

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO**

JORGE LOPES CAVALCANTE NETO

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL CRÔNICA E INCAPACIDADE MATERNA DECORRENTE
DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: ESTUDO CASO CONTROLE**

Maceió
2011

JORGE LOPES CAVALCANTE NETO

**DESNUTRIÇÃO INFANTIL CRÔNICA E INCAPACIDADE MATERNA DECORRENTE
DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: ESTUDO CASO CONTROLE**

Dissertação submetida à Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição Humana.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

Maceió

2011

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Maria Auxiliadora G. da Cunha

- C376d Cavalcante Neto, Jorge Lopes.
Desnutrição infantil crônica e incapacidade materna decorrente de transtornos mentais comuns : estudo caso controle / Jorge Lopes Cavalcante Neto. – 2011.
65 f.
- Orientador: Cláudio Torres Miranda.
Dissertação (mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.
Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió, 2011.
- Bibliografia: f. [47]-53.
Apêndices: f. [54]-56.
Anexos: f. [57]-65.
1. Desnutrição infantil. 2. Saúde mental. 3. Incapacidade materna. I. Título.

CDU: 612.39:613.86



MESTRADO EM NUTRIÇÃO
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Campus A. C. Simões
BR 104, km 14, Tabuleiro dos Martins
Maceió-AL 57072-970
Fone/fax: 81 3214-1160

**PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE
DISSERTAÇÃO**

**“DESNUTRIÇÃO INFANTIL CRÔNICA E INCAPACIDADE
MATERNA DECORRENTE DE TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS: ESTUDO CASO CONTROLE”**

por

Jorge Lopes Cavalcante Neto

A Banca Examinadora, reunida aos vinte e sete dias do mês de abril do ano de 2011, considera o(a) candidato(a) **APROVADO(A)**.

Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Alagoas
(Orientador)

Prof^a. Dr^a. Darci Neves Santos
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia
(Examinadora)

Prof^a. Dr^a. Sandra Mary Lima Vasconcelos
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
(Examinadora)

Dedico este trabalho aos meus pais por acreditarem em mim, e proporcionarem imenso suporte durante todas as fases de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por depositar em meu caminho uma jornada de fé e paz, de confiança e luz, de segurança diante das adversidades lançadas em minha vida pessoal e profissional.

Aos meus pais, Jorge e Jacira por lutaram inconstantemente ao meu lado rumo ao alcance dos meus objetivos.

A minha irmã, Flávia pela convivência e que de todo coração faz parte dessa conquista.

Ao meu querido orientador, professor e amigo Cláudio Miranda, por ter acreditado no meu potencial, no primeiro momento “um olhar cego”, mas que me fez enxergar muito além. Meus eternos agradecimentos!

A todos os meus familiares e amigos, que de forma direta ou indireta me ajudaram estar aqui.

Aos meus irmãos e amigos, Nakano, Leandro e Janaine pela eterna jornada de companheirismo e irmandade. Amo vocês!

Aos colegas de curso do Mestrado turma 2009, em especial a amiga Najoua e a amiga Juliana, todos vocês são e serão sempre especiais.

A toda equipe do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em Maceió e da creche municipal Denisson Meneses, pela receptividade na coleta de dados e por todo apoio na pesquisa.

A todas as mães e crianças recrutadas no estudo, meu muito obrigado pela ajuda voluntária nesse meu objetivo. Sem vocês nada disso seria possível!

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL) pelos meses de concessão da bolsa de estudos de Mestrado.

Aos professores Telma Toledo e Haroldo Ferreira pelo incentivo e contribuição neste trabalho.

As professoras Darci Neves e Sandra Mary, por aceitar esse convite e por toda contribuição no trabalho de dissertação.

A todos os professores do curso de Mestrado em Nutrição Humana da UFAL, pela contribuição nessa etapa de formação acadêmica.

A todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta neste trabalho, meu muito obrigado!!!

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Leonardo Boff.

RESUMO

A provável associação existente entre a desnutrição crônica infantil e o transtorno mental comum (TMC) materno não tem uma relação causal estabelecida. Existem diversas possibilidades entre as quais uma seria que, nos casos em que a TMC esteja associada a uma redução da capacidade materna para realização de suas atividades, isto tenha repercussões no estado nutricional de seus filhos. O objetivo do estudo foi investigar a associação entre a desnutrição infantil e a incapacidade decorrente de TMC materno levando em conta a possível interação com algumas variáveis selecionadas incluindo o suporte social. Trata-se de um estudo caso-controle, que foi realizado no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em Maceió com mães de crianças desnutridas (casos) e teve como grupo controle mães de crianças eutróficas matriculadas em uma creche próxima ao CREN. Foi aplicado o *Self Report Questionnaire* (SRQ20) para o rastreamento de TMC dessas mães, além da *Sheehan Disability Scale* (SDS), para avaliar sua incapacidade decorrente do TMC e o *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey* (MOS-SSS) para avaliar o suporte social. Também foi aplicado um questionário para verificar as variáveis sócio-demográficas. A coleta de dados foi realizada após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelas participantes do estudo. Na análise estatística univariada foi utilizado o teste χ^2 para comparação entre as variáveis categóricas, com o $p < 0,05$ e OR com intervalo de confiança de 95% para verificação da associação entre desnutrição da criança e incapacidade materna e interação com variáveis selecionadas. Finalmente utilizou-se a regressão logística em que a variável dependente foi a desnutrição infantil e variáveis independentes foram incapacidade materna decorrente de TMC, suporte social e fatores sócio-demográficos. Foi aplicado o teste de *Likelihood ratio* para comparar o teste inicial e o final. A amostra final foi composta por 125 duplas mãe-criança, sendo 55 casos e 70 controles. A média de idade das mães foi de 31,7 anos ($\pm 10,05$ DP) e das crianças de 4,2 anos ($\pm 12,9$ DP), e 54,4% das crianças eram do sexo feminino. Apresentaram TMC com incapacidade associada 20 mães (58,8%) de desnutridos e 14 mães (41,2%) de eutróficos. Verificou-se a existência de provável associação entre desnutrição infantil e incapacidade associada ao TMC materno (OR = 2,28 IC: 95% 1,02 – 5,1). Além disso, observou-se na análise bivariada diferença estatisticamente significativa entre casos e controles nas variáveis: 1) ausência do marido ou companheiro da mãe no mercado de trabalho (OR = 3,18 IC: 95% 1,14 – 9,04); 2) número de residentes na casa (OR = 2,67 IC: 95% 1,17 – 6,11); 3) a presença do pai biológico na casa (OR = 3,14 IC: 95% 1,01 – 9,95). O escore de suporte social global não apresentou diferença significativa entre os grupos ($p = 0,53$). Na regressão logística, as variáveis independentes que permanecem no modelo final em relação à variável dependente desnutrição infantil foram a incapacidade associada ao TMC, o número de pessoas na casa e a presença do pai biológico na casa. Encontrou-se associação entre a desnutrição infantil e a incapacidade materna associada ao TMC na população investigada. As variáveis número de residentes no lar e a não presença do pai biológico representaram indicativos de maior risco para a desnutrição infantil, enquanto que o suporte social segue uma tendência de similaridade entre casos e controles, já que ambos pertencem a mesma comunidade de baixa renda. Estudos prospectivos são necessários para reforçar os resultados encontrados.

Palavras-chave: Incapacidade materna. Saúde mental. Desnutrição infantil. Suporte Social.

ABSTRACT

The possible association between child chronic malnutrition and maternal mental disorder (MMD) has not a causal relationship established. There are several possibilities among which one would be that in low-income families, maternal disability resulting from CMD decreases the ability to care for children. The aim of this study was to investigate the association between child malnutrition and disability resulting from maternal CMD taking into account the possible interaction with some selected variables including social support. This is a case-control study, which was held at the Center for Nutritional Recovery and Education (CREN) in Maceio with mothers of malnourished children (cases) while the control group consisted of the mothers of normal children enrolled in a daycare close to CREN. We applied the Self-Report Questionnaire - SRQ20 for tracking CMD in these mothers. In addition it was applied the Sheehan Disability Scale (SDS) to assess their disability resulting from the CMD and the Medical Outcomes Study-Social Support Questions Survey (MOS-SSS) to assess social support. Also it was administered a questionnaire about the socio-demographic variables. Data collection was performed after signing an informed consent by the study participants. For statistical analysis χ^2 test was used to compare categorical variables with $p < 0.05$ and OR with confidence interval 95% to assess the association between child malnutrition and maternal disability and interaction with selected variables. Finally, we used logistic regression where the dependent variable was child malnutrition and maternal variables were disability resulting from TMC, social support and socio-demographic factors. The final sample consisted of 125 mother-child couples, 55 cases and 70 controls. The average age of mothers was 31.7 years ($SD \pm 10.05$) and children 4.2 years ($SD \pm 12.9$) and 54.4% of children were female. Disability associated with CMD was found in 20 mothers (58.8%) of malnourished children and 14 (41.2%) of mothers of euthrofic children. It was found a probable association between malnutrition and disability associated with maternal CMD (OR = 2.28 95% CI 1.02 - 5.1). Moreover, there was a statistically significant difference between cases and controls in the variables: 1) absence of the husband or mother's partner in the labor market (OR = 3.18 95% CI 1.14 to 9.04), 2) number residents in the household (OR = 2.67 95% CI 1.17 to 6.11), 3) the presence of biological father at home OR= 3.14 95% CI 1,01 to 9,95). The overall score of social support showed no significant difference between groups ($p = 0.53$). In logistic regression, independent variables remaining in the final dependent variable in relation to child malnutrition were associated with the disability associated with maternal CMD, the number of people in the household and the presence of biological father at home. The association between malnutrition and maternal disability associated with the CMD indicates a path to be explored in the search for a causal relationship between maternal CMD and child malnutrition. Prospective studies are needed to strengthen this possibility.

Key-words: Mother disability. Mental health. Child malnutrition. Social support.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

- QUADRO 1** - Classificação do estado nutricional segundo faixas de escore Z..... 21
- TABELA 1** - Associação bivariada entre incapacidade associada o TMC materno e co-variáveis das duplas mãe-criança distribuídas pelos grupos de casos (desnutridos) e controles (eutróficos) (N=125)..... 36
- TABELA 2** - Razão de chances (OR) para o escore de incapacidade associada ao TMC materno e estado nutricional das crianças com valores ajustados e não ajustados para as variáveis selecionadas no estudo (N=125)..... 38
- TABELA 3** - Modelos iniciais e finais de regressão logística múltipla, apresentando odds ratio com intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] dos fatores associados a desnutrição infantil..... 39

LISTA DE ABREVIATURAS

A/I	Altura Para Idade
CREN	Centro De Recuperação E Educação Nutricional
DEP	Desnutrição Energético Protéica
DP	Desvio Padrão
ENDEF	Estudo Nacional Da Despesa Familiar
IBGE	Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística
IC	Intervalo De Confiança
MOSS-SSS	Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey
NCHS	National Center For Health Statistics
OAB	Ordem Dos Advogados Do Brasil
OMS	Organização Mundial De Saúde
OR	Razão De Chances
P/A	Peso Para Altura
P/I	Peso Para Idade
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
QMPA	Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto
SDS	Sheehan Disability Scale
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SRQ	Self Report Questionnaire
TMC	Transtorno Mental Comum
UNICEF	United Nations Children’s Fund
WHO	World Health Organization
WorldSAFE	World Studies of Abuse in the Family Environment

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Problematização	14
1.2	Problema	17
1.3	Hipóteses	17
1.4	Justificativa	17
1.5	Objetivos	18
1.5.1	Objetivo Geral.....	18
1.5.2	Objetivos Específicos.....	18
2	REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1	Desnutrição	20
2.1.1	Definição e Classificação.....	20
2.1.2	Fatores ambientais déficits nutricionais.....	21
2.1.3	Epidemiologia.....	22
2.2	Apego, Cuidado materno e Desnutrição infantil	23
2.3	Saúde Mental Materna, Incapacidade funcional e Desnutrição Infantil	24
2.4	Incapacidade associada a transtornos mentais	25
2.5	Suporte Social	26

3	METODOLOGIA	29
3.1	Tipo de Estudo	30
3.2	Amostragem	30
3.3	Instrumentos de aferição das variáveis	31
3.3.1	Self Report Questionnaire (SRQ).....	31
3.3.2	Sheehan Disability Scale (SDS).....	31
3.3.3	Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey.....	32
3.3.4	Questionário de variáveis sócio-demográficas.....	32
3.4	Análise Estatística	32
3.5	Aspectos Éticos	33
4	RESULTADOS	34
5	DISCUSSÃO	40
6	CONCLUSÕES	45
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	54
	ANEXOS	57

1 INTRODUÇÃO

1.1 Problematização

A desnutrição energético protéica, que tem como características déficits estaturais durante a infância, tem sido apontada como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo (De ONIS *et al.*, 2000). Dados recentes mostram que em países em desenvolvimento cerca de 19 milhões de crianças abaixo de cinco anos sofrem com o quadro de desnutrição aguda, avaliada pelo índice de peso para estatura (FABIANSEN *et al.*, 2010). Já a desnutrição crônica, avaliada pelo índice de estatura para idade parece atingir uma parcela ainda maior da população infantil nessa idade, uma vez que um terço das crianças desta faixa etária ainda é acometido pela desnutrição energético protéica (DEP) em todo mundo (FAO, 2009).

No Brasil, apesar do histórico preocupante de altas prevalências da doença, seja nos casos agudos ou crônicos, houve uma significativa redução dessas taxas (BRASIL, 2008). Lima e cols. (2010) ao compararem dados do inquérito brasileiro realizado pelo programa *Demographic Health Surveys* (DHS), em 1986, 1996 e 2006 comprovaram que a prevalência da desnutrição crônica, avaliada pelo índice de estatura para idade no país, teve uma redução de um terço de 1986 a 1996 (de 33,9% para 22,2%) e uma redução ainda maior de 1996 a 2006, passando de 22,2% para 5,9%.

Apesar de tamanha redução desse quadro crítico, ainda é possível perceber a magnitude da doença, especificamente nas regiões menos favorecidas do país. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da criança e da mulher (PNDS) de 2006 revelam que a Região Norte apresenta a maior taxa de desnutrição crônica em crianças com até cinco anos de idade (14,8%). Já a região Nordeste obteve uma prevalência de 5,7% de déficits estaturais em crianças dessa faixa etária (BRASIL, 2008).

Apesar da redução das taxas no país e também na região Nordeste, a desnutrição energético protéica ainda tem sido o foco de muitos estudos e pesquisas, uma vez que seus efeitos são marcantes em todas as fases de crescimento, levando à conseqüências nocivas a longo prazo sobre o desenvolvimento intelectual e psicológico das crianças (GRANTHAM-McGREGOR, 2002).

Diversos aspectos podem ocasionar ou contribuir para a desnutrição na criança. Além de alimentação inadequada ou falta de condições propícias para melhor aproveitamento dos alimentos consumidos, sobretudo em países pobres (MONTE, 2000; MONTEIRO, 2003) outros fatores têm sido associados aos déficits nutricionais,

merecendo destaque o comportamento materno (MIRANDA *et al.*, 1996; CARVALHAES & BENÍCIO, 2002; RAHMAN *et al.*, 2004a; SANTOS *et al.*, 2010).

Possuindo um papel fundamental para o desenvolvimento da criança, a mãe estabelece uma função indispensável no cuidado e atenção de seus filhos. Por isso, um evento que comprometa sua saúde, sobretudo eventos psicológicos, podem afetar substancialmente o crescimento e desenvolvimento de sua prole (RAHMAN *et al.*, 2008).

Esse cuidado e atenção que são realizados prioritariamente pela mãe envolvem também o fornecimento das quantidades e variedades adequadas do alimento à criança. Quando esse papel está enfraquecido, a criança se torna impedida de receber, em quantidades adequadas, os nutrientes que precisa para o seu perfeito crescimento e desenvolvimento (SOLYMO, 1997).

Estudos realizados no Brasil (MIRANDA *et al.*, 1996; CARVALHAES & BENÍCIO, 2002; SANTOS *et al.*, 2010) evidenciaram que mães de crianças com quadro de desnutrição energético-protéica (DEP) mostraram uma taxa maior de transtornos emocionais do que mães de crianças eutróficas .

Outros estudos, conduzidos em países em desenvolvimento (RAHMAN *et al.*, 2004b; BAKER-HENNINGHAM *et al.*, 2003) apontam que o risco de ficar desnutrido é cerca de duas a três vezes maior nos filhos de mães que apresentam um possível sofrimento psíquico.

Isso fez com que alguns autores preconizassem que a saúde mental materna deveria fazer parte dos programas de combate à desnutrição, uma vez que tais distúrbios poderiam comprometer a qualidade da atenção e cuidado recebido pela criança, interferindo diretamente em sua condição de saúde (CARVALHAES & BENÍCIO, 2002; PATEL *et al.*, 2004; RAHMAN *et al.* 2004b).

Os resultados apresentados nesses estudos citados anteriormente, baseiam-se em evidências produzidos por modelos explicativos da ligação existente entre saúde mental materna e desnutrição infantil.

Apesar dos fatores de risco descritos na literatura como potenciais influenciadores na associação entre saúde mental materna e desnutrição infantil, não há um consenso para um modelo causal estabelecido nessa associação. Então, a incapacidade decorrente de um transtorno mental comum (TMC) materno poderia ser um fator de risco na associação com o estado nutricional infantil, tal como sugerido por Paffer *et al.* (2010).

Tomando o conceito de incapacidade como limitações no funcionamento manifestadas em vários domínios da vida, e associadas com a presença de algum distúrbio (STEIN & KEAN, 2000), a função materna de cuidar do filho pode ser atingido de forma mais intensa quando essa mãe possui algum comprometimento em sua funcionalidade, não só para o trabalho, mas para suas relações sociais de forma geral, podendo afetar diretamente a relação mãe-cuidado-criança.

Por outro lado, a investigação de possíveis fatores de proteção ao risco psicológico materno, como o suporte social, tem ganhado espaço em estudos epidemiológicos (RAHMAN & CREED, 2007; SURKAN *et al.*, 2007).

Dessa forma, a presença de um alto apoio social pode contribuir para minimizar o comprometimento ou as incapacidades decorrentes dos possíveis transtornos mentais maternos (RAHMAN & CREED, 2007). Como a literatura relata, um baixo apoio social restringe as relações do indivíduo e o coloca em situações propícias ao desenvolvimento de transtornos (CHOR *et al.*, 2001; COSTA & LUDEMIR, 2005). No caso das mães, muitas vezes o fato de ter que trabalhar fora ou cuidar sozinha de seus filhos, não dispor de muito suporte social, propicia sintomas depressivos e limita o processo adequado de interação mãe-criança.

Esses fatores relacionados à saúde mental materna se tornam mais preocupantes, visto comprometer o crescimento esperado e desenvolvimento adequado da criança (CLAESON & WALDMAN, 2000). Assim, prever e tratar a incapacidade associada a transtornos mentais, especialmente em mães de crianças desnutridas, é fundamental para o alcance e entendimento do ajustamento no cuidado materno no qual se incluem as deficiências nutricionais.

Com essa ampliação de enfoque no combate à desnutrição infantil, intervenções no sentido de promover a saúde mental materna foram sendo adotadas, visando, não só o aspecto nutricional, mas também a melhoria do desenvolvimento neuro-psicomotor da criança (PATEL *et al.*, 2004).

Os aspectos psicossociais, incluindo-se a saúde mental materna passaram a compor as interfaces da desnutrição. Novas abordagens foram sendo utilizadas para intervir no estado nutricional de crianças em grupos de risco. Objetivando essa melhoria, Organizações não-governamentais foram criadas com a finalidade de recuperar o estado nutricional de crianças com quadro de desnutrição crônica. O Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), em Maceió foi criado com

esse fim. No local, alguns estudos foram realizados, buscando entender, dentre outros fatores, os aspectos psicossociais da desnutrição infantil.

Não só a saúde mental materna isolada despertou o interesse acadêmico como desencadeadora da desnutrição infantil. Outros fatores associados aos transtornos mentais maternos foram incluídos em estudos nesse Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em Maceió. Dentre esses, a paternidade (DO CARMO, 2009) e violência intrafamiliar (DORNELLAS, 2009) foram estudados, despertando assim novas indagações e propostas de inclusão de outros aspectos para investigação.

1.2 Problema

Considerando que a capacidade materna de cuidado é elemento essencial para um bom estado nutricional da criança e que a incapacidade materna decorrente da presença de um transtorno mental comum poderia ser um fator de risco para a desnutrição crônica infantil, teve-se como problema de pesquisa a seguinte questão: Existe associação entre a desnutrição infantil e a incapacidade *decorrente de transtorno mental comum materno*?

1.3 Hipóteses

1.3.1 Hipótese Nula

Os níveis de incapacitação associados a transtornos mentais são semelhantes em mães de crianças desnutridas e em mães de crianças eutróficas.

1.3.2 Hipótese Alternativa

Os níveis de incapacitação associados a transtornos mentais são maiores em mães de crianças desnutridas do que em mães de crianças eutróficas.

1.4 Justificativa

Fazendo parte do projeto "Impacto de uma intervenção psicossocial nas duplas mãe-criança desnutrida assistidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em Maceió, Alagoas". O presente trabalho pretende contribuir no sentido de ampliar a compreensão do papel dos fatores psicossociais relacionados a desnutrição, dando margem para utilização desse conhecimento na obtenção de

estratégias e realização de intervenções no que se refere aos déficits nutricionais e atraso do desenvolvimento infantil.

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo Geral

- Investigar a associação entre a desnutrição infantil e a incapacitação associada a transtornos mentais comuns maternos.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características sócio-demográficas e frequência de incapacidade materna nas famílias de casos e controles;
- Avaliar e comparar a incapacitação associada a transtornos mentais comuns em mães de crianças desnutridas e eutróficas de famílias de baixa renda;
- Avaliar o papel interveniente de variáveis sócio-demográficas na possível associação entre a incapacitação associada a transtornos mentais comuns maternos e a desnutrição infantil;
- Verificar e comparar o apoio social das mães de crianças desnutridas e das mães de eutróficas.

2.1. Desnutrição

2.1.1. Definição e Classificação

A desnutrição pode ser definida como sendo um conjunto de situações patológicas ocasionadas pela deficiência de proteínas e energia, em diversas proporções que afetam em sua maioria crianças e seu estado se torna agravado em decorrência de infecções repetidas (WHO, 1986). Operacionalmente a definição da desnutrição é realizada utilizando-se um ou mais índices antropométricos (KAC *et al.*, 2007).

A Organização Mundial de Saúde preconiza os seguintes índices antropométricos para a avaliação do estado nutricional de crianças: altura-idade, peso-altura e peso-idade (WHO, 1995). O índice altura por idade, indica o chamado nanismo nutricional (*stunting*), nesta situação a criança apresenta seu crescimento comprometido em longo prazo, sendo útil na avaliação da desnutrição crônica. O índice peso por altura tem a função de detectar o chamado emaciamento (*wasting*), evidenciando um comprometimento mais recente no estado nutricional, de utilidade para avaliar casos de desnutrição aguda. Já o comprometimento do peso para a idade (*underweight*) é um índice mais isolado, não tendo grande utilidade na avaliação cronológica da perda de peso (WHO, 1986). Esse último índice, por não utilizar a altura, é incapaz de identificar a temporalidade do processo da desnutrição, sendo impossível diferenciar os casos de desnutrição crônica ou aguda (FERREIRA, 2000).

Classificam-se, dessa forma, a desnutrição, de acordo com o índice antropométrico utilizado em: baixa estatura ou nanismo nutricional, emagrecimento e o baixo peso.

Considerando-se quaisquer dos indicadores utilizados, o escore Z médio da população de referência é sempre zero. Escore Z negativo indica que a criança e/ou a população estudada está abaixo do padrão de estado nutricional desejável. Se o escore Z é igual ou inferior a -3 DP, considera-se que existe desnutrição grave, e se entre 2 a -2,9 DP, desnutrição moderada, e entre -1 a 1,9 desnutrição leve, segundo rege a NCHS (FERREIRA, 2000; MONTE, 2000).

Abaixo segue um quadro com a classificação do estado nutricional segundo o padrão NCHS (BARROS & VICTORA, 1994) para as faixas de escore Z.

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional segundo faixas de escore Z.

Classificação	Escore
Eutrofia	>-1DP
Déficit leve	< -1 a -1,9 DP
Déficit moderado	<-2 a -2,9 DP
Déficit grave	< -3 DP

No presente estudo, foi usado o índice de altura para idade, para classificação do estado nutricional, de acordo com as faixas do escore Z, os quais são utilizados pelo Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN)/Maceió.

2.1.2. Fatores ambientais e déficits nutricionais

Monteiro (2003) relata como causas comumente evidenciadas na desnutrição crônica em crianças: o desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específico de vitaminas e minerais oriundos da alimentação e a incidência repetida de infecções, particularmente doenças diarreicas e parasitoses intestinais.

Dessa forma, em sua maioria, os casos de desnutrição são consequência de uma ingesta insuficiente, fome ou de doenças (MONTE, 2000). No entanto, outros fatores tem sido associados à desnutrição:

Teixeira e Heller (2004) apontaram os fatores físico-ambientais como forte indicador dos déficits nutricionais em crianças. As práticas de cuidado com a criança, além das condições maternas de vida constituem fatores psicossociais importantes na determinação da desnutrição (MIRANDA *et al.*, 1996; RAHMAN *et al.*, 2004a; HARPHAM *et al.*, 2005). O vínculo entre a mãe e filho tem sido descrito como importante fator na gênese da desnutrição (MONTE, 2000).

Além do que, a desnutrição exerce efeitos indiretos sobre o estado da saúde, sobre o desenvolvimento cognitivo e neuropsicomotor, além de alterações neurológicas, tornando as crianças desnutridas mais vulneráveis às infecções, além de apresentarem maiores seqüelas pós-doenças (HALPERN *et al.*, 2000; TEIXEIRA & HELLER, 2004).

Essas consequências durante os primeiros anos de vida da criança são marcadamente importantes, pois é nessa fase que ocorre a maioria dos processos em todas as esferas do seu desenvolvimento. O desenvolvimento cerebral acontece de forma rápida e mínimas alterações nesse processo podem ocasionar grandes sequelas

na estrutura física da criança e na sua capacidade funcional (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007).

Os efeitos a longo prazo da desnutrição podem se refletir na vida adulta, tendo dessa forma conseqüências tanto estruturais, como a baixa estatura, quanto fisiológicas, como a ocorrência de doenças do sistema cardiovascular, obesidade, hipertensão e diabetes, além de diminuir o desenvolvimento cognitivo e intelectual, refletindo nas condições de escolaridade e nível de renda, bem como nas condições de trabalho e nas relações sociais (VICTORA *et al.*, 2008).

2.1.3. Epidemiologia

Monteiro (2003) aponta que as prevalências de desnutrição infantil diferem fortemente entre as nações. Além dessas variações, são observados, diferentes contextos regionais, populacionais urbanos e rurais, e mais particularmente entre famílias residentes na mesma comunidade e entre crianças da mesma família. Essas questões são pontos importantes a serem pensados quando houver o planejamento de intervenções e programas em uma dada comunidade.

Apesar do declínio nos últimos anos dos casos de desnutrição no mundo, a doença ainda é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública, sobretudo por suas diversas causas e fatores de risco (De ONIS *et al.*, 2000).

Evidências indicam que apenas a América Latina, quando comparada com dados de todas as regiões em desenvolvimento, tem sofrido forte declínio dos casos de desnutrição desde a década de 80 (WHO, 1997). Essa região demonstrou ser a região com menores déficits nutricionais de estatura-para-idade, peso-para-idade e peso-para-estatura (KAC *et al.*, 2007). De acordo com um estudo realizado no Brasil, (MONTEIRO *et al.*, 2000) evidencia-se que essa tendência se estende também ao contexto nacional, que tem apresentado forte queda na prevalência do déficit do peso-para-idade de 18,4% (Estudo Nacional da Despesa Familiar; ENDEF – 1974/1975) para 7,2% (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição; PNSN-1989) e 5,7% (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde; PNDS-1996).

Segundo dados de um estudo realizado em Alagoas, com amostra probabilística de 1.386 crianças abaixo de cinco anos de idade, a prevalência de desnutrição crônica nesta faixa etária foi de 10,3% (FERREIRA & LUCIANO, 2010).

Estudo recente realizado na cidade de Maceió com uma amostra probabilística de 2.075 crianças entre 4 meses a 6 anos (SILVEIRA *et al.*, 2010) evidenciou uma prevalência de 8,6% para desnutrição crônica avaliada pelo índice de altura-idade em crianças da capital alagoana.

Apesar da capital alagoana apresentar a menor prevalência de déficits estaturais em crianças abaixo de cinco anos, quando comparada as demais regiões do Estado (FERREIRA & LUCIANO, 2010), Maceió ainda apresenta dados superiores aos encontrados na região Nordeste, cuja prevalência, em 2006, foi de 5,9% de déficits estaturais para crianças até 59 meses de idade (LIMA *et al.*, 2010).

2.2. Apego, Cuidado Materno e Desnutrição Infantil

A capacidade materna de cuidar adequadamente de seu filho tem sido considerada como ponto fundamental para a manutenção da condição nutricional adequada da criança (CARVALHAES & BENICIO, 2002). Como a criança necessita de muito mais atenção e cuidado, principalmente as crianças pequenas, sua alimentação precisa ser bastante orientada e acompanhada. Por a mãe estar mais próxima nessa fase da vida da criança, é ela quem prioritariamente irá possibilitar todo cuidado e orientação necessária para o crescimento e desenvolvimento típicos de sua prole.

O que também pode ser muito válido na relação mãe-criança é a disposição materna em buscar orientação sobre o preparo das refeições com conteúdo nutricional adequado e saber as necessidades diárias da criança (MONTE, 2000). Isso é mais comum quando a mãe apresenta maiores níveis de informações e maior escolaridade.

Frota e Barroso (2004) evidenciaram que o nível educacional materno é um fator de proteção importante contra a desnutrição infantil em populações de risco, uma vez que a maior escolarização materna propicia o maior acesso às diversas informações sobre a saúde geral da criança e conseqüentemente melhores práticas no cuidado infantil. Andrade e cols.(2005) em um estudo sobre a relação do cuidado materno e o desenvolvimento cognitivo da criança revelaram que o tipo de suporte fornecido pela mãe se modifica conforme o estado de pobreza em que as famílias se encontram. Além disso, referem que um ambiente familiar inadequado tende a ser um fator de risco para a criança, tanto em seu estado nutricional como em seu desenvolvimento cognitivo. Esse ambiente se caracteriza pela deficiência de atenção e de cuidado da mãe com o seu filho.

Do mesmo modo, as atividades desenvolvidas pela criança dentro de seu lar refletem seu processo de desenvolvimento. Todos os membros da família desempenham direta ou indiretamente relações de vínculo com a criança, podendo interferir positivamente ou negativamente no desenvolvimento em curso (CLAESON & WALDMAN, 2000).

Dessa forma, se a mãe ou quem cuida da criança apresenta algum problema de saúde, sobretudo quando esses problemas compreendem aspectos mentais, como sintomas depressivos, o desenvolvimento da criança poderá ser fortemente prejudicado, já que a depressão materna é apontada como desencadeadora de prejuízos do desenvolvimento infantil (BRUM & SCHERMANN, 2006).

2.3 Saúde Mental Materna, Incapacidade funcional e Desnutrição infantil

Verifica-se que a saúde mental materna é um estado de bem-estar no qual a mãe percebe suas próprias habilidades, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar produtivamente, apresentando capacidade social frente à sua comunidade (HERRMAN *et al.*, 2006). Tal conduta é fundamental para que a mãe possa perceber a capacidade que desempenha frente à criança e responder as necessidades e inquietações de seu filho.

Rahman e cols. (2008) ao analisarem o impacto da saúde mental materna sobre déficits nutricionais em crianças destacaram, a depressão como sendo o principal fator de risco para tal associação, uma vez que distúrbios depressivos apresentam as maiores prevalências quando comparados com outros tipos de transtornos mentais (EATON *et al.*, 2008), sobretudo em países menos desenvolvidos (STERWART, 2007).

Além de mães com depressão também poder prejudicar a saúde mental de suas crianças e adolescentes (BUREAU *et al.*, 2009). Os sintomas depressivos materno também são apontados como propiciadores de fortes prejuízos de ordem fisiológica em crianças (BLANDON *et al.*, 2007) e sua presença se torna mais pronunciada quando apresenta associação com fatores sociodemográficos (AKHTAR-DANESH & LANDEEN, 2007). A depressão também é uma das principais causas de incapacidade ou prejuízos funcionais em adultos (LIN *et al.*, 2000), além de apresentar relação com muitos casos de suicídio (KHAN *et al.*, 2005).

Matijasevich e cols. (2009) ao compararem mulheres brasileiras com mulheres do Reino Unido em relação à prevalência de depressão materna no primeiro e segundo ano de vida da criança, demonstraram que as mães pesquisadas no Brasil tiveram maior risco de ter depressão nesse período após o nascimento da criança do que as mães do Reino Unido, demonstrando que o risco de depressão materna após o nascimento dos filhos apresenta um potencial para a incapacitação no cuidado, e este, de acordo com o modelo defendido no presente estudo, para a desnutrição.

2.4 Incapacidade associada a Transtornos Mentais

Em termos gerais, o conceito de incapacidade está relacionado com a funcionalidade do sujeito, em termos de um ajustamento nas funções típicas de vida do indivíduo (STEIN & KEAN, 2000), e dos desdobramentos dessa funcionalidade em suas diversas relações e vida social. Nesse sentido, decorrente de problemas de saúde mental poderá ocasionar um comprometer essa funcionalidade, podendo resultar em quadros de incapacidades.

Um problema comum na caracterização das incapacidades associadas a transtornos mentais diz respeito à forma, frequência e resultados da incapacidade, já que não são bem definidos ou estudados cientificamente. Apesar da incapacidade em transtornos mentais ser uma realidade conhecida para muitos médicos, investigadores e cuidadores, sua utilização relacionada aos transtornos mentais ainda não é totalmente clara (ÜSTÜN & KENNEDY, 2009).

Em parte, essa inconsistência deve-se a diferente construção das características da incapacidade decorrente de transtornos mentais presentes nos sistemas de classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da *American Psychiatric Association* (APA). Já que as revisões atuais da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do *Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), respectivamente materiais desenvolvidos pela OMS e pela APA, causam divergências no diagnóstico dos transtornos mentais, tendo o potencial para o confundimento nas investigações internacionais e também no atendimento clínico (ÜSTÜN & KENNEDY, 2009).

Apesar de a literatura frequentemente referir a incapacidade interligada com a qualidade de vida (MOGOTSI *et al.*, 2000) e não distingui-las operacionalmente, Hambrick e cols. (2003) demonstraram que as duas são independentes e caracterizam a incapacidade como sendo um comprometimento da capacidade para cumprir responsabilidades como empregado, como membro da família ou como amigo.

Um estudo desenvolvido por Quilty e cols. (2003), para avaliar as qualidades psicométricas de escalas de avaliação de incapacidades, observam que as principais dimensões a serem enfocadas são o funcionamento no trabalho, nos relacionamentos e na atividade fora do trabalho. Com essas afirmativas percebemos que a incapacidade não está limitada ao comprometimento da funcionalidade para o trabalho, mas que abrange outras dimensões relacionais do indivíduo. E que também como demonstram Üstün & Kennedy (2009), apesar de formas graves de doenças geralmente causarem mais incapacidades, ela irá resultar de uma interação entre a pessoa e o ambiente.

Existem diversos trabalhos na literatura utilizando a avaliação da incapacidade em portadores de transtornos mentais (STEIN & KEAN, 2000; WITTCHEN *et al.*, 2000; HAMBRICK *et al.*, 2003; BRENES *et al.*, 2005; KRISHNADAS *et al.*, 2007; MERIKANGAS *et al.*, 2007; MANCEBO *et al.*, 2008; ORMEL *et al.*, 2008). Isso evidencia que prejuízos funcionais decorrentes de problemas mentais são tão importantes como os da maioria das condições crônicas de ordem física (MERIKANGAS *et al.*, 2007; KESSLER *et al.*, 2003; BUIST-BOUWMAN *et al.*, 2005).

Ormel e cols. (2008) utilizando inquéritos epidemiológicos da Organização Mundial de Saúde em 15 países tanto desenvolvidos e em desenvolvimento estabeleceram situações específicas de incapacidade associada a problemas mentais e físicos. A incapacidade esteve mais evidente nos casos de transtornos mentais do que em problemas de ordem física. Entretanto, problemas de ordem física foram mais tratados do que problemas mentais tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento.

2.5 Suporte Social

O suporte ou apoio social é um fator de grande importância nas diversas fases de desenvolvimento humano. O suporte social é visto como o fornecimento ou suporte vindo do ambiente social e também compreende um importante aspecto de troca entre o indivíduo e o universo social (PARKE, 1996). Sherbourne & Stewart (1991) definem o suporte social como o grau com que relações interpessoais atendem a determinadas necessidades.

Para tanto Chor e cols. (2001) expõem que não existe um consenso na literatura para a definição de suporte social, compreendendo o suporte emocional, material e

afetivo, além de afirmar também que o suporte social envolve importantemente um processo de troca entre o sujeito e seu meio social.

Andrade e cols. (2005) evidenciaram em um estudo sobre cuidados femininos de saúde, que as participantes que apresentaram escores mais altos para as categorias de suporte social revelaram maior preocupação com a saúde, incluindo maiores práticas de autocuidado sobre a sua saúde, revelando que o suporte social contribui para maior percepção e preocupação nesses cuidados de comportamentos de saúde.

Piccinini e cols. (2002) em um estudo sobre suporte social recebido por mães adolescentes e adultas desde a gestação até o terceiro mês de vida da criança revelaram que o suporte social recebido por elas contribui para a percepção mais positiva com a experiência materna, principalmente nas mães adolescentes.

Em outro estudo (DEJA *et al.*, 2006) realizado com doentes críticos revelou que o apoio social da família pode melhorar as competências para enfrentar experiências traumáticas nesses pacientes. O estudo demonstrou que o apoio social trouxe benefícios na saúde mental deles, contribuindo na melhoria da funcionalidade dessas pessoas.

Podemos entender melhor esses resultados com as informações relatadas por Olstad e cols. (1999) que evidenciam a associação entre saúde mental e suporte social por meio de duas teorias: a primeira colocando o suporte social como influenciador direto da saúde mental; e a segunda em que o suporte social seria um mediador do estresse, nesse caso indivíduos que contassem com forte apoio social reagiriam melhor frente a situações estressantes. Assim, percebemos que o suporte social funciona como um fator de proteção para os transtornos mentais comuns.

Foi demonstrado que o suporte social apresenta relativa importância em muitos aspectos de saúde e de vida. No entanto, para este estudo o suporte social foi avaliado através de um questionário específico, tal instrumento que foi traduzido e validado no Brasil (CHOR *et al.*, 2001; GRIEP *et al.*, 2005). Esse instrumento foi desenvolvido através de um grande estudo de tradução e validação de um questionário do *Medical Outcomes Study* para verificação de rede de apoio e suporte social.

Diversos estudos têm colocado o tema da desnutrição como um dos maiores problemas de saúde pública mundial. No entanto, continua-se a evidenciar que as tentativas para o combate da mesma ainda são falhas. Dessa forma, faz-se necessário investir em programas cada vez mais abrangentes e multisetoriais de saúde pública, não só para o combate da desnutrição, mas, sobretudo para a prevenção da doença,

prevenção essa que deve ser feita com educação adequada dos meios e métodos alimentares, que não só dependem de um único indivíduo, mas de grupos sociais e também de ações governamentais visando reformular estratégias ultrapassadas.

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo caso-controle, realizado no período de setembro de 2009 a abril de 2010. A pesquisa foi realizada no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em Maceió. O CREN é uma Organização não-governamental (ONG) que atende em regime de semi-internato cerca de 70 crianças na faixa etária de 12 a 70 meses que apresentam o quadro de desnutrição crônica, avaliado pelo índice de altura-idade. Além do CREN, a pesquisa também foi realizada em uma creche municipal localizada próxima ao Centro com crianças consideradas eutróficas que foram usadas como grupo controle do estudo. Ambas as instituições estão localizadas no bairro da Cidade Universitária, pertencente a sétima região administrativa da cidade de Maceió.

3.2 Amostragem

Fizeram parte dos casos, crianças com idade entre 12 e 60 meses com diagnóstico nutricional de desnutrição crônica moderada ou grave (A/I) classificadas pelo escore $Z < -2$, assistidas em regime de semi-internato no CREN. Fizeram parte dos controles, crianças eutróficas (escore $Z > -1$ e < 1) de 12 a 60 meses, de uma creche vizinha ao CREN. Contudo, no grupo controle, foram excluídas crianças que possuíam enfermidades graves que comprometia o estado nutricional, bem como crianças que possuía irmão com desnutrição na família.

As avaliações referentes ao estado nutricional das crianças foram realizadas pela equipe de nutricionistas do CREN, em Maceió. Essas informações foram fornecidas através do banco de dados disponível na Instituição. A avaliação antropométrica das crianças locadas como grupo controle foi realizada por um grupo de 4 avaliadores treinados da área de Educação Física, que realizaram as medidas na creche utilizando-se para verificação do peso corporal uma balança digital e para a medida de estatura das crianças um estadiômetro portátil.

Para o cálculo da amostra, considerou-se a incapacidade como fator de risco, tendo um risco alfa de 5% e risco beta de 20% e considerando que a prevalência de incapacitação em mães de desnutridos é 3x maior do que mães de eutróficos, nesse caso seriam necessários 72 casos e 72 controles. Considerando uma porcentagem de 10% a mais na amostra, devido à margem de erro e possíveis perdas do estudo, seriam necessários então 80 casos e 80 controles para a pesquisa.

3.3 Instrumentos de aferição das variáveis

3.3.1 Self Report Questionnaire (SRQ)

O SRQ é um questionário de identificação de distúrbios psiquiátricos em nível de atenção primária, em seu formato original o SRQ possui 24 questões e foi desenvolvido por Harding *et al.* (1980) e no Brasil foi validado por Mari & Willians (1986). A Organização Mundial de Saúde publicou em 1994 um guia sobre o SRQ e usualmente utiliza-se a versão desenvolvida pela Organização (WHO, 1994). Esse questionário consiste de 20 questões fechadas, com duas alternativas (sim ou não). Para obter uma avaliação de possível caso com transtorno emocional a pessoa avaliada deve responder 7 ou mais respostas positivas (ponto de corte ≥ 7), sendo assim classificado como possível caso de transtorno emocional (WHO, 1994). Esse instrumento, já validado, foi previamente testado pelos pesquisadores antes da aplicação formal com a amostra do estudo.

3.3.2 Sheehan Disability Scale (SDS)

Essa escala tem como proposta avaliar o comprometimento funcional possivelmente apresentado pelo grupo a ser pesquisado. É uma escala simples, amplamente usada não só na área psiquiátrica, mas também em muitas doenças crônicas. Ela é constituída por 3 itens, variando com notas de 0-10 de acordo com a opinião do paciente. O prejuízo funcional é avaliado em três áreas: ocupacional; vida social e vida familiar (SHEEHAN, 1983). A incapacitação pode ser evidenciada pelo comprometimento do paciente e também pelo seu desempenho nas relações sociais.

Estudos tem evidenciado que a SDS apresenta uma boa consistência interna (LEON *et al.*, 1997; HAMBRICK *et al.*, 2004; MORAIS *et al.*, 2007). Sendo uma ferramenta sensível para a identificação do comprometimento funcional em pacientes na atenção primária (LEON *et al.*, 1997). Boas qualidades psicométricas foram evidenciadas em um estudo desenvolvido no Brasil (ABUMUSSE, 2009). Com isso a *Sheehan Disability Scale* (SDS) têm sido muito aplicada em diversos estudos.

Esta escala foi previamente testada pelos pesquisadores antes da aplicação com a população do estudo. No presente trabalho, foi considerado como ponto de corte, qualquer valor maior que zero, para a classificação de caso positivo para o escore de incapacidade associada ao TMC nos grupos investigados.

3.3.3 Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)

Esse questionário foi criado por Sherbourne & Stewart em 1985, sendo considerado um instrumento rápido e de fácil compreensão, além de ser multidimensional (SHERBOURNE & STEWART, 1991). Foi traduzido e validado no Brasil em um grande estudo de coorte (CHOR, *et al.*, 2001). Apresenta 19 questões, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social. Apresenta cinco formas diferentes de respostas para as perguntas: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre. Assim como os demais instrumentos, o MOS-SSS foi previamente testado com a população deste estudo. Utilizou-se como ponto de corte o valor de 52 pontos para o somatório das dimensões contidas no questionário. Dessa forma, considerou-se baixo apoio social o valor menor ou igual a 52 pontos, e como alto apoio social valores acima de 52 pontos.

3.3.4 Questionário de variáveis sócio-demográficas

Também foram coletados dados referentes às variáveis demográficas e sócio-econômicas, dentre essas a idade e escolaridade materna, renda familiar, número de filhos, atividade laboral, dentre outras. Esses dados foram coletados através da aplicação do questionário *World Studies of Abuses in Family Environments* (WorldSAFE), especificamente as sessões H e J, em sua versão brasileira desenvolvida por Bordin & De Paula (1999). O instrumento enfatiza também o poder econômico dos sujeitos, através do quadro da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP), que em conjunto com a escolaridade do chefe da casa, permite classificar a classe social das famílias.

3.4 Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0. Na análise bivariada, utilizou-se o teste de qui-quadrado. Foi calculada a razão de chances (*odds ratio* - OR) com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Na análise de regressão, as variáveis independentes de interesse para o estudo foram forçadas a entrar nos modelos iniciais de regressão logística, desde que não apresentassem colinearidade com as demais.

A análise de regressão logística partiu dos modelos iniciais com todos os fatores potencialmente associados à desnutrição infantil. Foram testadas todas as interações

possíveis em ambos os modelos iniciais e aquelas com nível de significância $p < 0,08$ foram mantidas nesses modelos.

A análise prosseguiu com modelos cada vez mais reduzidos (*backward stepwise logistic regression*). Em cada modelo, era identificada a variável independente com o maior valor de p (nível de significância estatística) e esta era retirada para obter-se o modelo seguinte. Os modelos reduzidos finais foram aqueles em que a retirada de qualquer variável não era mais possível, pois implicava em alteração significativa dos coeficientes β e OR das variáveis independentes remanescentes naqueles modelos. O teste de *likelihood ratio* foi aplicado para comparar o modelo inicial com o final, sendo considerados modelos equivalentes quando o teste não era significativo, ou seja, a diferença entre os valores do teste para os dois modelos tenha sido menor do que 15%.

3.5 Aspectos Éticos

Foi garantida aos participantes do estudo a presença voluntária no mesmo. As mães do grupo de casos e do grupo controle responderam aos instrumentos somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E). Uma vez que a participante não sabia ler, foi feita a leitura do documento pelo pesquisador de forma mais clara possível, facilitando assim sua compreensão. O presente projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CEP-UFAL) com parecer nº 012090/2009-79.

Participaram deste estudo 125 duplas de mãe-criança, sendo 55 casos (desnutridos) e 70 controles (eutróficos). A média de idade das mães foi de 31,7 anos ($\pm 10,05$ DP), já a idade média das crianças foi de 4,2 anos ($\pm 12,9$ DP). Quanto ao gênero 54,4% das crianças era do sexo feminino.

A tabela 1 evidencia que entre as portadoras de TMC, a incapacidade associada medida pelo SDS ocorreu em 58,8% das mães de desnutridos enquanto que nas mães de eutróficos essa percentagem foi de 41,2%, (OR=2,28; IC: 95%= 1,02 – 5,1).

Quanto ao suporte social, os resultados mostram que as mães de eutróficos apresentaram um percentual maior de alto apoio social (57,3%), em comparação às mães de desnutridos (42,7%). Contudo tal variável não apresentou associação estatística com o estado nutricional da criança (OR=1,3; IC: 95%= 0,53 – 3,37).

Chama a atenção que existe um percentual maior de mães de desnutridos com maridos ou companheiros fora do mercado de trabalho (49,1%), em comparação às mães de eutróficos (30%) (OR=3,18; IC: 95%= 1,14 – 9,04).

A variável número de residentes no lar apresentou um percentual maior de famílias de eutróficos com menor número de sujeitos convivendo sob o mesmo teto (70%), em comparação às famílias de desnutridos (30%) (OR=2,67; IC: 95%= 1,17-6,11).

O grupo de eutróficos apresentou um maior percentual de seus respectivos pais biológicos convivendo no lar (70%), em comparação aos desnutridos (52,7%) (OR= 3,14; IC: 95%= 1,01 – 9,95).

TABELA 1 – Associação bivariada entre incapacidade associada ao TMC materno e co-variáveis das duplas mãe-criança distribuídas pelos grupos de casos (desnutridos) e controles (eutróficos) (N=125).

Variáveis	Desnutridos (N=55)		Eutróficos (N=70)		OR (IC 95%)	Valor de p*
	n	%	n	%		
PRINCIPAL FATOR DE RISCO						
Incapacidade materna associada ao TMC						
Positivo	20	(58,8)	14	(41,2)	2,28 (1,02 – 5,1)	0,04
Negativo	35	(38,5)	56	(61,5)		
CO-VARIÁVEIS						
Suporte Social Global						
Alto	44	(42,7)	59	(57,3)	1,3 (0,53 – 3,37)	0,53
Baixo	11	(50,0)	11	(50,0)		
Idade das crianças						
≤36 meses	16	(66,7)	08	(33,3)	3,18 (1,14 - 9,04)	0,02
>36 meses	39	(38,6)	62	(61,4)		
Idade das mães						
≤29 anos	25	(43,1)	33	(56,9)	0,93 (0,43 – 2,02)	0,86
>29 anos	30	(44,8)	37	(55,2)		
Mãe no mercado de trabalho						
Trabalha	18	(56,3)	14	(43,8)	1,95 (0,80 – 4,75)	0,15
Não trabalha	37	(39,8)	56	(60,2)		
Marido/Companheiro no mercado de trabalho						
Trabalha	28	(36,4)	49	(63,6)	3,18 (1,14- 9,04)	0,04
Não trabalha	27	(56,3)	21	(43,8)		
Número de cômodos						
≤ 3 cômodos	24	(44,4)	30	(55,6)	1,03 (0,48 – 2,24)	0,93
>3 cômodos	31	(43,7)	40	(56,3)		
Número de residentes no lar						
≤ 4 pessoas	15	(30)	35	(70)	2,67 (1,17- 6,11)	0,01
>4 pessoas	40	(53,3)	35	(46,7)		
Escolaridade da mãe						
< 4 anos de estudo	35	(46,7)	40	(53,3)	1,31 (0,60 – 2,89)	0,58
≥ 4 anos de estudo	20	(40)	30	(60)		
Número de filhos						
< 2 filhos	32	(51,6)	30	(48,4)	1,86 (0,83 – 4,04)	0,10
≥ 2 filhos	23	(36,5)	40	(63,5)		
Presença do pai biológico da criança no lar**						
Sim	29	(37,2)	49	(62,8)	3,14 (1,01 – 9,95)	0,047
Não	13	(65)	07	(35)		
Classe social						
C+D	47	(42,3)	64	(57,7)	0,55 (0,16 – 1,90)	0,44
E	08	(57,1)	06	(42,9)		

*Nível de significância utilizado foi $p < 0,05$ com a utilização do qui-quadrado.

** Dado não avaliado na amostra total ($n = 98$; 42 casos e 56 controles).

A tabela 2 mostra a razão de chance (OR) para o escore de incapacidade associado ao TMC materno e estado nutricional da criança estratificado por variáveis sócio-demográficas selecionadas e seus correspondentes valores ajustados.

A partir das descrições da tabela, evidencia-se que dentre as variáveis consideradas, apenas as variáveis: participação do marido ou companheiro no mercado de trabalho e número de residentes no lar não apresentaram interação.

TABELA 2 – Razão de chance (OR) para o escore de incapacidade associada ao TMC materno e estado nutricional das crianças, com valores ajustados e não ajustados para as variáveis sócio-demográficas selecionadas no estudo (N= 125).

		Incapacidade associada ao TMC		
		OR	(IC= 95%)	Valor de p*
Não ajustado		2,28	(1,02 – 5,1)	0,04
Escolaridade materna (anos de estudo)	< 4 anos	2,0	(0,73 – 5,9)	
	≥ 4 anos	2,6	(0,75 – 9,4)	
Ajustado		2,3	(1,02 – 5,1)	0,04
Idade materna	≤29 anos	3,73	(1,07 – 12,9)	
	>29 anos	1,55	(0,53 – 4,52)	
Ajustado		2,26	(1,01 – 5,03)	0,04
Mãe no mercado de trabalho	Trabalha	1,66	(0,07 – 37,2)	
	Não trabalha	2,84	(1,03 – 7,83)	
Ajustado		2,43	(1,06 – 5,58)	0,03
Marido/Companheiro no mercado de trabalho	Trabalha	2,84	(0,92 – 8,76)	
	Não trabalha	1,37	(0,42 – 4,51)	
Ajustado		1,99	(0,88 – 4,52)	0,09
Número de cômodos	≤ 3 cômodos	2,5	(0,69 – 9,0)	
	>3 cômodos	2,17	(0,77 – 6,12)	
Ajustado		2,3	(1,03 – 5,14)	0,04
Número de residentes no lar	≤ 4 pessoas	2,4	(0,84 – 6,83)	
	>4 pessoas	2,0	(0,51 – 7,76)	
Ajustado		2,25	(0,98 – 5,14)	0,055
Classe social	C+D	2,2	(0,94 – 5,2)	
	E	3,0	(0,22 -39,6)	
Ajustado		2,29	(1,02 – 5,1)	0,04
Número de filhos	≥ 2 filhos	3,4	(1,0 – 11,2)	
	< 2 filhos	1,5	(0,47 – 4,7)	
Ajustado		2,27	(1,02 – 5,1)	0,04
Presença do pai biológico no lar	Sim	1,42	(0,38 – 5,24)	
	Não	3,14	(1,11 – 8,82)	
Ajustado		2,29	(1,02 – 5,14)	0,04

*Nível de significância utilizado foi $p < 0,05$ com a utilização do teste Mantel-Haenszel (χ^2 de interação)

A tabela 3 evidencia que na regressão logística, as variáveis independentes que permanecem no modelo final em relação à variável dependente desnutrição infantil são a incapacidade associada ao TMC, o número de residentes no lar e a presença do pai biológico na casa.

TABELA 3 – Modelos inicial e final de regressão logística múltipla, apresentando *odds ratio* com intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] dos fatores associados a desnutrição infantil (N=125).

Fatores associados likelihood	β	OR (IC 95%)	<i>p</i>	-2log
Modelo inicial				154,747
Incapacidade associada ao TMC materno	0,835	2,305 (0,927 – 5,731)	0,072	
Presença do pai biológico no lar	0,523	1,688 (0,598 – 4,764)	0,323	
Número de residentes no lar	-0,244	0,783 (0,635 – 0,965)	0,022	
Participação do M/C no mercado de trabalho	0,511	1,667 (0,685 – 4,061)	0,260	
Modelo Final				155, 639
Incapacidade associada ao TMC materno	0,895	2,446 (1,059 – 5,649)	0,036	
Presença do pai biológico no lar	0,740	2,097 (0,958 – 4,589)	0,064	
Número de residentes no lar	-0,251	0,778 (0,631 – 0,959)	0,018	

Foi encontrada associação entre a incapacidade associada ao TMC materno e a desnutrição infantil, confirmando a hipótese inicial do estudo. A presença de incapacidade materna associada ao TMC foi superior no grupo de desnutridos (58,8%), em comparação aos eutróficos (41,2%), tendo associação positiva com a desnutrição infantil (OR= 2,28; IC: 95%= 1,02 - 5,1).

Neste estudo, a presença de alto suporte social foi maior entre os eutróficos (53,7%), em comparação aos desnutridos (42,7%). Contudo não houve associação com o estado nutricional da criança (OR= 1,3; IC: 95%= 0,53 – 3,37).

Analisando as possíveis relações de outras variáveis na associação entre desnutrição infantil e incapacidade associada ao TMC materno, observaram-se interações com escolaridade e idade materna, com a participação desta no mercado de trabalho, número de cômodos no domicílio, classe social, número de filhos e presença do pai biológico no lar.

Contudo, estas interações não interferem substancialmente na associação entre desnutrição e incapacidade secundária ao TMC, uma vez que as mudanças observadas após ajuste não foram significantes.

Ormel *et al.* (2008) utilizaram o SDS para avaliar a incapacidade associada a diferentes diagnósticos psiquiátricos em estudos epidemiológicos de base populacional. Embora o SDS seja usado para avaliar incapacidade associada a transtornos específicos, supõe-se que ele também possa ser utilizado para TMC detectados pelo SRQ-20. Autores como Kessler *et al.* (2006), em estudos epidemiológicos, estudaram a incapacidade associada a transtornos mentais como o transtorno bipolar através de instrumentos que medem, por exemplo, dias de trabalho perdidos.

Wittchen *et al.* (2000) e Kessler *et al.* (2003) referem que a presença de um provável TMC pode estar associada a uma incapacidade. No presente estudo, isso foi avaliado através de um escore positivo do SDS nas mães com SRQ-20>7.

O estudo de Kessler *et al.* (2006), acima citado, utilizando o SDS para medir a incapacidade em portadores de transtornos mentais, demonstrou a utilidade deste instrumento também em estudos epidemiológicos e não apenas em estudos clínicos.

Com relação a presença de incapacidade associada a transtornos mentais, Rahman e Creed (2007) em estudo prospectivo realizado no Paquistão, em mães com depressão pré-natal e puerperal, observaram que as que tinham maior duração da depressão apresentavam escores maiores de incapacidade associada avaliada através do “*Brief Disability Questionnaire*”. Assim como descrito por Lin *et al.* (2000), quando o

transtorno mental é persistente, o risco de apresentar incapacidade se torna maior. Como o presente estudo não permite medir a duração do TMC, não é possível verificar a sua influência na incapacidade associada.

Os estudos acima referidos não investigaram consequências desta incapacidade como é sugerido no presente trabalho em que se supõe que a mesma seja um fator de risco para a desnutrição infantil. Paffer *et al.* (2010), sugerem esta associação ao aventar a possibilidade de que a maior intensidade da associação entre a desnutrição infantil e o TMC materno em amostras institucionais quando comparadas à amostras populacionais seja devido a que as primeiras tem uma maior incapacidade associada do que as segundas.

Devido a não detecção de estudos investigando a associação buscada no presente trabalho, optou-se por descrever estudos importantes que seguem a tendência dessa associação, ou seja, que consideram a presença de TMC materno associado com a desnutrição infantil.

No estudo de Rahman *et al.* (2004b), realizado em uma clínica de imunização no Paquistão, foi encontrado um OR=3,9 (IC: 95%= 1,9-7,8) para a associação da saúde mental materna com a desnutrição infantil, através do SRQ-20 para rastreamento de TMC. Um estudo do tipo caso-controle realizado no Embú, na região metropolitana de São Paulo, Brasil (MIRANDA *et al.*, 1996), utilizando o Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA) para rastreamento da saúde mental materna, encontrou associação positiva entre o TMC materno e o estado nutricional da criança (OR=2,8; IC:95%=1,2-6,9). Santos *et al.* (2010) em um estudo caso-controle realizado em Salvador, na região Nordeste do Brasil também encontrou associação entre a saúde mental materna e desnutrição infantil (OR= 2,1; IC: 95%= 1,23–3,58) com a utilização do SRQ-20 para o rastreamento de TMC.

Mesmo sem considerar o estado nutricional infantil, Rahman e Creed (2007), acima citado, em um estudo prospectivo realizado no Paquistão, apontam em seus resultados diminuição significativa da incapacidade materna em um grupo de mães com maior suporte social.

Considerando o estado nutricional da criança, neste estudo, casos e controles não diferiram significativamente para a variável de suporte social global, contrastando com os resultados obtidos por Rahman e Creed (2007). Por outro lado, os achados do presente estudo estão em concordância com os do estudo de Baker-Henningham *et al.* (2003), realizado na Jamaica, Carvalhaes *et al.* (2005) realizado em Botucatu, em São

Paulo, e o estudo de Surkan *et al.* (2007) realizado no Piauí, região Nordeste do Brasil, os quais também não encontraram associação entre o suporte social materno e a desnutrição infantil. Com isso, os achados do presente estudo indicam que as famílias de casos e controles dispõem de formas similares de suporte social na comunidade que residem.

Analogamente aos resultados deste estudo, se considerarmos o TMC ao invés da incapacidade associada a ele, também foram encontradas na literatura interações de algumas variáveis sócio-demográficas, como descrito nos trabalhos de Miranda *et al.* (1996), Carvalhaes e Benício (2002), Baker-Henningham *et al.* (2003) e Santos *et al.* (2010), que encontraram interação da escolaridade materna, da situação laboral materna, da idade materna, da renda familiar e do número de filhos na associação entre TMC materno e desnutrição infantil.

Analisando as interações encontradas neste estudo, o mais importante na associação da incapacidade associada ao TMC com a desnutrição foi o número de residentes no lar e a presença do pai biológico, que se mantiveram associados mesmo após análise de regressão logística.

Um estudo desenvolvido no Brasil por Guimarães *et al.* (1999) apontou que seis ou mais pessoas residindo no mesmo lar representa um fator de risco para déficit estatural em crianças. Considerando a interação da variável número de residentes no lar na associação do TMC materno e desnutrição infantil, Harpham *et al.* (2005) em estudo comparativo realizado em quatro países em desenvolvimento (Etiópia, Índia, Peru e Vietnã) evidenciaram que a Etiópia foi o único país, dentre os quatro, que não apresentou dados evidenciando essa interação. No presente estudo, a interação da variável número de residentes no lar foi verificada na associação da incapacidade associada ao TMC materno e desnutrição infantil. Tais achados indicam que um número maior de pessoas convivendo sob o mesmo teto pode refletir negativamente no cuidado com a criança.

A presença do pai biológico apresentou significância estatística na análise bivariada (OR= 3,14; IC: 95%= 1,01 – 9,95) permanecendo significativa no modelo final da regressão logística. Este achado está em concordância com os resultados de Baker-Henningham *et al.* (2003) e Carvalhaes *et al.* (2005), que encontraram forte associação para o risco de desnutrição infantil e a ausência do pai biológico no lar, porém considerando o TMC materno e não a incapacidade associada a ele. Apontamentos

estes que colocam em evidência a função protetora ou de auxílio paterno frente as funções domiciliares e de cuidado com a criança desempenhadas pela mãe.

Partindo da problemática apresentada neste estudo, a capacidade materna de cuidar adequadamente de seu filho parece ser diminuída pela presença de incapacidade associada ao TMC, tendo ainda a presença de fatores sócio-demográficos como fatores que interagem nessa associação. Torna-se difícil discutir com maior profundidade a associação da incapacidade associada ao TMC materno e desnutrição infantil em decorrência do pequeno número de referências abordando o tema.

Os resultados encontrados podem contribuir para fundamentar um argumento a favor de que a incapacidade materna secundária ao TMC seja um fator de risco para desnutrição infantil. Dessa forma, seria importante adicioná-la nas considerações do significativo declínio da doença no Brasil.

Comparando dados de 1996 a 2006, o declínio da desnutrição crônica infantil foi devido a diminuição da importância dos fatores de risco, mencionados neste trabalho, como a melhoria da escolaridade materna, saneamento, condições de moradia, maior acesso aos serviços de saúde, e, sobretudo a melhoria do poder aquisitivo da população brasileira nesses últimos dez anos (LIMA *et al.*, 2010). Esta associação se confirmada por novos estudos poderá ser utilizada no aperfeiçoamento da metodologia de combate à desnutrição nas áreas em que ainda tenham prevalência significativa.

Por se tratar de um estudo do tipo caso-controle, partiu-se de uma coleta de dados retrospectiva, não podendo afirmar, nesse sentido, que os possíveis quadros de TMC acompanham as mães desde o nascimento de seus filhos, ou dentro de outra perspectiva, que a desnutrição da criança é consequência direta do estado mental das mães.

Dentre outras limitações do estudo, pode-se citar a idade das crianças recrutadas, uma vez que os controles foram mais velhos do que os casos. Apesar de tal limitação, fica claro que as mães dos dois grupos tinham idades semelhantes, e que apesar da diferença etária das crianças, considera-se que os resultados apresentados não foram comprometidos por tal fato.

Outra limitação do estudo foi o ponto de corte utilizado no instrumento SDS para a classificação da incapacidade associada ao TMC, já que qualquer valor acima de zero no somatório das três categorias do SDS, permitiu a classificação como positivo para a presença da incapacidade associada ao TMC.

Os achados deste estudo mostram resultados importantes no que diz respeito aos objetivos propostos sobre a relação existente entre o comportamento materno e o estado nutricional infantil, sugerindo que a incapacidade associada ao TMC materno está associada à desnutrição infantil.

As variáveis número de residentes e presença do pai biológico no lar parecem representar fatores de risco importantes no entendimento do cuidado materno e a desnutrição infantil. Por outro lado, o suporte social foi similar entre as famílias de casos e controles, não representando neste estudo um fator de proteção para a desnutrição infantil.

Sugere-se a realização de estudos prospectivos para verificar se a incapacidade associada ao TMC materno é um fator de risco para a desnutrição infantil. Caso isto seja demonstrado, poderá ser útil incluir a variável incapacidade associada ao TMC materno nas estratégias de intervenção psicossocial da desnutrição infantil.

O presente estudo vem se somar aos demais dessa natureza disponíveis na literatura, demonstrando o quanto é fundamental uma mudança de enfoque ainda maior na avaliação do estado de saúde mental de populações em situação de risco, favorecendo assim, um tratamento específico e uma assistência adequada para mães e suas proles.

REFERÊNCIAS

1. De Onis M, Frongillo EA, Blossner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bull World Health Organ.* 2000; 78:1222-33.
2. Fabiansen C. et al. Severe acute malnutrition in children. *Ugeskr Laeger.* 2010; 27;172(39):2671-4.
3. FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y La Alimentación). Mapa de la desnutrición: un proceso en curso. Santiago: La Organización; 2009.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – Relatório. Brasília, DF. 2008. 583p.
5. Lima ALL de. et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Rev Saúde Pública*, v. 44, n.1, p.17-27, 2010.
6. Grantham-McGregor S. Linear growth retardation and cognition. *Lancet.* 2002; 359:542.
7. Grantham-Mcgregor S. et al. International Child Development Steering Group: developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet.* 2007; 369: 60-70.
8. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. *J. pediatr.* 2000; 76 (3): S285 – S297.
9. Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Estudos Avançados.* 2003; 17 (48).
10. Miranda CT. et al. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology.* 1996; 25 (1): 128-133.
11. Carvalhaes MA de BL & Benício MHD'A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(2):188-97.
12. Carvalhaes MA. et al. Social support and infant malnutrition: a case–control study in an urban area of Southeastern Brazil. *British Journal of Nutrition.* 2005; 94: 383–389.
13. Rahman A. et al. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness: A Cohort study. *Archives General Psychiatry.* 2004a; 61(9): 946-952.
14. _____, Patel V, Maselko J & Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes – why mental health of mothers is important for child nutrition. *Tropical Medicine and International Health.* 2008; 13(4): 579–583.
15. _____ et al. Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care, Health & Development.* 2004b; 30: 21-27.

16. _____, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord.* 2007; 100(1-3): 115–121.
17. Santos DS. et al. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control study. *Soc Psychiat Epidemiol.* 2010.
18. Solymos GMB. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. *Psychiatry On-line Brazil Current Issues.* 1997 (2) 12.
19. Baker-Henningham H, Powell C, Walker S, Grantham-McGregor S. Mothers of undernourished Jamaican children have poorer psychosocial functioning and this is associated with the stimulation provided in home. *Eur J Clin Nutr.* 2003; 57 (6): 786 – 92.
20. Patel V. et al. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ.* 2004; 328: 820-823.
21. Paffer AT. et al. Association between child malnutrition and maternal common mental disorders: the potential role of disability. *J Epidemiol Community Health.* 2010.
22. Stein MB, Kean YM. Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *Am J Psychiatry.* 2000; 157(10): 1606-13.
23. Surkan PJ, et al. Maternal social and psychological conditions and physical growth in low-income children in Piauí, Northeast Brazil. *Social Science & Medicine.* 2007; 64: 375–388.
24. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:887-96.
25. Costa AG & Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(1):73-79.
26. Claeson M, Waldman RJ. The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people. *Bull World Health Organ.* 2000; 78: 1234-1245.
27. Do Carmo BM. *Paternidade e desnutrição infantil: um estudo caso-controle.* Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. Universidade Federal de Alagoas, 2009.
28. Da Silva ACD. *Associação entre violência intrafamiliar e desnutrição infantil: estudo caso-controle.* Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Alagoas, 2009.

29. World Health Organization. Use and interpretation of antropometrics indicators of nutricional status. Bulletin of the World Health Organization 1986; 64: 929-41.
30. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization; 1995.
31. World Health Organization (WHO). *A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ)*. WHO/MNH/PSF/94.8. Division of mental health, WHO, Geneva, 1994.
32. World Health Organization. Global database on child growth and malnutrition. Program of Nutrition Family and Reproductive Health. Geneva: World Health Organization; 1997.
33. Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora Atheneu; 2007. 580 pp.
34. Ferreira HS. *Desnutrição - Magnitude , Significado Social e Possibilidade de Prevenção*. Maceió: EDUFAL; 1^a ed - 2000 / 218 pág.
35. Ferreira HS & Luciano SCM. Prevalence of extreme anthropometric measurements in children from Alagoas, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2010;44(2)
36. Barros FC & Victora CG. *Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários*. São Paulo HUCITEC/UNICEF, 177p, 1994.
37. Teixeira JC & Heller L. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2004; 7(3).
38. Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59: 1060–1064.
39. Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC e Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria.* 2002; 76(6).
40. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet.* 2008; 26 (371): 340-57.
42. Silveira KBR *et al.* Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. *J Pediatr (Rio J).* 2010;86(3):215-220
45. Frota MA, Barroso MGT. Desnutrição infantil no contexto familiar de mães adolescentes: visão cultural do cuidado. *Acta Scientiarum. Health Sciences* Maringá, v. 26, no. 1, p. 167-173, 2004.

46. Andrade AS *et al.* Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (4):606-11
47. Brum EHM, Schermann L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*. 2006; 37(2):151-158.
49. Herrman H, Saxena S & Moodie R. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice., Geneva: WHO; 2006.
50. Eaton WW *et al.* The Burden of Mental Disorders. *Epidemiol Rev.* 2008; 30: 1–14.
51. Stewart RC. Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. *Maternal & Child Nutrition*. 2007; (3): 94–107.
52. Bureau JF, Easterbrooks MA & Lyons-Ruth K. Maternal depressive symptoms in infancy: Unique contribution to children’s depressive symptoms in childhood and adolescence? *Dev Psychopathol.* 2009; 21(2): 519–537.
53. Blandon AY, Calkins SD, Keane SP & O’Brien M. Individual Differences in Trajectories of Emotion Regulation Processes: The Effects of Maternal Depressive Symptomatology and Children’s Physiological Regulation. *Dev Psychol.* 2008; 44(4): 1110–1123.
54. Akhtar-Danesh N and Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems* 2007, 1:4
55. Lin EHB *et al.* Can Depression Treatment in Primary Care Reduce Disability? *Arch Fam Med.* 2000; 9: 1052-1058.
56. Khan MM *et al.* Case–control study of suicide in Karachi, Pakistan. *The British Journal of Psychiatry.* 2008; 193: 402–405.
57. Matijasevich A *et al.* Differentials and income-related inequalities in maternal depression during the first two years after childbirth: birth cohort studies from Brazil and the UK. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2009, 5:12.
58. Üstün B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry.* 2009; 8: 82-85.
59. Mogotsi M, Kaminer D, Stein D. Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Rev Psychiatry.* 2000; 8:273–282.
60. Hambrick JP *et al.* The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and anxiety.* 2003; 18: 46–50.
61. _____, Turk CL, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR. Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders.* 2004; 18: 825–39.

62. Quilty LC *et al.* Quality of life and the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*. 2003; 17: 405–426.
63. Wittchen HU *et al.* Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry*. 2000; 15: 46–58.
64. Brenes GA. *et al.* The Influence of Anxiety on the Progression of Disability. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53(1): 34–39.
65. Krishnadas R, Moore BP, Nayak A and Patel RR. Relationship of cognitive function in patients with schizophrenia in remission to disability: a cross-sectional study in an Indian sample. *Annals of General Psychiatry*. 2007; 6:19.
66. Merikangas KR *et al.* The Impact of Comorbidity of Mental and Physical Conditions on Role Disability in the US Adult Household Population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(10): 1180–1188.
67. Mancebo MC *et al.* Correlates of Occupational Disability in a Clinical Sample of Obsessive Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry*. 2008; 49(1): 43–50.
68. Ormel J. *et al.* Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2008; 192(5): 368–375.
69. Parke RS. *Fatherhood*. London: Harward University Press; 1996.
70. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
71. Andrade CR *et al.* Apoio social e auto-exame das mães no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(2):379-386.
72. Piccinini CA, Rapoport A, Levandowski DC & Voigt PR. Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. *Psico (Porto Alegre)* 2002; 33(1):9-35.
73. Deja M *et al.* Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Critical Care*. 2006; 10(5).
87. Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ. The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34: 519-25.
88. Griep RH *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3):703-714.
89. Sheehan DV. *The Anxiety Disease*. New York, NY: Charles Scribner's Sons; 1983.

90. Leon AC, Olfson M, Portera L, Farber L, Sheehan DV. Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *Int J Psychiatry Med.* 1997; 27:93–105.
89. Harding TW *et al.* Mental Disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four development countries. *Psychological Medicine*; 1980; 10: 231-241.
90. Mari J & Willians PA. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Brit. J. Psychiatry*, 1986; 148: 23-26.
91. Morais LV, Crippa JAS, Loureiro SR. Os prejuízos funcionais de pessoas com transtorno de ansiedade social: uma revisão. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2008; 30(1), 2008.
91. Abumusse LV de M. Transtorno de ansiedade social e os prejuízos funcionais relacionados a vida cotidiana: validação de escalas. Tese de doutorado da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/>
92. Bordin IAS, De Paula CS. *Steering Committee of the World Studies of Abuse in Family Environments – WorldSAFE*. Versão brasileira (1999): Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, R. Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062.
93. Kessler RC, Berglund P, Demler O, *et al.* The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003; 289: 3095–105.
94. _____ *et al.* The prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of US workers. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(9): 1561–1568.
95. Guimarães LV, Latorre MRDO, Barros MBA. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. *Cad. Saúde Pública.* 1999; 15(3):605-615.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,tendo sido convidado(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo **“Incapacidade materna, suporte social e desnutrição infantil: estudo caso-controle**, recebi do Sr.Mestrando em Nutrição Jorge Lopes Cavalcante Neto, do Programa de Pós-graduação em Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que o estudo se destina a Investigar os níveis de incapacitação (dificuldades) associados a problemas mentais de mães de crianças desnutridas e eutróficas (sem desnutrição) atendidas no CREN em Maceió.

Que a importância deste estudo é a de conhecer melhor sobre as dificuldades que possam estar relacionadas aos problemas mentais e no que isso possa interferir no cuidado materno recebido pela criança desnutrida e também crianças eutróficas (sem desnutrição), dando margem para utilização desse conhecimento na obtenção de estratégias e realização de intervenções no que se refere aos déficits nutricionais e atraso do desenvolvimento infantil.

Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: melhor entendimento dos níveis de incapacitação, ou seja, entender como está o funcionamento nas diversas atividades das mães de crianças com desnutrição atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) e também mães de crianças eutróficas (sem desnutrição), possibilitando assim ampliar as intervenções já realizadas no centro e possíveis intervenções que posteriormente venham a ocorrer no que se refere aos déficits nutricionais e desenvolvimento infantil.

Que esse estudo começará em outubro de 2009 e terminará em abril de 2010.

Que o estudo será feito da seguinte maneira: construção do projeto de pesquisa, organização dos instrumentos a serem utilizados, treinamento dos entrevistadores, estudo piloto, contato com a população do estudo, realização das entrevistas, processamento, análise e divulgação dos resultados.

Que eu participarei das seguintes etapas: contato inicial para apresentação dos objetivos do estudo e realização das entrevistas, após prévia autorização dos participantes.

Que não existe outros meios conhecidos para se obter os mesmos resultados.

Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: desconforto ou constrangimento em responder algum item dos questionários utilizados. No entanto, para minimizar essas situações serão possibilitados meios adequados e confortáveis para a aplicação dos instrumentos.

Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental, mesmo que mínimos, são os seguintes: de ao detectar a incapacidade associada a transtorno mental não existir a disponibilidade de recurso adequado ao problema.

Que deverei contar com a seguinte assistência: do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) e da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sendo responsáveis por ela: os profissionais do CREN e do Hospital Escola Portugal Ramalho.

Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: maior clareza e compreensão a respeito da desnutrição infantil e incapacidades associadas a transtornos mentais.

Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: realização da entrevista por meio dos questionários utilizados na pesquisa, sendo um deles para rastreamento de possíveis problemas emocionais, outro para avaliar os níveis de incapacitação, um outro para avaliar o suporte social e ainda um questionário com características sócio-demográficas, como idade, escolaridade, renda familiar, atividade laboral e nº. de filhos. Os mesmos serão realizados por um dos pesquisadores, que poderá ainda contar com o auxílio de outros pesquisadores ajudantes que estejam envolvidos com projetos no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em Maceió.

Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Faculdade de Nutrição (FANUT) /Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Domicílio: (rua, praça, conjunto): Campus A.C. Simões, Cidade Universitária

Bloco: /Nº: /Complemento: BR 104 – Norte, km 97.

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Tabuleiro dos Martins/57072970/Maceió/(82)32141160

Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL

Endereço Campos A. C. Simões, Cidade Universitária

Bloco: /Nº: /Complemento: BR 104 – Norte, km 97.

Bairro: /CEP/Cidade: Tabuleiro dos Martins, CEP: 57072970/ Maceió.

Telefones p/contato: (82) 3322 - 2416

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas:

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041

Maceió,

<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p style="text-align: center;">_____ JORGE LOPES CAVALCANTE NETO</p> <p style="text-align: center;">_____ CLÁUDIO TORRES DE MIRANDA Nome e Assinatura do(s) responsável(is) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>
---	--

ANEXO A

UFAL UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Self Report Questionnaire (SRQ)

As próximas perguntas são a respeito a certas dores e problemas que você pode ter tido nos últimos 30 dias. Se você acha que a pergunta corresponde ao que você sente nos últimos 30 dias responda SIM.

Se você achar que a pergunta não se aplica a você, responda não.

Por favor, não discuta as perguntas enquanto estiver respondendo. Se você não tiver certeza sobre alguma delas, responda SIM ou NÃO como parecer melhor.

Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

01- Tem dores de cabeça freqüentes?.	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido idéias de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	
			Total de
sim			

ANEXO B

Sheehan Disability Scale (SDS)

Trabalho/Escola
Os sintomas têm interrompido suas atividades no trabalho/escola:

De nenhuma forma suavemente moderadamente marcadamente extremamente

0 ← 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 → 10

Vida social
Os sintomas têm interrompido sua vida social:

De nenhuma forma suavemente moderadamente marcadamente extremamente

0 ← 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 → 10

Vida familiar/responsabilidades do lar
Os sintomas têm interrompido sua vida familiar/responsabilidades do lar:

De nenhuma forma suavemente moderadamente marcadamente extremamente

0 ← 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 → 10

Dias Perdidos

Em quantos dias na semana passada os seus sintomas fez com que você perdesse a escola ou o trabalho ou deixou você incapaz de realizar suas responsabilidades diárias normais?

Dias Improdutivos

Em quantos dias na última semana você se sentiu tão prejudicado(a) por seus sintomas, que mesmo indo para a escola ou trabalho, sua produtividade foi reduzida? _____

ANEXO C***Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey (MOS-SSS)***

Todas as perguntas foram precedidas da expressão: Se você precisar...Com que frequência conta com alguém

- D6 – que o ajude, se ficar de cama?
- D7 – para lhe ouvir, quando você precisa falar?
- D8 – para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?
- D9 – para levá-lo ao médico?
- D10 – que demonstre amor e afeto por você?
- D11 – para se divertir junto?
- D12 – para lhe dar informação que o(a) ajude a compreender uma determinada situação?
- D13 – em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas ?
- D14 – que lhe dê um abraço?
- D15 – com quem relaxar ?
- D16 – para preparar suas refeições, se você não puder prepará - las ?
- D17 – de quem você realmente quer conselhos?
- D18 – com quem distrair a cabeça?
- D19 – para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?
- D20 – para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?
- D21 – para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?
- D22 – com quem fazer coisas agradáveis?
- D23 – que compreenda seus problemas ?
- D24 – que você ame e que faça você se sentir querido?

As seguintes opções de resposta foram oferecidas para todas as perguntas :

- nunca; raramente; às vezes; quase sempre; sempre

ANEXO D

WorldSAFE - World Studies of Abuse in Family Environments

Seção H. Características do Domicílio

Agora eu gostaria de perguntar um pouco sobre sua casa e seu trabalho.

H.4. A casa em que você mora é sua? Você é o proprietário ou está comprando a casa a prestação? Você aluga? Ou você não paga nada pelo lugar onde você e sua família moram? (*Marque apenas um*).

- 1 Próprio ou pagando prestações
- 2 Alugado (pagamento monetário ou não monetário)
- 3 Ocupação ou não paga nada
- 2 Outros _____
- 3 Terreno da família (*não paga nada*)

H.6. Quantos cômodos existem na sua casa, sem contar os banheiros?

/ _ / / _ / / _ / cômodos

Quadro ABEP

Preencher com o que a pessoa possui em casa (considerar itens quebrados há menos 6 meses)

	Não Tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	2	2	2	2
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio (tudo que toca música, exceto rádio do carro)	0	1	2	3	4
Banheiro (privativo do domicílio)	0	2	3	4	4
Automóvel (sem uso profissional)	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar (se mencionar tanquinho, considerar)	0	1	1	1	1
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Freezer (independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

H.9. Na sua casa, quem está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?

(*Não leia a lista. Marque todas as respostas possíveis*)

- ___ H.9a. MI
- ___ H.9b. M/C dos últimos 12 meses
- ___ H.9c. Chefe da casa (marque somente se diferente da MI ou M/C)
- ___ H.9d. Criança/Adolescente Índice
- ___ H.9e. Outro(s) adulto(s) (\geq 18 anos)
- ___ H.9f. Outra(s) criança(s) ou adolescente(s) ($<$ 18 anos)

Perguntas para MI se NÃO estiver trabalhando atualmente

- H.10c. Você esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?
- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) \Rightarrow Pule para H.11c.
 - 2 Não \Rightarrow H.10d. Você recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício (*bolsa família, renda mínima, etc*)?
 - 1 Sim (*Qual:* _____)
 - 2 Não

Perguntas para M/C se NÃO estiver trabalhando atualmente

- H.11c. O M/C dos últimos 12 meses esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?
- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) \Rightarrow Pule para H.18c.
 - 2 Não \Rightarrow H.11d. Ele recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício?
 - 1 Sim (*Qual:* _____)
 - 2 Não

Perguntas sobre Criança índice se NÃO estiver trabalhando atualmente

- H.18c. O <criança/adolescente índice> esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?
- 1 Sim (*Quanto tempo em meses* _____) \Rightarrow Pule para 24e
 - 2 Não

Perguntar se a Criança Índice estiver trabalhando atualmente ou se já trabalhou nos últimos 12 meses

24.e Quais os motivos que a/o levaram a trabalhar?

H.14. Até que série você estudou (séries completas)?

(Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00)

/__/_/ série(s)

Se tiver M/C nos últimos 12 meses

H.13. Até que série seu marido/companheiro estudou (séries completas)?

(Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00)

/__/_/ série(s)

8 Não sabe

Seção J. Dados sócio-demográficos referentes ao domicílio

Preencher após o fim da entrevista utilizando os dados do censo domiciliar.

1. Número total de residentes no domicílio: ____
2. Número total de adultos \geq de 18 anos (I + II + III): ____
 - 2.a. Número total de mulheres adultas \geq de 18 anos: ____
 - 2.b. Número total de homens adultos \geq de 18 anos: ____
3. Número total de crianças e jovens < de 18 anos (IV + V) = ____
- 5.a. Números de filhos/criança da MI (IV)? ____
- 5.b. A CI é filha biológica da MI?
 - 1 Sim
 - 2 Não
- 5.c. A CI é filha biológica do M/C (dos últimos 12 meses)?

- 1 Sim
 2 Não
 9 Não se aplica (*quando não há M/C nos últimos 12 meses*)

J.9. Quadro ABEP (*somar os pontos do Quadro ABEP, página 10*)

Total de pontos da página 10	
------------------------------	--

J. 10. Grau de Instrução do chefe de família (COPIAR item 5.1 do censo)

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior Completo	5

J. 11. Marcar CLASSE, somando pontos J.9 + J.10

TOTAL	PONTOS	Classe
	25-34	A
	17-24	B
	11-16	C
	6-10	D
	0-5	E

Copyright 1998. Steering Committee of the *World Studies of Abuse in Family Environments* – WorldSAFE. Versão brasileira (1999): Isabel A. S. Bordin, Cristiane S. de Paula – Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, R. Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062.

ANEXO E



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Maceió – AL, 20/08/2009

Senhor (a) Pesquisador (a), Cláudio Torres de Miranda
Jorge Lopes Cavalcante Neto

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 20/08/2009 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº **012090/2009-79** sob o título **Incapacidade associada a transtornos mentais: comparação de mães de desnutridos com mães de eutróficos: um estudo de caso controle**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

(*) Áreas temáticas especiais

Dr. Walter Matias Lima
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa