

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS- UFAL
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- ICBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE- PPGCS

LAYSE VELOSO DE AMORIM SANTOS

SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS: ESTUDO CASO CONTROLE

MACEIÓ, ALAGOAS

2014

LAYSE VELOSO DE AMORIM SANTOS

SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS: ESTUDO CASO CONTROLE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Professor Dr. Cláudio Torres de Miranda.

Maceió, Alagoas

2014

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Maria Auxiliadora G. da Cunha

S237s Santos, Layse Veloso de Amorim.
Saúde mental de crianças desnutridas : estudo caso controle / Layse
Veloso de Amorim Santos . – 2014.
68 f. : il. tabs.

Orientador: Cláudio Torres de Miranda.
Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal
de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2014.

Bibliografia: f. 50-58.

Apêndices: f. 59-63.

Anexos: f. 64-68.

1. Desnutrição . 2. Saúde da criança. 3. Saúde da mulher. 4.
Transtorno mental. 5. Pobreza. I. Título.

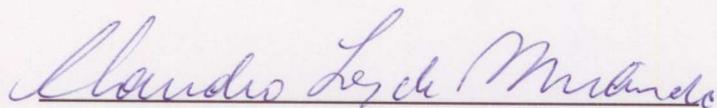
CDU: 612.391-053.2

Folha de Aprovação

Layse Veloso de Amorim Santos

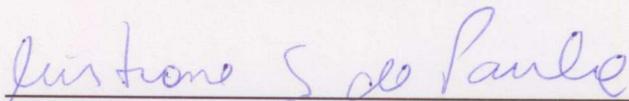
Avaliação da saúde mental de crianças desnutridas: estudo caso controle

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 27 de fevereiro de 2014.

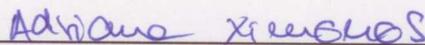


Prof. Dr. Cláudio Miranda Torres (Orientador)

Banca Examinadora



Prof.^a Dr.^a Cristiane Silvestre de Paula – (Universidade Presbiteriana Mackenzie - SP)



Prof.^a Dr.^a Adriana Ximenes da Silva – (UFAL)



Prof.^a Dr.^a Divanise Suruagy Correia - (UFAL)

"...Grande é a poesia, a bondade e as danças... Mas o melhor do mundo são as
crianças..."

Fernando Pessoa, Obra Poética 189.

Dedico este trabalho a todas as mães e crianças participantes,
fonte de aprendizado e generosidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus fonte de busca, amor e esperança por um mundo mais justo.

Ao professor Cláudio Miranda que em face de tantas queixas pela arrogância de professores no meio acadêmico, sempre se mostrou atento, humilde, bem humorado e afetuoso. Um verdadeiro educador. Sua presença marcou meu desejo de melhorar para retribuir todo investimento.

Aos familiares e amigos. Aos meus pais Solange e Wallace por toda base e confiança. Aos meus amados avós Sílvio, Glória, Zuleide, as tias mães Ana, Vânia, Sônia, Dirce, Rose. Meus irmãos de sangue e de coração Lucas, Luciano, Samira, Delma, Polly, Julliana, Eric, Emersom, Erise. E tantos outros. Tudo que eu tenho para escrever será muito pouco diante do que eu sinto. Obrigada pelo amor, compreensão, confiança e estímulo pela realização dos meus ideais. Muito recebi e decidir partilhar em minha atuação profissional e hoje como pesquisadora.

A uma das minhas maiores paixões o – Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), que possibilita o sentido que sempre busquei em minha formação profissional. Exercício constante de trabalho integral, criativo e dinâmico. Que atende aos meus altos anseios, que faz com que eu queira melhorar sempre. E a todos os meus amigos de trabalho especialmente a Telma, Darlene, Gabriela, Renata, Myria, Chris, Tati, Fabi ...e tantas. Pela disponibilidade nas avaliações, pela cumplicidade.

As professoras Adriana Ximenes, Cristiane Paula e Divanise Suruagy pela disponibilidade e contribuição neste trabalho..

Às Instituições de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL).

Em especial as mães e crianças do CREN. Vidas que geram encanto além da dor, pela confiança do sofrimento partilhado, das alegrias também. Vidas que toquei e muito mais fui tocada. Sem a generosidade delas nada seria possível. Meu mundo fica muito mais colorido com a presença delas

RESUMO

Introdução – A desnutrição crônica infantil é um grave problema de saúde pública de países em desenvolvimento que gera prejuízos ao desenvolvimento cognitivo, motor e psicossocial da criança afetada. Entretanto, pouco se sabe sobre a sua relação com problemas de saúde mental da criança. Este estudo tem como hipótese que mesmo vivendo em um ambiente de vulnerabilidade social, crianças desnutridas tem maior chance de apresentarem associação com problemas de saúde mental do que crianças eutróficas. **Objetivo** - Comparar a saúde mental de crianças desnutridas com a saúde mental de crianças eutróficas que residem em um ambiente de vulnerabilidade social levando em conta fatores psicossociais selecionados. **Métodos** -Trata-se de um estudo caso controle em que foram comparados os casos- 48 crianças desnutridas crônicas moderada ou grave na faixa de 48 a 72 meses, atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), com os controles- 50 crianças eutróficas atendidas na creche, localizada no mesmo bairro do CREN. Foram avaliados o estado nutricional da criança através dos critérios da OMS: a saúde mental da criança através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengthand Difficulties Questionnaire*, SDQ), a saúde mental materna através do “*Self Report Questionnaire*” – 20 (SRQ-20) e incapacidade associada através do “*Sheehan Disability Scale*” (SDS). Além disso foram avaliados aspectos socioeconômicos selecionados. **Resultados** - As variáveis que apresentaram razão de chance (OR) significativas na análise univariada, quando comparado entre casos e controles foram: a escolaridade da mãe (OR: 2,96; IC 95%: 1,30-6,75), o número de residentes em domicílio (OR: 0,32; IC 95%: 0,14-0,74), o número de filhos que moram no domicílio (OR:0,25, IC: 95%: 0,10-0,61),classe social (OR:2,30, IC 95%: 1,02 -5,18). Nas dimensões avaliadas pelo SDQ, a única que apresentou tendência a significância estatística na associação com a desnutrição foram os problemas de conduta ($p = 0,08$). A incapacidade associada ao provável Transtorno Mental Comum (TMC) materno também apresentou associação estatisticamente significativa ($p = 0,02$). Na regressão logística permaneceram associadas à desnutrição infantil, problemas de conduta da criança e incapacidade associada ao provável TMC da mãe. **Conclusões** - Este estudo contribuiu para a confirmação de uma maior associação de problemas de conduta em crianças denutridas e a incapacidade associada ao transtorno mental materno. Estudos longitudinais são necessários para confirmar estas hipóteses que se confirmadas, ajudarão na melhora da Atenção a saúde mental infantil.

Palavras chave: desnutrição, saúde da criança, saúde da mulher, transtorno mental, pobreza.

ABSTRACT

Introduction - Chronic malnutrition is a serious public health problem in the developing countries. However, little is known about its relationship with child mental health problems. This study has as hypothesis that even living in an environment of social vulnerability, malnourished children are more likely to be associated with mental health problems than normal children. **Objective** - To compare the mental health of malnourished children with mental health of euthrophic children living in an environment of social vulnerability taking into account selected psychosocial factors. **Methods**- This was a case-control study where cases-48 malnourished children i48 to 72 months of age,attending the Center for Nutritional Recovery and Education (CREN), , were compared with controls 50 children attending kindergarten and the Basic Health Unit located in the same neighborhood of CREN. The child's nutritional status were evaluated using the criteria of the WHO. Child mental health was assessed through the Strengths and Difficulties Questionnaire (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ), maternal mental health through the "Self Report Questionnaire" - 20 (SRQ-20) and associated disability through "Sheehan disability Scale" (SDS). Also selected socioeconomic aspects were evaluated. **Results** - Variables with an odds ratio (OR) significant in the univariate analysis, when compared between cases and controls were: the mother's education (OR: 2.96, 95% CI: 1.30 to 6.75), the number of residents in the household (OR: 0.32, 95% CI: 0.14 to 0.74), the number of children in the household (OR: 0.25, CI: 95%: 0.10 to 0.61), social class (OR: 2.30, 95% CI: 1.02 -5.18). Dimensions assessed by the SDQ, the one who tended to be statistically significant association with malnutrition were conduct problems (p = 0.08). The disability associated with probable maternal common mental disorders (CMD) also showed statistically significant association (p = 0.02). In the Logistic regression remained associated with child malnutrition, child conduct problems and disability associated with probable maternal CMD. **Conclusions** - This study contributed to the confirmation of an association of conduct problems in malnourished children and disability associated with maternal mental disorder. Longitudinal studies are needed to confirm these hypotheses. If so, it will help in the improvement of the children's mental health care.

Keywords: malnutrition, child health, women's health, mental illness, poverty.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Associação entre desnutrição crônica infantil e fatores demográficos e socioeconômicos investigados entre casos e controles (N=98). Maceió/AL-2014	41
Tabela 2	Associação entre desnutrição crônica e saúde mental infantil em casos e controles(N=98). Maceió/AL-2014	42
Tabela 3	Associação entre desnutrição crônica infantil e saúde mental materna em casos e controles (N=98). Maceió/AL-2014.	43
Tabela 4	Modelo final de regressão logística múltipla, apresentando <i>odds ratio</i> com intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] dos fatores associados à desnutrição infantil.	44

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CBCL -	Child Behavior Checklist
CREN-	Centro de Recuperação e Educação Nutricional
DAWBA -	Survey about Children and Adolescents Development and Well-being
PSM	Problemas de Saúde Mental
PSMCA	Problemas de Saúde Mental em Crianças/Adolescentes
PSF –	Programa de Saúde da Família
SDQ -	Strength and Difficulties Questionnaire
SRQ-20 -	Self-Report Questionnaire – 20
SDS -	Sheehan Disability Scale
TMC	Transtorno Mental Comum
UNICEF –	United Nations Children’s Fund
USB –	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 Desnutrição infantil	16
2.1.2 Desnutrição infantil: um dos maiores problemas de saúde pública dos países em desenvolvimento	17
2.1.3 Fatores associados à desnutrição infantil	18
2.2. Saúde mental infantil	21
2.2.1 Estudos brasileiros	22
2.2.2 Problemas de comportamento externalizantes e internalizantes	24
2.2.3 O diagnóstico e a clínica	27
2.3 Saúde mental materna	28
3. OBJETIVOS	31
3.1 Geral	31
3.2 Específicos	31
4. MÉTODOS	32
4.1 Desenho de Estudo	32
4.2 Local de Estudo	32
4.3 Participantes	33
4.3.1 Processo de Seleção	33
4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão	33
4.4 Cálculo amostral	34
4.5 Avaliação	34
4.6 Variáveis e Instrumentos	35
4.6.1 Estado nutricional da criança	35
4.6.2 Saúde mental da criança	35
4.6.3 Saúde mental materna	36
4.6.4 Incapacidade sócio/funcional associada à saúde mental materna	37
4.6.5 Aspectos socioeconômicos e fatores de risco	37
4.7 Análise dos dados	38

4.8 Aspectos Éticos	38
4 RESULTADOS	40
5.1 Caracterização da amostra e dos fatores sócio demográficos	40
5.2 Caracterização da saúde mental infantil	42
5.3 Caracterização da Saúde mental materna e grau de incapacidade associado	43
5.4 Avaliação simultânea das variáveis mais importantes	44
5 DISCUSSÃO	45
6 CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	
APÊNDICE 1 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido	59
APÊNDICE 2 - Questionário sócio demográfico e psicossocial	62
ANEXOS	
ANEXOS 1 - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-For)	64
ANEXO 2 - Self Report Questionnaire (SRQ)	67
ANEXO 3 - Sheehan Disability Scale (SDS)	68

1. INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, mais de 200 milhões de crianças menores de cinco anos estão expostas a desnutrição. Dentre os fatores responsáveis por essa situação pode-se citar a pobreza, más condições sanitárias e ambientes domésticos pouco estimulantes, que afetam negativamente seu desenvolvimento cognitivo, motor e sócio- emocional, impedindo que atinjam seu potencial de desenvolvimento (GRANTHAM - MCGREGOR et al., 2007). Pesquisas epidemiológicas apontam entre outros fatores de risco associados, a depressão materna e a exposição à violência (WALKER et al, 2007).

Dados da UNICEF (2006) revelam que a desnutrição responde por quase 50% das mortes de crianças de até cinco anos em países em desenvolvimento, consistindo ainda, em um dos maiores problemas de saúde pública desses países. A criança desnutrida traz em si uma marca da desigualdade social, colaborando para a perpetuação do ciclo da pobreza.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000) a desnutrição é uma doença de natureza médica e social, resultante não apenas de problemas relativos à nutrição e falta de alimento, mas frequentemente da falta de cuidado adequado, relacionadas a baixa escolaridade do cuidador, a problemas familiares e a pobreza.

Como se pode ver, além dos fatores ligados à saúde física, os fatores psicossociais também podem ser fatores de risco para a desnutrição infantil. Os primeiros anos de vida são os mais importantes para o desenvolvimento infantil, sendo a família a principal agente de saúde da criança (XIMENES 2004; GOMES, PEREIRA, 2005). Neste sentido, destaca-se a o componente de saúde mental materna como influência direta no desencadeamento da desnutrição infantil (MIRANDA 1996; SOLYMOS 1997; CARVALHAES e BENICIO, 2002; RAHMAN et al 2008)

A saúde mental materna como um dos fatores diretamente associados a desnutrição infantil é destacada em diversos estudos (MIRANDA 1996; MONTE 2000; CARVALHAES e BENICIO, 2002; FEIJÓ et al 2011). Segundo Monte (2000), a natureza do vínculo mãe-filho, as práticas de cuidado com a criança e suas

condições de vida são importantes fatores na origem da desnutrição. Chagas (2007) identificou que problemas de saúde mental materna duplicam as chances do desenvolvimento de desnutrição aguda, moderada ou grave, destacando a necessidade de se trabalhar a saúde mental nos programas de prevenção, detecção e tratamento da desnutrição, por sua influência direta na saúde da criança.

Um fator pouco estudado neste contexto é a influência da saúde mental infantil na desnutrição crônica. Muitos estudos (GUARDIOLA; EGEWARTH; ROTTA, 2001; SCHWEIGERT; SOUZA; PERRY, 2009) estão direcionados a capacidade cognitiva ou prejuízos no desenvolvimento, mas não com problemas mentais na infância (Chang et al., 2002).

A infância se configura como uma fase de intenso desenvolvimento e eventuais problemas podem gerar consequências negativas em todas as suas dimensões (orgânica, relacional, laboral), de curto, médio e longo prazo. O estudo em questão pretende contribuir para o conhecimento sobre a saúde mental infantil e sua relação com a desnutrição crônica.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Desnutrição infantil

Segundo a OMS, a Desnutrição Energético Proteica (DEP) é um agravo caracterizado pela inadequação da dieta, seja em termos quantitativos e/ou qualitativos, ou ainda decorrente de doenças que determinem o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos. Em consequência, gera um comprometimento estatural e/ou ponderal (WHO, 1997).

A desnutrição crônica é definida pela baixa estatura, ou seja, a altura inferior a dois desvios-padrão da altura média esperada para idade e sexo (WHO, 1995).

No contexto da avaliação, para diferenciar o caráter crônico ou agudo da desnutrição infantil são utilizados três índices antropométricos: 1. Altura/idade – É utilizado na avaliação da desnutrição crônica e reflete o déficit estatural (*stunting*), caracterizado pela baixa estatura e associação à pobreza. Este déficit é resultado de uma alimentação insuficiente (quantidade e/ou qualidade) durante longo período(até 2 -4 anos); 2. Peso/altura - tem a função de detectar o emaciamento (*wasting*). Mostra a deficiência proteico-calórica causada em curto prazo ou desnutrição aguda e por último; 3. Peso/idade - cujo comprometimento (*underweight*), corresponde a um déficit ponderal isolado e por não utilizar a altura não tem grande utilidade na avaliação cronológica da perda. Dessa forma, a desnutrição pode ser classificada em baixa estatura ou nanismo nutricional, emagrecimento e baixo peso (WHO, 2006).

Os índices mencionados acima são apresentados na forma de percentil ou escore-z. Compreende-se por escore-z, o desvio da medida de um indivíduo, a partir do valor médio de uma população de referência, dividida pelo desvio padrão desta população, para possibilitar, no caso de desnutrição infantil, a identificação de crianças localizadas no intervalo considerado adequado (saudável) de altura, em termos de idade e sexo. Atualmente, o padrão de referência para avaliação da desnutrição é o proposto pela *World Health Organization* (WHO, 2006). Quando o

escore-z é igual ou inferior (\leq) a -3 desvio-padrão (DP) indica desnutrição grave e entre -2 a - 2,9 (DP) desnutrição moderada (WHO, 2006).

Portanto o crescimento infantil é um indicador chave da saúde da criança e de seu estado nutricional (MONTE 2000; De ONIS, BLÖSSNER, 2003; SURKAN, 2011). O quadro da desnutrição é visível inicialmente pela perda ponderal (peso/altura, peso/idade) e quando perdura, ocorre um prejuízo no desenvolvimento geral da criança, comprometendo a estatura para a idade, processo este denominado desnutrição crônica (ALVES et al., 2011).

2.1.1 Desnutrição infantil: um dos maiores problemas de saúde pública dos países em desenvolvimento

Dados da UNICEF (2006) revelam que a DEP é responsável por quase 50% das mortes de crianças de até 5 anos ocorridas em países em desenvolvimento. Constitui-se como uma das maiores violações dos direitos da criança e de sua família. Este órgão internacional enfatiza que o aumento da vulnerabilidade orgânica, pode colaborar para a perpetuação do ciclo da pobreza.

Portanto, a desnutrição infantil ainda configura como um dos maiores problemas de saúde pública dos países em desenvolvimento (MONTE 2000; MIRANDA et al., 2007; BLACK et al., 2008; MONTEIRO, 2009). Especialmente nos primeiros cinco anos de vida, período no qual uma alimentação adequada é decisiva a saúde da criança. Sua inadequação, pode provocar prejuízos graves à saúde a curto, médio e longo prazos. Além do que, os primeiros anos da infância se configuram como um período de rápido desenvolvimento cognitivo, linguístico, social, emocional e motor (SAWAYA, 2006; OMS, 2008).

A literatura vem demonstrando o movimento de declínio da desnutrição (MONTE 2000; MONTEIRO, 2003; MONTEIRO et al., 2007, 2009; LIMA et al., 2010), entretanto investigações ainda se fazem de extrema importância, levando em conta o alcance de suas consequências negativas para o desenvolvimento global e sobrevivência da criança. Estes resultados estão consolidados na literatura, envolvendo déficits estaturais na infância a uma maior mortalidade, aumento de doenças infecciosas, prejuízos ao desenvolvimento psicomotor, diminuição do

rendimento escolar e perdas laborais na vida adulta (BLACK et al., 2008; VICTORA et al., 2008).

Lima et al (2010) ao descrever a variação temporal na prevalência de desnutrição infantil no Nordeste brasileiro, observou que a prevalência deste agravo e suas causas foram associadas a alguns fatores: no período de 1986 a 1996 –foi reduzida em um terço, de 33,9% para 22,2%, devido as melhorias na escolaridade materna e na disponibilidade de serviços de saneamento e, no período compreendido entre 1996 a 2006 – a redução foi de quase três quartos, caindo de 22,2% para 5,9%, tendo como causas, novamente a melhora da escolaridade materna e o aumento do poder aquisitivo das famílias mais pobres. Estimativas recentes de países em desenvolvimento, apontam uma prevalência geral de 32% para baixa estatura e 20% para baixo peso (BLACK et al., 2008).

Em estudo realizado no Nordeste do Brasil, no estado de Alagoas, Ferreira e Luciano, (2010), identificaram a prevalência de 10,4% de déficit estatural em crianças menores de cinco anos. Outro estudo realizado com residentes em favelas de Maceió, capital de Alagoas, Silveira et al., (2010) identificaram uma prevalência de 8,6% de crianças desnutridas crônicas. Nesta capital, cerca de 50% da população, vive em condições subnormais (BARBOSA et al., 2009). Só na 7ª Região Administrativa desta cidade, existem 23 favelas, no qual habitam 81.000 pessoas, sendo 21.000 crianças (SILVEIRA et al., 2010).

Estas prevalências destacam-se em alguns bolsões de pobreza localizados nas periferias das grandes cidades (FLORÊNCIO et al 2001; SAWAYA, 2006).

2.1.2 Fatores associados à desnutrição infantil

De ordem multicausal, a desnutrição engloba fatores além do biológico, relacionando-se diretamente a fatores socioeconômicos, políticos e psicológicos (UNICEF, 1998; SANTOS, 2008). A Organização Mundial de Saúde (2000) enfatiza o componente psicossocial da desnutrição ao relatar que a desnutrição é uma desordem de natureza médica e social, associada frequentemente a formas de privação “... emocional por parte daqueles que cuidam da criança os quais, devido à

falta de entendimento, pobreza ou problemas familiares, são incapazes de prover a nutrição e o cuidado que a criança requer...” (OMS, 2000, p.10).

A falta de entendimento referida acima, pode estar associada a problemas relacionados à escolaridade e problemas mentais por partes dos cuidadores. Silveira et al (2010), identificaram a associação entre escolaridade materna e desnutrição infantil, e observou a diminuição na adequação dos cuidados (de higiene, alimentares) dispensados a criança, quanto menos instruída era a mãe. França et al (2001), destacaram em seu estudo que a escolaridade tanto materna como paterna estava associada a mortalidade infantil.

Solymos (2002) discute os fatores socioeconômicos e ambientais associados à desnutrição e sugere uma classificação dos fatores de risco desta associação em dois grandes grupos: 1.Macroambientais: os que não podem ser controlados pelos indivíduos, como o sistema político, econômico e social, cujo reflexo é a pobreza, a superpopulação, problemas ambientais, instabilidade social e insegurança familiar. E 2.Microambientais: aspectos relacionados à família, destacando-se a baixa renda, baixa escolaridade, desemprego, desestruturação familiar, habitação inadequada, despreparo para a maternidade ou paternidade.

Monteiro (2003) enfatiza que a pobreza aumenta a frequência da desnutrição infantil, mas não estabelece uma relação compulsória. Por exemplo, este agravo refere-se à diminuição de comida (quantidade), entretanto, também refere-se a uma dieta com ingesta diminuída de micronutrientes (qualidade), além de condições insalubres de moradia, acesso a saúde e educação, a precariedade de hábitos de higiene, infecções repetidas, em especial doenças diarreicas e parasitoses.

Há uma diversidade de conceitos sobre a temática da pobreza. Para o IBGE (2002) são considerados pobres, as pessoas que não tem condições de suprirem suas necessidades básicas de alimentação, vestuário, moradia, educação e cuidados de saúde, utilizando-se como parâmetro a insuficiência de renda. Conceito que veio ampliando e abarcando questões relacionadas ao desenvolvimento humano, liberdade e autonomia (NASCIMENTO, 2008). Sawaya et al (2003) enfatizam a existência de um outro Brasil, pouco conhecido, já que seus reais problemas ficam obscurecidos pelos estudos que analisam apenas médias nacionais.

Autores clássicos como Grantham-Mcgregor, Fernald, Sethuraman enfatizaram a existência de evidências que indicavam que a nutrição e a saúde da criança afetam o desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental das crianças no período pré e pós-natal. O impacto de alterações biológicas como deficiências nutricionais e infecções, dependem do estágio de desenvolvimento de uma criança, bem como de sua duração e gravidade. Eles focaram principalmente nos efeitos negativos, na medida em que os estudos foram feitos em ambiente com pobres estímulos (GRANTHAM-McGREGOR, FERNALD, SETHURAMAN, 1999; GRANTHAM-McGREGOR et al 2007).

Os nutrientes e fatores de crescimento regulam o desenvolvimento do cérebro durante a fase pré-natal (24 e 42 semanas de gestação) e os primeiros anos de vida. É nesta fase que o rápido desenvolvimento do cérebro o torna mais vulnerável à insuficiência de nutrientes. Neste momento, ocorre uma rápida trajetória de vários processos neurológicos, incluindo a formação de sinapses e a mielinização. Apesar desta fase também estar relacionada a um maior grau de plasticidade, as deficiências nutricionais podem gerar disfunções (GEORGIEFF, 2007).

Miranda et al (2007), enfatizou o aumento da conscientização da importância da desnutrição no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central Sistema (SNC). A desnutrição pode acarretar danos permanentes na morfologia, fisiologia e neuroquímica cerebral, o que pode levar a implicações para o desenvolvimento comportamental e cognitivo (MORGANE, 1993; DELONG, 1993, GEORGIEFF, 2007). Porém estes danos só podem ser adequadamente avaliados através de estudos interdisciplinares que envolvam diversas abordagens, incluindo análises bioquímicas, neurofisiológicas, morfológicas e comportamentais (MORGANE 1993).

Há poucos dados relativos às condições cognitivas e sócio emocionais de crianças e jovens para a maioria dos países em desenvolvimento, o que contribui para as diferenças e invisibilidade de problemas do desenvolvimento (GRANTHAM-McGREGOR et al., 2007). No entanto, enfatiza-se a importância da avaliação dos aspectos de desenvolvimento social e emocional visto esses fatores serem iguais ou até mais importantes para o indivíduo ter sucesso na vida (GRANTHAM-McGREGOR, FERNALD, SETHURAMAN, 1999).

2.2 Saúde mental infantil

A importância das queixas relativas aos transtornos psicossociais veio sendo ressaltada pela mudança do perfil de morbidade da faixa etária pediátrica, especialmente, devido à redução de doenças como a diarreia e as que são evitáveis pela vacinação (TANAKA, LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006).

O atendimento em saúde mental infanto-juvenil concentrava-se em Problemas de Saúde Mental (PSM) graves, especialmente autismo e psicose e, gradualmente, outras preocupações começaram a emergir e a englobar populações em situações de vulnerabilidade social (como envolvimento com drogas, prostituição, violências) e até questões escolares, aumentando a busca por atendimento especializado em saúde mental (ASSIS et al., 2009).

A prevalência de transtorno psiquiátrico infantil no mundo desenvolvido atinge cerca de 10-20% (FLEITLICH & GOODMAN 2001). Enquanto que em países em desenvolvimento a existência de poucas pesquisas epidemiológicas voltadas para a saúde mental infantil (FLEITLICH & GOODMAN, 2001; PAULA, DUARTE, BORDIN 2007; BORDIN et al 2009), não fornecem dados precisos desta prevalência. Estudos epidemiológicos nacionais demonstram que um quinto da população jovem brasileira (12 milhões de crianças e adolescentes) deveria receber alguma assistência para a proteção em relação ao risco do desenvolvimento de transtornos mentais (FLEITLICH & GOODMAN, 2001).

Assis et al (2009) apontam que estudos epidemiológicos populacionais internacionais demonstram importante oscilação na prevalência estimada de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência e atribuem as diferentes classificações diagnósticas e metodologias utilizadas como parte da variação destes resultados, além das diferenças sociais e culturais existentes nos ambientes estudados.

Há na literatura sobre os países em desenvolvimento, um consenso sobre a crescente necessidade de aquisição de informações mais precisas, com instrumentos apropriados, sobre a saúde mental infantil: seus problemas, fatores de risco e proteção. Estas informações possibilitariam uma melhor estruturação dos serviços e a construção de estratégias preventivas (FLEITLICH, GOODMAN, 2000).

Para Duarte & Bordin (2000) a avaliação da saúde mental infantil costuma visar à identificação de crianças que merecem uma investigação mais aprofundada. As autoras enfatizam as peculiaridades neste processo avaliativo com criança: esta é um ser em desenvolvimento, portanto apresenta características diferentes de acordo com a faixa etária e por isso muitas vezes os instrumentos requerem adaptação para a idade; a importância da escolha do instrumento ou técnica mais eficaz para atingir a investigação pretendida e o esclarecimento a quem melhor se deve aplicar os instrumentos, se aos pais/cuidadores, professores ou a própria criança (DUARTE, BORDIN, 2000).

Estudos desenvolvidos por Assis, Avanci e Oliveira (2009) demonstram correlação entre saúde mental infantil e desigualdades sociais no Brasil. Para essas autoras, PSM estão mais presentes em crianças expostas a fatores de vulnerabilidade, como baixos níveis de educação, precariedade da assistência médica, de segurança e estar suscetível a diferentes formas de violência.

2.2.1 Estudos brasileiros de saúde mental infantil

Alguns estudos brasileiros de corte transversal se destacam no cenário nacional:

Em estudo que englobou crianças de 7-14 anos regularmente matriculadas (n=898) realizado em três comunidades distintas de Campos do Jordão, Sudeste brasileiro (FLEITLICH & GOODMAN, 2001), identificou os seguintes fatores fortemente associados com taxas mais elevadas de prováveis transtornos psiquiátricos: 1.pobreza, 2.doença psiquiátrica materna e 3.violência familiar. Utilizou-se a versão brasileira do *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ), - Questionário de Capacidades e Dificuldades versão para pais e professores. Obteve-se um total de 15% de portadores de problema de saúde mental (PSM) com base na escala total de problemas do instrumento. A taxa entre moradores de favela, foi de 22%, maior que as taxas observadas entre os sujeitos que habitavam as áreas urbanas e rurais, ambas com 12%.

Cury e Golfeto (2003) também utilizaram o SDQ numa pesquisa com 112 crianças provenientes de uma escola pública, com média de idade de 8,18 anos (6-

11anos de idade) e seus respectivos pais e professores. Identificaram entre os questionários respondidos pelos pais, que a taxa de crianças com pontuações anormais foi de 45,8%, dos quais os resultados considerados clínicos para as escalas de dificuldades: sintomas emocionais (30,8%), problemas de conduta (17,7%) hiperatividade (16,8%) e problemas com pares (18,7%).

Em estudo realizado no município de Embu (São Paulo), com crianças e adolescentes de 6-17anos (N=479) (PAULA, DUARTE, BORDIN, 2007), utilizou-se outro instrumento para a avaliação da saúde mental (Child Behavior-Checklist - CBCLe/ou Youth Self-Report). O estudo objetivou estimar a prevalência de problemas de saúde mental na população infanto-juvenil, com e sem prejuízo funcional global, em uma comunidade urbana de baixa renda. A prevalência de problemas sem prejuízo funcional global foi de 24,6% e com prejuízo funcional global (casos que necessitam de tratamento) foi de 7,3%.

O estudo acima citado (PAULA, DUARTE, BORDIN, 2007) também buscou estimar a capacidade da rede de assistência, bem como de sua relação com a demanda existente, identificando que a capacidade anual de assistência dos casos com prejuízo funcional global é de 14,0%. Com relação ao tratamento, estes casos permanecem no atendimento por cerca de sete anos.

Ferriolli, Marturano e Puntel (2007), realizaram um estudo com 100 crianças entre 6 e 12 anos de idade e seus familiares (82% mães biológicas), utilizando o SDQ, para analisar a associação entre variáveis do contexto familiar e o risco de problemas emocionais/comportamentais em crianças cadastradas no PSF do município de Ribeirão Preto, São Paulo. Observou-se um total de 31% de crianças em condição de risco. Os sintomas de ansiedade/depressão foram os mais frequentes (39%), seguidos por hiperatividade/déficit de atenção (35%) e problemas de conduta (34%). O estresse materno foi considerado um fator de risco para sintomas de ansiedade/depressão (OR=1,6). As autoras recomendam a utilização do SDQ pelas equipes, a fim de identificar precocemente os problemas de saúde mental infantil.

Realizado em uma comunidade urbana de baixa renda, no município de Embu, São Paulo, SA et al., (2010), objetivaram a identificação de fatores

associados a Problemas de Saúde Mental em Crianças/Adolescentes (PSMCA), de 4-17anos (n=67). Utilizou-se como instrumento o CBCL, identificando os seguintes fatores de risco: 1.ser do sexo masculino e sofrer punição física grave, 2.ideação suicida da mãe e violência física grave conjugal contra a mãe e 3.embriguez do companheiro da mãe. As crianças expostas a estes fatores de risco foram considerados pelos autores como grupos vulneráveis a serem considerados prioritários em propostas de prevenção/tratamento.

2.2.2 Problemas de comportamento externalizantes e internalizantes

Uma forma comum de classificação diagnóstica na infância refere-se aos chamados transtornos internalizantes ou desordens emocionais e transtornos externalizantes ou disruptivos (ASSIS et al 2009; D'ABREU,2012).

Os transtornos internalizantes englobam os transtornos de ansiedade e de humor e caracterizam-se por sofrimento psíquico, no qual sentimentos e problemas são vividos internamente pela criança, portanto refere-se à sintomatologia ansiosa, depressiva, como medos irracionais, sentimentos de desvalia e somatizações. Enquanto que nos transtornos externalizantes, a sintomatologia é direcionada para fora (para outros e para o ambiente), o que inclui características de agressividade, desafio, oposição, desatenção e hiperatividade, englobando transtornos de conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (ASSIS et al 2009; D'ABREU,2012).

Para Borsa e Nunes (2008), os comportamentos de internalização referem-se a padrões privados desajustados, como tristeza e isolamento, e são mais restritos ao mundo interno da criança e talvez por isso, são mais difíceis de serem identificados pelos pais e, principalmente, pelos professores. Já os comportamentos de externalização, por serem visivelmente desajustados do que é tido como socialmente adequado, como agressividade, agitação psicomotora e comportamento delinquente são mais fáceis de serem identificados.

Os Problemas de Saúde Mental em Crianças/Adolescentes (PSMCA) mais comuns incluem os transtornos de conduta, TDAH e transtornos emocionais. Sua importância aumenta na medida em que impõem sofrimento aos jovens e àqueles

com quem convivem, além de interferir no desenvolvimento psicossocial e educacional, com o potencial de gerar problemas psiquiátricos e de relacionamento interpessoal na vida adulta (FLEITLICH, GOODMAN, 2002).

Asbashr (2004) enfatiza a alta prevalência dos transtornos ansiosos entre crianças e adolescentes. Entre as doenças psiquiátricas mais comuns na infância e adolescência encontram-se os transtornos ansiosos, que ficam atrás apenas dos transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) e de conduta. Até 10% das crianças e adolescentes sofrem de algum transtorno ansioso e mais da metade destas crianças irão vivenciar um episódio depressivo como parte de sua síndrome ansiosa. Este autor destaca ainda a presença de transtorno ansioso ou depressivo nos pais como o principal fator de risco das síndromes ansiosas na infância.

Bahls (2002) destaca o fato de que em crianças pré-escolares (de seis a sete anos), a manifestação clínica mais comum é representada pelas queixas somáticas, como dores especialmente de cabeça e abdominais, fadiga e tontura. Estas queixas são seguidas comumente por sintomas ansiosos (principalmente ansiedade de separação), fobias, agitação psicomotora, irritabilidade, diminuição do apetite, alterações do sono entre outros sintomas.

Hinshaw (1992) enfatiza que as categorias diagnósticas que caracterizam comportamentos externalizantes, demonstram ter um pior prognóstico que os internalizantes, assim como maior resistência à maioria das formas de intervenção.

Sintomas de alteração de conduta podem preceder o surgimento de um transtorno da conduta. Este é considerado um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância, e se caracteriza por constantes manifestações de comportamentos socialmente inadequados, antissociais persistentes, envolvimento em atividades perigosas, transgressão de regras sociais e desrespeito aos direitos individuais, com tendência a perturbar e incomodar outras pessoas, o que gera uma constante preocupação por parte de familiares e clínicos. Conseqüentemente, também é um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra (BORDIN, OFFORD, 2000).

Bordin e Offord (2000) relatam que crianças, em resposta a situações de estresse como violência doméstica, podem apresentar comportamentos antissociais. Quando a sintomatologia do transtorno da conduta é iniciada antes dos 10 anos,

observa-se com maior frequência, a presença de comorbidades como transtorno com déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), especialmente na infância e em meninos. Enquanto que comorbidades com sintomas emocionais de ansiedade e depressão são mais comuns na adolescência e no sexo feminino. São frequentemente comportamentos de risco, que podem se manifestar no âmbito da sexualidade, através do uso de drogas (o que aumenta o envolvimento com a criminalidade) e até suicídio.

O comportamento antissocial torna-se mais estável e menos modificável ao longo do tempo. Porém, não há consistência na identificação destes casos na infância, ao primeiro contato com o serviço de saúde mental, o que consiste no foco ideal das intervenções terapêuticas. O caso vai agravando e intervenções em adultos com histórico de condutas antissociais apresentam baixa eficácia (BORDIN, OFFORD, 2000; SILVA, 2011). O que enfatiza a importância de atuações preventivas na infância.

Sousa et al (2007) enfatizam que o transtorno de déficit de atenção e/ou hiperatividade (TDAH) é uma doença de alta prevalência em crianças em idade escolar. Considerado na atualidade como uma condição importante, pelo forte impacto funcional e social, bem como pela alta prevalência de comorbidades psiquiátricas. Quando o TDAH possui comorbidades, aumenta sua complexidade e exige tratamento especializado adequado.

Relacionando desnutrição e saúde mental infantil, Guardiola et al (1997), observaram em pré escolares de Porto Alegre, que a desnutrição crônica é um fator de risco para sintomas de hiperatividade e déficit de atenção. Os maiores índices foram encontrados em escolas municipais, pela detecção da presença de crianças com piores índices de nutrição.

Há poucos estudos relacionando especificamente a desnutrição infantil e saúde mental. Liu et al (2004) referem a deficiência nutricional como um componente associado à problemas de cognição e bem estar mental. Através de um estudo de coorte, estes autores investigaram a associação entre desnutrição e comportamentos antissociais, identificando que a desnutrição aos 3 anos de idade estava associada com maiores escores para problemas de comportamento exteriorizado nas idades de 8, 11 e 17 anos.

2.2.3 O diagnóstico e a clínica

Silva (2011) relata a demora entre a manifestação de sintomas em pré-escolares e a busca por atendimento especializado em saúde mental, o que gera sofrimento e prejuízos psicossociais significativos. Ressalta, ainda, a dificuldade do diagnóstico e conseqüentemente do acompanhamento e estruturação de intervenções a estes pacientes.

Existe muita controvérsia relacionada ao diagnóstico psiquiátrico infantil, por questões que tangem experiências próprias da criança, como o fato de características serem transitórias e típicas da fase do desenvolvimento, ou respostas ao ambiente e até ao risco da estigmatização (SILVA,2011; D'ABREU, 2012). O diagnóstico precoce pode ainda favorecer tratamentos desnecessários e até prejudiciais ao desenvolvimento da criança, inclusive, diminuindo a confiança e habilidade dos pais em lidarem com a situação (SILVA, 2011).

Entretanto, em termos de benefícios, D'Abreu (2012) relata que há uma concordância em termos da necessidade de avaliação sistemática da criança, pelas vantagens em pesquisas epidemiológicas, criando assim um corpo de pesquisa internacional em linguagem comum, o que traz a possibilidade do desenvolvimento da estruturação de intervenções clínicas e de benefícios ao paciente. Enfatiza, também, o caráter de investigação exaustiva dos fatores psicossociais do diagnóstico psiquiátrico. Além da necessidade de reflexão com relação ao risco de ações de prevenção no campo da saúde mental – a quem se destina? Como se destina? São ações de normatização ou realmente comprometidas científica, eticamente? Estas devem ser ações que integrem questões políticas e sociais e que devem ser pensadas em termos de suas fragilidades e potencialidades.

Lauridsen-Ribeiro, Tanaka (2005) analisam a atuação dos pediatras e de outros profissionais da atenção básica e apontam inúmeras deficiências das atribuições destes profissionais que envolvem a dificuldade de identificação precoce dos PSMI, a pouca valorização deste tipo de queixa e deficiências na formação profissional para a detecção de transtornos mentais.

Na linha da detecção precoce, alguns autores enfatizam a necessidade de triagem de PSM na saúde básica e a utilização de instrumento com este propósito,

como Ferriolli, Marturano, Puntel (2007), que sugerem a utilização do instrumento utilizado neste estudo e Muzzolon, Cat e Santos (2013) que sugerem a aplicação da Lista de Sintomas Pediátricos - LSP (em anexo 4, adaptado pela autora), em salas de espera. Esta lista é destinada a crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, também de fácil administração. Segundo estas autoras, objetiva um maior suporte a população infanto-juvenil e sua família, bem como encaminhamento especializado. Para a construção desta lista, utilizou-se o *Child Behavior Checklist* (CBCL) como padrão-ouro.

De acordo com Couto, Delgado (2010) muitas crianças com PSM circulam por diferentes instituições e setores, outras não acessam nenhum tipo de serviços. Seria então impossível esperar de apenas um profissional, uma instituição ou um setor, que pudesse responder pelo espectro das necessidades e dificuldades encontradas, bem como pela superação da lacuna assistencial existente. Destaca ainda a necessidade da construção de uma rede de parceria inter setorial que integre diversos atores sociais – saúde, educação, assistência social, justiça e direito.

2.3 Saúde mental materna, incapacidade associada e sua relação com a desnutrição infantil

Destina-se às mães, na maioria das sociedades, os principais papéis de prestadoras de nutrição e cuidados para as crianças. Tarefa exigente na qual, problemas de saúde física ou mental em mães podem vir a ter consequências adversas sobre a saúde, nutrição e bem-estar psicológico dos filhos (BORSA, NUNES, 2008; RAHMAN et al., 2008).

As estratégias para a manutenção e/ou melhora da saúde infantil dependem em grande parte da disponibilidade da mãe, desde a estimulação à amamentação e aconselhamento nutricional precoce, promoção da higiene, vacinação, educação para a saúde entre outras ações. Logo, o efeito destes programas está, portanto, relacionado com a capacidade funcional das mães e a sua receptividade para

implementar as orientações recebidas. A capacidade e a receptividade irão ser influenciadas por sua saúde mental (RAHMAN et al., 2008).

Em estudo pioneiro, realizado em Embú, São Paulo, Miranda et al (1996), compararam a desnutrição infantil e o comprometimento da saúde mental materna, encontrando associação entre estas duas variáveis.

Carvalhoes e Benício (2002), ao explorar a capacidade materna de cuidar da criança identificaram quatro fatores de risco para desnutrição: ausência de companheiro; internação materna durante a gravidez; precária saúde mental materna (caracterizado pela presença de três a quatro sintomas de depressão) e fatores de estresse familiar (indícios de alcoolismo em pelo menos um membro da família). Enfatizando que fatores potencialmente definidores da capacidade materna de cuidar exercem efeito independente sobre o estado nutricional infantil.

Um estudo de revisão sistemática com meta-análise englobou 17 estudos, incluindo um total de 13.923 pares de mãe/filho de 11 países em desenvolvimento, sendo quatro no Brasil, buscou-se investigar a relação entre depressão materna e crescimento infantil. Os achados apontam a associação desta relação: filhos de mães com depressão ou sintomas depressivos eram mais propensos a estarem abaixo do peso ou apresentar baixa estatura (SURKAN, 2011).

Em um estudo do tipo caso-controle, realizado com moradoras da área de abrangência de uma unidade básica de saúde, no município de Porto Alegre (FEIJÓ et al., 2011), buscou-se avaliar a qualidade de vida materna e o estado nutricional do seus filhos, sendo 76 mães com filhos em risco nutricional/desnutrição (casos) e 76 mães com filhos eutróficos (controles). Identificou-se que a baixa qualidade de vida materna mostrou-se associada ao risco nutricional/desnutrição infantil e pode ser um fator de risco para o estado nutricional dos filhos

Em face das evidências da influência da saúde mental materna sobre o crescimento infantil encontradas em países em desenvolvimento, Rahman (2008) enfatiza, o quanto do peso da desnutrição infantil pode ser evitada em um cenário que promova a saúde mental materna e/ou ofereça tratamento a possíveis transtornos mentais maternos, ofertando assim novas e importantes oportunidades

para combater tanto a problemática de saúde mental materna como a desnutrição infantil.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Comparar a saúde mental de crianças desnutridas com a saúde mental de crianças eutróficas que residem em um ambiente de vulnerabilidade social levando em conta fatores psicossociais e sócio demográficos selecionados.

3.2 Objetivos Específicos

Investigar a relação entre o estado nutricional de crianças e:

- a sua saúde mental;
- a saúde mental da mãe;
- o grau de incapacidade associado à saúde mental da mãe;
- o papel de alguns fatores sócio demográficos selecionados (idade, escolaridade e trabalho maternos, número de moradores do domicílio, número de filhos que convive, classe social, presença de companheiro no lar, se é pai biológico da criança e se trabalha).

4. MÉTODOS

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo caso controle em que foram comparados os casos-criança desnutrida crônica moderada ou grave na faixa de 48 a 72 meses, atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), com os controles-criança eutrófica atendida na creche e na Unidade Básica de Saúde localizada no mesmo bairro do CREN.

4.2 Local de Estudo

A coleta de dados foi realizada em uma comunidade de baixa renda localizada na VII Região administrativa da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil, no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. Localizada no nordeste brasileiro, Maceió divide-se em 08 regiões administrativas, compreendendo 50 bairros (Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento, 2009). Com relação ao seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que avalia a renda, educação e longevidade da população, esta cidade apresenta o pior índice entre as capitais brasileiras, com a pontuação de 0,721, destacando-se como a única capital com o IDH abaixo da média do país, que é de 0,727 (PNUD, 2013). Além disso, a VII região caracteriza-se como a capital onde mais se mata jovens, caracterizando-se como a capital mais violenta do país (Waiselfisz, 2013).

O estudo foi realizado no Centro de Recuperação e Educação Nutricional - CREN. Esta instituição tem como objetivo primordial, combater a desnutrição primária em crianças com nanismo nutricional (índice A/I classificadas pelo escore Z < -2) de 12 até 71 meses de idade. As crianças que apresentam desnutrição de moderada a grave tem a opção de se matricularem em regime de semi-internato, que funciona de segunda a sexta-feira das 7:45 as 17:00 horas. Durante esse período as crianças são acompanhadas por uma equipe multidisciplinar composta por Pedagoga e Professoras, Pediatra, Nutricionista, Dentista, Psicóloga, Assistente Social e Técnica em enfermagem. Durante o dia são ofertadas cinco refeições

balanceadas (desjejum, lanche, almoço, lanche, jantar) e adequadas para idade e agravo nutricional apresentado pela população alvo.

As crianças do grupo controle, foram identificadas na creche da mesma comunidade e convidadas a realizarem avaliação antropométrica no CREN. Quando por alguma razão, não podiam ir até esta Instituição, a nutricionista acompanhava a pesquisadora para realizar a avaliação no domicílio da criança.

4.3 Participantes

4.3.1 Processo de seleção

Quanto ao grupo caso, todas as crianças do CREN de 4 a 6 anos que residiam com a mãe biológica foram novamente avaliadas para a confirmação do grau de desnutrição crônica (se moderada ou grave). Posteriormente, as mães eram convidadas para participarem da pesquisa. Quanto ao grupo controle, a pesquisadora ia até a creche da comunidade para convidar as mães para a avaliação do estado nutricional de seus filhos e, caso confirmasse a eutrofia, eram convidadas para participar da pesquisa. Quando era diagnosticado algum grau de desnutrição crônica ou obesidade, as crianças eram imediatamente encaminhadas para acompanhamento na própria Instituição. Destacando que todas as avaliações eram feitas por nutricionista clínicas do CREN.

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Para a classificação da desnutrição, foi utilizado os critérios da *World Health Organization* (WHO, 2006), que considera o índice A/I classificadas pelo escore $Z < -2$ DP de acordo com idade entre 12 a 72 meses, faixa que corresponde a amostra.

Foi definido como critério de seleção do estudo para o grupo controle a participação de crianças com idade entre 48 e 72 meses com diagnóstico nutricional de desnutrição crônica moderada ou grave (A/I) classificadas pelo escore $Z < -2$ assistidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) em Maceió. Para o grupo controle foram incluídas famílias de crianças eutróficas (escore $Z > -1$ e

< 1) de igual faixa etária, atendidas em dispositivos da mesma comunidade - a UBS e/ou creche Municipal.

Foram excluídas da amostra, as crianças que possuíam irmão já participante do estudo; criança que não residisse com a mãe biológica e no grupo controle, as crianças que possuíam algum irmão com quadro de desnutrição crônica.

Como o questionário de saúde mental infantil adotado é aplicado a partir de quatro anos, para este estudo priorizou-se a faixa etária de 4 a 6 anos - idade limite do semi-internato da Instituição que atende as crianças desnutridas.

4.4 Cálculo amostral

Adotando a frequência de transtornos mentais em crianças eutróficas em 24,6% (PAULA, DUARTE, BORDIN, 2007) - assumindo um erro alfa de 5% e um erro beta de 20%, e uma proporção de um caso para um controle, o tamanho da amostra necessário para identificar uma diferença em que a frequência de transtornos mentais nas crianças desnutridas seja quatro vezes maior do que nos controles, é de 37 casos e 37 controles.

A amostra final foi composta por 98 crianças sendo 48 casos (desnutridos) e 50 controles (eutróficos) devido à margem de erro e possíveis perdas do estudo.

4.5 Avaliação

Após avaliação do estado nutricional que comprove os critérios estabelecidos, em entrevista individual, os grupos de crianças desnutridas e eutróficas serão avaliados através das respectivas mães, que responderão a quatro questionários: saúde mental da criança; sobre sua saúde mental, e grau de incapacidade associado e por fim um questionário de dados sócio demográficos. Destacando que a criança será investigada utilizando a mãe como informante. Os questionários foram aplicados pela própria pesquisadora, com o auxílio de uma psicóloga do CREN. Quando a entrevista não podia ser realizada nesta instituição, os questionários eram aplicados no domicílio da criança.

4.6 Variáveis e Instrumentos

O diagnóstico foi realizado em ambos os grupos quanto aos seguintes aspectos:

4.6.1 Estado nutricional da criança

Foi realizada com base no índice antropométrico altura-para-idade. Este índice foi expresso em escore Z, comparado com os valores do padrão de referência da WHO (2006) através da utilização do software Anthro versão 2007, utilizado para crianças com até cinco anos e o Anthro Plus (WHO, 2007) para crianças maiores de cinco anos.

Como a amostra é composta por crianças de 4 a 6 anos, para a medição da estatura foi utilizado um estadiômetro da marca TBW® dotado de fita métrica inextensível com 2 m de comprimento e precisão de 0,1 cm. A altura das crianças elegíveis para ambos os grupos foram realizadas pela Nutricionista do CREN em sala adequada para esta finalidade

4.6.2 Saúde mental da criança

Através do Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strength and Difficulties Questionnaire*) – SDQ (Anexo 1). Desenvolvido por Goodman (1997) e validado para o Brasil por Woerner et al (2004), é um questionário de screening/triagem para problemas de saúde mental de crianças e adolescentes (aplicável dos 4 aos 16 anos) utilizado portanto, para identificar conjuntos de sintomas e não realizar diagnósticos. Existem três versões deste instrumento: para pais, para professores e para jovens (a partir dos 11 anos), podendo ser auto aplicáveis (FLEITLICH, GOODMAN, 2000). As questões são diferenciadas apenas por pequenas mudanças gramaticais. Optou-se por sua escolha especialmente pelos seguintes critérios: rapidez e facilidade de aplicação, pela possibilidade da geração de hipóteses diagnósticas e, pode ser usado também, para a avaliação de intervenções. É composto por 25 questões que abrangem cinco dimensões, sendo 4 relacionadas as dificuldades: 1.sintomas emocionais, 2.problemas de

comportamento/conduita, 3.hiperatividade e 4.problemas com os pares e uma relacionada as capacidades: 5.comportamento pró social. Oferece três opções de respostas, que variam em uma escala de três pontos: falso:0, mais ou menos verdadeiro: 1 e verdadeiro: 2.

Além da sua capacidade em avaliar os sintomas, o SDQ também possui um suplemento de impacto, que avalia o impacto dos sintomas na própria criança e seu contexto. As vantagens na utilização do SDQ foram evidenciadas em relação à formatação mais compacta, maior focalização das capacidades e dificuldades, melhores informações sobre dificuldades de atenção/hiperatividade, relação com colegas e comportamento pró-social (FLEITLICH, CORTAZÁR, GOODMAN, 2000).

Existe uma ferramenta construída para profissionais e pesquisadores desenvolvida pelo próprio Goodman - um site oficial do SDQ (www.sdqinfo.com), com informações relativas ao questionário incluindo sua análise. Neste site, o autor refere que em amostras de alto risco, ou seja, as que não se referem a população em geral, os falsos positivos não são a prioridade. Logo considera-se caso, a soma da pontuação limítrofes/borderlines mais clínicos/anormais, opção adotada neste trabalho (Dificuldades: Sintomas emocionais ≥ 4 , Problemas de conduta ≥ 3 , Hiperatividade ≥ 6 , Problemas com os pares ≥ 3 ; Capacidade: Comportamento Pró social ≤ 5), além das que obtivessem pontuações no suplemento de impacto (nada e pouco são consideradas 0, muito=1, mais que muito=2 e o escore ≥ 2 : anormal, 1: limítrofe e 0: normal) (www.sdqinfo.com).

4.6.3 Saúde mental materna

Através do “*Self Report Questionnaire*” – 20 (SRQ-20) (Anexo 2) - Instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde e validado para o Brasil (MARI, WILLIAMS, 1986). Identifica prováveis casos de transtorno mental comum em estudos comunitários e em estudos na atenção básica à saúde. Utilizado principalmente nos países em desenvolvimento por ser de fácil aplicação e de baixo custo (WHO, 1975). Sua estrutura é composta por vinte (20) perguntas a respeito da saúde física e mental. As respostas são do tipo sim/não e cada resposta afirmativa pontua com o valor 1. O resultado final se dá pelo somatório das respostas positivas que está relacionado com a probabilidade da presença de possível transtorno mental

comum, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Neste estudo foi considerado o ponto de corte 7/8 para identificação de casos prováveis pelos autores responsáveis por sua validação no Brasil (MARI & WILLIAMS, 1986; WHO, 1994).

4.6.4 incapacidade sócio/funcional associada à saúde mental materna

Quando o ponto de corte do SRQ estabelecido para caso era obtido, procedia-se a aplicação do SDS.

A incapacidade sócio/funcional associada à saúde mental foi avaliada através do “*Sheehan Disability Scale*” – SDS (Anexo 3) - Instrumento amplamente usado para avaliar, a deficiência de condição mental específica, embora também possa ser utilizada em algumas disfunções físicas. O SDS foi validado para ser utilizado em diferentes transtornos mentais (Arbuckle et al., 2009).

O SDS é composto por quatro perguntas, cujas respostas correspondem à taxa em uma escala de 0–10 na medida em que uma desordem específica interferiu nas atividades em um dos quatro domínios: a) trabalho / escola; b) vida social; c) vida familiar / responsabilidades com o lar, respondidas de acordo com o mês do ano passado, quando a desordem era mais severa. As opções de resposta de 0–10 são apresentadas em um formato visual com rótulos para as opções de resposta de 'Nenhum' (0), 'Leve' 1 a 3, 'Moderada' 4 – 6, 'Grave' 7–9 e ' muito grave " 10. (SHEEHAN, 1983). Para este estudo, pontuações a partir de 1 eram consideradas positivas para sofrimento mental.

4.6.5 Aspectos socioeconômicos e fatores de risco

Através de questionário construído para esta pesquisa (Apêndice 2), que além de perguntas sobre as características sócio demográficas (idade e escolaridade materna, renda familiar, número de filhos, atividade laboral, dentre outras) incluiu variáveis identificadas como fatores associados a desnutrição crônica em estudos anteriores por este grupo de pesquisa, como por exemplo, questões sobre o

companheiro da mãe (presença no ambiente familiar, se é pai biológico da criança, vínculo empregatício, hábitos), violência doméstica e qualidade de vida da mãe.

Dentre os aspectos econômicos foi investigada a classe econômica. Para identificar esta variável foi utilizado o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. O critério foi desenvolvido para identificar a classe econômica de pessoas e famílias urbanas através do poder de compra. A classificação é feita através da pontuação atribuída ao levantamento de características referentes a presença e quantidade de itens domiciliares, somada a pontuação atribuída ao grau de escolaridade do chefe da família (ABEP, 2013). As classes econômicas de acordo com a pontuação são: A1 (42 a 46 pontos), A2 (35 A 41 pontos), B1 (29 a 34 pontos), B2 (23 a 28 pontos), C1 (18 A 22 pontos), C2 (14 A 17 pontos), D (8 a 13 pontos) e E (0 a 7 pontos) (ABEP, 2013).

4.7 Análise dos dados

O banco de dados foi desenvolvido a partir do programa Microsoft Excel versão 2007. Após a limpeza dos dados, as análises descritivas e inferências foram realizadas com o auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Utilizou-se o teste de qui-quadrado e foi calculada a razão de chances (odds ratio - OR) com intervalo de confiança de 95% (IC 95%), adotando-se como variável dependente a desnutrição crônica infantil e como variáveis independentes a saúde mental infantil e materna e variáveis sócio demográficas. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Em seguida foi aplicada a regressão logística (método backward wald) utilizando da mesma forma desnutrição como variável dependente e as variáveis do estudo que apresentaram significância acima de $p < 0,2$.

4.8 Aspectos éticos

A possibilidade de um risco físico ou psicológico com esta pesquisa é considerada baixa, uma vez que não foi realizado nenhum procedimento invasivo.

Não existiu a possibilidade concreta de um risco econômico, social, cultural ou religioso a nenhum participante desta pesquisa. Mas, caso fosse descoberta qualquer possibilidade de dano iminente ou ocorrido, o comitê de ética, ao qual esta pesquisa estará vinculada, seria imediatamente avisado e se necessário, a pesquisa seria suspensa e os sujeitos da pesquisa seriam encaminhados para atendimento psicológico com a psicóloga do CREN.

Os benefícios em participar deste estudo relacionam-se com a ampliação de conhecimento em uma área com poucas pesquisas realizadas, que é a saúde mental infantil, além da possibilidade da utilização do conhecimento produzido para a elaboração de estratégias e intervenções visando a melhoria do desenvolvimento integral das crianças e seus familiares.

Após a identificação da amostra, as mães eram convidadas a participar, esclarecidas quanto ao objetivo da pesquisa. Elas respondiam aos instrumentos somente após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 1). Uma vez que a participante não soubesse ler, a pesquisadora fazia a leitura do documento de forma mais simples e objetiva possível, facilitando assim sua compreensão.

Esta pesquisa teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) via pela Plataforma Brasil, sob o protocolo de número nº10691213.8.0000.5013.

5. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados iniciando-se com a caracterização da amostra, seguido da análise univariada entre desnutrição crônica: e dados sócio demográficos, saúde mental infantil, saúde mental materna e por último, a análise de regressão logística entre os fatores selecionados, a partir da relação de significância estatística encontrados neste estudo.

5.1 Caracterização da amostra e dos fatores sócio demográficos

Participaram deste estudo 98 crianças, sendo 48 casos (desnutridos) e 50 controles (eutróficos). A média geral de idade das crianças foi de 62,43 meses ($\pm 3,30$ DP), sendo 62,06 meses ($\pm 0,31$ DP) para crianças desnutridas e 62,78 meses ($\pm 0,74$ DP), para eutróficas. Com relação ao sexo, 50% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, dos quais, 54,17% meninas desnutridas e 45,83% meninos, enquanto 46% meninas eutróficas e 54% meninos.

A tabela 1 descreve a distribuição das variáveis socioeconômicas estudadas nos grupos caso e controle e o valor dos respectivos Odds Ratios (OR) bruto, entre os dois grupos

Observa-se que as variáveis que apresentaram razão de chance significativas na análise univariada, quando comparado entre casos e controles foram: a escolaridade da mãe (OR: 2,96; IC 95%: 1,30-6,75), o número de residentes em domicílio (OR: 0,32; IC 95%: 0,14-0,74), o número de filhos que convive (OR:0,25 (0,10-0,61), classe social (OR:2,30, IC 95%: 0,74-3,70).

Tabela 1 – Associação entre desnutrição crônica infantil e fatores demográficos e socioeconômicos investigados entre casos e controles (N=98). Maceió/AL-2014.

Variáveis	Desnutridas (n=48)		Eutróficas (n=50)		OR (IC=95%)	Valor de p*
	n	%	N	%		
Idade das mães						
>30 anos	16	33,3	14	46,7	0,78 (0,33-1,8)	0,66
≤ 30 anos	32	47,1	36	52,9		
Trabalho materno						
Trabalha	10	38,5	16	61,5	0,56 (0,22- 1,4)	0,26
Não trabalha	38	52,8	34	47,2		
Escolaridade da mãe						
>4 anos de estudos	19	36,5	33	63,5	2,96 (1,30-6,75)	0,02
≤4 anos de estudos	29	63,0	17	37,0		
Moram no domicílio						
≤ 4 pessoas	13	32,5	27	67,5	0,32 (0,14-0,74)	0,01
> 4 pessoas	35	60,3	23	39,7		
Número de filhos						
≤ 3 filhos	24	37,5	40	62,5	0,25 (0,10-0,61)	0,00
> 3 filhos	24	70,6	10	29,4		
Classe social						
E +D	30	58,8	21	41,2	2,30 (1,02-5,18)	0,04
C2+C1+B1+B2	18	38,3	29	61,7		
Vive com o marido						
Sim	36	48,6	38	51,4	0,95 (0,37-2,38)	0,46
Não	12	50	12	50		
Pai Biológico						
Sim	30	44,8	37	55,2	1,7 (0,72-4,04)	0,28
Não	18	58,1	13	41,9		

Fonte: Autora, 2014

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

5.2 Caracterização da saúde mental infantil

No que se refere ao escore global do SDQ, apenas uma criança desnutrida não apresentou escore positivo para algum tipo de dificuldade, em comparação a sete crianças eutróficas. A pontuação total de dificuldades levando apenas em conta o somatório das pontuações clínicas mais limítrofes foi de 62,5% (n=30) para crianças desnutridas e 58% (n=29) eutróficas. Ao agregar o suplemento de Impacto, o que foi considerado caso neste estudo, as pontuações gerais diminuíram para 45,83%(n=22) para o primeiro grupo e 42% (n=21) para o segundo.

A tabela 2 apresenta a distribuição e o valor de OR bruto das dimensões relacionadas as dificuldades SDQ (sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas com os pares) com relação aos grupos estudados.

Tabela 2 – Associação entre desnutrição crônica e saúde mental infantil em casos e controles (N=98). Maceió/AL-2014.

ESCALAS DO SDQ	Desnutridos (48)		Eutróficos (50)		OR (IC=95%)	Valor de p*
	n	%	n	%		
Sintomas emocionais						
	26	48,1	28	51,9	0,93 (0,42-2,06)	1,0
Limítrofes/Clínicos						
Normal	22	50	22	50		
Problemas de conduta						
	37	55,2	30	40,8	2,24 (0,93-5,4)	0,08
Limítrofes/Clínicos						
Normal	11	35,5	20	64,5		
Hiperatividade						
Limítrofes/Clínicos	20	46,5	23	53,5	0,84 (0,38-1,86)	0,69
Normal	28	50,9	27	49,1		
Problemas c/pares						
Limítrofes/Clínicos	25	52,1	23	47,9	1,28 (0,58-2,82)	0,69
Normal	23	46	27	54		

Fonte: Autora, 2014*

Nível de significância $p < 0,05$

Com relação a dimensão que avalia a capacidade, o Comportamento Proativo, no grupo dos desnutridos 6 (60%) crianças foram caracterizadas como limítrofe/clínico em oposição a 4 (40%) crianças do grupo dos eutróficos. A maioria foi detectada como normal, 42 (47,7%) no primeiro grupo e 46 (52,3%) no segundo.

Conforme os resultados observados, os valores mostram-se equilibrados nos dois grupos e não houve associação entre saúde mental e desnutrição. A única dimensão que demonstrou uma tendência a significância, foi a de problemas de conduta ($p < 0,08$), mais frequente nas crianças desnutridas.

5.3 Caracterização da Saúde mental materna e grau de incapacidade associado

A tabela 3 apresenta as variáveis de saúde mental materna entre casos e controles. Observa-se associação entre desnutrição e o SRQ materno, demonstrando que as crianças denutridas estão associadas a positividade do SRQ materno, o mesmo ocorre com o SDS quando a incapacidade associada ao TMC é avaliada.

Tabela 3 – Associação entre desnutrição crônica infantil e saúde mental materna em casos e controles (N=98). Maceió/AL-2014.

Variáveis	Desnutridos (n=48)		Eutróficos (n=50)		OR (IC=95%)	Valor de p*
	n	%	n	%		
SRQ						
Negativo	15	34,1	29	65,9	3,04(1,33-6,96)	0,01
Positivo	33	61,1	21	38,9		
SDS						
Negativo	22	38,6	35	61,4	2,76 (1,20-6,32)	0,02
Positivo	26	63,4	15	36,6		

Fonte: Autora, 2014

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

5.4 Avaliação simultânea das variáveis mais importantes

Posteriormente foram analisadas através de regressão logística, as variáveis associadas à desnutrição que apresentaram $p < 0.20$ (escolaridade da mãe, o número de residentes em domicílio, número de filhos que convive, classe social e saúde mental materna (SRQ, SDS)). A tabela 4 apresenta as variáveis que permaneceram no final do procedimento estatístico. O resultado final mostrou associação entre a desnutrição infantil e problemas de conduta OR = 3.13 (IC 95% 1.16 – 8,60) e com a incapacidade associada à saúde mental materna OR = 3.22 (IC 95% 1,23 – 8,37).

Tabela 4 – Modelo final de regressão logística múltipla, apresentando Odds Ratio com intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] dos fatores associados à desnutrição infantil.

MODELO FINAL	OR	IC 95%	Valor de p^*
Incapacidade associada à saúde mental materna (SDS)	1,01	1,00 -1,02	0,04
Problemas de conduta	3,09	1,03 – 9,3	0,00

Fonte: Autora, 2014

*Nível de significância $p < 0,05$

6. DISCUSSÃO

Com relação a análise univariada, foi demonstrado diferença estatisticamente significativa entre a desnutrição crônica e a escolaridade da mãe ($p=0,02$), o número de residentes em domicílio ($p=0,01$), o número de filhos ($p=0,00$) e classe social ($p=0,04$). Apesar destas associações não permanecerem na análise multivariada, observa-se que estas variáveis falam a favor da associação da desnutrição com a pobreza, o que está em concordância com a literatura (SOLYMOS, 2002; MONTEIRO, 2003; MENEZES et al., 2011; RISSIN et al., 2011).

Ainda com relação a análise univariada, levando em consideração a tanto a presença de possíveis transtornos mentais maternos e a incapacidade associada observou-se associação estatisticamente significativa com a desnutrição infantil na análise univariada ($p=0,01$ e $p=0,02$, respectivamente).

Com relação ao primeiro item que é a saúde mental materna, o resultado deste trabalho está de acordo com a literatura: Surkan *et al* (2010) realizaram uma revisão sistemática da associação entre desnutrição infantil e saúde mental materna, que reuniu 17 estudos realizados em diversos países em desenvolvimento. A metanálise realizada mostrou existir associação entre as variáveis estudadas.

Entretanto, com relação a associação entre desnutrição crônica e a incapacidade associada ao transtorno mental materno e a saúde mental da criança desnutrida, não foi possível encontrar estudos mais específicos que pudessem confirmar ou não estes achados.

Com relação à hipótese deste estudo, os resultados encontrados a partir da regressão logística, demonstraram que, dentre os quatro problemas de saúde mental infantil investigados, houve associação estatisticamente significativa entre a desnutrição crônica infantil e problemas de conduta. Além da associação entre o grau de incapacidade associado à saúde mental materna.

A revisão de literatura realizada identificou poucos trabalhos que abordassem o tema da associação entre a desnutrição crônica infantil e a saúde mental na infância. Em um estudo de coorte prospectiva realizado nas ilhas Maurício, na costa

da África, Liu et al (2004) referem a relação entre desnutrição crônica infantil e problemas de comportamento externalizantes. Este estudo também não encontrou associação com problemas internalizantes (sintomas emocionais). Este fato está em concordância com o observado em nosso estudo, que foi a ocorrência de associação entre a desnutrição crônica infantil e problemas de conduta que são uma modalidade de problemas de comportamento externalizantes.

Também em concordância com os achados deste trabalho, sobre a associação entre desnutrição e aumento de problemas de comportamento exteriorizados, foram encontrados mais dois estudos. Um estudo brasileiro com escolares (BRITO, DE ONIS, 2004), demonstrou associação significativa entre déficits de altura-para-idade e dificuldades de comportamento exteriorizado. Um segundo estudo, internacional, de Chang et al (2002) analisando um grupo de crianças com desnutrição crônica (n=116) comparadas a crianças eutróficas (n=80) demonstrou que as primeiras tinham mais problemas de conduta em casa, independentemente das suas origens sociais e menos comportamentos pró-sociais na escola do que as crianças não raquíticas.

No presente trabalho, como são crianças a partir de quatro anos de idade e os dados foram coletados no mesmo período de tempo, não é possível dizer se foi a desnutrição um fator de risco para o distúrbio de conduta, ou se foi o temperamento difícil da criança que contribuiu para que a interação mãe-criança fosse pior e se tornasse um fator de risco para que a criança fosse menos cuidada e tivesse mais chance de tornar-se desnutrida, ou ainda uma combinação de ambos.

Goodman *et al* (2011), em estudo de meta-análise que incluiu 193 estudos, examinaram a intensidade da associação entre depressão materna e problemas de comportamento de crianças. Observaram que a depressão materna está significativamente relacionada a altos escores de problemas internalizantes, externalizantes e a transtornos psicológicos em geral. O que aumenta a importância do cuidado da saúde mental materna pela influência que esta terá sobre a saúde mental de seus filhos.

Observa-se a importância dos aspectos relacionais da díade mãe filho e sua influência para a saúde ou para a doença. Sroufe e Everett (1977) em um trabalho seminal mostraram a importância do apego seguro na relação mãe-criança como

fator organizador do comportamento posterior da criança. A qualidade do apego depende da mãe e da criança.

Miranda et al (2000), a partir desse trabalho mostraram que a interação de mãe de crianças desnutridas com problemas emocionais era pior do que a interação das mães sem problemas emocionais com seus filhos. O presente trabalho está em consonância com o trabalho referido no que diz respeito a possível dificuldade da mãe com problemas emocionais em cuidar de seu filho.

Rahman et al (2004) em um estudo de coorte, mostrou que é o problema mental da mãe que se constitui em fator de risco para a desnutrição da criança. Nesse sentido poder-se-ia supor o problema mental da criança poderia ter caminho semelhante para tentar explicar a associação encontrada no presente estudo entre problemas mentais maternos e problemas mentais da criança.

Este trabalho identificou uma porcentagem muito alta de prováveis problemas de saúde mental em ambos os grupos: 45,83% (n=22) para crianças desnutridas e 42% (n=21) para crianças eutróficas. Como o escore geral de dificuldades do SDQ foi alto para ambos os grupos, não foi observado associação estatisticamente significativa entre a desnutrição crônica infantil e PSMI. Este fato pode estar associado as condições de vida do bairro onde foi realizada a pesquisa, já que esta região possui alto índice de violência. Muitas mães relataram durante as entrevistas, que costumam manter os filhos pequenos em casa com medo da criminalidade.

Na busca por evidências na literatura da relação entre desnutrição e problemas de saúde mental infantil (PSMI), foi encontrado um estudo brasileiro (GUARDIOLA et al.,1997), que associou uma maior presença de sintomas de Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em escolares com piores índices de nutrição. Em outro estudo, abordando a questão dos efeitos da fome na saúde mental infantil, Weinreb et al (2002), demonstraram que embora as crianças não fossem desnutridas (o estudo foi realizado nos Estados Unidos), a insegurança alimentar e outras manifestações de fome episódica tinham repercussões importantes na saúde mental da criança, como maiores escores de ansiedade relatada pelos pais, que iam além do dobro dos escores de crianças sem fome. Sugerindo também, a associação entre problemas nutricionais e problemas mentais infantis.

Quanto às limitações, com relação à aplicação do SDQ, o Manual sugere que ele deva ser administrado a mais de um informante, por exemplo, além da mãe, pode ser aplicado a professora ou a própria criança quando esta for mais velha (a partir dos 11 anos). Entretanto, este questionário não foi aplicado as professoras porque o nível de escolarização das profissionais da creche é muito superior ao nível das profissionais do CREN, o que poderia levar a um viés de informação.

Outra limitação trata da diferença encontrada na análise univariada, entre os grupos dos desnutridos e eutróficos, especialmente com relação a menor escolaridade materna e a classe social mais baixa, que podem ter influenciado os resultados encontrados. As desvantagens são maiores no grupo dos desnutridos. O que merece uma investigação mais aprofundada.

Este estudo contribui para constatar uma maior associação entre desnutrição crônica e saúde mental infantil e a incapacidade associada ao transtorno mental materno. Estudos longitudinais são necessários para confirmar os achados e procurar entender quais são as interações existentes entre estes resultados.

7. CONCLUSÕES

Este trabalho colaborou para uma maior visibilidade da temática da saúde mental infantil no contexto da desnutrição crônica. Especialmente no que tange a maior associação entre problemas de conduta, desnutrição e ao comprometimento da saúde mental materna.

Apesar de o instrumento utilizado realizar triagens e não diagnósticos, os achados demonstraram porcentagens extremamente altas para o conjunto de sintomas avaliados. A situação de desvantagem socioeconômica da amostra, bem como os altos índices de violência da comunidade potencializam os achados, o que exige uma investigação mais aprofundada. Os resultados apontam para a necessidade de uma melhor atenção à saúde mental infantil no contexto da desnutrição crônica.

A relação entre problemas de saúde mental materna e uma maior ocorrência de PSMI em desnutridos crônicos enfatiza a incorporação da saúde mental materna em programas de cuidado infantil.

Neste contexto de cuidado, uma das sugestões de atenção à saúde mental infantil, é a utilização de ferramentas diagnósticas na saúde básica que, utilizada de forma criteriosa, pode colaborar para a identificação de casos que necessitem de uma avaliação mais acurada, conseqüentemente gerando uma maior agilidade nos encaminhamentos para profissionais especializados. Com isso é possível oferecer um tratamento precoce diminuindo o sofrimento mental e prejuízos decorrentes, tanto a nível individual, como familiar e social.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, SUSANNE ANJOS et al . Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, Aug. 2005.

ARBUCKLE, Robert et al. The psychometric validation of the Sheehan Disability Scale (SDS) in patients with bipolar disorder. *Psychiatry research*, v. 165, n. 1, p. 163-174, 2009.

ASBAHR, Fernando R. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre, v. 80, n. 2. 5.

ASSIS Simone Gonçalves de, AVANCI Joviana Quintes, OLIVEIRA, Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública*; 43(Supl. 1): 92-100.2009.

BAHLS, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78.5: 359-366. 2002.

BARBOSA Janine Maciel, et al. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda no Nordeste brasileiro. *Arch Latinoam Nutr*; 59:22-9.2009.

BLACK Robert E, et al.; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. 371: 243–60. 2008.

BORDIN, Isabel AS; OFFORD, David R. Transtorno da conduta e comportamento anti-social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, p. 12-15, 2000.

BORSA, Juliane Callegaro; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia*, 18.40: 317-330.2008.

CARVALHAES, MARIA ANTONIETA DE BL AND BENICIO, MARIA HELENA D'AQUINO. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev. Saúde Pública*. vol.36, n.2, pp. 188-197.2002.

CARVALHAES DE BL, MARIA ANTONIETA; BENICIO, Maria Helena D.; BARROS, ALUISIO JD. Social support and infant malnutrition: a case-control study in an urban area of Southeastern Brazil. *British journal of nutrition*, v. 94, n. 3, p. 383, 2005.

CHAGAS, Dirlane SS. *O papel da saúde mental materna na desnutrição infantil: um estudo de caso controle*. Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.74 p.2007.

CHANG, S. M., et al. Early childhood stunting and later behaviour and school achievement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002, 43.6: 775-783.

COUTO, MARIA CRISTINA VENTURA; DELGADO, PEDRO GABRIEL GODINHO. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. *Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Editora Hucitec, 271-9.2010.*

DELONG GR. Effects of nutrition on brain development in humans. *Am J Clin Nutr.*; Suppl. 57: 286S-290. 1993

DI IORIO, SUSANA; URRUTIA, MARÍA I. Y RODRIGO, MARÍA A. Desarrollo psicológico, nutrición y pobreza (Argentina). *Rev. chil. pediatr.* [online]. vol.71, n.3, pp. 263-274. 2000.

DOBBING J, HOPEWELL JW, LYNCH A. Vulnerability of the developing brain: VII - permanent deficit of neurons in cerebral and cerebellar cortex following early mild undernutrition. *Exp Neurol*;32:439-47. 1971

DUARTE, CS; BORDIN, IAS. Instrumentos de avaliação. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.22, suppl.2, pp. 55-58. 2000.

ENGLE, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet*, Pages 229 - 242, 20 January 2007.

FERREIRA Haroldo S; LUCIANO SCM. Prevalência de extremos antropométricos em Alagoas. *Rev Saúde Pública*. 44(2).2010.

FERREIRA, HS; LUCIANO SCM. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoas. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 44, n. 2, Apr. 2010 .

FERRIOLLI, SHT; MARTURANO, PUNTEL, EM.; PALUCCI L. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [online]. vol.41, n.2.2007.

FLEITLICH, Bacy W, & GOODMAN, Robert. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *British Medical Journal*. v. 323, p. 599-600, 2001.

FLEITLICH, Bacy W; GOODMAN, Robert. Epidemiologia. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo , v. 22, supl. 2, Dec. 2000.

FLORENCIO, Telma M.; et al. "Obesity and Undernutrition in a Very-low-income Population in the City of Maceio, Northeastern Brazil". *British Journal of Nutrition*, vol. 86, n. 2, pp. 277-285.2001.

FORTES, SANDRA, et al. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 33.2 : 150-156.2011

FRANÇA E. et al. Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo de caso-controle. *Cad Saude Publica*.17:1437-47. 2001.

FRIZZO, G B; PICCININI, C A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 10, n. 1, Apr. 2005.

GEORGIEFF, MICHAEL K. Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement. *The American journal of clinical nutrition*, 85.2: 614S-620S.2007.

GOLDBERG D., HUXLEY P. Common Mental Disorders: a Bio-Social Model. Tavistock/ Routledge London.1992.

GRANTHAM-MCGREGOR, SALLY M, et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet*, 369.9555: 60-70.2007.

GRANTHAM-MCGREGOR, Sally M.; FERNALD LC.; SETHURAMAN K. Effects of health and nutrition on cognitive and behavioural development in children in the first three years of life. Part 1: Low birthweight, breastfeeding, and protein-energy malnutrition. *Food & Nutrition Bulletin* 20.1, 53-75.1999.

GOMES, M A; PEREIRA, M L D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.10, n.2, pp. 357-363. 2005.

GOODMAN Robert. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 38, 581-586.1997.

GOODMAN, SHERRYL H., et al. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14.1: 1-27. 2011.

GUARDIOLA, Ana; EGEWARTH, Cristiane; ROTTA, Newra T. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em escolares de primeira série e sua relação com o estado nutricional. *J Pediatr*, 77.3: 189-96. 2001.

LAURIDSEN-RIBEIRO E, TANAKA OY. *Problemas de saúde mental em crianças: abordagem na atenção básica*. São Paulo: Annablume. 140 p.2005.

LIMA, Ana Lucia Lovadino de, et al . Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010.

LIU, Jianghong, et al. Malnutrition at age 3 years and externalizing behavior problems at ages 8, 11, and 17 years. *The American journal of psychiatry* vol.161.11, 2004.

MAIA, J M D; WILLIAMS, L C A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, dez. 2005.

MARI, J, WILLIAMS P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*;148:236.1986.

MARTINS, M F D et al . Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Junho 2004.

MELLO, M F et al. La epidemiologia de las enfermedades mentales en Brasil. *Epidemiologia de los trastornos mentales en America Latina y el Caribe/Epidemiology of mental disorders in Latin America and the Caribbean*, p. 101, 2009.

MENEZES, RISIA CRISTINA EGITO DE et al. Determinantes do déficit estatural em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. *Rev. Saúde Pública* [online]., vol.45, n.6, pp. 2011.

MELTZER, Howard et al. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: Office for. 2003.

MIRANDA, Cláudio Torres et al. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*. 25 (1):128-133.1996.

MIRANDA, Cláudio Torres et al. Association between mother-child interaction and mental health among mothers of malnourished children. *Journal of tropical pediatrics*, 46(5), 314-314. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste-Amazônia Lega. ODM. Saúde –Brasil*, vol.III. Brasília, Distrito Federal. 2010.

MONTE, Cristina M. G. Desnutrição: um desafio secular a nutrição infantil. *Jornal de pediatria*. Rio de Janeiro, v. 76, n. 3 Supl., p.s285-s297, 2000.

MONTEIRO Carlos Augusto, et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-. Rev Saúde Pub. 2009; 43(1).2007.

MONTEIRO Carlos Augusto, CONDE Wolney Lisboa, KONNO Silvia Cristina. Análise do inquérito "Chamada nutricional " realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Ministério da Saúde. Cad Estud Desenv Soc. 1-19.2005.

MORGANE PJ, et al. Prenatal malnutrition and development of the brain. Neurosci Biobehav Rev; 17: 91-128. 1993.

NASCIMENTO, C R. "Vulnerabilidades e patrimônio de famílias de crianças desnutridas: um estudo realizado no Centro de Recuperação e Educação Nutricional-CREN/SP.Dissertação de mestrado. 2008

OLINTO, M T A et al. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.9, suppl.1, pp. S14-S27.1993.

OMS. Manejo da desnutrição grave: um manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e seus auxiliares. Genebra/Brasília: Organização Mundial da Saúde/Organização Panamericana da Saúde; 2000.

Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación Del crecimiento del niño. Ginebra, OMS, 2008.

PATEL V., KLEINMAN A. Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries. Bulletin of the World Health Organization. 2003; 81(8): 609 – 615.

PAULA, C S; DUARTE, C S; BORDIN, I A S. Prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes da região metropolitana de São Paulo: necessidade de tratamento e capacidade de atendimento. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.29, n.1, pp. 11-17.2007.

PAULA CS, et al. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. Rev Saude Publica.42(3):524-8. 2008.

PÉREZ, R et al. Diagnóstico nutricional antropométrico y coeficiente intelectual en escolares. *Revista española de nutrición comunitaria= Spanish journal of community nutrition*, v. 15, n. 4, p. 186-190, 2009.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD): Relatório de Desenvolvimento Humano 2013 – Ascensão do Sul: progresso humano num mundo diversificado.

RAHMAN, ATIF, et al. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of general psychiatry*, 61.9: 946-952.2004.

RAHMAN, ATIF et al. The neglected 'm'in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Tropical Medicine & International Health*, v. 13, n. 4, p. 579-583, 2008.

SANTANA VS, ALMEIDA FILHO N, ROCHA CO, MATOS AS. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev. Saúde Pública*. 31 (6) 556-565.1997.

SAPIENZA, G; PEDROMONICO, M R M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol. estud.* [online]. vol.10, n.2, pp. 209-216. 2005.

SAWAYA, A L; et al. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estud. av.* [online]. vol.17, n.48, pp. 21-44. 2003.

SAWAYA AL. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. *EstudAv.* 20(58): 147-158. 2006.

SANTOS RB, MARTINS PA, SAWAYA AL, Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. *Rev. Nutr*; 21(6):671-681. SOUZA, Isabella GS de, et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *J. Bras. Psiquiatr*, 2007, 56.supl 1: 14-18. 2008.

SCHWEIGERT, I D; SOUZA, D O G; PERRY, M L S. Desnutrição, maturação do sistema nervoso central e doenças neuropsiquiátricas. *Rev. Nutr.*, Campinas , v. 22, n. 2, Apr. 2009 .

Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento de Maceió, 2009.

SILVA, Dilma Ferreira da. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática / Dilma Ferreira da Silva. — Recife: D. F. da Silva, 2010.

SILVEIRA, K. B., et al. "Associação entre desnutrição em crianças moradoras de favelas, estado nutricional materno e fatores socioambientais." *J Pediatr (Rio J)*86 :215-20. 2010.

SOLYMOS, G M B. Vencendo a Desnutrição: Abordagem Psicológica. São Paulo: Editora Salus Paulista. (Coleção Vencendo a Desnutrição), 2002.

SROUFE, L. ALAN; EVERETT WATERS. "Attachment as an organizational construct." *Child development*. 1184-1199. 1977.

TANAKA OY, LAURIDSEN-RIBEIRO . Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 22(9):1845-1853. 2006.

UNICEF. Situação Mundial da Infância 1998: a nutrição em foco. Brasília, 1998

UNICEF. Progreso para la infancia. Un Balance sobre la nutrición. 2006.

VICTORA CG, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 371(9609):340-57. 2008.

WASELFISZ, Julio Jacobo. "Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo". *FLACSO Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais*, 2013.

WALKER, SUSAN P., et al. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The lancet*, 369.9556: 145-157. 2007.

WEINREB, LINDA, et al. "Hunger: its impact on children's health and mental health." *Pediatrics* 110.4: e41-e41. 2002.

WHO (World Health Organization) Expert Committee on Mental Health. Organization of mental health services in developing countries: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva: World Health Organization. (Technical Reports Series, 564) 1975.

_____. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Division of mental health. Geneva; 1994.

_____. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry*. Geneva, World Health Organization, 1995 (Technical Report Series, 854).

_____. Improving Mother/child Interaction To Promote Better Psychosocial Development in Children. International child development programmes. Programme on Mental Health. GENEVA, 1997.

_____. Nutrition throughout life. 4^o Report on the world nutrition situation. Geneva, 2000.

_____. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

WOERNER, Wolfgang, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European child & adolescent psychiatry*, 13.2: ii47-ii54. 2004.

XIMENES, L. B.; et al. A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. *Acta. Scientiarum. Health Sciences*. v. 26. n.1, 2004.

APÊNDICE 1

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

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntária 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 convidada a participar como voluntária do estudo “avaliação da saúde mental de crianças desnutridas: um estudo caso controle”, recebi da Sra. Mestranda em Ciências da Saúde Layse Veloso de Amorim Santos, do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde 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 a presença de alguns indicadores de saúde mental da criança e da mãe, bem como da rede e suporte sociais da família, para avaliar sua associação com a desnutrição de seus filhos.
- Que a importância deste estudo é a de conhecer a saúde mental das crianças e de suas mães, bem como sua rede e suporte sociais, que podem influenciar a desnutrição, reunindo informações para a elaboração de estratégias e a realização de intervenções que priorizem a melhoria do estado nutricional e desenvolvimento de crianças desnutridas.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: avaliar a associação entre o déficit estatural da criança atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN); a saúde mental da criança; a saúde mental da mãe, bem como o grau de incapacidade associado; os fatores de rede e suporte sociais selecionados; a presença de marido/companheiro no ambiente familiar, e se o mesmo é o pai biológico da criança.
- Que eu responderei, em entrevista individual e em ambiente adequado, em sala apropriada de modo a garantir um clima de tranquilidade e sigilo, em cada uma das Instituições (Creche, Unidade de Saúde e o CREN). A entrevista consistirá em responder seis questionários que são compostos pelas questões acima citadas (dois sobre minha saúde mental, uma sobre a saúde do meu filho, um para rede social, outro sobre apoio social e o último sobre minha condição socioeconômica). A pesquisadora será a responsável pela aplicação de cada um dos seis questionários.
- Meu filho será avaliado quanto ao seu estado nutricional por nutricionistas especializadas do CREN. Que o medirá e pesará, informando imediatamente seu estado nutricional. Caso seja constatada algum grau de desnutrição este será acompanhado pela referida Instituição. Os riscos deste procedimento são muito pequenos e referem-se a possibilidade da criança sofrer algum trauma se for necessário a contenção da criança durante o procedimento.
- Que a aplicação das entrevistas começará em dezembro de 2014 e terminará em janeiro de 2014.
- 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 a pesquisadora participará de todas as etapas do estudo, após a prévia autorização dos participantes.
- 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, além do reforço do sigilo das informações.
- 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, porém será encaminhada a procura de um profissional adequado. O mesmo se fará se houver necessidade de atendimento ao meu filho.

Que deverei contar com a seguinte assistência: do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) e do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde 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, apoio social e saúde mental infantil e materna.

Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: realização da entrevista por meio dos questionários utilizados, sendo um deles para avaliação da rede e apoio social; rastreamento de possíveis problemas emocionais infantis e maternos; avaliar os níveis de incapacidade da mãe, e ainda um questionário com características sócio demográficas. 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 destas informações só serão feitas entre os profissionais da área.

Caso ocorra algum dano é importante eu saber que serei indenizado, assim como também serei ressarcido por qualquer despesa que precise efetuar.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação deste estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

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: Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS) /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 C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária Fone: (82) 3214041

Maceió,

<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p>LAYSE VELOSO DE AMORIM SANTOS</p> <hr/> <p>CLÁUDIO TORRES DE MIRANDA</p> <p>Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PSICOSSOCIAL

Características Familiares:

- 1- Nome da criança _____
- 1a- Nome da mãe _____ Idade: _____
- 2 -Escolaridade materna em anos: _____
- 3- Trabalha fora de casa: () sim Especifique: _____ () não
- 4- Renda Familiar: _____ Renda per capita: _____
- 5- Número de filhos: _____
- 6- Nome dos outros filhos: _____ Data de nascimento: _____
- 6.1 _____ /_____/_____
- 6.2 _____ /_____/_____
- 6.3 _____ /_____/_____
- 6.4 _____ /_____/_____
- 7- Vive com marido ou companheiro? () sim () não
- 8- Se sim, ele é o pai biológico da criança? () sim () não
- 8 -Pai trabalha: () sim Especifique: _____ () não
- 9-Renda paterna: _____
- 9a.Renda familiar _____ 9b- Renda familiar per capita _____
- 10- Escolaridade paterna em anos _____
- 11- Número de moradores no domicílio: _____
- 12- Acesso a serviço de saúde: () sim () não
- 13- A senhora faz uso de algum medicamento () sim () não
Qual _____
- 14- A senhora já fez ou faz uso de drogas () sim () não
- 15- A senhora consome bebida alcoólica () sim () não

Com que frequência _____

16 – O seu companheiro faz uso de drogas () sim () não

17- O seu companheiro consome bebida alcoólica () sim () não

Com que frequência _____

18- O pai se embriaga pelo menos uma vez por mês?

19- Todo mundo sabe que os relacionamentos passam por momentos difíceis e enfrentam muitos desafios. Às vezes, quando isso acontece, as mulheres são maltratadas por seus maridos ou companheiros. Gostaríamos de saber mais sobre a sua própria experiência com estes assuntos. Lembre-se que esta entrevista é totalmente confidencial. No último ano, eu gostaria de perguntar se você foi maltratada por seu marido/companheiro com tapas, chutes, socos, espancamentos ou ameaças com arma. () sim () não Houve Agressão verbal? () sim () não

20- Como você avaliaria sua qualidade devida? Muito ruim___ Ruim___ Nem ruim nem boa___ Boa___ Muito boa___

21-Inscrição em algum programa do governo: () sim () não Qual: _____

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

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

ANEXO 1

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Pa⁴⁻¹⁶

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe pareça estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

		Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
1	Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando nas coisas, quebrando as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou de enjôo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... Com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Freqüentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	É solitário, prefere brincar sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Freqüentemente briga com outras criança ou as amedronta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Freqüentemente parece triste, desanimado ou choroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Em geral é querido por outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Facilmente perde a concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16	Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, Facilmente perde a confiança em si mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	É gentil com criança mais novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Freqüentemente engana ou mente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Outras crianças “pegam no pé” ou atormentam-no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, Professores, outras crianças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Pensa nas coisas antes de fazê-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se dá melhor com adultos do que com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tem muitos medos, assusta-as facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, vire a página. Há mais perguntas no outro lado.

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/filha tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com as outras pessoas.

Não	Sim – pequenas dificuldades	Sim – dificuldades bem definidas	Sim – dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu “sim”, por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1 a 5 Meses	6 a 12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/filha?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amizades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de lazer (passeios, esportes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que mu
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO 2

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 3

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? _____