



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

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

**GEOVANA SANTOS MARTINS NEIVA**

**SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL DO BINÔMIO  
MÃE/FILHO NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE ALAGOAS**

Maceió

2010



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

SANTOS MARTINS NEIVA

## **SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL DO BINÔMIO MÃE/FILHO NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA DE ALAGOAS**

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

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

Co-orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira

Maceió

2010

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária**  
**Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale**

N417s Neiva, Geovana Santos Martins.  
Saúde mental materna e estado nutricional do binômio mãe/filho na população quilombola de Alagoas / Geovana Santos Martins Neiva. ó 2010.  
97 f. : il. color.

Orientador: Cláudio Torres de Miranda.

Co-Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.

Dissertação (mestrado em Nutrição) ó Universidade Federal de Alagoas.  
Faculdade de Nutrição, Maceió, 2010.

Bibliografia: f. 77-88.

Anexos: f. 89-97.

1. Transtorno mental comum. 2. Saúde mental materna. 3. Comunidade quilombola ó Alagoas. 4. Estado nutricional. I. Título.

CDU: 612.39(813.5)



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS  
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

“SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL  
DO BINÔMIO MÃE/FILHO NA POPULAÇÃO  
QUILOMBOLA DE ALAGOAS”


por

**GEOVANA SANTOS MARTINS NEIVA**

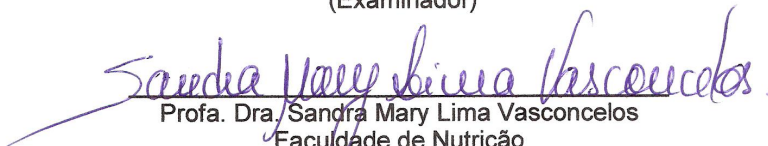
A Banca Examinadora, reunida aos 26 dias do mês de Novembro do  
ano de 2010, considera a candidata **APROVADA**.



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



Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula  
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento  
Universidade Presbiteriana Mackenzie  
(Examinador)



Profa. Dra. Sandra Mary Lima Vasconcelos  
Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas  
(Examinador)



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Dedico

Aos meus pais, **Raimundo e Rita**,  
pela dedicação, esforço e incentivo.  
Que em nenhum momento mediram esforços para  
realização dos meus sonhos,  
que me guiaram pelos caminhos corretos,  
me ensinaram a fazer as melhores escolhas,  
e que devemos sempre lutar pelo que queremos.  
A vocês devo a pessoa que me tornei.

Aos meus irmãos, **Marciléa, Gentileza e Raimundo**,  
pelo apoio, carinho e companheirismo,  
e que, independente da distância, compartilharam  
comigo os momentos de tristezas e também de alegrias.

**AMO VOCÊS!**  
Muito obrigada por terem acreditado e incentivado  
para que eu concluísse mais essa conquista.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda pela dedicação, paciência e eficiente orientação, assim como, pela confiança depositada em mim para que este trabalho fosse concretizado.

Ao Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira pelo apoio, colaboração e importantes ensinamentos.

Aos meus amigos mestrandos sobreviventes pelo companheirismo. As dificuldades não foram poucas, os desafios foram muitos, os obstáculos, muitas vezes, pareciam intransponíveis. Que diante das infinitas viagens o desânimo quis contagiar, porém, a garra e a tenacidade foram mais fortes, sobrepondo esse sentimento, fazendo-nos seguir a caminhada, apesar da sinuosidade do caminho.

Aos estagiários do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada o LNBA, pela grande ajuda na coleta e tabulação dos dados.

Ao CNPq pelo apoio financeiro imprescindível que viabilizou a realização desta pesquisa sem o qual seria impossível a realização da mesma.

À Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas o FAPEAL, pela concessão da bolsa para realização deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas pelos conhecimentos transmitidos em aulas, enriquecendo a efetivação deste trabalho.

À população das comunidades remanescentes dos quilombos de Alagoas, meu muito obrigado. Que mesmo não tendo acesso a uma alimentação adequada e à educação, muitas vezes sem nenhuma infra-estrutura, pareciam compreender nosso propósito e se submeteram às nossas coletas de dados. Que este trabalho possa contribuir de alguma forma, para que as autoridades percebam a importância de reverter tal situação.

A Todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

õO mundo é feito de diferenças. As diferenças deste mundo são tantas que nos escapam o tamanho de suas grandezas; o melhor disto é saber que tem quem faça a diferença

Herbert Wils



**PDF Complete**

*Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## RESUMO

Os transtornos mentais maternos podem influenciar na adequação dos cuidados que uma mãe deve ter com seus filhos, afetando no seu crescimento e desenvolvimento, aumentando o risco para desnutrição ou outros agravos nutricionais. Este estudo teve como objetivo investigar a existência de associação entre o Transtorno Mental Comum (TMC) materno e o estado nutricional infantil. Realizou-se estudo transversal com 596 crianças de 6 a 60 meses de idade e suas respectivas mães em 39 comunidades quilombolas de Alagoas. A saúde mental materna foi avaliada pelo Self Report Questionnaire (SRQ-20). Foram coletados dados referentes às variáveis antropométricas, demográficas, socioeconômicas, de saúde, de utilização de serviços públicos e presença de morbidades. O estado nutricional infantil foi determinado pelo padrão antropométrico da World Health Organization (WHO) e diagnosticado com déficit estatural quando  $Z < -2$  para o índice A/I e, sobrepeso/obesidade quando  $Z \times 2$  para o índice P/A. Para avaliação do estado nutricional das mães foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC) segundo os parâmetros da WHO. Os achados não encontraram associação entre TMC materno e estado nutricional infantil, mas mostrou 65,3% de TMC em mães de crianças com até cinco anos de idade, indicando necessidade de mais estudos que enfatizem o papel da saúde mental materna como possível risco para o desenvolvimento e crescimento infantil. Contudo, observaram-se altas prevalências de agravos nutricionais que ainda persistem como problemas de saúde pública importantes no estado além da presença marcante da transição nutricional, onde desnutrição e obesidade coexistem com idêntica magnitude. Assim, intervenções são necessárias com a finalidade de prevenir, controlar e combater a obesidade e a desnutrição, já que ambas são agravos à saúde.

**Palavras-chaves:** Transtorno mental comum. Saúde mental materna. Desnutrição crônica. Estado nutricional. Quilombolas.





Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## ABSTRACT

Maternal mental disorders may influence the adequacy of care that a mother should have with their children, affecting their growth and development, increasing the risk for malnutrition or other nutritional problems. This study aimed to investigate the existence of association between maternal common mental disorders (CMD) and child nutrition. Cross-sectional study was conducted with 596 children 6-60 months of age and their mothers in 39 quilombolas communities of Alagoas. The maternal mental health was assessed by the Self Report Questionnaire (SRQ-20). We collected data on anthropometric, socioeconomic, demographic, health, use of public services and presence of comorbidities. The nutritional status was determined by anthropometric standards of World Health Organization (WHO) and diagnosed with short stature when  $Z < -2$  for index height for age (H/A), and overweight/obesity when  $Z \times 2$  for weight for height (W/H). To assess the nutritional status of mothers was used Body Mass Index (BMI) according parameter of the WHO. The findings found no association between maternal CMD and child nutritional status, but showed 65.3% of CMD among mothers of children under five years old, indicating a need for more studies that emphasize the role of maternal mental health as a possible risk to the child growth and development. However, we observed a high prevalence of nutritional deficiencies that persist as major public health problems in the state besides the strong presence of the nutritional transition, where malnutrition and obesity coexist with equal magnitude. Thus, interventions are needed in order to prevent, control and combat obesity and malnutrition, since both are health hazards.

**Keywords:** Common mental disorder. Maternal mental health. Chronic malnutrition. Nutritional status. Quilombo.

Figura 1 - Distribuição da população brasileira por raça ou cor, segundo regiões, 2007.	42
Figura 2 - Comunidades remanescentes de Quilombos de Alagoas. (a) - Monbaça, Traipú. (b) - Gurgumba, Viçosa. (c) - Sapé, Igreja Nova. (d) - Guaxinim, Cacimbinhas. (e) - Jacu-Mocó, Poço das Trincheiras. (f) - Abobreiras, Teotônio Vilela. (g) - Sapé, Igreja Nova. (h) - Gurgumba, Viçosa.	43
Figura 3 - Transtorno Mental Comum materno e Desnutrição infantil na população quilombola de Alagoas, 2008.	52
Figura 4 - Distribuição dos escores Z de crianças de 6 a 60 meses segundo o índice altura para idade da população quilombola de Alagoas (2008), em comparação à distribuição antropométrica de referência da WHO.	53
Figura 5 - Distribuição dos escores Z de crianças de 6 a 60 meses segundo o índice peso para altura da população quilombola de Alagoas (2008), em comparação à distribuição antropométrica de referência da WHO.	54
Figura 6 - Prevalência de Anemia por faixa etária das crianças da população quilombola de Alagoas, 2008.	56
Figura 7 - Estado nutricional de mães de crianças entre 6 e 60 meses da população quilombola de Alagoas, 2008.	57
Figura 8 - TMC e Desnutrição infantil segundo Renda Per Capita em famílias quilombolas de Alagoas, 2008.	59

Tabela 1 -	Distribuição das crianças de 6 a 60 meses de acordo com o sexo e faixa etária na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)	54
Tabela 2 -	Prevalência de desnutrição crônica em crianças de 6 a 60 meses segundo faixa etária na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=61)	55
Tabela 3 -	Comparação das médias das variáveis selecionadas entre crianças desnutridas (DN) e não desnutridas pelo índice A/I da população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)	55
Tabela 4 -	Prevalência de anemia em crianças de 6 a 60 meses desnutridas, com sobrepeso e filhas de mães com TMC na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=564)	56
Tabela 5 -	Características maternas entre mães com TMC e sem TMC na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)	57
Tabela 6 -	Associação do estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses pelo índice altura/idade e IMC e estatura materna na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)	59
Tabela 7 -	Razão de Prevalência (RP) entre Déficit estatural (A/I) em crianças de 6 a 60 meses e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)	60
Tabela 8 -	Razão de Prevalência (RP) entre Sobrepeso/Obesidade (P/A) em crianças de 6 a 60 meses e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)	62
Tabela 9 -	Regressão logística para Déficit estatural em crianças quilombolas de Alagoas, 2008.	64
Tabela 10 -	Regressão logística para Sobrepeso/Obesidade em crianças quilombolas de Alagoas, 2008.	64

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Problematização .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2. Problema .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3. Hipótese .....</b>	<b>15</b>
<b>1.4. Objetivos .....</b>	<b>16</b>
1.4.1. Objetivo geral .....	16
1.4.2. Objetivos específicos .....	16
<b>1.5. Justificativa .....</b>	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1. Agravos Nutricionais .....</b>	<b>18</b>
2.1.1. Desnutrição infantil .....	18
2.1.1.1 Fatores determinantes da desnutrição .....	22
2.1.2. Transição nutricional .....	25
2.1.3. Anemia ferropriva .....	28
2.1.4. Agravos nutricionais e saúde mental materna .....	28
<b>2.2. Transtorno Mental Comum (TMC) .....</b>	<b>30</b>
2.2.1. Conceitos e prevalências .....	30
2.2.2. Fatores associados ao TMC .....	33
2.2.3. TMC e agravos nutricionais .....	38
<b>2.3. Comunidades Remanescentes de Quilombos .....</b>	<b>40</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>46</b>
<b>3.1. Desenho do Estudo .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2. População Alvo .....</b>	<b>47</b>

<b>3.4. Procedimentos</b> .....	<b>47</b>
<b>3.5. Instrumentos</b> .....	<b>48</b>
3.5.1. SRQ ó 20 (Self Report Questionnaire) .....	<b>48</b>
3.5.2. Avaliação antropométrica .....	<b>49</b>
3.5.3. Avaliação bioquímica .....	<b>50</b>
3.5.4. Inquérito socioeconômico, demográfico e de saúde .....	<b>50</b>
<b>3.6. Análise Estatística</b> .....	<b>51</b>
<b>3.7. Análise de Riscos e Benefícios</b> .....	<b>53</b>
<b>3.8. Critérios de Inclusão e Exclusão</b> .....	<b>53</b>
<b>3.9. Aspectos Éticos</b> .....	<b>53</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>55</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>68</b>
<b>6. CONCLUSÕES</b> .....	<b>75</b>
<b>7. RECOMENDAÇÕES</b> .....	<b>78</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>80</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>92</b>
<b>Anexo A</b> - Comunidades remanescentes de quilombos em Alagoas, segundo localização e condição legal, 2008 .....	<b>93</b>
<b>Anexo B</b> - Formulário ó Dados antropométricos .....	<b>94</b>
<b>Anexo C</b> - Formulário ó Saúde da Criança .....	<b>95</b>
<b>Anexo D</b> - Formulário ó Saúde da Mulher .....	<b>96</b>
<b>Anexo E</b> - Formulário ó Dados socioeconômicos e demográficos .....	<b>97</b>
<b>Anexo F</b> - Formulário ó Self Report Questionnaire (SRQ-20) .....	<b>98</b>
<b>Anexo G</b> - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) .....	<b>99</b>
<b>Anexo H</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	<b>100</b>



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Desnutrição Energético-Protéica (DEP) como uma gama de condições patológicas que aparece por deficiência de aporte, transporte ou utilização de nutrientes (principalmente de energia e proteínas) pelas células do organismo, associadas quase sempre a infecções, ocorrendo com maior frequência em lactentes e pré-escolares (UNICEF, 2006a).

No mundo todo e também no Brasil, o tipo prevalente de desnutrição corresponde à baixa estatura, que vem ganhando relevo como indicador não só de desnutrição, mas também de pobreza, pois hoje se sabe que o fator ambiental é muito mais significativo do que o fator genético na determinação da estatura final do indivíduo (SAWAYA, 2006).

O crescimento infantil se constitui em um dos melhores indicadores de saúde da criança e o retardo estatural representa atualmente, a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil (ROMANI; DE LIRA, 2004).

Contudo o Brasil vem passando por um processo de transição nutricional caracterizado, entre outras constatações, por uma redução marcante na prevalência da desnutrição infantil (MONTEIRO, 1995). Processo esse determinado frequentemente pela má-alimentação. Os inquéritos populacionais mostraram a tendência contínua de redução da desnutrição no país, associada ao aumento do excesso de peso em diferentes fases da vida (COUTINHO et al., 2008).

Em estudos epidemiológicos, os principais indicadores da condição nutricional de crianças têm sido constituídos a partir da observação de extremos relativos aos índices antropométricos, em virtude da alta probabilidade de que tais indivíduos apresentem algum agravo nutricional, seja por déficit ou excesso no índice considerado (FERREIRA, 2000).

O acompanhamento do estado nutricional se faz necessário para medir as condições de saúde da população infantil, além de proporcionar uma melhor visão das condições de vida da população em geral (FISBERG et al., 2004).

envolvimento a alimentação inadequada seja secundária a um suprimento insuficiente e/ou inadequado de alimentos, a falta de alimento em geral não é a principal causa de desnutrição infantil (WORLD BANK, 2006). Este informe sugere que a ênfase das intervenções deveria deslocar-se da provisão de alimentos para um esforço no sentido de mudar o comportamento das mães. Esta recomendação não se aplica às regiões em crise.

Nos últimos anos, tem crescido o interesse com o diagnóstico e avaliação da saúde mental das populações. Dentre os efeitos avaliados, destacam-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), expressão criada por Goldberg; Huxley (1992) para caracterizar sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, ansiedade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (ARAÚJO et al., 2005; KAC et al., 2006). Sintomas esses que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores. (GOLDBERG; HUXLEY, 1992)

Atualmente, mais de 450 milhões de pessoas são afetadas diretamente por transtornos mentais, a maioria delas nos países em desenvolvimento (OMS, 2009).

Dados divulgados pela OMS durante a primeira Cúpula Global de Saúde Mental, realizada em Atenas (Grécia) apontam que, nos próximos 20 anos, a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas. Segundo Shekhar Saxena, do Departamento de Saúde Mental da OMS: "Os números da OMS mostram claramente que o peso da depressão (em termos de perdas para as pessoas afetadas) vai provavelmente aumentar, de modo que, em 2030, ela será sozinha a maior causa de perdas (para a população) entre todos os problemas de saúde" (OMS, 2009).

Hoje em dia são crescentes as evidências de que precárias condições emocionais maternas podem levar a um padrão geral de cuidado infantil inadequado que aumenta o risco de doenças, desnutrição ou retardo de desenvolvimento (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002).

Vários estudos mostram que os TMC podem estar associados a cuidados inadequados a seus filhos, influenciando no seu desenvolvimento e crescimento, mesmo quando há disponibilidade de alimentos (MURRAY et al., 1996; SCHWENGBER;



MANN, 2006; O'BRIEN et al, 2004; MEDEIROS;  
FURTADO, 2004).

Os TMC são mais frequentes em mulheres, negras, baixa escolaridade, baixa renda e precárias condições de moradia (ARAÚJO et al., 2005; COSTA; LUDERMIR, 2005; KAC et al., 2006; ANSELMÍ et al., 2008). As comunidades quilombolas são grupos populacionais remanescentes dos antigos quilombos marcadas por processos de discriminação e exclusão que imprimem em sua realidade um quadro socioeconômico bastante excludente em relação à população brasileira de modo geral (BRASIL, 2008b). A escassez de estudos e, conseqüentemente, de dados e informações sobre o perfil demográfico de populações quilombolas aponta a relevância de pesquisas que realizem uma análise oportuna de indicadores epidemiológicos para a implementação de políticas públicas de melhoria de suas condições de vida e acesso aos serviços de saúde (GUERRERO et al., 2007).

## 1.2 Problema

Existe associação entre a saúde mental materna e o estado nutricional de seus filhos na população remanescente de quilombos do estado de Alagoas?

## 1.3 Hipótese

A saúde mental materna está associada com o estado nutricional de seus filhos, de tal maneira que crianças com algum agravo nutricional têm uma probabilidade maior de ter mães com transtornos mentais do que crianças eutróficas.

## 1.4 Objetivos

### 1.4.1 Objetivo Geral

Investigar se na população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas existe associação entre a saúde mental materna e o estado nutricional de seus filhos.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

- Investigar a prevalência de transtornos mentais nessas mães;

das mães e seus filhos dessa população;

- Investigar as principais variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde relacionadas ao estado nutricional das mães e de seus filhos.

## 1.5 Justificativa

Existe uma ausência de estudos de base populacional sobre a saúde mental de mães de crianças com estado nutricional inadequado no Brasil. Esta carência é particularmente grave nas populações mais pobres, especialmente submetidas a precárias condições socioeconômicas, como é o caso das encontradas nas populações remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas.

Incluído em um projeto maior que tem como objetivo realizar o diagnóstico de nutrição e saúde da população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas, este trabalho pretende contribuir para uma melhor compreensão do papel dos transtornos mentais em mães de crianças com agravos nutricionais, com a finalidade de planejar programas de intervenção para o combate a déficits nutricionais de crianças.



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

### 2.1.1 Desnutrição infantil

A desnutrição ou, mais corretamente, as deficiências nutricionais ó porque são várias as modalidades de desnutrição ó são doenças que decorrem do aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou ainda do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos ó geralmente motivado pela presença de doenças, em particular doenças infecciosas. Por serem, biologicamente, mais vulneráveis a deficiências nutricionais, as crianças são habitualmente escolhidas como grupo indicador da presença da desnutrição na população, admitindo-se que o percentual de crianças com retardo de crescimento, a primeira e mais precoce manifestação de desnutrição na infância, propicie uma excelente indicação da magnitude da desnutrição em uma dada coletividade (MONTEIRO, 2003a).

Dados do último relatório sobre a situação da infância brasileira do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) revelam que, a desnutrição energético-protéica (DEP) é o distúrbio nutricional que mais causa mortes no mundo, de forma silenciosa. Ela é responsável por pelo menos metade das 10,4 milhões de mortes de crianças a cada ano. Para cada uma das crianças mortas devido à DEP, outras seis sobrevivem imersas na fome e na doença (UNICEF, 2006b).

O nanismo nutricional caracterizado por déficit estatural representa uma das manifestações biológicas mais características da DEP. Atribuída, durante muitos anos, a características raciais, a baixa estatura é um problema de saúde pública que preocupa nos países em desenvolvimento, por sua magnitude e por comprometer o potencial de desempenho na idade adulta (LAURENTINO et al., 2003).

De Onis et al. (2000) apontam que o melhor indicador global do bem-estar da criança é o crescimento e, ainda, que o acompanhamento do crescimento não é adotado somente para a avaliação da saúde e do estado nutricional de uma criança, mas também corresponde a um excelente indicador de desigualdade nas populações. Pode-se inferir que a DEP é um dos produtos da desigualdade social que ainda prevalece no Brasil.

mente prevalente nos países de baixa e média renda, resultando em um aumento substancial na mortalidade e sobrecarga da doença. Em 2005, 20% das crianças menores de cinco anos em países de baixa e média renda tinham déficit de peso para idade ( $Z < -2$ ). As prevalências foram maiores no centro-sul da Ásia e da África Oriental, onde 33% e 28%, respectivamente, estavam abaixo do peso. Para todos os países em desenvolvimento, foi estimado em 2005 que 32% (178 milhões) de crianças menores de cinco anos apresentavam déficit estatural ( $Z < -2$ ). África Oriental e Central tem maior prevalência estimada em sub-regiões com 50% e 42%, respectivamente. O maior número de crianças afetadas pela desnutrição, 74 milhões, vive no sudeste da Ásia central (BLACK et al., 2008).

O Brasil é um país heterogêneo em relação à distribuição dos determinantes socioeconômicos da DEP. Contraste bem evidente ocorre, por exemplo, entre a população urbana do Sudeste, em que apenas um em cada sete indivíduos é pobre, e a população rural do Nordeste, em que três em cada cinco indivíduos são pobres. A distribuição regional da desnutrição segue a mesma distribuição da pobreza, determinando, ainda com maior intensidade, as desvantagens das regiões Norte e Nordeste (COUTINHO et al., 2008).

Estudos constataam prevalências de desnutrição com valores superiores à média nacional, de tal forma que o risco de desnutrição chega a ser quase seis vezes maior no Nordeste rural, onde uma em cada três crianças apresenta baixa estatura, enquanto que no Centro-Sul urbano, apenas uma em cada 20 crianças encontra-se na mesma situação (MONTEIRO, 2003b).

Nesta perspectiva, na região do semi-árido de Alagoas, Ferreira et al. (2008) observaram um déficit estatural ( $Z < -2$ ) de 9,6% em crianças menores de 5 anos, dados que corroboram com o inquérito "Chamada Nutricional" realizado em 2005 no semi-árido brasileiro, sendo Alagoas o estado nordestino com a maior prevalência de crianças desnutridas, especialmente com déficit estatural (BRASIL, 2006).

Apesar das transformações de ordem econômica, social e demográfica pelas quais passou a sociedade brasileira nas últimas décadas terem modificado consideravelmente o perfil nutricional e educacional da população, a desnutrição continua sendo uma preocupação na saúde infantil (FERNANDES, 2003). Segundo a Pesquisa Nacional de

a desnutrição no Brasil teve uma redução de 50% nos últimos 10 anos (BRASIL, 2008a), saindo de um patamar de 13,5% para 6,8%, ao se comparar a PNDS 2006 com a pesquisa realizada em 1996 (BEMFAM, 1997). A região com maior prevalência de desnutrição é a região Norte, com cerca de 15%. A maior redução da desnutrição foi encontrada na região Nordeste, a qual reduziu de 22,1% para 5,9% (BRASIL, 2008a).

A partir desses dados, a taxa anual de declínio de 6,3% na proporção de crianças com déficits de altura para idade evidenciada pelo estudo de Monteiro (2009) indica que nos próximos dez anos a desnutrição infantil poderia deixar de ser um problema de saúde pública no Brasil. A conquista desse resultado dependeria da manutenção das políticas econômicas e sociais que têm favorecido o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam completar a universalização do acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento (MONTEIRO et al., 2009).

Diversos fatores têm contribuído para a redução do déficit ponderal entre as crianças brasileiras nos últimos anos. Além dos ganhos econômicos, houve uma grande expansão dos serviços públicos de saneamento e programas de saúde, gerando uma ampliação da cobertura da assistência à saúde na população brasileira (COUTINHO et al., 2008).

Monteiro et al. (2009) ao estudarem as causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, evidenciaram que dois terços dessa redução poderiam ser atribuídos à evolução favorável dos quatro fatores estudados: 25,7% ao aumento da escolaridade materna; 21,7% ao crescimento do poder aquisitivo das famílias; 11,6% à expansão da assistência à saúde e 4,3% à melhoria nas condições de saneamento, nessa ordem de importância.

Nesse contexto, De Onis et al. (2004) analisaram a estimativa da prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 anos para os anos de 1990 e 2015, baseados em inquéritos nutricionais em 139 países (WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition). A partir destes dados os autores concluíram que apesar da melhoria na situação mundial, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de redução em 50,0% da prevalência de desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade, não serão

do, sobretudo devido à deterioração da situação na África e algumas regiões da Ásia.

É incontestável o predomínio da desnutrição crônica no Brasil. Embora muitos estudos mostrem redução em seus índices, a literatura não deixa dúvida de que as prevalências observadas em muitos estados e municípios brasileiros, ainda estão muito distantes àquelas esperadas para populações que desfrutam de boas condições de saúde (LAURENTINO et al., 2003). Isto é mais grave nas regiões Norte e Nordeste, mas também presente em bolsões de pobreza nas demais regiões, o que caracteriza a desnutrição, sem dúvida, como um fruto da desigualdade social e pobreza do país (COUTINHO et al., 2008).

No entanto, uma avaliação feita em diversos países por meio de um banco de dados sobre crescimento infantil da OMS indica que, apesar de o Brasil apresentar déficits estaturais importantes, eles ficam abaixo da média global (24,1%) e da média das nações em desenvolvimento (26,5%). Neste estudo o Brasil registrou resultados melhores que a maioria dos países sul-americanos estudados (Bolívia, Colômbia, Guiana, Peru, Venezuela) e fica em posição desfavorável somente em relação ao Chile e ao Uruguai (DE ONIS et al., 2000).

No estudo de Kikafunda et al. (1998) realizado na África em que mais de 20% das crianças menores de 30 meses tinham o estado de saúde bastante precário, observou-se a alta prevalência de desnutrição e infecções recorrentes sugerindo a função imunológica debilitada como resultado de um estado nutricional inadequado.

Nesse sentido, o estado nutricional infantil reflete o consumo alimentar e o estado de saúde, de modo que esses fatores dependem da disponibilidade de alimento no domicílio, da salubridade, do ambiente e do cuidado destinado à criança (FROTA; BARROSO, 2005).

#### 2.1.1.1 Fatores determinantes da desnutrição

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, é um dos melhores indicadores de saúde de uma criança e reflete suas condições de vida no passado e presente. Quando o ser humano nasce, traz consigo um potencial genético de crescimento que, para ser

de vida à que esteve exposto, desde sua concepção até a fase adulta. O crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), que incluem a alimentação, higiene e habitação; sendo que esses podem tanto retardar como acelerar o seu desenvolvimento (ROMANI; DE LIRA, 2004).

A etiologia da baixa estatura é multifatorial: nutrição materna insuficiente, desnutrição intra-uterina, falta de aleitamento materno até seis meses, introdução tardia de alimentos complementares, alimentos complementares em quantidade e qualidade inadequadas e absorção de nutrientes prejudicada por infecções e parasitoses intestinais (SAWAYA, 2006)

Dentre as privações sociais associadas à desnutrição estão baixa renda, dieta inadequada, baixa escolaridade materna, precárias condições de habitação e saneamento, famílias numerosas, entre outras (VICTORA, 1998). Estudos como o de Fisberg et al. (2004) reiteram essa associação do estado nutricional infantil com as condições socioeconômicas, onde crianças freqüentadoras de creches da rede municipal de São Paulo vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis, grande número de irmãos no domicílio e episódios de diarreia, foram determinantes das condições de saúde das crianças.

Os indicadores socioeconômicos representam um dos principais fatores associados com o estado nutricional de crianças e são considerados determinantes básicos e imediatos da desnutrição infantil pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1998). O patamar de renda per capita situado em  $< \frac{1}{4}$  do salário-mínimo, seguramente restringe o poder de compra e a satisfação das necessidades materiais de vida, colocando as crianças que vivem nesse nível de pobreza em condição de alta vulnerabilidade para o déficit ponderal (OLIVEIRA et al., 2006).

O grau de escolaridade materna influi na determinação do crescimento, visto que está diretamente relacionado com uma melhor compreensão da prática dos cuidados infantis, além de que, um maior nível de instrução certamente contribuirá para uma melhor oportunidade de emprego e, por conseguinte, melhor nível salarial (ROMANI; DE LIRA, 2004).



nutricional infantil e baixa estatura materna tem sido apontada em alguns estudos (LUNET et al., 2002; MARTINS et al., 2007, FERREIRA et al., 2009). Deve-se considerar que, de certa forma, a estatura dos pais não é uma variável genética pura, dado que também foi influenciada pelo ambiente. Pode-se esperar que haja correlação intrafamiliar positiva quanto ao estado nutricional diagnosticado pelo indicador altura/idade de pais e filhos, por compartilharem tanto informações genéticas quanto condições socioeconômicas e ambientais. Ou seja, a associação entre estatura de pais e filhos pode indicar além de uma correspondência genética, a manutenção, ao longo de gerações, de condições socioeconômicas e ambientais (MARTINS et al., 2007). Martins et al. (2007) além de ter observado que a baixa estatura materna representava um risco três vezes maior para o déficit estatural da criança, verificou também que quando a baixa estatura está acompanhada da obesidade, o risco aumentava para cinco vezes.

A desnutrição ainda é um problema de saúde pública importante no Brasil, apesar do declínio de sua prevalência mostrado em estudos nacionais e é maior em grupos de risco, como os que vivem em precárias condições socioeconômicas. Nesse contexto, a evolução econômica e social de Alagoas ao longo da última década destoa da do resto do Brasil. O Estado ficou para trás na maior parte dos indicadores de qualidade de vida. (URANI, 2005).

O estudo de Urani (2005) baseado unicamente em dados resultantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE, de 1992 a 2004, mostra que Alagoas é o Estado mais pobre do Brasil. A proporção de pobres em Alagoas é, desde 1999, a maior do Brasil: 62,5%. Isto representa cerca do dobro da registrada no país como um todo (31,7%). É o que possui a menor renda real média e a maior proporção de pobres. Boa parte deste fenômeno se deve à pífia performance econômica dos últimos anos. O Estado tem ficado para trás tanto em termos de capital humano quanto de infra-estrutura, o que compromete seriamente as chances de reversão deste quadro no futuro. Os indicadores educacionais são desastrosos e têm melhorado num ritmo muito mais lento que no resto do Brasil, não apenas para jovens e adultos, mas também para crianças. Praticamente o mesmo pode ser dito no que diz respeito ao saneamento básico.

A desnutrição nos primeiros anos de vida, refletida por indicadores antropométricos do estado nutricional, é um dos maiores problemas de saúde enfrentados por países em

Restritivas de que déficits de crescimento na infância estão associados à maior mortalidade, excesso de doenças infecciosas, prejuízo para o desenvolvimento psicomotor, menor aproveitamento escolar, atraso na capacidade intelectual, menor capacidade física para o trabalho e menor capacidade produtiva na idade adulta, (BLACK et al., 2008; COUTINHO et al., 2008). Por essas razões, e por sua íntima relação com a pobreza, a redução à metade da prevalência de déficits de crescimento em crianças menores de cinco anos é uma das metas de desenvolvimento do milênio, assumidas em 2000 pelas Nações Unidas (VICTORA et al., 2008).

Os desafios a serem enfrentados resultam, destacadamente, da falta de acesso aos alimentos, decorrentes do baixo poder aquisitivo de milhões de brasileiros. O problema de acesso é agravado por uma série de outros fatores já mencionados, como condições inadequadas de saneamento básico, baixos níveis de educação e serviços de saúde deficientes. A fome e a desnutrição no país não se devem à escassez de produção de alimentos. Ao contrário, a agricultura nacional produz mais do que o suficiente para suprir as necessidades da população brasileira (COUTINHO et al., 2008).

A promoção da alimentação saudável constitui-se numa das estratégias de saúde pública de vital importância para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual. Devem consistir em uma abordagem integral capaz de prevenir ao mesmo tempo as doenças causadas por deficiências nutricionais ó reforçando a resistência orgânica para as doenças infecciosas ó e em uma redução da prevalência do excesso de peso e das outras doenças crônicas não transmissíveis associadas (BRASIL, 2005).

Há fatores diretamente relacionados à DEP, como o consumo alimentar e a saúde do indivíduo, e fatores indiretamente relacionados, como as condições familiares, sua situação social e econômica e, por último, o nível das políticas sociais. É a interação entre pobreza (condição socioeconômica e familiar), saúde e alimentação da criança que conduz ao estado nutricional (FERNANDES, 2003).

### 2.1.2 Transição nutricional

Entende-se por transição nutricional, o fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma dada população no tempo, ou seja, uma mudança na magnitude e no risco atribuível de agravos associados ao padrão de

passagem da desnutrição para a obesidade (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

Mesmo dentro de um contexto de turbulências econômicas, políticas e sociais, o Brasil mudou substancialmente nos últimos cinquenta anos, seja por conta de fatores externos, derivados de um mundo progressivamente globalizado, seja pelo desenvolvimento autônomo de circunstâncias e processos históricos e culturais próprios do que se pode chamar de modelo brasileiro (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

É incontestável que o Brasil e diversos países da América Latina estão experimentando uma transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Chama a atenção o marcante aumento na prevalência de obesidade nos diversos subgrupos populacionais. Dessa forma, a obesidade se consolidou como agravo nutricional associado a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando desta maneira, no perfil de morbi-mortalidade das populações (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

A prevalência da obesidade infantil aumentou rapidamente nas últimas décadas no mundo inteiro e pode ser caracterizada como uma verdadeira epidemia mundial. Há alguns anos atrás, a obesidade era mais freqüente em adultos, entretanto, a doença já tem sido observada nas faixas etárias mais jovens (STYNE, 2001).

Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos num ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento claramente epidêmico do problema. Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

A obesidade é uma doença universal de prevalência crescente e que vem adquirindo proporções alarmantes, inclusive em países que, paradoxalmente, ainda sofrem os efeitos da fome e da desnutrição crônica (MONTEIRO et al., 1992). O fenômeno observado em diversos países é a influência das diferenças sociais na prevalência da obesidade (MONTEIRO et al., 2004). A maioria dos estudos em países desenvolvidos tem mostrado

claridade têm maiores riscos de sobrepeso e obesidade (GUTIERREZ-FISAC et al., 2002; TORRANCE et al., 2002).

Dentro desse contexto um estudo feito em Uganda (África) com crianças com < 30 meses de idade, mostrou 23,8% de desnutrição crônica e 24,1% de sobrepeso (KIKAFUNDA et al., 1998). Em crianças menores de cinco anos de idade no estado de Alagoas, a prevalência de sobrepeso/obesidade foi 9,7% e 10,4% de déficit estatural (FERREIRA; LUCIANO, 2010). Ambos mostram que déficit estatural e sobrepeso/obesidade prevalecem com idêntica magnitude.

Os estudos apontam como determinantes, o estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inadequadas, e mais que tudo, clamam por uma maior diversidade de intervenções e apoio governamental com a implementação de ações claras de prevenção e combate à obesidade. A obesidade hoje não se resume mais a um problema presente apenas nos países ditos desenvolvidos, mas sim, afeta cada vez maiores parcelas dos estratos populacionais menos favorecidos (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

Alguns estudos têm revelado associação entre déficit estatural e sobrepeso/obesidade. O estudo de Popkin et al. (1996) encontraram associação entre baixa estatura e sobrepeso em crianças de 4 países (Rússia, Brasil, República da África do Sul e China) que estão em transição nutricional, sugerindo que esta maior suscetibilidade a obesidade pode ser detectada na infância.

Fernald; Neufeld (2007) encontraram essa associação na zona rural do México. Em crianças desnutridas, o risco de também estar com sobrepeso ou obesidade foi associado com menor idade materna, piores condições socioeconômicas e obesidade ou sobrepeso materna. Essa associação também foi encontrada por Duran et al. (2006) que analisaram dados de pesquisas representativas compilados pela WHO (World Health Organization Global Database) de crianças desnutridas de até 5 anos de idades do Caribe e América Latina.

Na tentativa de economizar energia, crianças desnutridas apresentam um quociente respiratório maior do que crianças eutróficas. Isso significa que o organismo dessas crianças "deseja" fisiologicamente acumular gordura corporal. Um quociente respiratório mais alto significa que a oxidação de gordura no corpo é menor e a de carboidrato é maior,

ganhará menos músculos, menos ossos, e tenderá a usar a energia que ingeriu para acúmulo de gordura. Esses achados associam-se ainda mais a uma suscetibilidade maior para acumular gordura corporal quando as crianças desnutridas consomem uma dieta mais rica em gorduras (SAWAYA; ROBERTS, 2003).

As deficiências nutricionais, especialmente a DEP provocam, em longo prazo, alterações do metabolismo e o organismo, compensa essas alterações, minimizando suas repercussões clínicas. Para sobreviver a essas agressividades, o sistema endócrino exerce um papel fundamental frente à carência de alimentos. O objetivo destas adaptações é único: manter a vida apesar da pouca quantidade de energia e nutrientes disponíveis. Para isso, as alterações realizadas visam manter a glicemia dentro da normalidade, bem como um metabolismo mais baixo contribuindo com uma menor utilização de substrato para a manutenção da vida e dos processos metabólicos e em geral, isto se faz à custa da redução do crescimento (SAWAYA, 1997). Essas adaptações metabólicas geram indivíduos mais resistentes à falta do alimento e mais suscetíveis ao ganho de peso (BARKER, 1994).

### 2.1.3 Anemia Ferropriva

A anemia é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um estado em que a concentração de hemoglobina do sangue é anormalmente baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem dessa carência. Já a anemia por deficiência de ferro resulta de longo período de balanço negativo entre a quantidade de ferro biologicamente disponível e a necessidade orgânica desse oligoelemento (OMS, 1975).

A anemia por deficiência de ferro é a mais comum das carências nutricionais, com maior prevalência em mulheres e crianças, principalmente nos países em desenvolvimento. Crianças entre seis e 24 meses apresentam risco duas vezes maior para desenvolver a doença do que aquelas entre 25 e 60 meses (OSÓRIO et al., 2001).

O aumento da prevalência da anemia ferropriva em crianças pode ser decorrente das mudanças nos hábitos alimentares, que acompanham a transição nutricional no país (JORDÃO et al., 2009).

período em que ocorre um declínio marcante do déficit estatural e a emergência epidêmica da obesidade, continua elevada a prevalência de anemia, com uma frequência modal entre 40 a 50% em menores de cinco. A anemia representa, em termos de magnitude, o principal problema carencial do país, aparentemente sem grandes diferenciações geográficas, afetando, em proporções semelhantes, todas as macrorregiões (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

#### 2.1.4 Agravos nutricionais e Saúde mental materna

Mesmo vivendo em condições sociais e econômicas precárias, sem moradia adequada, instrução e o mínimo necessário para viver de forma digna, identificam-se crianças com melhor condição de saúde que outras da mesma comunidade. Em relação à desnutrição pode ser observado um fenômeno semelhante, mesmo vivendo sob as mesmas condições, as pessoas apresentam estados nutricionais diferentes. Esta situação ocorre por existirem outros fatores causais que, embora alterando a situação de saúde e de nutrição das pessoas, permanecem subjacentes às condições sociais e econômicas (FERNANDES, 2003).

Modelos primitivos propunham como único fator etiológico da desnutrição energético-protéico (DEP) a falta de comida. Agora são usados modelos mais complexos que incorporam diversos fatores de risco, incluindo aspectos psicossociais, como a relação entre a mãe e seu filho desnutrido (MIRANDA et al., 1996).

É inegável a importância da aquisição de conhecimento mais aprofundado em relação aos riscos de desnutrição, abandonando conceitos ultrapassados de que esta condição seria resultante apenas da falta de alimento ou renda. Novos conhecimentos começaram a ser adquiridos quando os estudiosos deram a devida importância aos fatores ligados à mãe e à família na vida da criança. Considerar o ambiente físico e psicossocial, além do biológico se traduz em uma abordagem verdadeiramente contextualizada. Vários autores têm demonstrado que distúrbios na saúde mental da mãe têm influência negativa no estado nutricional infantil, estando significativamente associada à DEP (MIRANDA et al., 1996; CARVALHAES; BENÍCIO, 2002; RAHMAN et al., 2004a; PATEL et al., 2003; HARPHAM et al., 2005).

na relação entre estado nutricional da criança e saúde mental materna, Miranda et al. (1996) demonstraram em um estudo caso-controle que mães de crianças desnutridas apresentaram maior prevalência de distúrbios mentais quando comparadas com mães de crianças eutróficas. Além disto, idade materna (> 30) e número de filhos (> 3) interagiam aumentando esta associação.

Carvalhoes; Benício (2002), em um estudo caso-controle com o objetivo de mensurar a magnitude do risco de DEP associada a fatores determinantes da capacidade materna de cuidado infantil, identificaram que uma precária saúde mental da mãe, significava um risco três vezes maior de ter um filho desnutrido.

Muitos fatores interferem na formação do vínculo mãe/filho, entre eles a ausência de modelos parentais afetivos no passado das mães. Assim, elas não conseguem oferecer aos seus bebês o que não receberam; são vítimas de um vazio afetivo que nunca foi preenchido; não podem dar afeto porque não tem impresso dentro de si a fórmula que lhes permitiria dar e receber amor (CAMPOS et al., 1995).

Os fatores de risco de desnutrição, além de sociais, econômicos, nutricionais, também dizem respeito ao padrão de interação mãe/filho, que é tão importante para a saúde mental da criança, como são os nutrientes e calorias para a saúde física (CAMPOS et al., 1995).

SPADA (2005) afirma que os aspectos emocionais podem ser determinantes tanto para a manutenção, quanto para desencadeamento de importantes distúrbios alimentares.

A situação de pobreza, interligada a um conjunto de fatores socioeconômicos inadequados, tornaria a família da criança mais vulnerável, incidindo essa vulnerabilidade principalmente sobre a mãe. Este fato elevaria o risco de quebra do vínculo natural entre mãe e filho, tornando possível a desnutrição (FERNANDES, 2003).

## 2.2 Transtorno Mental Comum (TMC)

### 2.2.1 Conceitos e Prevalências

A conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente, ocorrendo a partir da publicação do *The Global*

realizada pela Organização Mundial da Saúde e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, em 1996 (LOPEZ; MURRAY, 1998). Verificou-se que doenças como transtornos depressivos e transtornos cardiovasculares estão rapidamente substituindo a desnutrição, complicações perinatais e doenças infectocontagiosas em países subdesenvolvidos, onde vivem quatro quintos da população do mundo.

Em países da Ásia e da América Latina, essa transição epidemiológica vem ocorrendo sem a devida adequação do planejamento de serviços e assistência à saúde pública (THORNICROFT; MAINGAY, 2002). Embora os transtornos mentais causem pouco mais de 1% da mortalidade, são responsáveis por mais de 12% da incapacitação decorrente de doenças. Esse percentual aumenta para 23% em países desenvolvidos. Das dez principais causas de incapacitação, cinco delas são transtornos psiquiátricos, sendo a depressão responsável por 13% das incapacitações, alcoolismo por 7,1%, esquizofrenia por 4%, transtorno bipolar por 3,3% e transtorno obsessivo-compulsivo por 2,8% (LOPEZ; MURRAY, 1998).

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas no mundo sofrem algum tipo de transtorno mental, principalmente nos países em desenvolvimento (OMS, 2009). Casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população adulta (COUTINHO et al., 1999).

Os TMC constituem uma categoria nosológica que inclui sintomas depressivos não-psicóticos, ansiedade e queixas somáticas que causam prejuízo nas atividades diárias de seus portadores (ANSELMINI et al., 2008).

Segundo Santos (2002), o TMC se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ó Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças ó 10a Revisão), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. Ainda, segundo Santos, esse quadro clínico, em geral, não faz os pacientes procurarem a



vezes, quando procuram esta assistência, são subdiagnosticados, podendo, desta forma, não receber o tratamento adequado.

Os TMC são mais frequentes nas mulheres, nos mais velhos, nos negros e nos separados ou viúvos. Tem sido verificada também a associação dos TMC com os eventos vitais produtores de estresse, com o baixo apoio social e com variáveis relativas às condições de vida e trabalho tais como baixa escolaridade, condições precárias de moradia e baixa renda (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; COSTA; LUDERMIR, 2005; MARAGNO et al., 2006).

Alguns estudos evidenciaram uma alta prevalência de TMC em mulheres. Na Bahia, estudo com mulheres  $\times$  15 anos de idade mostrou prevalência de TMC de 39,4% (ARAÚJO et al., 2005). Uma coorte de nascimentos de 1982 em Pelotas (RS) encontrou prevalência de TMC de 28% na população em geral, sendo 32,8% para mulheres (ANSELMÍ et al., 2008). Pesquisa realizada em um centro de saúde do Rio de Janeiro com mulheres acompanhadas durante 9 meses pós-parto, encontrou prevalência de TMC de 54,2% (KAC et al., 2006).

O instrumento mais utilizado como rastreador de TMC é o Self Report Questionnaire (SRQ-20). No estudo de validação de Mari; Williams (1986) realizado em São Paulo, o ponto de corte mais adequado para o SRQ-20 é 7/8. Nesse escore, a sensibilidade para presença de transtorno mental não-psicótico é de 83,0% e a especificidade de 80,0%, com valores preditivos positivo e negativo de 82,0%. Já em estudo de validação realizado no nordeste do Brasil por Ludermir; Lewis (2001) o ponto de corte mais adequado é de 5/6, com sensibilidade de 62,0% e especificidade de 78,0%. Por este último está mais perto da realidade da nossa população em estudo, o utilizamos como referência para identificar casos possíveis de transtornos mentais.

O SRQ-20 é recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção básica nos países em desenvolvimento por ser de fácil aplicação e baixo custo, além de bem compreendido pelos pacientes (incluindo os de baixos níveis de instrução), e que não requer a presença de um entrevistador clínico e com alto poder de discriminação de casos (WHO, 1994). Dessa forma, o SRQ-20 é recomendado para ser utilizado na atividade clínica por qualquer dos profissionais que dele necessite (GONÇALVES et al., 2008).

de entrevistador. Em populações de baixa renda é recomendável que um entrevistador o administre (WHO, 1994).

Além disso, configura-se em uma valiosa ferramenta para estudos de prevalência psiquiátrica, tão necessária no Brasil e em outros países em desenvolvimento. Parece muito indicado para estudos de base populacional e em centros de atendimento primário, cujo objetivo seja a identificação de casos psiquiátricos não-psicóticos (GONÇALVES et al., 2008).

### 2.2.2 Fatores associados ao TMC

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado diferenças de gênero na incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores taxas de prevalência de transtornos de ansiedade e do humor (ANDRADE et al., 2006).

Na idade adulta emergem grandes diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais (ANDRADE et al., 2006). Sobre a maior prevalência de depressão na população feminina, encontramos explicações genéticas e biológicas, amplamente reconhecidas e comprovadas, como as variações de estado de ânimo durante o ciclo menstrual e o puerpério, as quais são associadas às mudanças hormonais que ocorrem nestes períodos (OMS, 2001). A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo.

A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (ANDRADE et al., 2006). Somam-se a isso os dados sobre a maior prevalência de depressão entre 15 e 44 anos, período que engloba os anos de fecundidade da mulher (OMS, 2001). Nessa mesma faixa etária, a morte por suicídio é a segunda causa de morte para mulheres no mundo, sendo precedida somente por tuberculose (ANDRADE et al., 2006). Também pode ser atribuída à dinâmica dos gêneros nas relações de poder, que pode resultar em opressão para esta categoria (PATEL et al., 1999).

O estudo de Andrade et al. (2002) mostrou que o risco de sofrer um transtorno mental durante a vida foi 1,5 vezes maior para as mulheres que para homens. Nesse estudo,

presença de transtornos afetivos, ansiosos, dissociativos e alimentares. Os homens apresentaram maiores taxas de uso nocivo ou dependência de drogas, incluindo tabaco e álcool.

Em relação à associação entre TMC e indivíduos de faixa etária mais elevada, algumas das justificativas seriam maior vulnerabilidade deste grupo etário no que se refere a distúrbios psiquiátricos, acúmulo de doenças crônicas preexistentes, dificuldades econômicas, isolamento social, desmerecimento social e a maior ocorrência de eventos de vida produtores de estresse (PATEL et al., 1999; COUTINHO et al., 1999).

Não há consenso na literatura quanto à associação TMC e estado civil. O trabalho de Maragno et al. (2006) oferece um novo dado de conhecimento, ou seja, uma menor prevalência de TMC entre os indivíduos casados nesta população quando os resultados são ajustados por sexo, idade, escolaridade e renda. Esse efeito independente da variável estado civil relativo à categoria casados difere de outros estudos (COUTINHO et al., 1999). Explicações plausíveis para esse dado podem ser feitas levando-se em consideração a mesma hipótese de determinação social, supondo-se que os indivíduos casados dispõem de maior suporte familiar/social (COSTA; LUDERMIR, 2005). Porém é importante que se faça a ressalva correspondente à possibilidade de causalidade reversa: indivíduos com TMC podem ter menor chance de casar (MARAGNO et al., 2006).

Quanto à escolaridade, sabe-se que esta aumenta a possibilidade de escolhas na vida, além de influenciar aspirações, auto-estima e aquisição de novos conhecimentos, que podem motivar atitudes e comportamentos mais saudáveis. Desta maneira, influencia as condições socioeconômicas futuras e sua inserção na estrutura ocupacional, logo, seu papel social. Levando-se em conta tais considerações, a sua falta diminui o poder de decisão do indivíduo, gerando uma relativa incapacidade de influenciar o meio e, conseqüentemente, dano à saúde psicológica (PATEL et al., 1999; COUTINHO et al., 1999; LUDERMIR; MELO FILHO, 2002).

Um grande número de publicações científicas, principalmente de países ocidentais, mostra que a situação de desvantagem social, especialmente a falta de bens materiais, de menor renda, e dificuldade financeira, são associadas à TMC (READING; REYNOLDS, 2001; KAHN et al., 2000). No entanto, muito menos se sabe sobre os determinantes

não-ocidentais. No entanto a maioria da população do mundo vive fora dos países ocidentais, e são esses países em desenvolvimento que experimenta o maior grau de desigualdade socioeconômica (PATEL; SUMATHIPALA, 2001).

O nível socioeconômico é um conceito complexo, que foi emprestado por investigadores médicos, muitas vezes sem a devida atenção para sua herança sociológica. Em epidemiologia, o conceito é avaliado indiretamente usando uma variedade de medidas diferentes, com diferentes implicações para a política social e econômica. Renda, bens materiais (ou padrão de vida), posição profissional, e a educação são as áreas mais comumente estudadas. No entanto, estas medidas não são equivalentes e podem ter significados diferentes e representam diferentes conceitos de posição social em diferentes culturas. Por exemplo, a renda sofre mudanças ao longo da vida, enquanto a educação continua a ser relativamente "Congelada" após a idade adulta e níveis educacionais podem ter significados diferentes em lugares diferentes. A associação entre renda e saúde tem sido relatada na comunidade científica (ARAYA et al., 2003).

No entanto, vários estudos recentes descobriram que esta associação enfraquece ou desaparece quando ajustado para outras variáveis socioeconômicas, especialmente educação. (SMITH et al., 1998; MULLER, 2002). Araya et al. (2003) encontrou uma associação estatisticamente significativa entre renda e TMC, mas este efeito desapareceu após o ajuste para outras variáveis socioeconômicas. No Brasil, com grandes desigualdades de renda, a associação entre renda e TMC também foi fraca, após ajuste para outras variáveis socioeconômicas (LUDERMIR; LEWIS, 2001; BLUE, 2000).

No estudo de Pelotas (RS), na coorte avaliada desde a infância, observou-se maior prevalência de TMC nos indivíduos atualmente pobres, independentemente da situação socioeconômica anterior, sugerindo que a saúde mental é determinada mais fortemente pela condição social atual. No entanto, entre as mulheres, a renda familiar no nascimento também permaneceu associada aos TMC, mesmo após o ajuste para a renda familiar atual (ANSELMINI et al., 2008).

Costa; Ludermir (2005) mostraram prevalência de TMC de 36,0% na zona da mata de Pernambuco, estando próxima à apresentada para áreas urbanas e considerando estudo

RMIR; MELO FILHO, 2002), o que nos leva a pensar que a vida no meio rural não é tão saudável quando estão presentes fatores como a pobreza, a baixa escolaridade, a falta de trabalho dentre outros. As mulheres, os com idade entre 40 e 59 anos, os analfabetos, os que têm renda por pessoa do domicílio abaixo de R\$50,00 por mês e os divorciados, separados ou viúvos apresentam maior chance de ter transtornos mentais comuns, segundo Costa; Ludermir (2005).

Independentemente de risco mais elevado para as mulheres jovens, a violência física e sexual, e doença psicológica, a qual sugere um provável diagnóstico de TMC foram independentemente associados ao comportamento suicida (PILLAI et al., 2008). Estudos têm sugerido transtornos mentais como menos importante no comportamento suicida em países de classe baixa e média em comparação com os países de alta renda. (PHILLIPS et al., 1999; VIJAYAKUMAR, 2004).

No Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área de saúde mental. Entretanto, nas últimas décadas, isto vem se modificando (LIMA et al., 1999).

Vários estudos mostram que a prevalência de TMC é significativamente mais elevada em mulheres e essa predisposição aumenta quando associada com outras características como: ser negra ou parda, ter baixo nível de escolaridade, baixa renda, não ter companheiro, ter muitos filhos e ser chefe de família (ARAÚJO et al., 2005; KAC et al., 2006; ANSELMINI et al., 2008).

Outro fator que também foi associado ao TMC foi a obesidade em mulheres pós-parto (KAC et al., 2006). São escassos os estudos que já relacionaram o estado nutricional materno e a ocorrência de TMC (VEGGI et al., 2004), já que as manifestações típicas de TMC podem desencadear alterações no estado nutricional, representativas tanto do baixo peso como do sobrepeso e da obesidade (KAC et al., 2006)

O Estudo Pró-Saúde investigou a relação entre índice de massa corporal (IMC), percepção corporal e transtornos mentais em uma amostra representativa de funcionários da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (VEGGI et al., 2004). Os autores observaram, entre mulheres, uma tendência de aumento da prevalência de TMC segundo mudanças nas categorias de IMC. Dessa forma, observou-se que mulheres com IMC  $\times$  30 kg/m<sup>2</sup>

em comparação com mulheres de IMC normal, quando a estimativa foi ajustada apenas para idade e prática de atividade física recreativa.

No estudo de Kac et al. (2006), observou-se risco ligeiramente aumentado de desenvolver TMC em mães com gordura corporal  $\times$  30%, mesmo após o controle para variáveis de confusão como a renda e a escolaridade. Por outro lado, a maior propensão em apresentar TMC em mulheres obesas ainda não foi suficientemente estudada, mas uma hipótese consiste no maior potencial de consumo energético devido ao componente GHQ (General Health Questionnaire) associado à ansiedade (KAC et al., 2006).

Entre mulheres com TMC, também existe associação com baixo nível socioeconômico daquelas que nasceram com baixo peso, de mães com baixa escolaridade e que apresentavam TMC, sugerindo que tal associação seja decorrente de maior herdabilidade de depressão entre as mulheres (ANSELMINI et al., 2008).

Outro aspecto importante associado à saúde mental da mulher é o trabalho doméstico. Observa-se que a mulher, mesmo após sua inserção no mercado de trabalho, permanece a principal responsável por planejar e executar as atividades domésticas, sem receber ajuda substancial dos companheiros e filhos, sendo o auxílio nas tarefas, quando disponível, proveniente de outra mulher (ARAÚJO et al., 2005). Este estudo sugere que aspectos relacionados ao trabalho doméstico podem estar associados a repercussões negativas à saúde mental das mulheres. Portanto, o trabalho doméstico não pode mais manter-se invisível, portador de atributos negativos e de pouco valor social.

A depressão pós-parto (DPP) é um transtorno sério e tem um efeito prejudicial na capacidade materna do cuidado com o filho. Estudos epidemiológicos tem estimado que a DPP ocorra em 10 a 15% das mulheres (CHANDRAN et al., 2002; RIGHETTI et al., 2003; BRUM; SCHERMANN, 2006) e nos Estados Unidos de 10 a 20% nos seis primeiros meses, elevando-se para 25% ou mais em mulheres com história anterior de DPP (CLAY; SEEHUSEN, 2004). Estudo realizado no Brasil mostrou alta prevalência de DPP (19,1%), onde os achados sugerem que baixas condições socioeconômicas de vida da puérpera e a não aceitação da gravidez são elementos-chave no desenvolvimento da depressão (MORAES et al., 2006).

Dentro desta perspectiva, existe uma preocupação com os efeitos da depressão materna em nível da interação mãe-bebê. O impacto da depressão materna no desenvolvimento infantil tem sido amplamente investigado nas últimas décadas, pois há evidências de que o estado depressivo materno pode repercutir de forma negativa no desenvolvimento infantil (SCHWENGBER; PICCININI, 2003 e 2004; FRIZZO; PICCININI, 2005), especificamente, no estabelecimento de um vínculo afetivo seguro entre mãe e filho, o qual se propagará nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança ao longo de sua vida (SCHERMANN et al., 2000).

Nesse sentido, Medeiros; Furtado (2004) encontraram que a depressão influencia a mãe na capacidade de amamentar e nos cuidados com a saúde do bebê; e, Carvalhaes; Benício (2002) encontraram a depressão materna como um dos fatores de risco para desnutrição infantil.

Patel et al. (2002) em um estudo de mães em Goa, na Índia, mostraram uma prevalência de 23% de depressão pós natal; Chandran et al. (2002) em Tamil Nadu, também na Índia, estudando depressão pós natal em estudo de coorte, mostraram 19,8% de prevalência e Rahman et al. (2004b) em uma coorte realizado em Rawalpindi, no Paquistão encontraram uma prevalência de 25% de depressão pré-natal e 28% de depressão pós-natal.

Alguns autores em estudos realizados em vários países identificaram o impacto que os problemas emocionais maternos causam no estado nutricional de crianças. No estudo de Harpham et al. (2005) realizado em quatro países (Peru, Etiópia, Índia e Vietnã) foi constatado uma relação significativa entre distúrbios mentais maternos e déficit no estado nutricional de crianças em dois deles, Índia e Vietnã. Patel et al. (2003) em um estudo de coorte em Goa, na Índia, mostraram que as mães com depressão apresentavam um risco 2,3 (IC 95% 1,1-4,7) vezes maior de ter crianças com desnutrição.

No Brasil, Miranda et al. (1996) em um estudo caso-controle realizado em São Paulo, mostraram que as mães de crianças desnutridas apresentaram um risco 2,8 (IC 95% 1,2-6,9) vezes maior de ter transtornos emocionais do que as mães de crianças eutróficas, com prevalências de 68% e 38%, respectivamente. Segundo os autores, esta associação

s: que o transtorno mental da mãe pode levar à desnutrição na criança; que a desnutrição na criança causa distúrbio psiquiátrico na mãe; ou um terceiro fator desconhecido é responsável por ambos. Isto leva a uma hipótese testável, que a conduta em relação ao transtorno mental da mãe conduziria a uma melhoria subsequente no estado nutricional da criança.

Rahman et al. (2004a) também em um estudo caso-controle realizado no Paquistão, constataram que as mães de crianças desnutridas apresentavam um risco 3,9 (IC 95% 1,9-7,8) vezes maior de ter transtornos mentais do que as mães de crianças eutróficas, com prevalências de 57% e 26%, respectivamente.

O TMC materno dobra o risco de déficit estatural infantil em crianças menores de cinco anos de idade na zona urbana de Salvador (OR=2,0; IC 95% 1,1-3,8). Esta associação ocorre independente do número de crianças que moram na casa, situação laboral da mãe, renda familiar, escolaridade e idade materna (SANTOS et al., 2010).

Estudo de coorte, Rahman et al. (2004b) estimaram que reduções na prevalência de depressão materna poderiam reduzir o retardo do crescimento infantil em até 30%. Conseqüentemente, as políticas públicas de saúde materna e infantil devem considerar a depressão materna como um problema de saúde pública significativo, integrando a saúde mental aos cuidados da saúde materna nos países de baixa renda (PATEL et al., 2002). Contudo a saúde mental materna é negligenciada pela maior parte dos programas de saúde da criança em países em desenvolvimento (HARPHAM et al., 2005).

Alguns estudos mostraram que mães deprimidas tinham, significativamente, níveis mais elevados de incapacidade, e que mais da metade permaneceu doente durante pelo menos seis meses. Essas evidências mostram que a saúde mental materna é um fator crítico, e anteriormente ignorado, na associação entre adversidade social e insuficiência de crescimento infantil nos países de baixa renda (PATEL et al., 2004).

A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. Não obstante, só uma pequena minoria dos 450 milhões de pessoas que apresentam perturbações mentais e comportamentais está a receber tratamento. Avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, estas perturbações resultam de uma complexa interação de



ciais. Embora ainda haja muito por aprender, já temos os conhecimentos e as capacidades necessários para reduzir o peso que as perturbações mentais e comportamentais representam em todo o mundo (OMS, 2001).

### 2.3 Comunidades Remanescentes de Quilombos

As denominações quilombos, mocambos, terra de preto, comunidades remanescentes de quilombos, comunidades negras rurais, comunidades de terreiro são expressões que designam grupos sociais afro-descendentes trazidos para o Brasil durante o período colonial, que resistiram ou, manifestamente, se rebelaram contra o sistema colonial e contra sua condição de cativo, formando territórios independentes onde a liberdade e o trabalho comum passaram a constituir símbolos de diferenciação do regime de trabalho adotado pela metrópole (BRASIL, 2009a).

Os quilombos foram uma das muitas maneiras que africanos escravizados no Brasil encontraram para não se submeter à escravidão, constituindo comunidades organizadas como locais de liberdade e autonomia. As comunidades quilombolas são constituídas por grupos sociais cuja identidade étnica os distingue de outros grupos da sociedade nacional. Para esse segmento social, o traço distintivo é a identidade étnica, entendida como um processo de auto-reconhecimento bastante dinâmico, não podendo ser reduzido, assim, a elementos materiais ou traços biológicos distintivos, como a cor da pele (BRASIL, 2008b).

As comunidades quilombolas, segundo o Decreto nº. 4.887, de 20 de novembro de 2003, são grupos étnico-raciais identificados segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão historicamente vivenciada (BRASIL, 2008b). Esse Decreto regulamentou o procedimento de identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas pelos quilombolas (BRASIL, 2007).

Os quilombos simbolizam a forma mais conhecida de resistência à escravização, pois buscaram preservar o modo de vida africano, pautados pela valorização da coletividade e pelo compromisso com a luta pela liberdade. A existência dessas sociedades ainda hoje configura um verdadeiro legado cultural para o país. No período pós-abolicionista, o Estado brasileiro propagou ao longo de décadas o mito da democracia

cia de nação onde a convivência harmônica entre os diferentes grupos tornava dispensáveis as políticas de inclusão voltadas aos descendentes de africanos (BRASIL, 2007).

Essa postura privou de direitos um enorme contingente de homens e mulheres que nunca tiveram apoio para inserir-se na sociedade como cidadãos livres, inclusive os quilombolas. Dessa forma, criou-se um abismo entre brancos e negros, sendo que estes últimos constituem até hoje a maioria dos desempregados, das pessoas em situação de pobreza, dos desnutridos e da população carcerária. São sub-representados nos postos de poder, nas instituições governamentais, universidades, câmaras e assembleias legislativas (BRASIL, 2007).

Estima-se, segundo dados da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR, 2005, apud BRASIL, 2008b), que há no país cerca de 2 milhões de quilombolas, distribuídos em 3.524 comunidades. Em Alagoas existem 4338 famílias quilombolas constituindo 42 comunidades, segundo a Secretaria da Mulher, da Cidadania e dos Direitos Humanos ó Gerência Afro Quilombola do governo do estado de Alagoas.

As comunidades quilombolas se localizam em várias regiões do País, notadamente nas áreas rurais; apresentam um relativo grau de isolamento geográfico e vivem desigualdades sociais e de saúde. Nestas comunidades, as conseqüências históricas do processo de escravidão e a forma de sua libertação têm influenciado o acesso diferenciado a bens e serviços, constituindo-se como fatores condicionantes da situação de insegurança alimentar (SILVA et al., 2008). Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Sul concentram a maioria dessas comunidades (BRASIL, 2007).

No entanto, devido justamente ao seu isolamento, existe uma grande dificuldade em se obter informações precisas e tornar amplo o conhecimento da população sobre as comunidades remanescentes de quilombos. Esse isolamento fazia parte de uma estratégia que garantiu a sobrevivência de grupos organizados com tradições e relações territoriais próprias, formando, em suas especificidades, uma identidade étnica e cultural que deve ser respeitada e preservada (BRASIL, 2008b).

nda, condições de moradia, escolaridade dos pais e condições escolares e de saúde que determinam o pleno desenvolvimento em todos os ciclos de crescimento. Trata-se das condições e possibilidades nas quais crianças e adolescentes das famílias iniciam sua trajetória social (BRASIL, 2008b).

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde e agravos enfrentados. No caso da população negra, o meio ambiente, que exclui e nega o direito natural de pertencimento, coloca-a em condições de maior vulnerabilidade. Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de atenção e prevenção (vulnerabilidade programática), homens e mulheres negras vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual) (BIS, 2003).

Entre as possíveis causas das desigualdades étnico-raciais em saúde, destacam-se as diferenças sócio-econômicas que se acumulam ao longo da vida de sucessivas gerações. Sugere-se que a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde, encontra-se na origem de grande parte dessas desigualdades (CHOR; LIMA, 2005).

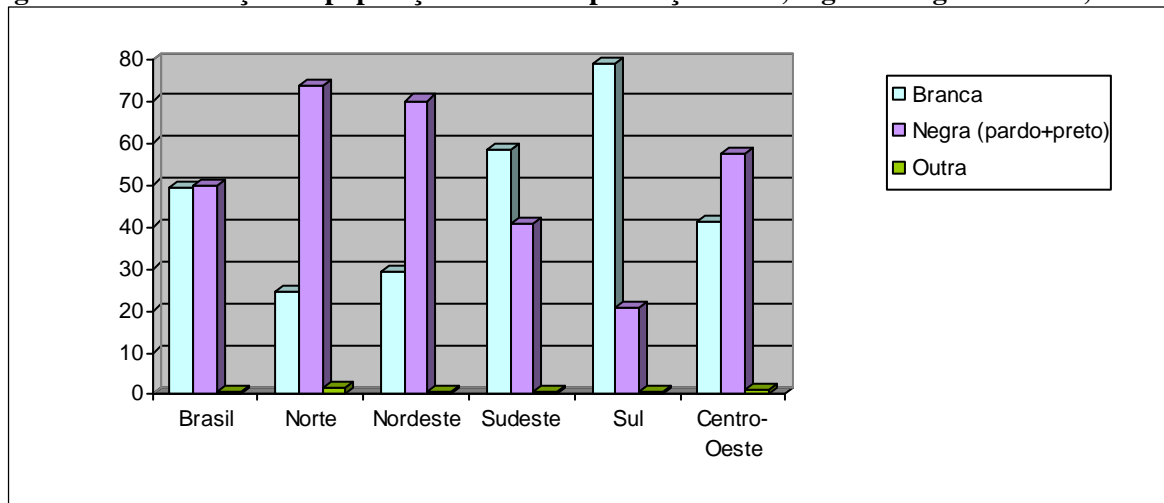
Sobre a penca de discriminações existente em nossa sociedade, observa-se que na pirâmide econômica brasileira, do ápice à base, há representatividade de mulheres, portadores de deficiência, homo-bi-trans-panssexuais, porém, em se tratando de raça, é fato que a população negra está concentrada na base dessa pirâmide. A discriminação básica, no caso da população negra, não é ser mulher, ou portar deficiência, ou estar na pobreza, etc.; esses se tornam 'agravantes', pois a discriminação 'originária' é pertencer à raça negra (WERNECK et al., 2009). A etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui em característica de vulnerabilidade (HENRIQUES, 2001).

A maioria dos cerca de 188 milhões de brasileiros residentes no país é de negros (pretos e pardos ó 49,7%), segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007

e declararam pretas em 2007 representa 7,4% do total.

O total de pardos soma 42,3%, e os brancos são 49,4%. A distribuição da população por cor e raça é diferenciada entre as regiões do país. Os estados do Norte e Nordeste concentram a maior parte dos negros, com percentuais de 73,8% e 70,0%, respectivamente, como mostra a Figura 1. Em Alagoas os negros representam 62,0% da população. (IBGE, 2007).

**Figura 1 ó Distribuição da população brasileira por raça ou cor, segundo regiões. IBGE, 2007**



Fonte: IBGE, 2007.

Dentro desse contexto, Henriques (2001) estudou a evolução das condições de vida na década de 90. Os negros representavam 45% da população brasileira, mas correspondiam a 64,0% da população pobre e 69,0% da população em extrema pobreza, e os brancos, por sua vez, eram 54% da população total, mas somente 36,0% eram pobres e 31,0% eram extremamente pobres. Ele concluiu que nascer de cor parda ou negra no Brasil aumenta de forma significativa a probabilidade de um brasileiro ser pobre.

O processo cumulativo de desvantagens econômicas, sociais e políticas caracteriza profundamente a desigualdade racial no Brasil e está fortemente associado aos mecanismos discriminatórios que incidem sobre a população negra de modo geral e mais especificamente sobre os quilombolas no decorrer da sua trajetória (BRASIL, 2008b).

As Fotos a seguir mostram a realidade em que algumas das comunidades remanescentes de quilombos de Alagoas vivem.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



(a)



(b)



(c)



(d)



(e)



(f)



(g)



(h)



**PDF**  
Complete

*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

É um estudo transversal analítico, realizado em comunidades quilombolas de Alagoas onde se avaliou a saúde mental das mães de crianças de 6 a 60 meses de idade, as variáveis socioeconômicas e demográficas da família e o estado nutricional da mãe e filho.

### **3.2 População alvo**

Universo de crianças na faixa etária de 6 a 60 meses e suas respectivas mães, pertencentes à população remanescente dos quilombos de Alagoas.

### **3.3 Planejamento amostral**

Foram pesquisadas 2201 famílias distribuídas em 39 comunidades quilombolas cadastradas pela Gerência de Programas Afros-Quilombolas da Secretaria da Mulher, da Cidadania e dos Direitos Humanos do Estado de Alagoas (Anexo A).

### **3.4 Procedimentos**

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares ou em regime de mutirão em espaço físico pertencente à própria comunidade e em dia previamente agendado com as lideranças locais e gestores da Secretaria de Saúde do município. Utilizou-se formulário testado previamente em estudo-piloto, ocasião em que houve o treinamento dos entrevistadores e padronização dos procedimentos. Os dados foram coletados por uma equipe formada por mestrandos em nutrição da UFAL e por estudantes do curso de graduação em nutrição, devidamente treinados e supervisionados.

Foram coletados dados referentes às variáveis antropométricas, demográficas, ambientais, socioeconômicas, de saúde, de utilização de serviços públicos e presença de morbidades. Esses dados foram coletados através da aplicação de questionários (Anexos B a E) que faz parte do estudo oDiagnóstico de Nutrição e Saúde da população remanescente de Quilombos do estado de Alagoas.

Além das avaliações referentes ao estado nutricional materno e infantil e outros dados do estudo oDiagnóstico de Nutrição e Saúde da população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas, foi aplicado o questionário de rastreamento em saúde

Questionnaire (SRQ-20) em cada uma das mães entrevistadas (Anexo F), para estimar a percentagem de possíveis transtornos mentais nessas mães.

### 3.4.1 Instrumentos

#### 3.5.1 O SRQ-20 (Self Report Questionnaire)

O Self Report Questionnaire (SRQ-20) foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ser utilizado como um instrumento de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), anteriormente chamados distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes, neurastenia), por meio da investigação de sintomas não-psicóticos no último mês (WHO, 1994).

É composto de 20 questões fechadas com 2 alternativas positiva ou negativa para as respostas. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) (GONÇALVES et al., 2008). Dentre as 20 questões, 04 abordam questões sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais (WHO, 1994).

O ponto de corte utilizado neste estudo foi  $\times 6$  para as respostas positivas permitindo identificar casos possíveis de transtornos mentais. Foi utilizado como referência o estudo de validação realizado no nordeste do Brasil por Ludermir; Lewis (2001).

#### 3.4.2 Avaliação antropométrica

As crianças e suas mães tiveram suas medidas de massa corporal e estatura aferidas. A massa corporal foi obtida em balança eletrônica portátil, com capacidade para 180 kg e sensibilidade para 100g (Marte PP180<sup>®</sup>). O comprimento das crianças menores de 2 anos foi verificado na posição de decúbito dorsal em estadiômetro pediátrico. As mães e crianças com idade superior a 2 anos foram medidas em posição ortostática em um estadiômetro vertical. Ambos os equipamentos eram dotados de fita métrica inextensível



As medidas foram obtidas conforme as recomendações do Ministério da Saúde (FAGUNDES et al., 2004).

Para as crianças, essas medidas foram combinadas de modo a constituir os índices peso para idade (P/I), peso para altura (P/A) e altura para idade (A/I), que foram expressos em escores Z. Para isso, utilizou-se o software Anthro 3.0.1, que emprega o padrão antropométrico da World Health Organization (WHO, 2006).

Para diagnosticar Desnutrição crônica (déficit estatural) foi utilizado o índice A/I, onde foi considerado déficit as crianças com escore  $Z < -2$ . Para determinar sobrepeso/obesidade foi utilizado o índice P/A, onde foi definido como ponto de corte escore  $Z \times 2$  (WHO, 2006).

O peso ao nascer (PN) foi obtido pela informação contida no cartão da criança e considerado baixo quando  $< 2500\text{g}$  e normal quando  $\times 2500\text{g}$  (WHO, 1961).

Foram consideradas com baixa estatura as mães com até 1,55m de altura pelo National Center for Health Statistic (NCHS, 2000).

O estado nutricional das mães foi avaliado pelo índice de massa corporal (IMC), segundo parâmetros da WHO (1995), com a seguinte classificação: Baixo peso ( $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$ ), Normal ( $\times 18,5$  a  $< 25,0 \text{ Kg/m}^2$ ), Sobrepeso ( $\times 25,0$  a  $< 30,0 \text{ Kg/m}^2$ ) e Obesidade ( $\times 30,0 \text{ Kg/m}^2$ ).

A gordura corporal foi medida pela bioimpedância elétrica (BIA), medida em aparelho digital da marca Onron<sup>®</sup> (BF 300), tendo sido adotado o ponto de corte de 30% (PICHARD et al, 2000).

### 3.4.3 Avaliação bioquímica

Foi realizado exame de sangue com o objetivo de detectar a anemia ferropriva nas crianças. A dosagem da hemoglobina (Hb) foi feita em um fotômetro portátil HemoCue<sup>®</sup>, teste diagnóstico considerado válido para estudos epidemiológicos. Para isso, coletou-se uma gota de sangue por punção da polpa digital da criança. Foram diagnosticadas como anêmicas aquelas cuja concentração de Hb foi inferior a 11g/dL (WHO, 2001).

Foi realizado por meio da aplicação de questionários específicos, previamente testados em estudo piloto, constando de questões relativas à renda familiar, renda per capita, número de membros na família, número de filhos, escolaridade materna, beneficiária de programa assistencial do governo, ocupação materna e do chefe da família, origem da água usada para beber, posse de utensílios de consumo (televisão, DVD, rádio, geladeira, máquina de lavar, carro), além de acesso aos serviços de saúde, história de agravos recentes ou crônicos, entre outras que podem ser observadas nos questionários anexados (Anexos C a E).

A linha da miséria pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) é a faixa social que sobrevive com renda de até  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, cerca de R\$ 125,00 por mês (IPEA, 2007). De acordo com os critérios do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), as famílias que possuem renda mensal entre R\$ 70,01 e R\$ 140,00, só ingressam no Programa Bolsa Família (PBF) se possuem crianças ou adolescentes de 0 a 17 anos. Já as famílias com renda mensal de até R\$ 70,00 por pessoa, podem participar do PBF, qualquer que seja a idade dos membros da família (BRASIL, 2009b). Por esse motivo, neste estudo foi utilizado como ponte de corte R\$ 70,00 para renda per capita (RPC) das famílias.

### 3.5 Análise estatística

Os dados foram digitados em dupla entrada independentes em formulário criado no Epi-info versão 5.3.1, e analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS, versão 13.0. Para efeito de análises várias variáveis com potencial de confundimento foram dicotomizadas.

As variáveis relacionadas às crianças foram definidas: **1)** Sexo: masculino e feminino; **2)** Idade: 6 a 30 meses e 31 a 60 meses. Considerou-se esse ponto de corte porque crianças com até 30 meses de idade são mais dependentes da mãe. **3)** peso ao nascer: < 2500g baixo e  $\times$  2500g normal. Crianças nascidas com baixo peso (<2500g) podem ter obstáculos adicionais para o desenvolvimento normal e terem sofrido desnutrição intra-uterina (NÓBREGA, 1986); **4)** O aleitamento materno foi considerado apenas se a criança mamou ou não, independente do tempo que recebeu leite materno; **5)**

normal  $\times 11\text{g/dL}$  (WHO, 2001); **6**) Desnutrição crônica (A/I): déficit estatural  $Z < -2$  e sem déficit  $Z \times -2$ ; **7**) Sobrepeso/Obesidade (P/A): Sim  $Z > 2$  e Não  $Z \leq 2$  (WHO, 2006).

As variáveis maternas foram categorizadas da seguinte forma: **1**) TMC: Sim  $\times 6$  respostas positivas e Não  $\leq 5$  (LUDERMIR; LEWIS, 2001); **2**) Idade:  $< 30$  anos e  $\times 30$  anos. Esse ponto de corte foi escolhido por causa da mudança percebida no papel social das mulheres mais velhas (MIRANDA et al., 1996); **3**) Escolaridade: baixo  $< 4$  anos de estudo e alto  $\times 4$  anos. Este valor foi escolhido como ponto de corte, porque, até recentemente, as crianças brasileiras freqüentavam o ensino fundamental por quatro anos, depois muitas dessas crianças de famílias de baixa renda paravam de freqüentar (MIRANDA et al., 1996); **4**) Trabalhar fora de casa: sim ou não; **5**) Número de filhos: baixo  $< 3$  filhos e alto  $\times 3$  filhos. Esse corte foi definido porque as famílias de baixa renda com mais de três filhos teriam dificuldades adicionais como maiores dificuldades financeiras e menos tempo para se dedicar à criança (MIRANDA et al., 1996); **6**) IMC: normal  $< 25\text{kg/m}^2$  e alto  $\times 25\text{kg/m}^2$  (WHO, 1995); **7**) BIA: normal  $< 30\%$  de gordura corporal e alto  $\times 30\%$  (PICHARD et al, 2000); **8**) Estatura materna: baixa  $\leq 1,55\text{m}$  e normal  $> 1,55\text{m}$  (NCHS, 2000).

A Renda per capita foi definida como baixa quando  $\leq \text{R}\$ 70,00$  e alta quando  $> \text{R}\$ 70,00$  (BRASIL, 2009b). Ser beneficiário de algum programa social do governo: sim ou não.

Na análise de associação foi utilizada a estimativa da Razão de Prevalência (RP) com IC de 95% e construído um modelo multivariado de regressão logística em que foram usadas como variáveis dependentes o déficit estatural e o sobrepeso/obesidade e as independentes são: Transtorno Mental Comum (TMC), escolaridade e idade materna, trabalhar fora de casa, número de filhos, IMC e BIA materna, renda per capita, ser beneficiário de programa assistencial do governo, idade da criança, peso ao nascer da criança, ter recebido aleitamento materno e níveis de hemoglobina. Todas as variáveis que não foram significativamente associadas ( $p < 0,1$ ) foram removidas dos modelos finais pelo processo de backward wald.

Por se tratar de um estudo observacional, o mesmo não expôs a população estudada a nenhum risco que comprometa a sua saúde física e mental.

A pesquisa proporcionará um conhecimento sobre o estado nutricional das mães e de seus filhos da população remanescente dos quilombos de Alagoas e contribuirá para a compreensão do papel dos transtornos mentais em mães de crianças com agravos nutricionais, o que possibilitará o planejamento e implementação de ações voltadas para o combate a déficits nutricionais.

### **3.7 Critérios de inclusão e exclusão**

Todas as mães com filhos na faixa etária de 6 a 60 meses pertencente à população remanescente dos quilombos de Alagoas foram elegíveis para o estudo. Foram excluídas as gestantes pela impossibilidade de medir a Bioimpedância Elétrica (BIA) pela sua atual condição. Assim como também foram excluídos os outliers, que são os pontos extremos evidenciados após a digitação dos dados.

### **3.8 Aspectos éticos**

Este trabalho, elaborado em conformidade com as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), é parte integrante de um projeto maior denominado Diagnóstico de Nutrição e Saúde da população remanescente de Quilombos do estado de Alagoas, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas com o processo n°. 014440/2008-51 (Anexo G).

Durante a coleta de dados, o entrevistador explicou às mães ou responsáveis pela criança os procedimentos da pesquisa, lendo com elas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo H). Após todos os esclarecimentos e, havendo concordância, solicitou-se que a mesma assinasse o referido Termo.

As autoridades de saúde da área em estudo foram contatadas para tomar conhecimento e apoiar o trabalho, bem como conhecer o formulário utilizado pela equipe para coleta de dados. Na ocorrência de algum agravo, a população estudada era orientada a procurar o serviço de saúde mais próximo com vistas a receber o tratamento adequado.