

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO

***FATORES DE RISCO PARA SAÚDE MENTAL MATERNA
E SEU IMPACTO SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL
INFANTIL***

ADRIANA TOLEDO DE PAFFER

MACEIÓ
2009

ADRIANA TOLEDO DE PAFFER

***FATORES DE RISCO PARA SAÚDE MENTAL MATERNA
E SEU IMPACTO SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL
INFANTIL***

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

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

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

MACEIÓ

2009

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

Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale

P127f Paffer, Adriana Toledo de.

Fatores de risco para saúde mental materna e seu impacto sobre o estado nutricional infantil / Adriana Toledo de Paffer, 2009.

65 f : il.

Inclui bibliografia e anexos

Orientador: Cláudio Torres de Miranda

Co-Orientador: Haroldo da Silva Ferreira

Dissertação (mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.

Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió, 2009.

1. Mulheres - Saúde mental. 2. Transtorno mental materno. 3. Criança - Estado nutricional. 4. Mulheres – Estado Nutricional. 5. Semi-árido alagoano -Condições sócio-econômicas. I. Título.

CDU: 612.39(813.5)



MESTRADO EM NUTRIÇÃO
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

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



PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE
DISSERTAÇÃO

**"Fatores de risco para saúde mental materna e seu impacto
sobre o estado nutricional infantil"**

por

Adriana Toledo de Paffer

A Banca Examinadora, reunida aos 15 dias do mês de janeiro do ano
de 2009, considera a candidata **APROVADA**.

Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda
Faculdade de Medicina/UFAL

Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição/UFAL

Profa. Dra. Darci Neves Santos
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Dedicado à minha família, em especial a minha filha Marina e ao meu marido Alexandre e aos meus pais pela força e incentivo.

Muito Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar meu caminho e por ter me dado força e paciência.

A minha filha **Marina** e ao meu marido Alexandre pela compreensão das horas ausentes e pela ajuda na revisão e formatação do trabalho.

Ao Prof. Dr Cláudio Torres Miranda, pelos ensinamentos, orientação, dedicação, compreensão, paciência e apoio a mim dedicados.

Ao Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira, pela dedicação e empenho, principalmente na fase inicial de organização da pesquisa e da coleta de dados e à sua dedicação ao mestrado.

Ao Prof. Dr. Cyro Rego Cabral Jr., pelo auxílio na análise estatística.

Às mestras Evla Darc e Fabiana Moura pelo auxílio na tabulação dos dados.

À mestra Regina Coeli pelos ensinamentos no SPSS e na tabulação dos dados.

À mestra Sybele pelo auxílio na fase do estudo piloto.

Aos estagiários do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada, em especial àqueles que participaram da coleta de dados no semi-árido alagoano.

A todas as mães e crianças da região semi-árida de Alagoas que participaram da pesquisa.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPEAL e ao Conselho Nacional de Pesquisas Tecnológicas pelo apoio financeiro.

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

*Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,
qualquer um pode começar agora a fazer um novo fim.*

Chico Xavier

RESUMO

Os transtornos mentais comuns (TMC) resultam da interação de múltiplos fatores (biológicos, psicológicos e sociais), apresentando alta prevalência, sobretudo em mulheres. Vários estudos mostram associação entre TMC e a desnutrição de seus filhos, particularmente nos 2 primeiros anos de vida, quando uma boa interação com a mãe é indispensável para o seu adequado crescimento. Avaliações recentes referem que a ênfase das intervenções deveria deslocar-se da provisão de alimentos para um esforço no sentido de mudar o comportamento das mães. Um dos componentes desta abordagem é a saúde mental materna. O semi-árido alagoano é uma região muito pobre e sua população está mais exposta à insegurança alimentar e nutricional. O objetivo desta dissertação foi investigar a associação entre TMC maternos com fatores de risco sócio-demográficos e estado nutricional materno em ambiente urbano e rural e avaliar a associação entre TMC materno e desnutrição em crianças de 6 a 24 meses na região semi-árida de Alagoas. Este estudo resultou em dois artigos. O primeiro foi intitulado “Fatores associados à saúde mental de mães do semi-árido alagoano: o papel do contexto urbano/rural”. Neste estudo observou-se que a prevalência de TMC na zona rural foi 56,2% vs 43,8% na zona urbana (OR=1,03 IC95% 0,64-1,63). Na regressão logística da área urbana, escolaridade foi a variável que permaneceu significativa no modelo (OR= 2,2 IC 95% 1,03-4,6) e na rural a variável associada à TMC foi ausência de companheiro (OR= 2,6 IC 95%1,01-6,7); o segundo artigo foi intitulado “Saúde mental materna e estado nutricional de crianças da região semi-árida de Alagoas, Brasil”. A prevalência geral de TMC foi de 44,3%. Em mães de crianças desnutridas foi 42,0 % e em mães de crianças eutróficas foi 44,6%. Na Regressão Logística verificou-se que as variáveis significativas foram: peso ao nascer OR= 3,6 (IC 95% 1,08-12,4) e aleitamento materno OR= 6,7 (IC 95% 1,76 – 25,5). Neste estudo não foi observado associação entre TMC materno e desnutrição infantil. A alta prevalência de TMC na população estudada pode ter dificultado a detecção de uma possível associação entre TMC e a desnutrição infantil. Estes resultados apontam para a necessidade de aumentar a atenção à saúde mental materna no planejamento de políticas públicas com o objetivo de reduzir os danos tanto para a mãe como para as crianças.

Palavras-chave: saúde mental materna, estado nutricional, características familiares e condições maternas

ABSTRACT

Common mental disorders (CMD) are the result of multiple factors interaction (biological, psychological and social) and have a high prevalence, being more frequent among women. Several studies show the association between CMD and child malnutrition, particularly in the 2 first years of life, when the interaction with the mother is essential for child growth. Recent evaluations indicate that intervention focus should shift from food provision to the change of mother's behavior. One of the approach components' is maternal mental health. The Alagoas State semi-arid region is very poor and the population is exposed to food and nutritional insecurity. The objective of this dissertation is to investigate the association between maternal CMD and child malnutrition in children 6 to 24 months old in urban and rural environments. It will be done considering socio demographic variables and the mothers' nutritional status. Two papers are the result of this Project. The first is entitled "Factors related to mothers' mental health in the semi-arid region of Alagoas: the role of the urban/rural environment". In this study we observed that the prevalence of CMD in the rural area was 56.2% vs 43.8% in urban area (OR = 1.03 CI 95% 0.64-1.63). Regarding urban area, education was the variable that remained significant in the logistic regression (OR = 2.2 95% CI 1.03-4.6) while in the rural area, lack of partner was the variable that remained associated to TMC (OR = 2.6 95% CI 1.01-6.7). The second article was entitled "Mental health and maternal nutritional status of children in the semiarid region of Alagoas, Brazil. The overall prevalence of CMD was 44.3%. In mothers of malnourished children was 42.0% while in mothers of eutrophic children it was 44.6%. In the logistic regression found that the significant variables were: birth weight OR = 3.6 (95% CI 1.08-12.4) and breastfeeding OR = 6.7 (95% CI 1.76 to 25.5). In this study was not observed association between maternal CMD and child malnutrition. The high prevalence of CMD in this population may have hampered the detection of a possible association between CMD and child malnutrition. These results suggest the need to focus planning of maternal mental health care in order to reduce the burden both of mothers and their children.

Key-words: maternal mental health, nutritional status, family characteristics and maternal conditions.

LISTA DE TABELAS

1. ° ARTIGO

		Página
Tabela 1	Características socioeconômicas, demográficas e de saúde materna da região semi-árida de Alagoas, 2007.	21
Tabela 2	Associação entre transtorno mental comum e variáveis selecionadas em ambiente urbano e rural da região semi-árida de Alagoas, 2007.	23

2. ° ARTIGO

Tabela 1	Características socioeconômicas, demográficas e de saúde de mães e crianças da região semi-árida de Alagoas, 2007.	39
Tabela 2	Prevalência (%) de déficits antropométricos ($Z < - 2$) em crianças de 6 a 24 meses do semi-árido alagoano, 2007.	40
Tabela 3	OR da associação entre déficit estatural (A/I) em crianças de 6 a 24 meses e fatores de risco selecionados no semi-árido do estado de Alagoas, Brasil.	41

SUMÁRIO

1. RESUMO	5
2. ABSTRACT	6
3. LISTA DE TABELAS	7
4. INTRODUÇÃO	9
5. ARTIGOS	12
1º ARTIGO Fatores associados à saúde mental de mães do semi-árido alagoano: o papel do contexto urbano/rural	13
2º ARTIGO Saúde mental materna e estado nutricional de crianças da região semi-árida de Alagoas, Brasil	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
8. ANEXOS	52
ANEXO I: Formulários utilizados na pesquisa “Nutrição e saúde da população materno-infantil da região semi-árida de Alagoas”	53
ANEXO II: Municípios que integram a região semi-árida de Alagoas	65

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O semi-árido brasileiro é uma região exposta aos riscos de insegurança alimentar e deficiências nutricionais por suas características geográficas, políticas, econômicas e sociais desfavoráveis, e por ter grande parte de seus habitantes situados abaixo da linha da pobreza (proporção de famílias com renda per capita de até meio salário mínimo) ¹.

O estado de Alagoas é considerado o mais pobre do Brasil e o que possui a menor renda média e maior proporção de pobres. A população adulta possui a menor escolaridade média e a maior taxa de analfabetismo ².

A saúde mental assim como a saúde física é muito importante para o bem estar geral dos indivíduos, e conseqüentemente na contribuição ao desenvolvimento social. Os transtornos mentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais³. Como a população estudada está em um ambiente repleto de adversidades econômico-sociais, torna-se altamente vulnerável a ocorrência de agravos á saúde física e mental.

Os transtornos mentais apresentam uma prevalência elevada e são mais comuns em mulheres e em pessoas de baixa renda e com menor escolaridade ⁴.

No Brasil, estudos transversais realizados em vários Estados constaram altas prevalências de transtorno mental comum^{5,6,7,8}.

São escassos os trabalhos que relacionam o estado nutricional materno com sua saúde mental. Kac et al., (2006) recomenda que mais estudos sejam realizados neste tema ⁵.

Com relação a desnutrição infantil alguns estudos já verificaram sua associação com a saúde mental materna^{9,10,11,12,13,14}.

Não há trabalhos nessa temática na região semi-árida de Alagoas. Esta dissertação foi realizada a partir de um projeto maior denominado “Nutrição e saúde da população materno-infantil da região semi-árida de Alagoas”, sendo composta de dois artigos de resultados.

O primeiro artigo surgiu da necessidade de se conhecer quais fatores de risco sócio-demográficos e do estado nutricional das mães poderiam estar associados á saúde mental materna em ambiente urbano e rural. No segundo artigo investigou-se a associação entre

desnutrição infantil e a saúde mental materna considerando fatores de risco sócio-demográficos.

Esta faixa etária de crianças até 2 anos de idade foi selecionada devido à existência de trabalhos na literatura que enfatizam o impacto do transtorno mental materno no estado nutricional^{9,10,11,12,13,14}, e desenvolvimento infantil^{15,16,17,18,19}.

ARTIGOS

1º Artigo:

PAFFER, AT, MIRANDA, CT, FERREIRA HS, CABRAL JR CR.

Fatores associados à saúde mental de mães do semi-árido alagoano: O papel do contexto urbano/rural

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À SAÚDE MENTAL DE MÃES DO SEMI-ÁRIDO
ALAGOANO: O PAPEL DO CONTEXTO URBANO/RURAL^{1,2}

RISK FACTORS ASSOCIATED TO THE MENTAL HEALTH OF MOTHERS FROM
THE ALAGOAS SEMI-ARID REGION: THE ROLE OF URBAN / RURAL
ENVIRONMENTS

Título abreviado: Fatores de risco associados à saúde mental materna no semi-árido

ADRIANA TOLEDO DE PAFFER

adrianapaffer@gmail.com

CLAUDIO TORRES DE MIRANDA

mirandaclaudio@gmail.com

HAROLDO DA SILVA FERREIRA

haroldo.ufal@gmail.com

CYRO REGO CABRAL Jr.

cyrorcjr@gmail.com

Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
Campus A. C. Simões, BR 104 – Norte, km 97, 57072-970 – Maceió, AL.

Autor para correspondências:

Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda
Rua Dr. José Sampaio Luz. 878/101, Ponta Verde.
CEP 57.035-260 – Maceió – Alagoas.
Fone: 9993-8278
e-mail: mirandaclaudio@gmail.com

¹ Artigo baseado em parte da Dissertação de A.T. Paffer, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas.

² Financiado pela FAPEAL (Edital MS/CNPq/FAPEAL n.º 01/2006, processo PROJ_168_11387759)

Resumo

Estudo transversal realizado com amostra de mães do semi-árido de Alagoas (n=288), com objetivo de investigar a associação entre transtornos mentais comuns (TMC) com fatores de risco sócio-demográficos e estado nutricional segundo ambiente urbano e rural. A saúde mental foi avaliada por meio do “*Self Report Questionnaire*” (SRQ-20) utilizando o ponto de corte ≥ 8 para identificação de casos prováveis de TMC. A prevalência de TMC na zona rural foi 56,2% vs. 43,8% na urbana (OR=1,03; IC95%=0,64-1,63). Na regressão logística da sub amostra da área urbana, escolaridade foi a variável que permaneceu significativa no modelo (OR= 2,2; IC95%=1,03-4,6) e na rural a variável associada à TMC foi ausência de companheiro (OR=2,6; IC95%=1,01-6,7). Propõe-se a importância de proporcionar meios para enfrentar a alta prevalência de TMC em mães de crianças nos primeiros anos de vida e realização de estudos longitudinais que avaliem se as diferenças existentes no contexto urbano rural justificam planejamentos distintos nas ações preventivas e terapêuticas.

Palavras-chave: saúde mental materna, ambiente urbano e rural, estado nutricional materno, características familiares e condições maternas.

Abstract

Cross-sectional study conducted with a sample of mothers from the Alagoas State semi-arid region. The objective was to investigate the association between common mental disorders (CMD) and maternal socio-demographic risk factors and their nutritional status in urban and rural settings. The sample size was 288 mothers. The maternal mental health was evaluated through the "Self Report Questionnaire (SRQ-20) using a cutoff of ≥ 8 to identify probable cases of CMD. The prevalence of CMD in the rural area was 56.2% vs 43.8% in urban area (OR = 1.03; 95%CI= 0,64-1,63). In the logistic regression of the urban area sub sample, education was the variable that remained significant in the model (OR = 2.2; 95%CI= 1.03-4,6) while in the rural area sub sample the variable that remained significant in the association with TMC was lack of partner (OR = 2.6; 95%CI= 1,01-6,7). These results point out to the need of providing resources to manage the high prevalence of CMD in mothers of toddlers and to conduct longitudinal studies to assess whether differences in the urban/rural settings planning require different preventive and therapeutic approaches.

Key-words: maternal mental health, urban/rural environment, maternal nutritional status, family characteristics and maternal conditions.

Introdução

A saúde mental materna, especialmente em famílias de baixa renda, é considerada um fator importante para o provimento de condições adequadas de crescimento e desenvolvimento dos filhos¹. Isto é considerado especialmente relevante para as mães de crianças até dois anos de idade, uma vez que a literatura enfatiza o impacto que o transtorno mental materno pode ter na criança desta faixa etária, tanto no estado nutricional^{2,3,4,5,6}, como no seu desenvolvimento^{7,8,9,10,11}. A maioria desses estudos foi realizada com populações urbanas e, especificamente na região semi-árida de Alagoas, não foram localizadas pesquisas que tivessem como foco a saúde mental de mães e seus possíveis determinantes.

Estudos sobre transtornos mentais comuns em mães

Estudos realizados em populações de baixa renda em vários países em desenvolvimento, têm apresentado prevalência elevada de problemas na saúde mental materna^{12,13,14}.

Harpham *et al.*, (2005), em estudo multicêntrico envolvendo mães de crianças menores de dois anos de quatro países, incluindo tanto zonas urbanas como rurais, encontraram as seguintes prevalências: 33,0% na Etiópia, 30,0% na Índia, 30,0% no Peru e 21,0% no Vietnã. O instrumento utilizado na definição dos desfechos de interesse (transtornos mentais comuns TMC) foi o Self Report Questionnaire (SRQ-20)². No Brasil, Miranda *et al.*, (1996), em estudo realizado na periferia de São Paulo, encontraram uma frequência de 63% de TMC em mães de crianças desnutridas e 38% em mães de crianças eutróficas. Essas crianças tinham até 2 anos de idade⁵. Chagas (2007), em estudo na Bahia com mães de crianças de até 6 anos de idade encontrou uma frequência de 35,8% de TMC em mães de desnutridos e 20,1% em mães de crianças eutróficas⁶. Kac *et al.*, (2006), no Rio de Janeiro, encontraram uma frequência de 54,2% de TMC em mães de crianças com 9 meses de idade¹⁵.

Influência do ambiente urbano/rural

Em uma revisão da literatura sobre as características da distribuição dos transtornos mentais da população geral, nos meios urbano e rural, Judd *et al.*, (2002) referem tanto a importância como a dificuldade para identificar o papel do contexto urbano e rural como fator de risco para transtornos mentais¹⁶. A pergunta mais importante, na opinião desses autores,

seria identificar quais tópicos são específicos ou mais importantes no ambiente rural em comparação com o urbano.

Foram localizados poucos estudos realizados em países em desenvolvimento que avaliam o papel do contexto urbano/rural e seus diferenciais que pudessem se caracterizar como fatores de risco associados ao comprometimento da saúde mental. Havenaar *et al.*, (2008) comparando a saúde mental de uma população rural com uma urbana na África do Sul mostram que, no contexto urbano, ser do sexo feminino e ser desempregado está associado à maior prevalência de TMC, enquanto que, no contexto rural, a associação é com menor escolaridade e pertencer a uma família mais pobre¹⁷. No Brasil, foram localizados apenas estudos que abordavam, isoladamente, ou o ambiente urbano ou o ambiente rural. Em uma população feminina urbana na Bahia, características associadas à ocorrência de TMC incluíam ser divorciada/desquitada/viúva, com baixo nível de escolaridade ou de renda, ter filhos, ser chefe de família e não dedicar tempo semanal ao lazer¹⁸.

O objetivo deste estudo foi investigar a associação de transtornos mentais comuns (TMC) maternos com fatores de risco sócio-demográfico e estado nutricional das mães em ambiente urbano e rural.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, que faz parte de um projeto mais amplo intitulado “Nutrição e saúde da população materno-infantil da região semi-árida de Alagoas”. A região semi-árida de Alagoas é formada por 38 municípios e 884.668 habitantes, segundo dados do censo demográfico de 2000¹⁹.

Plano Amostral

O planejamento amostral do estudo original teve por objetivo obter uma amostra representativa das crianças menores de cinco anos residentes na região semi-árida do estado, tendo como desfecho de interesse o déficit estatural. O processo adotado foi de estágios múltiplos com três etapas. Na primeira, foram sorteados os municípios, na segunda os setores censitários dentro de cada município e na terceira fase, foi sorteado um ponto inicial dentro de cada setor, a partir do qual foi visitado certo número de domicílios. A seleção dos municípios foi feita através de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho.

A casuística do presente trabalho compreendeu todas as mães da amostra do estudo mais amplo que possuíam filhos de até dois anos de idade resultando em tamanho amostral de 288 mães.

A equipe de campo era formada por dois supervisores e dez entrevistadores, distribuídos em dois grupos. Todas as informações, coletadas no período de janeiro a março de 2007 por entrevistadores treinados, foram obtidas durante visita aos domicílios sorteados. O questionário utilizado foi previamente testado em estudo-piloto. .

Instrumentos

Inquérito Antropométrico

A mensuração do peso das mulheres foi obtida em balança antropométrica digital portátil, com capacidade para 150 Kg e sensibilidade de 100g e a estatura foi verificada em posição ortostática utilizando-se estadiômetro com precisão de 1 mm. Para análise dos dados foi utilizado o critério de classificação do índice de massa corporal (IMC), calculado pela razão entre a massa corporal (em kg) e a estatura (m) ao quadrado, seguindo as recomendações da OMS (1995)²⁰: baixo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), normal (18,5 a $24,9 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso (25 a $29,9 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$). A circunferência da cintura foi medida com auxílio de uma fita métrica inextensível com precisão de 1 mm. O ponto de corte adotado foi aquele preconizado pela OMS (1998)²¹.

Saúde Mental Materna

A saúde mental materna foi avaliada por meio da aplicação de um questionário validado (*Self Report Questionnaire – SRQ-20*). O SRQ foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para ser utilizado como um instrumento de rastreamento de transtornos psiquiátricos. É composto de 20 questões fechadas com 2 alternativas para as respostas (sim/não)²². Foi adotado o ponto de corte ≥ 8 respostas positivas para identificação de casos prováveis de transtornos mentais comuns, critério que, segundo Mari & Williams (1986) alcança 83% de sensibilidade e 80% de especificidade²³.

A utilização de questionários de rastreamento para a avaliação da prevalência de TMC em grupos populacionais é um recurso eficiente e de baixo custo, utilizado em diversos estudos, principalmente em países em desenvolvimento²².

Dados sócio-demográficos

Foram coletados dados referentes às variáveis sócio-demográficas tais como: escolaridade, número de filhos, estado civil, idade, dentre outras. O nível socioeconômico foi estimado com base nas seguintes variáveis: classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)²⁴. O critério de classificação da ABEP estabelece um escore de pontuação, segundo a escolaridade do chefe de família e posse de certos itens domésticos, dividindo a população em cinco classes: A (25 a 34 pontos), B (17 a 24 pontos), C (11 a 16 pontos), D (6 a 10 pontos) e E (0 a 5 pontos).

Análise Estatística

Os dados foram digitados em dupla entrada independente em formulário criado no Epi-info, versão 3.3.2, e analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS, versão 14.0.

Definição de Variáveis

Para fins de análise, dez variáveis com potencial de confundimento foram dicotomizadas: (1) idade da mãe foi dividida em ≤ 30 anos e >30 anos. Este ponto de corte foi escolhido a partir da hipótese arbitrária de existir uma mudança de papel social nas mulheres deste grupo social a partir desta idade; (2) escolaridade materna baixa definida como < 4 anos e alta ≥ 4 anos de estudo. Este ponto de corte foi definido porque até algum tempo atrás era o tempo de escolaridade obrigatória por lei, e muitas pessoas continuam interrompendo os estudos neste ponto; (3) número de filhos foi dividido em < 3 filhos e ≥ 3 filhos. Este ponto de corte foi escolhido porque se considerou que famílias com mais de 3 filhos terão maiores

problemas econômicos e maior dificuldade para cuidar adequadamente de cada um; (4) programa do governo se refere a inscrição ou não em algum dos seguintes programas governamentais: Bolsa Família, Programa do Leite, Fome Zero, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil; (5) IMC estratificado em duas categorias: eutrofia = $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$ e excesso de peso = $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$; (6) Situação conjugal Sim (com companheiro - independentemente de existir união legalizada) e Não (sem companheiro); (7) sexo do chefe masculino ou feminino (este último independentemente de ser ou não a respondente); (8) Circunferência da Cintura dividido em < 80 e ≥ 80 cm; (9) Trabalha fora de casa (trabalho remunerado), dividido em sim e não; (10) Classe Econômica em que as cinco classes propostas pela ABEP foram divididas em duas, uma reunindo as classes mais altas (A, B e C) e outra reunindo as classes mais baixas (D e E); (11) Situação do domicílio definida de acordo com a localização: urbano - áreas urbanizadas ou não, correspondentes às cidades (sedes municipais), às vilas (sedes distritais) ou áreas urbanas isoladas e rural - toda área delimitada fora do espaço urbano, incluindo os aglomerados rurais de extensão urbana, os povoados e os núcleos¹⁹.

Análise

A análise foi realizada independentemente nas amostras urbana e rural. No presente estudo a definição da amostra em urbana e rural seguiu os procedimentos utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁹.

Na análise de associação univariada foi utilizado o cálculo do “odds ratio” (OR) com IC de 95%. Na análise multivariada foi utilizada a regressão logística em que a variável dependente foi TMC materno e as demais variáveis foram incluídas como independentes. Todas as variáveis que não foram significativamente associadas ($p < 0,10$) foram removidas dos modelos finais pelo processo de “Backward”. A correlação entre as variáveis foi verificada pelo coeficiente de correlação de Pearson ($r \geq 0.70$) a fim de excluir da análise variáveis auto-correlacionadas.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (processo n.º000465/2007-96). A coleta de dados foi efetuada após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Do total de 288 mulheres, 43,4% residem na zona urbana e 56,6% residem na zona rural. A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas, demográficas e de saúde da população estudada.

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e de saúde materna da região semi-árida de Alagoas, 2007

Variáveis	Categoria	Urbano		Rural		P
		(N=125)	(%)	(N= 163)	(%)	
Transtorno Mental Comum	≥ 8	56	43,8	72	56,2	0,91
	< 8	69	43,1	91	56,9	
Idade (anos)	15 - 25	67	45,6	80	54,4	0,61
	26 - 35	44	42,7	59	57,3	
	36 - 45	14	36,8	24	63,2	
Escolaridade (anos)	< 4	45	32,8	92	67,2	*0,001
	>4	80	53,0	71	47,0	
Número de Filhos	≥ 3	39	36,4	68	63,6	0,067
	<3	86	47,5	95	52,5	
Situação Conjugal (companheiro)	Sim	26	53,0	23	47,0	0,13
	Não	99	41,4	140	58,6	
Sexo Chefe	Masculino	101	42,8	135	57,2	0,65
	Feminino	24	46,2	28	53,8	
Programa do Governo	Sim	75	38,9	118	61,1	*0,027
	Não	50	52,6	45	47,4	
Trabalha fora de casa	Não	54	45,7	64	54,3	0,5
	Sim	71	41,8	99	58,2	
Classe Econômica (ABEP)	A	0		0		*0,000
	B	7	87,5	1	12,5	
	C	24	72,7	9	27,3	
	D	58	48,7	61	51,3	
	E	36	28,1	92	71,9	
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	<18,5	10	52,6	9	47,4	0,56
	18,5 - 24,99	64	40,0	96	60,0	
	25 - 29,99	34	47,9	37	52,1	
	≥ 30	17	44,7	21	55,3	
Circunferência da Cintura (cm)	≥ 80	50	46,7	57	53,3	0,38
	< 80	75	41,4	106	58,6	

Foi encontrada uma elevada prevalência de TMC, sendo 56,2% na zona rural e 43,8% na zona urbana (OR=1,03; IC95%= 0,64-1,63).

Comparando-se as características das amostras urbanas e rurais observa-se que houve uma maior prevalência de mães com menos de quatro anos de estudo na zona rural ($p=0,001$), onde também havia uma maior cobertura em termos de programas do governo. ($p=0,027$) e uma maior frequência de indivíduos pertencentes às classes econômicas D e E ($p=0,0001$).

A Tabela 2 mostra a associação entre a presença de TMC e variáveis selecionadas segundo o contexto urbano e rural.

Na zona urbana existe associação significativa entre TMC e escolaridade materna (OR = 2,3; IC 95%= 1,08 – 4,8) de tal forma que as mães da zona urbana com menor escolaridade têm maior chance de ter TMC. Não foi encontrada significância estatística entre TMC e as demais variáveis.

Entre as mulheres da zona rural a variável “não ter companheiro” associou-se a uma maior chance de ter TMC (OR = 2,7; IC 95%= 1,08-6,8) e as mulheres pertencentes às classes econômicas D e E tinham maiores chances de ter TMC, associação que, contudo, não apresentou significância estatística (OR=7,7; IC 95%= 0,96-63).

Na análise de Regressão Logística, quando foram incluídas simultaneamente as variáveis independentes (idade, escolaridade, número de filhos, condição de trabalho, classe econômica, situação conjugal, índice de massa corporal, circunferência da cintura) em função da variável dependente (presença ou ausência de TMC), verificou-se que na área urbana a escolaridade foi à única variável que permaneceu significativa no modelo (OR= 2,2; IC 95%= 1,3-4,6), enquanto que, na zona rural, a “ausência de companheiro” foi a variável que apresentou significância estatística (OR= 2,6; IC 95%=1,01-6,7), ou seja, no ambiente rural as mães que não têm companheiro tem cerca de 2,6 vezes mais chances de ter TMC do que as mães que têm companheiro.

Tabela 2. Associação entre transtorno mental comum materno e variáveis selecionadas em ambiente urbano e rural na região semi-árida de Alagoas, 2007.

Variáveis	Categoria	Zona Urbana (n=125)				Zona Rural (n=163)							
		SRQ				SRQ							
		Positivo		Negativo		Positivo		Negativo		OR	IC95%		
N	%	N	%	N	%	N	%						
Idade (anos)	≥ 30	16	50,0	16	50,0	1,3	(0,6-2,9)	27	50,9	26	49,1	1,5	(0,7-2,9)
	< 30	40	43,0	53	57,0			45	40,9	65	50,1		
Escolaridade (anos)	< 4	26	58,0	19	42,0	2,3	(1,08-4,8)	42	45,6	50	54,4	1,2	(0,6-2,1)
	>4	30	37,0	50	63,0			30	42,3	41	57,8		
Nº de Filhos	≥ 3	21	54,0	18	46,0	1,7	(0,8-3,6)	34	50,0	34	50,0	1,5	(0,8-2,8)
	<3	35	41,0	51	59,0			38	40,0	57	60,0		
Situação Conjugal (companheiro)	Sim	12	46,0	14	54,0	1,1	(0,45-2,5)	15	65,2	08	34,8	2,7	(1,08-6,8)
	Não	44	44,0	55	56,0			57	40,7	83	59,3		
Chefe da família	Masculino	43	42,6	58	57,4	0,6	(0,2-1,5)	61	45,2	74	54,8	1,3	(0,5-2,9)
	Feminino	13	54,0	11	46,0			11	39,3	17	60,7		
Programa do Governo	Sim	36	48,0	39	52,0	1,4	(0,7-2,8)	57	48,3	61	51,7	1,8	(0,9-3,8)
	Não	20	40,0	30	60,0			15	33,3	30	66,7		
Trabalha fora de casa	Não	21	39,0	33	61,0	0,6	(0,3-1,34)	23	35,9	41	64,1	0,6	(0,3-1,09)
	Sim	35	49,0	36	51,0			49	49,5	50	50,5		
Classe Econômica (ABEP)	D e E	44	47,0	50	53,0	1,4	(0,6-3,2)	71	46,4	82	53,6	7,7	(0,96-63)
	B e C	12	39,0	19	61,0			01	10,0	09	90,0		
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	Exc. Peso	26	51,0	25	49,0	1,5	(0,7-3,1)	26	45,6	31	54,4	1,1	(0,6-2,1)
	Eutrofia	30	40,0	44	60,0			46	43,4	60	56,6		
Circunferência da Cintura (cm)	≥ 80	23	46,0	27	54,0	1,1	(0,53-2,2)	29	50,8	28	49,2	1,5	(0,8-2,9)
	< 80	33	44,0	42	56,0			43	40,6	63	59,4		

SRQ: *Self Report Questionnaire*

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC em mães do semi-árido alagoano foi de 43,8% na população urbana e 56,3% na rural. Na África do Sul, Havenaar *et al.*, (2008) encontraram em homens e mulheres uma prevalência de 34,9% na zona urbana e 27,0% na zona rural. Calculando a prevalência de TMC apenas na comunidade, sem levar em conta as sub-amostras atendidas em atenção primária e por curandeiros, obteve-se em mulheres uma prevalência de 43,3% na população urbana e 41,9% na população rural¹⁷. A metodologia da amostragem do estudo de Havenaar *et al.*,(2008) é bastante diferente daquela utilizada no presente estudo. Os dados são apresentados apenas para sugerir que existe uma alta prevalência de TMC em mulheres tanto no ambiente urbano como no rural em populações de baixa renda em diferentes contextos culturais.

Harpham *et al.*, (2005) em estudo realizado em quatro países sobre a associação de desnutrição infantil e a presença de TMC maternos, utilizaram a variável urbano/rural apenas como uma das variáveis intervenientes (sem ter apresentado significância estatística)². A partir do *website* do projeto, foi possível obter as prevalências em separado do ambiente urbano e rural de cada um dos países pesquisados: Na Etiópia 33% das mães foram positivas para o SRQ-20 tanto no ambiente urbano como no rural; na Índia foram 32% no meio rural e 19 % no meio urbano; no Peru 32% no ambiente rural e 39% no urbano e no Vietnã 22% no urbano e 20% no rural²⁵. As prevalências obtidas no presente estudo, tanto no ambiente urbano como no rural, são superiores às referidas em outros países. Na comparação entre urbano e rural, a maior proporção de casos de TMC em mães no meio rural observado neste estudo, dentre os quatro países estudados, foi observado apenas na Índia.

No Brasil, os estudos transversais sobre a prevalência de TMC, foram realizados apenas em um único contexto, ou seja, urbano ou rural. Todos identificaram altas prevalências de TMC. Araújo *et al.*, (2005) estudando mulheres da zona urbana de Feira de Santana (Bahia) constataram uma prevalência de 39,4%¹⁸. Costa e Ludermir (2005) em estudo realizado em zona rural de Pernambuco, encontraram uma prevalência de 44,2% nas mulheres e 24,5% em homens²⁶. Estes resultados estão em consonância com os encontrados neste estudo, no sentido de que a prevalência de TMC em mulheres é muito elevada, tanto no contexto urbano como no rural.

Segundo Judd *et al.*, (2002) comparações urbano-rurais feitas entre estudos diferentes não levam em consideração diferenças regionais, culturais ou metodológicas, tendendo a obscurecer prováveis diferenças que possam existir ¹⁶.

Neste sentido, as comparações dos dados obtidos no presente estudo com os dados referidos na literatura ficariam submetidas a essa ressalva.

Nos estudos obtidos na revisão bibliográfica do presente trabalho que abordavam a associação de TMC maternos com fatores de risco sócio-demográfico e estado nutricional das mães, o fator urbano/rural foi apenas incluído como um dos fatores de risco pesquisados. Não foi realizado, como se propõe no presente trabalho, um estudo da associação entre os TMC maternos e os demais fatores separadamente em ralação aos dois contextos.

No presente estudo, a baixa escolaridade foi à única variável associada com a presença de TMC na zona urbana, enquanto que, na zona rural, a associação foi com a ausência de companheiro. Ludermir e Melo Filho (2002)²⁷, estudando mulheres em zona urbana de Recife (PE), também encontraram associação entre TMC e baixa escolaridade em amostra de população de baixa renda. Araújo *et al.* (2005), estudando mulheres em zona urbana em Feira de Santana (Bahia), encontraram associação entre TMC e baixa escolaridade: sem acesso à escola (OR = 3,05; IC 95%= 1,9-5,02) e ensino fundamental (OR = 2,54; IC 95%= 1,57-4,10)¹⁸.

Em uma população rural em Pernambuco, em pesquisa da associação entre as variáveis sócio-demográficas com os TMC, foi identificado como fator de risco, pertencer ao sexo feminino e, independentemente do sexo, ser separado ou viúvo²⁶. Embora não haja concordância total com os dados referidos nos estudos realizados em Pernambuco ²⁷ e na Bahia¹⁹, estes encontraram também associação entre TMC e baixa escolaridade no ambiente urbano (Bahia) e TMC e ausência de companheiro no ambiente rural (Pernambuco). Este último também encontrou associação com baixa escolaridade na zona rural, associação esta não observada no presente estudo. Pode-se supor que em certos ambientes rurais, a presença de um companheiro seja importante para uma melhor saúde mental materna da mesma forma que é importante um melhor nível escolaridade no meio urbano.

Uma das principais limitações do estudo transversal é que não permite verificar a direção de causalidade com as associações existentes: na zona urbana entre TMC e escolaridade; na zona rural entre TMC e ausência de companheiro.

Já, com relação ao estado nutricional materno foi constatado um elevado percentual de sobrepeso e obesidade e também medida da circunferência da cintura >80 cm, repercutindo um risco elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade. Resultado semelhante também foi encontrado na Pesquisa Nacional Demografia e Saúde (2006)²⁸ que, estudando mulheres brasileiras de 15 a 49 anos, encontraram na 42,8% de excesso de peso e 16,1% de obesidade zona urbana e 44,7% de excesso de peso e 15,8% de obesidade na zona rural. Também foi verificado que a prevalência de circunferência da cintura >80 cm na área urbana foi de 52,2% e na rural 52,8%²⁸.

Problemas psicológicos como, por exemplo, ansiedade e depressão, também estão associados ao ganho de peso, influenciando o comportamento alimentar. Entretanto no presente estudo não houve associação entre TMC com a medida da CC e nem com o IMC. Kac *et al.* (2006) estudando mães de crianças com 9 meses de idade encontraram associação estatística entre TMC e gordura corporal $\geq 30\%$ (OR=1,66; IC95%=1,03-2,65). No entanto, não encontraram associação entre TMC e IMC, resultado este em concordância com o presente estudo. Esses autores referem que há uma escassez de estudos relacionando o estado nutricional materno com TMC e sugerem que mais estudos sejam realizados¹⁵.

Conclusão

Em concordância com outros estudos em populações de baixa renda, é alta a prevalência de TMC em mães de crianças até dois anos no semi-árido alagoano e parece estar associada à baixa escolaridade no meio urbano e à ausência de companheiro no meio rural.

Os resultados encontrados neste estudo, além de mostrar os problemas nutricionais maternos, apontam para a necessidade de se proporcionar meios para enfrentar a alta prevalência de TMC em mães de crianças nos primeiros anos de vida com a finalidade de reduzir os danos tanto para a mãe como para as crianças sob seus cuidados. Também indicam a necessidade de realizar estudos prospectivos para comprovar a especificidade das associações de fatores de risco para a saúde mental materna que foram encontrados nos ambientes urbano e rural.

Referências Bibliográficas

1. Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *British Medical Journal* 2004;328:820-3.
2. Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *Journal Epidemiology Community Health*, 2005; 59:1060 -64.
3. Patel V, Souza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child* 2003. 88: 34-37.
4. Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care, Health & Development*. 2004; 30: 21-7.
5. Miranda CT, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S, Puccini R, Strom BL, Berlin JA. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*, 1996 25(1):128-33.
6. Chagas, DSS. O papel da saúde mental materna na desnutrição infantil: um estudo caso controle.[Dissertação de mestrado] Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia: 2007.74p.
7. Brum E H M & Scherman L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*, 2006 maio-ago *Porto Alegre, PUCRS*, 37, (2), 151-58.
8. Schwengber D. & Piccinini C. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004; 20 (3): 233-40,
9. Kjurstens S. & Wolke D, Effects of maternal depression cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 42:623-36.
10. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*.2003; 182:420-27.

11. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 2004; 363 (9414): 1077-78.
12. Patel V, Rodrigues M, DeSouza, N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:43-47.
13. Chandran M. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. *British Journal Psychiatry* 2002;181: 499-04.
14. Rahman A, Iqbal Z, Harrington R. Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. *Psychological Medicine* 2003;33: 1161–67.
15. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5): 999-07.
16. Judd F. K., Jackson H. J., Komiti A., Murray G., Hodgins G., Fraser C. High prevalence disorders in urban and rural communities. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2002; 36 (1):104–113.
17. Havenaar J M, Geerlings M I, Vivian L, Collinson M, Robertson B. “Common mental health problems in historically disadvantaged urban and rural communities in South Africa: prevalence and risk factors”. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008 43:209–15.
18. Araújo T M, Pinho P S & Almeida M M G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil* 2005; (3): 337-48.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/>. [Acesso em março de 2008]
20. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
21. Kamimura M A, Baxmann A, Sampaio L R, Cuppari L. Avaliação Nutricional. In: Cuppari L, Nutrição Clínica do Adulto. São Paulo: Editora Manole; 2002, p 71-96.
22. World Health Organization. A User’s Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). WHO/MNH/PSF/94.8. Division of mental health, WHO, Geneva, 1994.

23. Mari JJ, Williams P. “A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo”. *British Journal Psychiatry* 1986;148:23-6.
24. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2003. Disponível em: < [http:// www.abep.org](http://www.abep.org)>. Acesso em 10 de outubro de 2008.
25. Young Lives Preliminary Country Reports, 2003. Disponível em <<http://www.younglives.org.uk>>. Acesso em 28 de dezembro de 2008.
26. Costa A G & Ludermir A B. “Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State Brazil”. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (1): 73-79.
27. Ludermir A B & Melo-Filho D A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):213-21.
28. Lima A L L, Monteiro C A, Konno S C, Conde W L. Avaliação antropométrica do estado nutricional de crianças e mulheres em idade fértil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006. Ministério da Saúde 2008, Relatório, cap. 10: 252-62.

2º Artigo:

**PAFFER AT, MIRANDA CT, FERREIRA HS, VIEIRA RCS, CABRAL JR
CR. SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL DE
CRIANÇAS DA REGIÃO SEMI-ÁRIDA DE ALAGOAS, BRASIL**

**SAÚDE MENTAL MATERNA E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DA
REGIÃO SEMI-ÁRIDA DE ALAGOAS, BRASIL^{3,4}**

Título abreviado: Saúde mental materna e estado nutricional de crianças

ADRIANA TOLEDO DE PAFFER

adrianapaffer@gmail.com

CLAUDIO TORRES DE MIRANDA

mirandaclaudio@gmail.com

HAROLDO DA SILVA FERREIRA

haroldo.ufal@gmail.com

CYRO REGO CABRAL Jr.

cyrorcjr@gmail.com

REGINA COELI DA SILVA VIEIRA

reginacoeli.nut@gmail.com

Faculdade de Nutrição

Universidade Federal de Alagoas

Campus A. C. Simões, BR 104 – Norte, km 97, 57072-970 – Maceió, AL.

Autor para correspondências:

Prof. Dr. Claudio Torres Miranda

Rua Dr. José Sampaio Luz 878 apto 101 Ponta Verde CEP 57.035-260 – Maceió – Alagoas.

Fone: 9993-8278

e-mail: mirandaclaudio@gmail.com

³ Artigo baseado em parte da Dissertação de A.T. Paffer, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas.

⁴ Financiado pela FAPEAL (Edital MS/CNPq/FAPEAL n.º 01/2006, processo PROJ_168_11387759)

Resumo

O objetivo do estudo foi avaliar a associação entre transtorno mental comum (TMC) e desnutrição em crianças de 6 a 24 meses na região semi-árida de Alagoas, onde prevalecem os maiores índices de desnutrição no Brasil. Estudo transversal com amostra probabilística envolvendo 280 duplas mãe/filho. Como indicador de desnutrição infantil adotou-se o déficit de estatura para idade ($Z < -2$) utilizando a curva de referência da OMS, 2006. A saúde mental materna foi avaliada por meio do “Self Report Questionnaire” (SRQ-20). Além do TMC materno, foram considerados como fatores de risco potenciais na associação com a desnutrição a idade e escolaridade materna, número de filhos, condição de trabalho, classe econômica, aleitamento materno e peso da criança ao nascer. A prevalência de desnutrição foi 11,1%. A prevalência geral de TMC foi 44,3% sendo que em mães de crianças desnutridas foi 42,0 % e em mães de crianças eutróficas foi 44,6%. Na Regressão Logística quando foram incluídos os fatores de risco em função da variável dependente desnutrição verificou-se que as variáveis significativas no modelo final foram: peso ao nascer OR= 3,6 (IC 95% 1,08-12,4) e aleitamento materno OR= 6,7 (IC 95% 1,76 – 25,5). A alta prevalência de TMC na população estudada pode ter dificultado a detecção de uma possível associação entre TMC e a desnutrição infantil. É necessário estudo prospectivo, com instrumentos mais específicos quanto ao diagnóstico psiquiátrico materno. Em virtude da magnitude observada, recomenda-se maior atenção aos TMC para que políticas de atenção necessárias sejam formuladas e colocadas em prática.

Palavras-chave: desnutrição, antropometria, saúde mental materna, características sócio-demográficas

Introdução

A desnutrição continua sendo o mais sério problema de saúde no mundo e o maior fator conducente à mortalidade infantil. A OMS estima que, nos países em desenvolvimento, cerca de 174 milhões de crianças (26,7%) abaixo de cinco anos são desnutridas (baseando-se no baixo peso em relação à idade). Outras 230 milhões têm um atraso no crescimento secundário a uma nutrição deficiente¹.

Em 2005, foi realizada a Chamada Nutricional no semi-árido brasileiro e constataram-se prevalências de déficit estatural em torno de 6,5%, baseada na referência do NCHS². Em Alagoas, a prevalência foi 9,5% em crianças menores de 5 anos, sendo considerado uma das mais altas do país³.

Embora em países em desenvolvimento, a alimentação inadequada seja secundária a um suprimento insuficiente e/ou inadequado de alimentos, um informe recente do Banco Mundial refere que a falta de alimento em geral não é a principal causa de desnutrição infantil; o informe sugere que a ênfase das intervenções deveria deslocar-se da provisão de alimentos para um esforço no sentido de mudar o comportamento das mães. Esta recomendação não se aplica às regiões em crise⁴.

A depressão materna pode estar associada a cuidados inadequados aos seus filhos, aumentando riscos de acidentes, retardo de desenvolvimento e de crescimento, mesmo quando há disponibilidade de alimentos⁵.

A OMS recomenda a utilização do “Self Report Questionnaire” (SRQ-20) como instrumento de rastreamento psiquiátrico em estudos epidemiológicos e em atenção básica a saúde, principalmente em países em desenvolvimento, pela facilidade de aplicação e por ser de baixo custo⁶.

A relação entre problemas emocionais maternos e o seu impacto no estado nutricional de crianças foi identificada por alguns autores em estudos realizados em vários países^{7,8,9,10}.

No Brasil, estudos caso controle também encontraram associação entre problemas na saúde mental materna e desnutrição^{11,12}.

Existe uma ausência de estudos de base populacional sobre a saúde mental de mães de crianças desnutridas no Brasil. Esta carência é particularmente grave nas regiões mais pobres, como o semi-árido nordestino. Um terço do estado de Alagoas faz parte deste semi-árido

sendo que este estado é o mais pobre do Brasil ¹³, e o que possui os piores índices de desenvolvimento infantil no país¹⁴.

Este estudo visa investigar se na região semi-árida de Alagoas existe associação entre transtorno mental comum materno com a desnutrição de seus filhos.

Metodologia

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado na região semi-árida de Alagoas - Brasil em 2007, com dois componentes: **descritivo** onde se estimou a prevalência de desnutrição infantil e de TMC materno e **analítico** em que foi estudada a associação entre a desnutrição infantil e TMC levando em consideração alguns fatores sócio-econômicos e demográficos.

Planejamento Amostral

O planejamento amostral foi de estágios múltiplos com três etapas: primeiro foram sorteados os municípios; segundo os setores censitários dentro de cada município e na terceira etapa sorteados um ponto inicial dentro de cada setor, a partir do qual foi visitado certo número de domicílios. A seleção dos municípios foi feita através de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho.

Este estudo seguiu o procedimento amostral definido no projeto “Nutrição e saúde da população materno-infantil da região semi-árida de Alagoas”.

Para o presente estudo foram utilizados os dados de todas as crianças na faixa etária de 6 a 24 meses resultando um n=280.

Coleta de dados

Os dados foram coletados entre janeiro e março de 2007. A equipe de campo era composta por dois supervisores e dez entrevistadores, distribuídos em dois grupos. Os entrevistadores, devidamente treinados, entrevistaram as mães e coletaram dados destas e de seus filhos. Nos domicílios onde havia duas ou mais crianças elegíveis, era realizado um sorteio para a escolha daquela que participaria da pesquisa. O questionário utilizado foi previamente testado em estudo piloto.

Instrumentos

Inquérito Antropométrico da Criança

Para o inquérito antropométrico, foram coletados dados referentes as variáveis idade, sexo, massa corporal e estatura. Esses dados foram processados no “Epi-info 3.3.2” de modo a constituir os índices: peso/idade, peso/altura e comprimento/altura idade. Para classificar o estado nutricional, os índices obtidos, expressos em escores Z, foram comparados aos da

curva de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS), disponível no *software Anthro*¹⁵. A condição de déficit foi definida por $Z < -2$. Para a análise estatística foi utilizado o índice comprimento/altura idade caracterizado como déficit estatural de acordo com a curva da OMS.

Os dados de massa corporal foram obtidos por meio de balança antropométrica digital portátil, com capacidade para 150 kg e sensibilidade de 100 g. Para aferição do comprimento das crianças utilizou-se um estadiômetro de madeira dotado de fita métrica inextensível de 100 cm e subdivisões em mm. O comprimento das crianças foi verificado na posição “deitada”.

Saúde Mental Materna

O transtorno mental comum (TMC) foi avaliado através da aplicação de um questionário de rastreamento psiquiátrico (“Self Report Questionnaire” – SRQ-20). Este instrumento foi desenvolvido pela OMS para rastrear casos prováveis de TMC⁶.

O SRQ foi validado para ser utilizado em países em desenvolvimento, sendo composto de 20 questões fechadas do tipo sim ou não. Para este estudo foi utilizado o ponto de corte 7/8, preconizado para a versão em português validada para a população brasileira, permitindo identificar possíveis casos de TMC com sensibilidade de 83% e especificidade de 80%^{16,17}.

Dados demográficos, sócio-econômicos e de saúde

Foram coletados através da aplicação de questionário dados referentes a algumas variáveis demográficas, sócio-econômicas e de saúde. Para avaliação da classe social foi utilizado o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que estabelece um escore de pontuação, segundo a escolaridade do chefe de família e posse de certos itens domésticos, dividindo a população em cinco classes: A (25 a 34 pontos), B (17 a 24 pontos), C (11 a 16 pontos), D (6 a 10 pontos) e E (0 a 5 pontos)¹⁸.

Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas. A coleta de dados foi efetuada após a assinatura de um termo de consentimento.

Definição de Variáveis

Algumas variáveis com potencial de confundimento foram dicotomizadas. **As características das crianças:** peso ao nascer foi dividido em $< 2,500\text{g} = 1$ e $\geq 2,500\text{g} = 2$ e aleitamento materno: não = 1 e sim = 2, sexo das crianças: masculino = 1 e feminino = 2 e idade: 6 a 12 meses = 1 e 13 a 24 meses = 2. **As características maternas:** transtorno mental comum ≥ 8 respostas positivas = 1 e < 8 respostas positivas ausência de transtorno = 2, a idade foi estratificada em anos ≤ 30 anos = 1 e >30 anos = 2, a escolaridade foi analisada em anos de estudo definido < 4 anos = 1 e $\geq 4 = 2$ anos completos de estudo, condição de trabalho: não trabalha fora de casa = 1 e sim trabalha fora = 2, número de filhos foi dividido: ≥ 3 filhos = 1 e < 3 filhos = 2. **As características familiares:** localização: urbano = 1 e rural = 2, classe econômica de acordo com pontuação da ABEP: D e E = 1 B e C = 2. A variável programa do governo se refere a não está inscrito em nenhum programa = 1 e sim = 2 se estiver inscrito em algum programa (bolsa família, programa do leite, fome zero, programa de erradicação do trabalho infantil).

Análise estatística

Os dados foram digitados em dupla entrada independente em formulário criado no Epi-info, versão 3.3.2, e analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS, versão 14.0.

Na análise de associação univariada foi utilizado “Odds Ratio” (OR) com intervalo de confiança (IC) de 95%. Na análise multivariada foi realizada uma regressão logística em que a variável dependente foi déficit estatural e as independentes foram: transtorno mental comum, escolaridade e idade materna, número de filhos, classe econômica, condição de trabalho, peso ao nascer e aleitamento materno. Todas as variáveis que não foram significativamente associadas ($p > 0.10$) foram removidas dos modelos finais pelo processo de “Backward”. A correlação entre as variáveis foi verificada pelo coeficiente de correlação de Pearson ($r \geq 0.70$) a fim de excluir da análise uma das variáveis auto-correlacionadas.

Resultados

A tabela 1 mostra as características da população estudada onde foi encontrada uma frequência geral de 44,3% de provável TMC materno. A maioria da amostra pertence às classes D e E (87,5%) sendo que 69,6% são beneficiárias de programas de apoio financeiro do governo, dos quais o principal é o Bolsa Família.

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e de saúde de mães e crianças até dois anos de idade da região semi-árida de Alagoas, 2007

Variáveis	Categorias	N=280	%
<u>Características das crianças</u>			
Sexo	Masculino	128	45,7
	Feminino	152	54,3
Idade (meses)	06 - 12	116	41,6
	13 - 24	164	58,4
Peso ao Nascer (g)	< 2.500	15	5,4
	≥ 2.500	265	94,6
Aleitamento	Não	10	3,6
	Sim	270	96,4
Características Maternas			
Transtorno Mental Comum (TMC)	≥ 8	124	44,3
	< 8	156	55,7
Idade (anos)	< 30	82	29,3
	≥ 30	198	70,7
Escolaridade (anos)	< 4	138	49,3
	≥ 4	142	50,7
Número de filhos	≥ 3	110	39,3
	< 3	170	60,7
Trabalha fora de casa	Não	112	43,6
	Sim	158	56,4
Características Familiares			
Localização	Urbano	130	46,4
	Rural	150	53,6
Classe Econômica	D e E	245	87,5
	B e C	35	12,5
Programa do Governo	Sim	195	69,6
	Não	85	30,4

A tabela 2 apresenta os resultados das prevalências de déficits nutricionais de acordo com a curva de referência da OMS 2006. Destaca-se que a prevalência de déficit estatural foi 11.1%, situando-se bem acima do máximo aceitável.

Tabela 2. Prevalência (%) de déficits antropométricos ($Z < -2$) em crianças de 6 a 24 meses do semi-árido alagoano, 2007.

Déficit antropométrico	N	%
Déficit de Altura para idade	31	11,1
Déficit de Peso para altura	3	1,1
Déficit de Peso para idade	5	1,8

A tabela 3 mostra associação entre déficit estatural e variáveis selecionadas. Em mães de crianças desnutridas foi encontrada uma prevalência de TMC de 42,0 % e entre as mães de crianças eutróficas a prevalência foi de 44,6% com OR=0,9 (IC95% 0,42 – 1,9) (NS).

Na análise individual da associação entre desnutrição com as outras variáveis selecionadas, as associações estatisticamente significativas foram duas das variáveis referentes à criança: peso ao nascer OR = 3,2 (IC 95% 0,95 – 10,7) e aleitamento materno OR=6,0 (IC95% 1,59-22,6). A associação entre desnutrição infantil com as variáveis referentes à mãe e a família não apresentaram significância estatística.

Tabela 3. OR da associação entre déficit estatural (A/I) em crianças de 6 a 24 meses e fatores de risco selecionados no semi-árido do estado de Alagoas, Brasil (N = 280)

Variáveis	Categorias	Desnutridos	Eutróficos	OR	IC 95%
		N (%)	N (%)		
Características das crianças					
Idade (meses)	06 - 12	12 (38,7)	104 (41,8)	0,9	(0,41 - 1,9)
	13 - 24	19 (61,3)	145 (58,2)		
Peso ao Nascer(g)	< 2,500	04 (12,9)	11 (4,4)	*3,2	(0,95 – 10,7)
	> 2,500	27 (87,1)	238 (95,6)		
Aleitamento	não	4 (12,9)	6 (2,4)	*6,0	(1,59 -22,6)
	sim	27 (87,1)	243 (97,6)		
Características Maternas					
Transtorno Mental Comum (TMC)	≥ 8	13 (42,0)	111 (44,6)	0,9	(0,42 -1,9)
	< 8	18 (58,0)	138 (55,4)		
Idade (anos)	< 30	9 (29,0)	73 (29,3)	0,98	(0,4 - 2,24)
	≥ 30	22 (71,0)	176 (70,7)		
Escolaridade (anos)	< 4	16 (51,6)	122 (49,0)	1,1	(0,53 - 2,3)
	≥ 4	15 (48,4)	127 (51,0)		
Número de filhos	≥ 3	14 (45,2)	96 (38,5)	1,3	(0,61 - 2,8)
	< 3	17 (54,8)	153 (61,4)		
Trabalha fora de casa	Não	11(35,5)	111(44,6)	0,7	(0,3 - 1,5)
	Sim	20 (64,5)	138(55,4)		
Características Familiares					
Localização	Urbano	13(42,0)	117 (47,0)	0,81	(0,38 - 1,7)
	Rural	18(58,0)	132 (53,0)		
Classe Econômica (ABEP)	D e E	29 (93,5)	216 (86,7)	2,2	(0,5 - 9,7)
	B e C	2 (6,5)	33 (13,3)		
Programa do Governo	Sim	25 (80,6)	170 (68,3)	1,9	(0,76 - 4,9)
	Não	6 (19,4)	79 (31,7)		

Na análise de Regressão Logística quando foram incluídas simultaneamente as variáveis independentes (TMC, idade e escolaridade materna, número de filhos, condição de trabalho, classe econômica, aleitamento materno e peso ao nascer) em função da variável dependente déficit estatural, verificou-se que as variáveis significativas no modelo final permaneceram as mesmas observadas na análise univariada: peso ao nascer OR= 3,6 (IC 95% 1,08-12,4) e aleitamento materno OR= 6,7 (IC 95% 1,76 – 25,5).

Discussão

A prevalência de TMC em mães de desnutridos foi de 42,0 % e em mães de crianças eutróficas foi de 44,6%. Utilizando os critérios da OMS¹⁵, foi encontrada uma prevalência de 11,1 % de déficit estatural nas crianças de 6 a 24 meses. Harpham *et al.*, (2005), em estudo populacional multicêntrico envolvendo mães de crianças menores de dois anos de quatro países, encontraram as seguintes prevalências: 33,0% na Etiópia, 30,0% na Índia, 30,0% no Peru e 21,0% no Vietnã. O instrumento utilizado na definição dos desfechos de interesse (transtornos mentais comuns – TMC) também foi o “Self Report Questionnaire” (SRQ-20)⁷.

No presente estudo não houve associação estatística entre TMC materno e déficit estatural de seus filhos. No estudo acima citado, Harpham *et al.*, (2005) constataram uma relação significativa entre TMC e déficit estatural infantil em dois deles, Índia e Vietnã. No Peru e Etiópia, assim como no presente estudo, também não foi encontrada associação significativa.

Rahman *et al.*, (2004) em estudo de seguimento de uma coorte de mulheres no final da gestação realizado no Paquistão evidenciaram a associação causal entre a depressão materna e a desnutrição de seu filho¹⁰.

Rahman *et al.*, (2004) em um estudo caso-controle realizado no Paquistão encontraram que as mães com TMC apresentavam um risco 3,9 (IC 95% 1,95–7,86) vezes maior de ter crianças desnutridas do que as mães de crianças eutróficas (percentagens de TMC eram 57% e 26%, respectivamente)⁹.

No Brasil, um estudo caso-controle realizado em dois postos de saúde em São Paulo por Miranda *et al.*, (1996) as mães de crianças desnutridas apresentaram um risco 2,8 (IC 95% 1,2 – 6,9) vezes maior de ter TMC do que as mães de crianças eutróficas¹¹. Outro estudo caso controle realizado na cidade de Salvador-Bahia com crianças menores de seis anos selecionadas em dois centros de saúde encontrou uma prevalência de 35,8% de TMC entre as mães de desnutridos e 20,1% entre as mães de crianças eutróficas. As mães com TMC também tinham uma associação positiva com a desnutrição de seus filhos: OR=2,17 (IC 95% 1,34 – 3,51). A autora sugere que a saúde mental materna deveria está incluídas nos programas de prevenção e tratamento da desnutrição¹².

Estes estudos utilizaram amostras provenientes de serviços de saúde, o que os distingue do estudo presente e dos realizados por Harpham *et al.*, (2005)⁷ que utilizaram

amostras da população geral. Nesse estudo multicêntrico, sem ajuste para potenciais variáveis de confusão, foi encontrada associação estatística entre desnutrição infantil e a presença de TMC materna na Índia e no Vietnã, em concordância com os estudos caso controle mencionados acima e em um estudo de coorte¹⁰, não tendo sido observado no Peru e na Etiópia, de igual maneira ao observado no presente estudo.

O estudo de coorte conduzido por Rahman *et al.*, (2004)¹⁰ abordou a depressão e não os TMC como os outros citados. Entre os fatores possíveis para explicar a disparidade dos resultados, existe a possibilidade de existir diferenças sócio-econômicas e culturais entre as populações estudadas. Outro fator a considerar são os tipos de desenho de pesquisa utilizados.

No estudo de Harpham *et al.*, (2005)⁷ a prevalência de desnutrição infantil variou de 16% no Vietnã a 38% na Etiópia, valores superiores aos encontrados no presente estudo que foi de 11,1%. Na Turquia, estudo sugere que a associação seja no sentido de que a mãe se deprima porque o filho não apresenta o crescimento desejado.

O presente estudo tem algumas limitações: foi identificada uma elevada prevalência de TMC materno 124 (44,3%) detectada pelo SRQ-20 na população estudada o que pode ter dificultado a detecção de uma possível associação entre TMC e a desnutrição infantil infantil que apresentou uma prevalência bem menor 31(11,1%).

Conclusão

O déficit de estatura para idade representativo da desnutrição crônica ainda é um importante problema de saúde pública em Alagoas, especialmente na região semi-árida.

É necessário estudo prospectivo, com instrumentos mais específicos quanto ao diagnóstico psiquiátrico materno. Em virtude da magnitude observada, recomenda-se maior atenção aos TMC para que as medidas corretivas necessárias sejam formuladas e colocadas em prática.

Há a necessidade de uma reorientação das políticas públicas de atenção aos agravos nutricionais em conjunto com a saúde mental materna.

Referências Bibliográficas

- 1 - Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.who.int/2002>
- 2 – Monteiro CA, Conde WL, Konno SC. Análise do Inquérito Chamada Nutricional 2005. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*. 2006; 4: 29-36.
- 3 - Ferreira HS, Assunção ML, Florêncio TMMT, Lima MAA. Estado nutricional de pré-escolares da região semi-árida do estado de Alagoas. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate*. 2006; 4: 37-42.
- 4 - World Bank. Repositioning Nutrition as Central to Development-A Strategy for Large Scale Action, 2006.
- 5 - Rutter M, Commentary: some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children malnutrition. *Developmental Psychology*; 1990 26(01): 60-67.
- 6 - World Health Organization. A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). WHO/MNH/PSF/94.8.Division of mental health, WHO, Geneva, 1994.
- 7 - Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *Journal Epidemiology Community Health*, 2005; 59:1060 -64.
- 8 - Patel V, Souza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child* 2003; 88: 34-37.
- 9 - Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care, Health & Development*. 2004; 30: 21-7.
10. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness: A Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(9):946-52
- 11 - Miranda CT, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S, Puccini R, Strom BL, Berlin JA. .Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*, 1996 25(1):128-33.

- 12 - Chagas, DSS. O papel da saúde mental materna na desnutrição infantil: um estudo caso controle. [Dissertação de mestrado] Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia: 2007.
- 13 - Urani A. Um diagnóstico socioeconômico do Estado de Alagoas a partir de uma leitura dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (1992-2004). Maceió: *Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade*; 2005. 15p. Disponível:[http://iets.org.br/biblioteca/Um diagnostico socioeconomico do Estado de Alagoas.pdf](http://iets.org.br/biblioteca/Um_diagnostico_socioeconomico_do_Estado_de_Alagoas.pdf)> Acesso em 20 de outubro de 2008.
- 14 – UNICEF. Situação da infância brasileira 2006. Brasília, DF: 2006
- 15 - WHO 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. Available: <http://www.who.int/childgrowth/software/en/>. Accessed 10 mar 2008.
- 16 - Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal Psychiatry*. 1986;148:23-6.
- 17 - Gonçalves, DM, Stein, AT & Kapczinski. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV_TR. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(2):380-90.
- 18 - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2003. Disponível em: < <http://www.abep.org>>. Acesso em 10 de outubro de 2008
- 19 - Inandi TO, Elci C, et al. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *Int J Epidemiol* 2002;31:1201-7.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados neste estudo apontam para a necessidade de se proporcionar meios mais adequados para enfrentar a alta prevalência de TMC em mães de crianças com a finalidade de reduzir os danos tanto para a mãe como para as crianças sob seus cuidados. Considerando o importante papel da mãe no cuidado infantil, principalmente nos dois primeiros anos de vida,

Também indicam a necessidade de realizar estudos prospectivos para comprovar a especificidade das associações de fatores de risco para a saúde mental materna que foram encontrados nos ambientes urbano e rural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Batista Filho, M. Chamada Nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Introdução. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate* 2006; 4:9-16
2. Urani A. Um diagnóstico socioeconômico do Estado de Alagoas a partir de uma leitura dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (1992-2004). Maceió: Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade; 2005. 15p. Disponível:[http://iets.org.br/biblioteca/Um diagnostico socioeconomico do Estado de Alagoas.pdf](http://iets.org.br/biblioteca/Um_diagnostico_socioeconomico_do_estado_de_alagoas.pdf)> Acesso em 20 de outubro de 2008.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS) 2001. Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo
4. Lima MS, Epidemiologia e impacto social. 1999 *Rev. Bras Psiquiatr*, 21 Suppl 1:1-5
5. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5); 999-07.
6. Cruz EBS, Simões GL, & Faisal-Cury, A. Rastreamento da depressão pós-parto Em mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família. *Rev Ginecol Obstet* 2005; 27(4):181-88.
7. Araújo T M, Pinho P S & Almeida M M G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Brasileira Saúde Materno Infantil* 2005; (3): 337-48.
8. Costa A G & Ludermir A B. “Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State Brazil”. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21 (1): 73-79
9. Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *Journal Epidemiology Community Health*, 2005; 59:1060 -64.
10. Patel V, Souza N, Rodrigues M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis Child* 2003. 88: 34-37.
11. Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Mothers’ mental health and infant

growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care, Health & Development*. 2004; 30: 21-7.

12. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness: A Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61(9):946-52.

13. Miranda CT, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S, Puccini R, Strom BL, Berlin JA. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*, 1996 25(1):128-33.

14. Chagas, DSS. O papel da saúde mental materna na desnutrição infantil: um estudo caso controle. [Dissertação de mestrado] Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia: 2007.74p

15. Brum E H M & Scherman L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. *PSICO*, 2006 maio-ago Porto Alegre, PUCRS, 37, (2), 151-58.

16. Schwengber D. & Piccinini C. Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2004; 20 (3): 233-40,

17. Kjurstens S. & Wolke D, Effects of maternal depression cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 42:623-36.

18. Murray L, Cooper PJ, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. 2. Impact the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*. 2003; 182:420-27.

19. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 2004; 363 (9414): 1077-78.

ANEXOS

I: Formulários utilizados na pesquisa “Nutrição e saúde da população materno-infantil da região semi-árida de Alagoas”

II: Municípios que integram a região semi-árida de Alagoas

NUTRIÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL DA REGIÃO SEMI-ÁRIDA DE ALAGOAS FORMULÁRIO N° 1
 FACULDADE DE NUTRIÇÃO/UFAL IDENTIFICAÇÃO

1. QUESTIONÁRIO	MUNICÍPIO _ _ _ _ _	DISTRITO _ _	SUB-DISTRITO _ _	SETOR _ _ _ _	QUEST _ _
2. SITUAÇÃO _ RURAL <input type="checkbox"/>	(1) URBANO <input type="checkbox"/> (2)	3. PONTO DE REFERÊNCIA: _____ _____			
4. NOME DO ENTREVISTADO: _____					
5. QUANTAS PESSOAS RESIDEM NESTA CASA? _ _					
6. ENTRE ESSAS PESSOAS EXISTE ALGUMA GESTANTE?			SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	
7. TEM ALGUMA CRIANÇA COM MENOS DE 10 ANOS?			SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	QUANTAS: ____
8. ELEGIBILIDADE: MENOR DE 10 ANOS <input type="checkbox"/>			NÃO <input type="checkbox"/>	GESTANTE <input type="checkbox"/>	RECUSA <input type="checkbox"/>
9. DATA DA ENTREVISTA:				DATAVST _ _ _ / _ _ _	
10. ENTREVISTADOR:					
11. SUPERVISOR DE CAMPO:					
12. TOTAL DE FOLHAS					

Nutrição e saúde da população materno-infantil da região semi-árida de Alagoas - Faculdade de Nutrição/UFAL - Formulário N° 2 -

N.º	1. NOME	2- R E L	C H E F E (X)	3- S E X M = 1 F = 2	4- Data de nascimento DD/MM/AAAA	5. Idade Anos/ Meses	6. E L E G	7. Antropometria menores 10 anos		8 - Cond do trabalho	10. Renda mensal (R\$)		
								Peso (Kg)	Estatura (cm)		Trabalho	Outro	Total
01		Mãe			/ /								
02					/ /								
03					/ /								
04					/ /								
05					/ /								
06					/ /								
07					/ /								
08					/ /								
09					/ /								
10					/ /								

TOTAL DE PESSOAS NO DOMICILIO		RENDA FAMILIAR BRUTA (R\$)		RENDA FAMILIAR PER CAPITA (R\$)	
--------------------------------------	--	-----------------------------------	--	--	--

2. RELAÇÃO COM A MÃE INVESTIGADA	6. ELEGÍVEL	8. CONDIÇÃO DO TRABALHO	
1. Mãe; 2. Cônjuge 3. Filho(A); 4. Filho Adotivo 5. Outro Parente: _____ 6. Agregado; 7. Pensionista 8. Empregado Doméstico.	Após preencher o nome de todos os moradores: - marque com um "G" na coluna elegível quando gestante; - marque com um "C" a criança sorteada para investigação completa	0. Não trabalha 1. Empregado com carteira 2. Funcionário público 3. Empregado sem carteira 4. Desempregado	5. Biscateiro 6. Autônomo 7. Aposentado/pensionista 8. Criança 9. Estudante

Formulário N° 3 – Saúde da Criança

☞ *Dados referentes à criança sorteada (C), se mais de uma menor de 10 anos no domicílio;*

1. Numero de ordem da criança sorteada no Cadastro Familiar: *ORDEM* |__||__|
2. O que o(a) Sr.(a) é de <C>?
(1) Mãe biológica (2) Mãe adotiva/madastra (3) avó (4) pai (5) outros *INFORM* |__|
3. Data de nascimento foi?
(1) Informada; (2) Cert nasc; (3) Cartão criança; (4) Doc maternidade; (5) Batistério; (6) Outro: *DATNASCCONF* |__|
4. No ano passado, <C> frequentou alguma creche/escola? *FREQUENTOU* |__|
(1) Sim (2) Não (9) Ignorado
5. Se sim, por quantos meses? __ __ meses *TIMEESCOLA* |__||__|
6. <C> fez cocô mole ou líquido mais de 3 vezes de ontem até hoje? (1) Sim (2) Não *DIARHOJE* |__|
7. <C> teve diarreia nas 2 últimas semanas? (1) Sim (2) Não *DIARSEM* |__|
(desde a <dia da semana > de 2 semanas atrás)
8. **Se teve diarreia (Questoes 6/7):** deu para <C> alguma coisa para tratar a diarreia?
(1) Sim (2) Não → **PULE PARA QUESTAO 12;** (8) Não se aplica (9) Ignorado *TRATDIAR*

9. **SE SIM:** O que você deu para <C>?

- | | |
|---|---------------------|
| () soro caseiro feito com colher medida plástica | <i>COLHER</i> __ |
| () soro caseiro feito com punhado e pitada | <i>PUNHADO</i> __ |
| () soro de pacote da CEME | <i>CEME</i> __ |
| () soro comprado na farmácia: _____ | <i>FARMACIA</i> __ |
| () água de arroz | <i>AGUARROZ</i> __ |
| () chá _____ | <i>CHA</i> __ |
| () medicamento _____ | <i>MED</i> /__ |
| () outros: _____ | <i>OUTRO</i> __ |
| (1 = Sim; 2 = Não; 8 = Não se aplica; 9 = Ignorado) | |

10. **SE USOU SORO**, quem recomendou? *RECOMENDOU* |__|
(1) Médico; (2) Agente de saúde; (3) Enfermeira; (4) Pastoral da criança; (5) Vizinho (6) Farmacia
(7) Usou por conta própria; (8) Não se aplica; (9) Não sabe
11. **SE USOU MEDICAMENTO**, quem receitou? *RECEITOU* MED |__|
(1) Médico; (2) Agente de saúde; (3) Enfermeira; (4) Pastoral da criança; (5) Vizinho; (6) Farmacia
(7) Usou por conta própria; (8) Não se aplica; (9) Não sabe
12. <C> teve tosse na última semana (desde a <dia da semana> da semana passada)? *TOSSE* |__| 1)
Sim; (2) Não → **pule para a questão 16;** (9) Ignorado

- | | |
|--------------------------------------|--------------------|
| 13. Tinha febre? | <i>FEBRE</i> __ |
| 14. Estava com a respiração difícil? | <i>RESPDIF</i> __ |
| 15. Estava com o nariz entupido? | <i>NARIZ</i> __ |

(1) Sim; (2) Não; (8) Não se aplica; (9) Ignorado

16. <C> foi levada para se consultar nos últimos 3 meses?

(1) Sim (2) Não → **pule para a questão 19** (9) Ignorado *CONS3M* |__|

SE CONSULTOU:			
17. Quantas vezes? ____ ____ vezes			<i>CONSVEZ</i> __
18. Por quais motivos?			
Diarréia	(1) Sim (2) Não		<i>CONSDIAR</i> __
Infecção respiratória	(1) Sim (2) Não		<i>CONSIRA</i> __
Infecção da pele	(1) Sim (2) Não		<i>CONSPELE</i> __
Outro: _____			<i>CONSOUT</i> __
(8) Não se aplica; (9) Ignorado			

19. Quando <C> está doente e precisa de atendimento, para onde ele é levado? *SERV* |__|

(1) Serviço público; (2) Plano de saúde; (3) Particular; (4) Rezadeira;

(5) Não leva; (6) Nunca precisou; (7) Outro: _____ (9) Ignorado

19. <C>foi internado nos últimos 12 meses? *INTERN3M* |__|
(0) Não → **pule para a questão 24;** (1) Sim, NÚMERO DE VEZES; (9) Ignorado

SE FOI INTERNADA: por quais doenças	
20. Diarréia? ____ ____ vezes (0 = Não foi; 8 = não se aplica; 9 = Não sabe)	<i>HOSPDIAR</i> __
21. Pneumonia? ____ ____ vezes	<i>HOSPIRA</i> __
22. Outra? _____: ____ ____ vezes	<i>HOSPOUT</i> __

23. <C>tem cartão de vacinas? *CARTVAC* |__|
(1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, perdeu (4) Nunca teve

24. Estava com o calendário de vacinação atualizado? *CARTATUALIZ* |__|
(1) Sim (2) não (8) não se aplica

25. Consta suplementação de vitamina A? *VITA* |__|
(1) Sim (2) não (8) não se aplica

26. No cartão da Criança tem peso marcado pelo menos 2 vezes nos últimos 6 meses? *CARTPESO* |__|
(1) Sim (2) não (8) não se aplica

27. Quanto <C> pesou quando nasceu? ____ . ____ ____ ____ (g) (9.999 = IGN) *PN*
|__|. |__| |__| |__|

28. Peso ao nascer foi confirmado (1) ou só informado (2)? *PNCONF* |__|

29. <C> nasceu antes do tempo (0), no tempo certo (1) ou depois do tempo (2)? (9) IGN *TEMPNASC* |

30. A senhora (ou a mãe de <C>, se não a própria) fumou durante a gravidez de <C> *FUMOGEST* |__| **DADOS**

ANTROPOMÉTRICOS DA CRIANÇA

31. Idade: _____ meses *IDCRIANÇA* |__|

32. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino *SEXCRIAN* |__|

33. Peso: _____ Kg *PESO* |__| |__| |__| |__|

34. Estatura: _____ cm *ALTURA* |__| |__| |__| |__| |__|

DADOS BIOQUÍMICOS DA CRIANÇA

35. Hemoglobina: _____ g/dL *HB* |__| |__| |__| |__|

36. Retinol sérico: _____ µmol/L *RETINOL* |__| |__| |__| |__|

37. Proteína C reativa: _____ mg/dL *PCR* |__| |__| |__| |__|

FORMULÁRIO 4 – ALEITAMENTO MATERNO

38. <C> alguma vez mamou no peito? ALEITMAT _	(1) Sim	39. Por quanto tempo? _____ meses e _____ dias TEMPOALEIT _ _	3. Por quanto tempo só mamou, sem receber qualquer outro tipo de alimento? ALEITAECLUS _ _	4. Porque deixou de mamar MOTIVODESM _ _
	(2) Ainda mama	5. Qual a idade de <C>? _____ meses e _____ dias (preencher depois com a idade de <C>) AINDAMAMA _ _		
	(3) Não, nunca mamou	6. Porque nunca mamou MOTIVONUNCA _ _		
	(9) Ignorado			

7. Com que idade <C> começou a receber:	Água	__ __ meses	IDAGUA _ _
	Chá	__ __ meses	IDCHA _ _
	Leite	__ __ meses	IDLEITE _ _
	gogó	__ __ meses	IDGOGO _ _
	Papa de legumes	__ __ meses	IDLEGUME _ _
	Arroz com feijão	__ __ meses	IDFEUAO _ _
	Frango/Carne/Peixe...	__ __ meses	IDCARNES _ _

CÓDIGOS DAS QUESTÕES 2, 3 OU 5 E 7				CÓDIGOS QUESTÕES 4 OU 6	
(00) menos de 1;	(07) de 7 a <8	(14) de 14 a <15	(21) de 21 a <22	(01) Leite insuficiente	(06) Mãe trabalhava/estudava
(01) de 1 a <2;	(08) de 8 a <9	(15) de 15 a <16	(22) de 22 a <23	(02) Criança não queria	(07) Problema no seio
(02) de 2 a <3;	(09) de 9 a <10	(16) de 16 a <17	(23) de 23 a <24	(03) Criança estava doente	(08) Ainda mama
(03) de 3 a <4;	(10) de 10 a <11	(17) de 17 a <18	(24) Mais de 24	(04) Mãe não queria	(09) Não sabe
(04) de 4 a <5;	(11) de 11 a <12	(18) de 18 a <19	(88) Não se aplica;	(05) Mãe doente	(10) Outros: _____
(05) de 5 a <6;	(12) de 12 a <13	(19) de 19 a <20	(99) Ignorado		
(06) de 6 a <7;	(13) de 13 a <14	(20) de 20 a <21			

Formulário N° 5 – SAÚDE MATERNA

1. Você fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez de <C>?

(1) Sim (2) Não → **pule para a questão 5** (9) Ignorado

PRENAT |__|

2. **SE SIM:** quantas consultas fez

(1); (2); (3)... (8) Não fez pré-natal;

PRENATM|__|

3. Em que mês da gravidez iniciou as consultas no pré-natal

(1); (2); (3)... (8) Não fez pré-natal;

PRENATM|__|

4. Recebeu vacina antitetânica?

(1) Sim: ___ doses; (2) Sim, reforço; (3) Não; (4) já era vacinada

PRENATET|__|

(5) Nunca foi vacinada; (8) Não se aplica/não fez pré-natal; (9) Ignorado

5. Onde <C> nasceu?

NASCEU |__|

(1) hospital/maternidade; (2) em casa; (3) casa de parto; (4) outro: _____

6. Quem atendeu ao parto? (1) médico (2) parteira (3) outro: _____

ATENDEU |__|

6. O parto foi natural (1), cesariana (2) ou outros (3) _____

TIPOPARTO |__|

7. A senhora fumou durante a gravidez de <C>? (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

FUMOUEU |__|

8. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos

MENARCA |__||__|

9. Com que idade ficou grávida pela primeira vez?

IDIGRAV |__||__|

10. Com que idade teve seu primeiro filho?

PRIMFIL |__||__|

11. A senhora já perdeu algum filho por falecimento ou por aborto?

PERDAFILHO |__|

12. (1) Sim (2) Não → **pule para a questão 18** (9) Ignorado

13. Natimorto (> 28 semanas - 7 meses - ou 1.000Kg): _____

NTMORTO |__|

14. Mortalidade infantil: _____ (de 0 a 12 meses)

MORTINF |__|

15. Mortalidade acima de 12 meses: _____

MORTPOS |__|

16. Aborto _____ (antes do 6º mês de gestação)

ABORTO |__|

17. Toma medicamento para pressão? (1) Sim (2) Não

REMEDPA |__|

18. Toma outro tipo de medicamento? (1) Sim (Para que?) _____ (2) Não

REMEOUT |__|

19. A senhora teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?

MORBREF |__| (1) Sim (2) Não (PULE PARA A QUESTÃO 22)

Qual foi o problema? _____

20. Procurou algum tipo de atendimento para cuidar desse problema? Qual?

ATENCAO |__|

(1) Serviço público; (2) Plano de saúde; (3) Particular; (4) Rezadeira;

(5) Não; (6) Nunca precisou; (7) Outro: _____ (9) Não sabe

21. Quando a senhora está doente e precisa de atendimento, para onde vai?

SERV |__|

(1) Serviço público; (2) Plano de saúde; (3) Particular; (4) Rezadeira;

(5) Não vai; (6) Nunca precisou; (7) Outro: _____ (9) Não sabe

22. Peso: _____ kg

PESO |__||__||__|,|__|

23. Altura: _____ m

ALTURA |__||__||__|,|__|

24. Circunferência da cintura: _____, _____ cm

CINT |__||__||__|,|__|

25. Circunferência do quadril: _____, _____ cm

QUAD |__||__||__|,|__|

26. % Gordura (BIA): _____ %

%G |__||__|,|__|

27. Altura Sentada: _____ cm

ALTURASENT |__||__||__|,|__|

MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL: (PAS x PAD)

:x |__|

28. PAS |__||__||__| 29. PAD |__||__||__|

30. Qual a data de sua última Menstruação:

LASTMENSTM |__||__|/|__||__|/|__||__|

31. Dias Após a Menstruação

DPOSMENST |__||__|

32. Ingeriu bebida alcoólica: (1) Sim, Ontem (2) Sim, Hoje (3) Não

BEBEU |__|

33. A Sra já frequentou ou frequenta escola? (1) Sim (2) Não

FREQESCOLAM |__|

34. Até que série a Sra. estudou com aprovação?

ANOESCOLAM |__||__|

Sem estudo	Ensino fundamental								Ensino médio			Ensino superior
0 _	1 _	2 _	3 _	4 _	5 _	6 _	7 _	8 _	1 _	2 _	3 _	1 _ Completo 2 _ Incompleto
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	(12)= + de 12 anos;

Formulário N° 6 – SAÚDE DA GESTANTE

1. Entrevistada é? MAEGEST |__|
2. (1) Gestante com filho menor de 10a; (2) Gestante com filho maior de 10a; (3) Gestante sem filhos
3. A senhora está com quantos meses de gravidez? TEMPOGEST |__|
 (00) menos de 1; (01) de 1 a <2; (02) de 2 a <3; (03) de 3 a <4; (04) de 4 a <5;
 (05) de 5 a <6; (06) de 6 a <7; (07) de 7 a <8; (08) de 8 a <9; (09) de 9 a <10;
4. Idade Gestacional confirmada IDGCONF |__|
 (1) Sim, cartão da gestante (2) Não (3) Atestado serviço de saúde
5. Qual foi a data da sua última menstruação? DATAMENST |__||__|/|__||__|/|__||__|
- A senhora teve algum problema de saúde nas últimas 2 semanas? GMORBREF |__|
- (1) Sim (2) Não → **PULE PARA A QUESTÃO 7** Se **SIM**, qual foi o problema?
5. Procurou algum tipo de atendimento por causa desse problema? Qual? GATENCAO |__|
 (1) Serviço público; (2) Plano de saúde; (3) Particular; (4) Rezadeira;
 (5) Não; (8) Não se aplica; (9) não sabe; (7) Outro: _____
6. Quando a senhora está doente e precisa de atendimento, para onde vai? GSERV |__|
 (1) Serviço público; (2) Plano de saúde; (3) Particular; (4) Rezadeira;
 (5) Não vai; (6) Nunca precisou; (9) Não sabe; (7) Outro: _____
7. A senhora já fez alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez? GPRENAT |__|
 (1) Sim (2) Não → **PULE PARA A QUESTÃO 12**

8. SE SIM: quantas consultas fez ____ (0 = Não fez pré-natal; (1); (2); (3)...; (8) não se aplica; (9) não sabe	GPRENATN __
9. Em que mês da gravidez iniciou as consultas no pré-natal	GPRENATM __
10. Recebeu vacina antitetânica? (1) Sim: ___ doses; (2) Sim, reforço; (3) Não; (4) já era vacinada (5) Nunca foi vacinada; (8) Não se aplica/não faz pré-natal; (9) Não sabe	GPRENATET __

11. Onde pretende fazer o parto GLOCPARTO |__|
 (1) hospital/maternidade; (2) em casa; (3) casa de parto; (4) outro: _____
12. Quanto a senhora pesava antes de ficar grávida (Kg)? KGPREG |__||__||__|,|__|
13. Peso Atual: _____ Kg PESO |__||__||__|,|__|
14. Altura: _____ cm ALTURA |__||__||__|,|__|
15. Altura Sentada: _____ cm ALTURASG |__||__||__|,|__|
16. Hemoglobina: _____ g/dL HBMAE |__||__|,|__|
- MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL: (PÁS x PAD)**

17. PAS __ __ __	18. PAD __ __ __
---------------------	---------------------

19. Idade IDADEG __ __	20. Nº de filhos: NFILHO __ __	21. Vive c/ companheiro: (1)S (2)N COMPANH __	22. Fuma: (1)S (2)N FUMA __
--------------------------------	--	--	------------------------------------

23. Bebe: (1) Sim, socialmente (fim de semana/festas); (2) Sim, diariamente; (3) Não
BEBEG |__|

24. A Sra já frequentou ou frequenta escola? (1) Sim (2) Não FREQESCOLAG |__|

25. Até que série a Sra. estudou com aprovação? ANOESCOLAG |__||__|

Sem estudo	Ensino fundamental								Ensino médio			Ensino superior
	1 _	2 _	3 _	4 _	5 _	6 _	7 _	8 _	1 _	2 _	3 _	1 _ Completo 2 _ Incompleto
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	(12)= + de 12 anos; 99=IGN

Formulário N° 7 – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

26. O Chefe da família freqüentou ou freqüenta escola? (*verifique quem é o chefe da família na folha de cadastro; caso seja a mãe/gestante não faça as perguntas 1 e 2: repita as codificações já obtidas*).

(1) Sim (2) Não (9) Não sabe

FREQESCOLACHEF |__|

27. Até que série o chefe da família estudou com aprovação?

ANOESCOLAC |__||__|

Sem estudo	Ensino fundamental								Ensino médio			Ensino superior	
0 _	1 _	2 _	3 _	4 _	5 _	6 _	7 _	8 _	1 _	2 _	3 _	1 _ Completo	2 _ Incompleto
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	(12)= + de 12 anos;	99=IGN

28. Tipo de casa (predominante):

CASA |__|

(1) Edifício (2) Tijolos (3) Taipa (4) Madeira (5) Palha/Papelão/Lona/Plástico (6) outros:

29. Quantos compartimentos existem na casa?

COMPCASA |__|

30. Desses, quais são usados para dormir

DORMIR |__|

31. Tem água encanada?

AGUAENC |__|

(1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no quintal (3) Não

32. De onde vem a água usada para beber?

AGUABEBE |__|

(1) Rede pública (2) Chafariz (3) Cacimbão/poço (4) Rio, Lagoa, Açude

(5) Água mineral → *pule para a questão 9* (6) Olho d'água (7) Outro: _____

33. Essa água passa por algum tratamento antes de ser consumida?

TRATAGUA |__||__|

(1) Fervura (2) Filtro (3) hipoclorito (4) outro: _____ (5) Não

34. Como é a privada da casa?

PRIVADA |__|

(1) Sanitário ligado a rede de esgotos

(2) Sanitário ligado a fossa com tampa

(3) Sanitário ligado a fossa rudimentar

(4) Não tem privada

(5) Outro: _____

35. A Sra tem empregada doméstica (mensalista)? Não(0); Sim: (1); (2); (3).

EMPREG |__|

Agora vou fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade.

A senhora tem <item> aqui em sua casa? Quantas?

36. Televisão a cores? (0, 1, 2, 3, 4 ou mais

TV

|__| Rádio? (0, 1, 2, 3, 4 ou mais)

RADIO |__|

Banheiro? (somente com vaso sanitário) (0, 1, 2, 3, 4 ou mais)

BANHEIRO |__|

Carro? (Não considerar veículo para atividade profissional) (0, 1, 2, 3, 4 ou mais)

CARRO |__|

Aspirador de pó? (1) Sim; (2) Não

ASPIR |__|

35. Máquina de lavar? (Considerar tanquinho elétrico) (1) Sim; (2) Não

MAQLAV |__|

36. Geladeira comum ou duplex? (1) Sim; (2) Não

GELAD |__|

37. Vídeo Cassete/DVD? (1) Sim; (2) Não

V IDEODVD |__|

38. Freezer? (1) Sim; (2) Não

FREEZER |__|

39. Alguém da família está inscrito em algum programa do governo (Prog do leite, fome zero, vale gas, bolsa família, PETI, cisterna, etc)?

PROGRAMA |__|(1) Sim.

Quem e em qual programa: _____

Quem e em qual programa: _____

Quem e em qual programa: _____

(2) Não

Formulário N° 8 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

CÓDIGOS	SIM=1	NÃO=2	↓
1. Tem dores de cabeça frequentemente?	SIM	NÃO	
2. Tem falta de apetite?	SIM	NÃO	
3. Dorme mal?	SIM	NÃO	
4. Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO	
5. Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO	
6. Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	SIM	NÃO	
7. Tem má digestão?	SIM	NÃO	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	SIM	NÃO	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO	
10. Tem chorado mais do que de costume?	SIM	NÃO	
11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO	
12. Tem dificuldade em tomar decisões?	SIM	NÃO	
13. Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	SIM	NÃO	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO	
16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO	
17. Tem tido a idéia de acabar com a vida?	SIM	NÃO	
18. Sente-se cansado o tempo todo?	SIM	NÃO	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO	
20. Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO	

Formulário N° 10 – Recordatório das atividades do cotidiano
(só para crianças de 5 a 10 anos)

HORAS	MINUTOS			
	00-15	16-30	31-45	46-60
00				
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	Demanda energética (Kcal/Kg/15')
1	Repouso na cama: horas de sono	0,26
2	Posição sentada: refeições, assistir TV, trabalho intelectual sentado, etc.	0,38
3	Posição em pé suave: higiene pessoal, trabalhos domésticos leves sem deslocamentos, etc.	0,57
4	Caminhada leve (<4Km/h): trabalhos domésticos com deslocamentos, etc.	0,69
5	Trabalho manual suave: trabalhos domésticos como limpar chão, lavar carro, jardinagem, etc.	0,84
6	Atividades de lazer e prática de esportes recreativos: voleibol, ciclismo passeio, caminhar de 4 a 6 Km/h, etc.	1,20
7	Trabalho manual em ritmo moderado: trabalho braçal, carpintaria, pedreiro, pintor, etc.	1,40
8	Atividades de lazer e prática de esportes de alta intensidade: futebol, dança aeróbica, natação, tênis, caminhar > 6Km/h, etc.	1,50
9	Trabalho manual intenso, prática de esportes competitivos: carregar cargas elevadas, atletas profissionais, etc.	2,00

Formulário N° 11 – Inquérito de consumo alimentar Recordatório de 24 horas

(só para crianças de 5 a 10 anos)

Refeição	Preparação	alimentos	Quantidade*
Desjejum			
Colação			
Almoço			
Lanche			
Jantar			
Ceia			

* De acordo com o álbum

Rejeito: Desjejum(); Colação(); Almoço(); Lanche(); Jantar(); Ceia().

Anexo 2 – Municípios que integram a região do semi-árido de Alagoas e suas respectivas populações.

Município	População
270010 Agua Branca	18.973
270030 Arapiraca	199.966
270070 Batalha	15.905
270090 Belo Monte	6.670
270120 Cacimbinhas	8.387
270160 Canapi	16.524
270180 Carneiros	7.150
270200 Coité do Nóia	13.368
270235 Craíbas	22.653
270240 Delmiro Gouveia	44.111
270250 Dois Riachos	11.728
270255 Estrela de Alagoas	16.817
270290 Girau do Ponciano	30.603
270310 Igaci	25.243
270330 Inhapi	19.631
270340 Jacaré dos Homens	6.330
270370 Jaramataia	6.672
270410 Lagoa da Canoa	22.548
270440 Major Isidoro	17.877
270460 Maravilha	15.133
270500 Mata Grande	24.125
270530 Minador do Negrão	4.100
270540 Monteirópolis	7.931
270570 Olho d'Agua das Flores	21.774
270580 Olho d'Agua do Casado	7.465
270600 Olivença	10.517
270610 Ouro Branco	10.533
270620 Palestina	5.086
270630 Palmeira dos Índios	69.466
270640 Pão de Açúcar	26.133
270642 Pariconha	11.141
270710 Piranhas	23.483
270720 Poço das Trincheiras	14.309
270760 Quebrangulo	12.214
270800 Santana do Ipanema	44.865
270840 São José da Tapera	27.657
270895 Senador Rui Palmeira	13.586
270920 Traipu	23.994

Fonte: Censo IBGE, 2000.