÃO 4

1. Sim - VÁ PARA QUESTÃO 5

88. Não quis qualificar

99. Não se aplica

(IDADEPAROU) 4- Que idade tinha o bebê quando deixou de mamar?

__ __ meses __ __ dias

(MOTIVOPAROU) 5- Qual foi o motivo do desmame?

1. Mãe não teve mais leite

2. Bebe ficou doente/ internado

3. Bebê não sugava/não conseguiu mais mamar

4. Mãe não quis mais dar o peito

5. Orientação médica

6. Mãe voltou a trabalhar

7. Mãe foi aconselhada a parar

8. Outro

88. Não quis qualificar

99. Não se aplica

(INTRODALIM) 7-Com quantos meses foi introduzido:

Água   __ meses
Chá   __ meses
Leite pó   __ meses
Leite vaca   __ meses
Papas legumes __ meses
Arroz / feijão __ meses
Carne   __ meses
Massa   __ meses
Papa de frutas __ meses
Frutas   __ meses
Bolachas   __ meses
Sucos   __ meses

Apêndice D - Questionário com dados sócio demográfico, socioeconômicos, maternos e da criança

---

DADOS GERAIS

(PART) INICIAIS DA PARTICIPANTE _____

(IDENT) NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE _____

(IDENTP_) NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTE NO PROGRAVIDA _____

(PESQ) PESQUISADOR _____

(DATA ENTR) DATA DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA ____/____/20__

DADOS DO NASCIMENTO DO BEBÊ

(IDENTBEBE) NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO BEBÊ: _____

DADOS QUE DEVEM SER PREFERENCIALMENTE RETIRADOS DA CADERNETA DO BEBÊ:

(PESO) Peso ao nascer: _____ kg

(IGEST) Idade Gestacional: _____ semanas _____ dias

(PARTO) Tipo de parto: (1) normal (2) cesáreo

DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS

(DOM) 1 - Tipo de domicílio

1. Casa
2. Apartamento
3. Cômodo (pensão, Cortiço, Etc)
4. Barraco
5. Moradora de rua
6. Albergue
- 7-Outro

(NUM DOM) 2 - Número de moradoras no domicílio: _____ pessoas

(ECIV) 3- A Sr^a. é casada ou vive com alguém atualmente?

0. Não > vá 6
1. Sim- vá para a seguinte

(TRABCOMP) 4 - Seu marido/companheiro tem emprego?

1. Emprego de tempo integral pago
2. Emprego de período parcial pago (ou bicos)
3. Desempregado (procurando trabalho)
4. Estudante

- 5. Aposentado (idade ou invalidez)
- 6. Outro (preso, etc)
- 88. Não quis informar
- 99. Não sabe informar IGN

(TRABMAE) 6 - A senhora tem emprego?

- 1. Emprego de tempo integral pago (VÁ PARA QUESTÃO 7)
- 2. Emprego de período parcial pago (diarista/bicos/autônoma) (VÁ PARA QUESTÃO seguinte e 7)
- 3. Desempregada (procurando trabalho) (VÁ PARA QUESTÃO 10)
- 4. Estudante (VÁ PARA QUESTÃO 9)
- 5. Aposentado (idade ou invalidez) (VÁ PARA QUESTÃO 10)
- 6. Dona de casa (VÁ PARA QUESTÃO 10)
- 88. Não quis informar (VÁ PARA QUESTÃO 10)

A senhora está trabalhando atualmente?

já voltou a trabalhar?

0=não

1=sim

99= IGN

(TRABMAE1) 7 - Que idade <criança> tinha quando começou a trabalhar?

___ meses ___ dias

(TRABMAE2) 8 - Quantos dias por semana a Sra. trabalha fora?

___ dias/semana

(TRABMAE3) 9 - Quantas horas por dia a Sra. fica fora de casa?

___ horas /dia

(CURSOMAE) 10 - Curso mais elevado que a senhora frequentou

- 0. Não frequentou escola / nenhum
- 1. Alfabetização de adultos
- 2. Ensino fundamental incompleto (1º grau)
- 3. Ensino fundamental completo (1º grau)
- 4. Ensino médio incompleto (2º grau)
- 5. Ensino médio completo (2º grau)
- 6. Nível técnico (SENAI, SENAC)
- 7. Superior incompleto
- 8. Superior completo
- 9. Pós graduação
- 99. não sabe informar/ IGN

11 - Renda (deixar em branco se não quiser informar)

(RENDAP) 11.1 - Qual a sua renda pessoal? ___

(RENDACOMP) 11.2 - Com quanto seu companheiro contribui?___ **(RENDAOUT)**

11.3 - Outra fonte de renda _____

(RENDAFAM) 11.4 - Renda familiar (11.1+11.2+11.3) _____

(NUMREND) 11.5 - Número de pessoas que vivem com essa renda

(RENDACAPITA) 11.6- “renda per capita” 11.4 : 11.5 ____

CHUPETA

(CHUPETA) 8- Criança chupa chupeta?

0. NÃO – vá para questão 9

1. SIM – vá para questão 11

88. Não quis qualificar

99. Não se aplica

(PAROU) 9- Já parou ou nunca chupou?

0. Nunca chupou

1. Parou (vá para questão 10)

(QDOPAROU) 10- Quando parou de usar chupeta?

____ meses ____ dias

(IDADECHUP) 11- Com qual idade a criança começou a chupar chupeta?

____ meses ____ dias