

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

**PATERNIDADE E DESNUTRIÇÃO:**  
**UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

**BRUNO CLEITON MACEDO DO CARMO**

MACEIÓ

2009

**BRUNO CLEITON MACEDO DO CARMO**

**PATERNIDADE E DESNUTRIÇÃO:  
UM ESTUDO CASO-CONTROLE**

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

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

MACEIÓ

2009

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

**Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale**

C287p Carmo, Bruno Cleiton Macedo do.  
Paternidade e desnutrição : um estudo caso-controle / Bruno Cleiton Macedo do Carmo, 2009.  
102 f. : il.

Orientador: Claudio Torres de Miranda.  
Dissertação (mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.  
Faculdade de Nutrição. Programa de Pós-Graduação em Nutrição. Maceió, 2009.

Bibliografia: f. [31]-36.  
Apêndices: f. [37]-61.  
Anexos: f. [62]-69.

1. Criança – Desnutrição. 2. Homens - Saúde mental paterna. 3. Transtorno mental paterno. 4. Criança – Estado nutricional. 5. Alcoolismo. I. Título.

CDU: 612.39-053.2



MESTRADO EM NUTRIÇÃO  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Campus A. C. Simões  
RF 104, Km 14, Tab. Am dos Martins  
Maceió-AL, 57072-970  
Fone/Fax: 81 3214-1160

PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE  
DISSERTAÇÃO

*Paternidade e desnutrição: um estudo caso-controle*

por

**Bruno Cleiton Macedo do Carmo**

A Banca Examinadora, reunida aos 22 dias do mês de junho do ano de 2009, considera o candidato **APROVADO**.

Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda - Orientador  
Faculdade de Medicina - FAMED  
Universidade Federal de Alagoas

Prof.ª. Dr.ª. Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio  
Faculdade de Nutrição - FANUT  
Universidade Federal de Alagoas

Prof.ª. Dr.ª. Rozângela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska  
Faculdade de Medicina  
Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

*Dedico aos meus pais Maria Lucia Macedo do Carmo e Durval Menezes do Carmo a vocês devo tudo o que sou.*

*ETA!*

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Cláudio Torres de Miranda, que mesmo não me conhecendo acreditou e se aventurou junto comigo neste desafio que foi pesquisar sobre paternidade e desnutrição.

Ao corpo docente do programa *strictu sensu* em nutrição humana da Universidade Federal de Alagoas, pelo conhecimento e amadurecimento científico e intelectual conseguido ao longo desses dois anos.

Ao corpo discente do programa *strictu sensu* em nutrição humana da Universidade Federal de Alagoas, pelo companheirismo e ajuda durante o curso.

Às famílias estudadas, por ter permitido adentrar em suas vidas para melhor compreender a relação entre paternidade e desnutrição.

Ao CREN por ter aberto suas portas para a realização dessa pesquisa.

A Escola Municipal Denisson Menezes por ter permitido a coleta dos controles em suas dependências.

A professora Mestre Waleska Alves, pela contribuição e considerações feitas para a melhoria desse trabalho.

A Professora Doutora Neíza Frederico Fumes, pela força e por ser exemplo a ser seguido em minha vida acadêmica.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPEAL, pelo apoio financeiro.

## RESUMO GERAL

A desnutrição infantil é uma doença que tem suas raízes na pobreza, ocasionada por deficiências nutricionais decorrentes da insuficiente ingestão de macro e/ou micronutrientes e infecções repetidas. Nos países em desenvolvimento ainda se constitui em um grande problema de saúde pública tornando-se um dos grandes vilões da morbidade e mortalidade infantil. Nesse estudo procurou-se investigar se há associação entre paternidade e desnutrição infantil crônica. Trata-se de um estudo caso-controle em que casos são famílias com crianças desnutridas crônicas moderadas e graves, na faixa etária entre dezoito e sessenta meses de idade. A amostra foi composta por 60 famílias casos e 61 famílias controles. Dentre as variáveis relacionadas à paternidade, a não paternidade biológica (OR 3,10; IC95% 1 – 9,67) e escolaridade paterna (OR 3,30; IC 1,33 – 8,22) se mostraram como fatores de risco para a desnutrição infantil, quando analisadas individualmente. Após a regressão logística apenas a não paternidade biológica permaneceu como um fator de risco independente para a desnutrição (OR 7,13; IC95% 1,76 – 30,40). Dentre as variáveis sócio-demográficas estudadas evidenciou-se associação entre a desnutrição infantil crônica e a classe econômica baixa (OR 3,43; IC95% 1,04 – 11,32), número elevado de residentes no domicílio (OR 3,63; IC95% 1,66 – 7,92) e número de filhos (OR 2,84; IC95% 1,33 – 6,08), quando analisadas individualmente. Contudo apenas o número elevado de residentes no domicílio permaneceu como fator de risco independente para desnutrição crônica (OR 8,44; IC95% 2,58 – 27,59) quando as variáveis são consideradas simultaneamente na regressão logística. Encontrou-se, nesse estudo, associação entre fatores ligados à paternidade e desnutrição infantil com destaque para a não paternidade biológica.

**Palavras-chave:** Desnutrição Infantil; Paternidade; Saúde mental e Alcoolismo.

## GENERAL ABSTRACT

Child malnutrition is a disease that has his roots in poverty and it is caused by nutrition's deficiencies from insufficient ingestion of macro and/or micronutrients. In developing countries malnutrition still is an important public health problem. It is one of the main causes of children morbidity and mortality. The aim of the study was to investigate if there is association between the paternal role and chronic child malnutrition. It is a study control-case where cases are families with moderate and serious chronic undernourished children with age between six and sixty months old. The sample was composed by sixty case families and sixty-one control families. Among the variables related to parenting, the non-biological parenthood (OR 3.10, CI95% 1 - 9.67) and paternal education (OR 3.30, CI95% 1.33 - 8.22) proved to be risk factors for child malnutrition, when analyzed individually. After logistic regression only the non-biological paternity remained an independent risk factor for malnutrition (OR 7.13, CI95% 1.76 - 30.40). Among the demographic variables studied, they showed an association between chronic malnutrition and low socioeconomic class (OR 3.43, CI95% 1.04 - 11.32), high number of residents in the household (OR 3.63, CI95 % 1.66 - 7.92) and number of children (OR 2.84, CI95% 1.33 - 6.08) when analyzed individually. However, only the high number of residents in the household stayed as an independent risk factor for malnutrition (OR 8.44, CI95% 2.58 - 27.59) when the variables are considered simultaneously in the logistic regression. In this study Was found the association between factors related to paternity and child malnutrition especially for non-biological paternity.

**Keywords:** Child' malnutrition; Paternity; Mental health and Alcoholism

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Página</b>
Figura 1	Determinação do estado nutricional e sua relação com a saúde..... 07
Figura 2	Prevalência de desnutrição infantil no mundo..... 08
Figura 3	Prevalência de desnutrição no Brasil segundo a PNDS 1996 e 2006.... 09
Figura 4	Multicasualidade do estado nutricional infantil..... 10
Figura 5	Crianças atendidas no CREN - Maceió..... 18

## LISTA DE TABELAS

	<b>Página</b>
Tabela 1	Associação entre estado nutricional e situação conjugal materna e variáveis relacionadas ao perfil sócio-demográfico das famílias estudadas..... 23
Tabela 2	Associação entre estado nutricional e variáveis paternas nas famílias onde a mãe da criança possuía marido ou companheiro no último ano..... 23
Tabela 3	Associação entre estado nutricional e variáveis relacionadas à paternidade e ao perfil sócio-demográfico das famílias estudadas após regressão logística..... 24

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CREN – Centro de Recuperação e Educação Nutricional;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde;

QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<i>vi</i>
<b>ABSTRACT.....</b>	<i>vii</i>
<b>LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....</b>	<i>viii</i>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<i>ix</i>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	01
<b>1.1 Problematização.....</b>	02
<b>1.2 Problema.....</b>	04
<b>1.3 Hipóteses.....</b>	04
<b>1.4 Objetivos.....</b>	04
<b>1.4.1 Objetivo geral.....</b>	04
<b>1.4.2 Objetivos Específicos.....</b>	04
<b>1.5 Justificativa.....</b>	05
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	06
<b>2.1 Desnutrição infantil.....</b>	07
<b>2.2 Desnutrição infantil e cuidado infantil.....</b>	11
<b>2.3 Paternidade.....</b>	12
<b>2.4 Paternidade e desnutrição infantil.....</b>	14
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	15
<b>3.1 Desenho do estudo.....</b>	16
<b>3.2 Avaliação das Variáveis.....</b>	16
<b>3.2.1. Variáveis relacionadas à paternidade.....</b>	16
<b>3.2.2. Variáveis sócio-demográficas.....</b>	17
<b>3.3 Local do Estudo.....</b>	18
<b>3.4 Amostragem.....</b>	19
<b>3.5 Critérios de exclusão.....</b>	19
<b>3.6 Análise dos dados.....</b>	19
<b>3.7 Considerações éticas.....</b>	20
<b>4 RESULTADOS.....</b>	21
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	25
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	29
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	31

<b>APÊNDICES.....</b>	<b>37</b>
<b>Apêndice A: Artigo 1.....</b>	<b>38</b>
<b>Apêndice B: Artigo 2.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>62</b>
<b>Anexo A: Parecer de autorização da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.....</b>	<b>63</b>
<b>Anexo B: Questionários utilizados no estudo.....</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Problematização

A desnutrição infantil é uma doença que tem suas raízes na pobreza, ocasionada por deficiências nutricionais decorrentes da insuficiente ingestão de macro e/ou micronutrientes (HUGHES, KELLY 2006; PAULO, MADEIRA, 2006). A privação de nutrientes nos primeiros anos de vida está relacionada a alterações significativas em vários aspectos do crescimento e desenvolvimento do indivíduo como diminuição da estatura, circunferência da cabeça, baixos quocientes de inteligência verbal e não verbal, redução na capacidade de realizar trabalho, maior vulnerabilidade às infecções, entre outras complicações; o que a torna um dos grandes vilões da morbidade e mortalidade infantil (EICKMANN *et al.*, 2007; SOARES, PARENTE, 2001; FERNANDEZ *et al.*, 2000; FORTE *et al.*, 1999).

Nos países em desenvolvimento a desnutrição infantil constitui um grande problema de saúde pública (KAPOOR, ANAND *et al.*, 2002; SANTOS-MONTEIRO *et al.*, 2002). A desnutrição energético-protéica afeta uma em cada três crianças em todo o mundo mais de 70% dessas crianças vivem na Ásia, 26% na África e 4% na América Latina e Caribe, sendo a prevalência na América do Sul de 5,3% (ONIS *et al.*, 2000). No Brasil, 24% das mortes infantis são ocasionadas por doenças infecciosas e desse total 60% são crianças desnutridas (PAULO, MADEIRA, 2006). Em locais de extrema pobreza, esses números podem ser ainda maiores, em um estudo realizado com crianças de uma favela do movimento dos sem teto em Maceió-AL, encontrou-se uma prevalência de déficit do indicador altura para idade de 22,6% (FERREIRA *et al.*, 2002).

Nos últimos vinte anos a literatura científica passou a divulgar que a desnutrição infantil não tinha como causa única a restrição alimentar e foram reconhecidos vários fatores causais que podem levar ao quadro clínico, dentre eles há fatores socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais envolvidos em sua gênese (MIRANDA *et al.*, 1996; LIMA *et al.*, 2004). A adequação do cuidado infantil vem ganhando destaque nas investigações sobre o desencadeamento da desnutrição (PAULO, MADEIRA, 2006). Nesse contexto a família é a instituição social responsável pelos cuidados com a criança e a paternidade fica então reconhecida como sendo de extrema importância (BRITO, OLIVEIRA, 2006a; 2006b).

Historicamente, foram construídos papéis sociais para homens e mulheres e esses determinam como cada indivíduo age de acordo com o sexo. Não é diferente quando se examinam essas relações de gênero na família, sendo bem definidas as responsabilidades de cada membro (TAHON, 2006; DEVEREUX, 2006). Assim a mãe é vista como responsável

pelos cuidados e educação dos filhos e ao pai cabe a tarefa de prover o sustento familiar através de sua força de trabalho (FROTA, BARROSO, 2003).

Em relação à desnutrição infantil e com o seu novo paradigma de multicasualidade, as relações de gênero vêm implicar uma culpabilização da mãe e marginalização do pai nessa discussão. Carvalhaes e Benicio (2002) postulam que pesquisas relacionando desnutrição infantil e figura materna vêm sendo constantemente publicadas, à medida que estudos que enfocam a participação masculina no âmbito da paternidade não vêm tendo lugar de destaque em pesquisas tanto internacionais como nacionais (LEVANDOWSKI, 2001). Isso poderia ser explicado pela construção social do papel feminino como cuidadora da família e rainha do lar (BUSTAMANTE, TRAD, 2005).

A partir do século XX com a entrada da mulher no mercado de trabalho formal, passando esta a contribuir de forma significativa com a renda familiar, o papel do pai como único provedor vem se modificando (TAHON, 2006), refletindo-se numa maior igualdade, presente nos casais contemporâneos na definição do papel materno e paterno (LEVANDOWSKI, 2001). Tradicionalmente as pesquisas colocam a capacidade materna de cuidar acima da capacidade e responsabilidade do pai que é visto como mero coadjuvante na determinação da desnutrição.

Nesse contexto o conhecimento sobre a participação do homem na vida familiar é ainda escasso. Apesar disso, as mudanças sociais e culturais, como, por exemplo, a Lei N. 6515/77 que trata sobre o divórcio, têm promovido mudanças na composição familiar. No Brasil a taxa de separação é de 200.000 divórcios por ano. Hoje cada família possui características, valores e crenças própria, surgindo, nessa estruturação variada a figura do padrasto. Esse passa então a desempenhar um papel de “novo pai” (TOMÉ, SCHERMANN, 2004).

Diante do exposto, supôs-se que exista uma associação entre a desnutrição infantil e características paternas como sua saúde mental, alcoolismo, o fato de estar residindo no mesmo domicílio que a criança e de ser ou não o pai biológico desta.

## 1.2 Problema

Qual a importância do pai ou substituto no estado nutricional da criança?

## 1.3 Hipótese

Existe uma associação entre as características do pai ou substituto e a desnutrição de seu filho(a)

## 1.4 Objetivos

### 1.4.1 Objetivo geral

Estudar a associação entre as características do pai ou substituto e a desnutrição da criança

### 1.4.2 Objetivos específicos

- Avaliar a presença do pai ou substituto em famílias de crianças desnutridas;
- Identificar características sócio-demográficas das famílias de crianças desnutridas;
- Verificar nas famílias de crianças desnutridas a existência de pais ou substitutos com transtornos mentais comuns;
- Investigar o uso abusivo de bebidas alcoólicas pelos pais ou substitutos nas famílias de crianças desnutridas;
- Identificar o nível de escolaridade do pai ou substituto das famílias de crianças desnutridas;
- Identificar a situação ocupacional do pai ou substituto das famílias de crianças desnutridas;
- Avaliar a associação entre variáveis paternas e sócio-demográficas e a desnutrição da criança;
- Avaliar o papel de variáveis sócio-demográficas selecionadas na possível associação entre a desnutrição da criança e características paternas

### **1.5 Justificativa**

Ao longo dos anos não se percebe um aumento significativo do número de estudos abordando a importância da paternidade em situações-chaves do cuidado infantil. A figura do pai parece ter sido esquecida como fundamental no processo de criar/cuidar da criança (LEVANDOWSKI, 2001). Em relação à desnutrição e com o seu novo paradigma de multicasualidade, o cuidado com a criança é um dos fatores determinantes no seu desencadeamento.

Entendendo-se que a família é fundamental no processo de cuidar e que o pai tem um papel importante nesta instituição social, torna-se necessário investigar se há associação entre as características e comportamento do pai ou substituto e a desnutrição do seu filho(a).

**REVISÃO DA LITERATURA**

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Desnutrição infantil

O estado nutricional é definido pela relação íntima entre ingestão e utilização biológica de nutrientes durante toda a vida do indivíduo. Essa relação pode acarretar em doenças relacionadas tanto com o déficit como com o excesso de consumo alimentar como mostras a figura 1, (VASCONCELOS, 1993).



Figura 1: determinação do estado nutricional e sua relação com a saúde.

Fonte: adaptado de VASCONCELOS, 1993.

Entre as patologias associadas ao déficit de ingesta nutricional encontra-se a desnutrição energético-protéica que continua sendo um grande problema de saúde pública, particularmente, nos países em desenvolvimento (SIMPORE *et al.*, 2006; ANTWI, 2008).

Quando as necessidades nutricionais do organismo não são atendidas, a disponibilidade para realização das atividades de vida diárias fica comprometida. Uma vez satisfeita essa necessidade, tudo volta ao normal. Todavia, quando essa privação de nutrientes atinge estágios mais avançados em função da intensidade e período de duração, a ponto de interferir no suprimento energético para manter o metabolismo do corpo, ela vai desnutrir o organismo.

A desnutrição energético-protéica tecnicamente pode ser definida através dos índices antropométricos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS): peso/idade,

altura/idade e peso/altura, quando estes se encontram abaixo do padrão de referência (WHO, 2006). O déficit no índice altura/idade pode indicar um comprometimento no crescimento da criança desencadeado por um processo de longa duração diagnosticando, assim, uma desnutrição crônica (*stunting*). O déficit no índice peso/altura indica um comprometimento mais recente e pronunciado do peso corporal refletindo uma desnutrição aguda (*wasting*). Ao se analisar, isoladamente, o índice peso/idade abaixo do normal (*underweight*) não é possível chegar a conclusões sobre a cronologia do comprometimento nutricional (TEIXEIRA, HELLER, 2004).

A desnutrição energético-protéica afeta uma em cada três crianças em todo o mundo, sendo que mais de 70% das crianças com carências energético-protéicas vivem na Ásia, 26% na África e 4% na América Latina e Caribe (ONIS, *et al.*, 2000), (figura 2). Nos países em desenvolvimento de todas as crianças abaixo de 5 anos de idade 38% apresentam algum grau de desnutrição crônica e 9% aguda. (MÜLLER, KRAWINKEL, 2005). A desnutrição grave em alguns países, como os da África sub-saariana, chega a ter uma taxa de letalidade acima de 46%, sendo que a OMS considera inaceitável uma taxa de mortalidade acima de 20% em crianças com desnutrição grave. (MAITLAND, *et al.*, 2006). A prevalência de desnutrição na América do Sul é de 5,3% (ONIS, *et al.*, 2000).



Figura 2: prevalência de desnutrição infantil no mundo

Apesar das transformações econômicas, sociais e demográficas pelas quais passou a sociedade brasileira nas últimas décadas, a desnutrição continua sendo uma preocupação quando se estuda a saúde infantil (FERNANDES, 2003). No Brasil, 24% das mortes infantis são ocasionadas por doenças infecciosas e desse total 60% são crianças desnutridas (PAULO, MADEIRA, 2006). Dados recentes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS 2006 quando comparados com os da PNDS 1996 mostram uma queda nas taxas de desnutrição crônica, mas está é a que mais acomete as crianças brasileiras abaixo de 5 anos de idade como mostra a figura 3 (BRASIL, 2008).

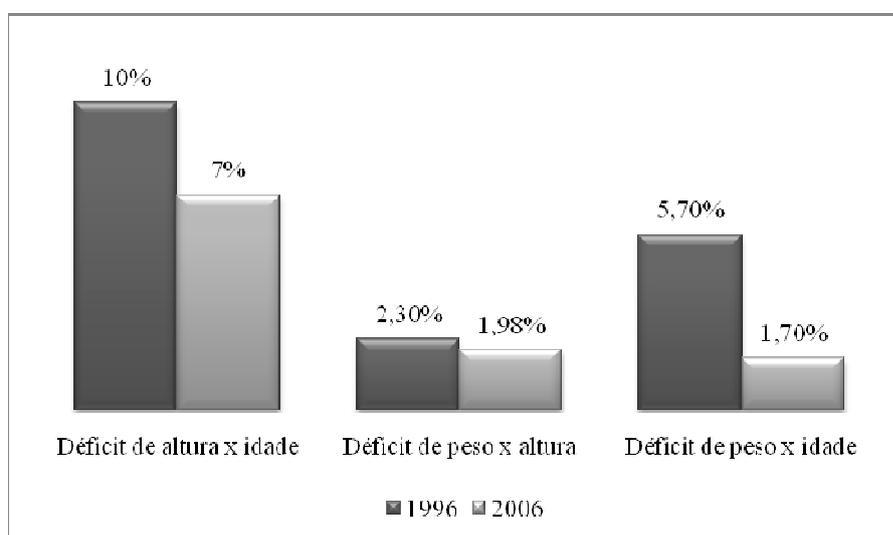


Figura 3: prevalência de desnutrição no Brasil segundo a PNDS 1996 e 2006

A distribuição regional da prevalência dos déficits de altura para idade indica que o retardo de crescimento na infância é um pouco mais acentuado no meio rural (7,6%) do que no meio urbano (6,9%) e mais freqüente na região Norte (14,8%) do que nas demais regiões do País: 5,7% nas regiões Nordeste e Sudeste, 8,5% na região sul e 5,6% na região Centro-Oeste (BRASIL, 2008).

Apesar da prevalência de desnutrição infantil no país estar diminuindo, em alguns locais de extrema pobreza esses números podem ser bem maiores que a média nacional. Em um estudo realizado com crianças de uma favela do movimento dos sem teto em Maceió-AL, encontrou-se uma prevalência de déficit estatural para crianças de até 5 anos de idade de 22,6% (FERREIRA *et al.*, 2002).

A partir da década de 1970 a literatura científica passou a reconhecer que a desnutrição infantil não tinha como causa única a restrição alimentar e foram divulgados

vários fatores causais que podem levar ao quadro clínico. Dentre eles, há fatores socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais envolvidos em sua gênese (MIRANDA, *et al.*, 1996; LIMA *et al.*, 2004). A adequação do cuidado infantil vem ganhando destaque nas investigações sobre o desencadeamento da desnutrição (PAULO, MADEIRA, 2006).

Nesse sentido, vários estudos vêm sendo realizados para identificar os fatores de risco para a desnutrição infantil, diversos fatores socioeconômicos, ambientais familiares e inerentes à própria criança já foram identificados como potenciais fatores que intervêm no estado nutricional (ANOOP, *et al.*, 2004; HASSELMANN, REICHENHEIM, 2006) (figura 4).

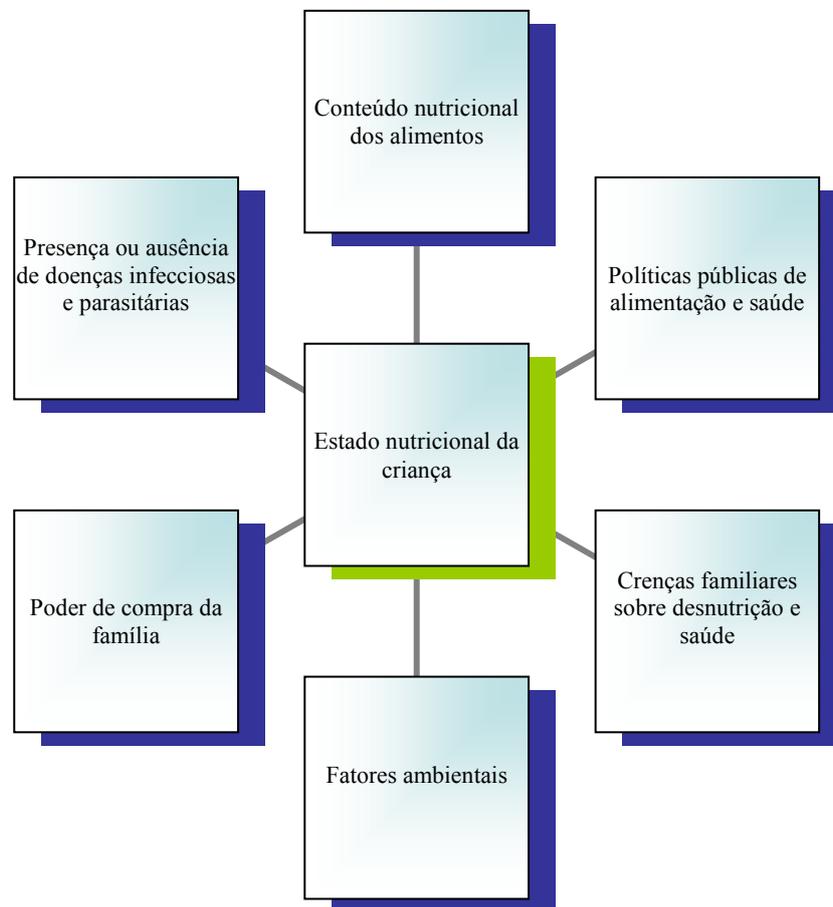


Figura 4: multicasualidade do estado nutricional infantil

A desnutrição nos primeiros anos de vida está relacionada a alterações significativas em vários aspectos do crescimento e desenvolvimento de crianças o que a torna um dos grandes vilões da morbidade e mortalidade infantil. Há relatos de associação entre desnutrição e surgimento de cárie dental e outros problemas relacionados à saúde bucal (PSOTER, *et al.*,

2005). A desnutrição crônica, também está associada à patologia estrutural e funcional do cérebro e a uma gama extensiva de déficits cognitivos (BHOOMIKA, *et al.*, 2008).

É reconhecida uma íntima relação entre desnutrição e infecção e é assumido, freqüentemente, que isto se deve a função imune prejudicada (HUGHES, KELLY, 2006). Somado a isto, há um risco aumentado de morte em crianças com diarreia, infecções agudas do sistema respiratório e malária (RICE, *et al.*, 2000; BHAN, *et al.*, 2003).

Em relação às consequências na vida adulta, crianças desnutridas têm uma probabilidade maior de se tornarem adultos de baixa estatura, apresentarem baixo nível educacional com um menor status econômico na maioridade, além de apresentarem diversos problemas durante a adolescência (LIU, *et al.*, 2005; VICTORA, *et al.*, 2008)

## **2.2 Desnutrição infantil e cuidado infantil**

Nas duas últimas décadas a literatura científica passou a relatar que a desnutrição infantil não tinha como causa única a restrição alimentar, reconhecendo vários fatores causais que podem levar ao seu quadro clínico, dentre eles a adequação do cuidado infantil (CARVALHAES, BENÍCIO, 2002; PAULO, MADEIRA, 2006).

A relação entre a vida familiar e a desnutrição começou a ganhar fôlego nas discussões acadêmicas a partir da década de 1990 com a compreensão de que a renda familiar *per capita*, apesar de ser um fator importante, não é a única esfera da família que está associada ao processo de desnutrição (CARVALHES, BENÍCIO, 2002; PAULO, MADEIRA, 2006). A criação dos filhos no âmbito da família se associa com educação e o cuidado com necessidades básicas de saúde, atenção e afeto enxergando na díade criar/cuidar um eixo norteador para o bom crescimento e desenvolvimento da criança (BUSTAMANTE, TRAD, 2005). A família é a instituição social responsável pelos cuidados com a criança ficando então reconhecida como sendo de extrema importância na manutenção de sua saúde (BRITO, OLIVEIRA, 2006a; 2006b).

Várias pesquisas vêm sendo publicadas relatando alguns fatores que podem comprometer a capacidade da família criar/cuidar de suas crianças e sua relação com a desnutrição (MIRANDA *et al.*, 1996; ANOOP, 2004; CARVALHAES, *et al.*, 2005; HARPHAM, *et al.*, 2005; HASSELMANN, REICHENHEIM, 2006; CARVALHAES, BENICIO, 2006; MOESTUE, HUTTLY, 2008), sendo que nessas pesquisas, em sua maioria, o foco de estudo é a mãe da criança. Dentre os fatores identificados estão: saúde mental

materna, alcoolismo, escolaridade, situação conjugal materna, inteligência materna e violência doméstica.

No entanto, atualmente o processo de cuidar está, também intimamente relacionado ao conceito de parentalidade que segundo Tahon (2006) são papéis parentais desempenhados por adultos, não só pela mãe, junto aos filhos, constituindo tarefas como: alimentar, educar, dar atenção e afeto.

### **2.3 Paternidade**

Na atualidade, as alterações nas relações familiares vêm modificando o significado da paternidade, onde o sentir-se pai pode ser entendido e vivido como um direito e um dever. Neste contexto o homem pode exprimir seus sentimentos e participar do cuidado com o filho sem o estigma da afirmação sexual e o filho pode ter um pai participativo dos cuidados e da afetividade. Essa mudança não depende exclusivamente do desejo de ser um “novo pai” ultrapassa os limites da instituição familiar e se torna um campo de discussão no âmbito social (FREITAS, *et al.*, 2007).

A participação paterna no cuidado de crianças vem se modificando concomitantemente as alterações sociais das relações entre gêneros no âmbito familiar. Durante muito tempo concebeu-se uma percepção de casal formado por um “pai provedor” e por uma “mãe guardiã do lar e educadores dos filhos” (DEVEREUX, 2006). Reconhece-se nessas concepções uma divisão sexual do trabalho, onde homens e mulheres têm formas diferentes de cuidar dos filhos, ficando para o homem a responsabilidade de provedor econômico da família e para a mulher as tarefas domésticas e responsabilidades sobre a educação dos filhos e com a saúde infantil (MARRI, WAJNMAN, 2007; SILVA, PICCININI, 2007).

A partir do século XX com a entrada da mulher no mercado de trabalho formal, passando esta a contribuir de forma significativa com a renda familiar, o papel do pai como único provedor vem se modificando (TAHON, 2006), refletindo-se numa maior igualdade, presente nos casais contemporâneos na definição do papel materno e paterno. A figura paterna assumiu, então, novas responsabilidades no cuidado e criação dos filhos (PERUCCHI, BEIRÃO, 2007; BUSTAMANTE, 2005).

O conhecimento sobre a participação do homem na vida familiar e na esfera reprodutiva é ainda escasso, devido à preferência de se estudar aspectos relacionados à feminilidade em detrimento a masculinidade (BUSTAMANTE, 2005). Apesar disso, as

mudanças sociais e culturais têm promovido iniciativas públicas e de programas de apoio ao homem. Agora seu papel dentro da família começa a ser visto como tendo implicações sociais e econômicas a curto e longo prazo (FRIEDEWALD, *et al.*, 2005).

Na assistência pré-natal, por exemplo, no passado não era dada nenhuma atenção ao pai da criança que estava por vir. Isso começa a mudar, apesar dos programas de educação pré-natal não darem a atenção ou formação devida aos homens em aspectos como os cuidados com a criança (FLETCHER, *et al.*, 2004).

É notório também que a mulher conta com uma rede de suporte bem maior que os homens em relação aos cuidados com os filhos (DEAVE, *et al.*, 2008). Essa rede de suporte é constituída de familiares, programas públicos de saúde e por elaboração de políticas públicas que historicamente privilegiam as mulheres.

Mas, toda essa nova concepção de masculinidade e conseqüentemente paternidade diferem entre famílias de diferentes condições socioeconômicas, étnicas, educacionais e culturais. Nas camadas populares, a figura paterna ainda encontra-se fortemente vinculada ao papel de provedor e os cuidados com a saúde da criança continuam sendo de responsabilidade feminina (BUSTAMANTE, 2005 BUSTAMANTE, TRAD, 2005).

O PNDS 2006 mostrou que ainda recaem sobre a mulher as decisões finais sobre aspectos relacionados à família como saúde infantil, alimentação e gastos para as necessidades diárias da casa (BRASIL, 2008).

Além dos cuidados corporais e com a saúde das crianças serem atribuições da maternidade, principalmente na concepção das camadas mais populares (SCOTT, 1990; ANDRADE, 2006), os vínculos das mães com seus filhos são bem mais fortes do que os do pai (PERUCCHI, BEIRÃO, 2007; MARRI, WAJNMAN, 2007), isso se deve a clara divisão, por sexo, do trabalho onde a mulher fica restrita ao ambiente doméstico. Nas famílias onde o homem não consegue atuar como provedor, papel que lhe é designado socialmente, ou seja, quando ocorre a impossibilidade de cumprir suas “obrigações” econômicas ele termina por se afastar das decisões domésticas e frequentemente tende a perder o vínculo com a criança, nem tanto por falta de interesse, mas por uma imposição social (BUSTAMANTE, TRAD, 2005).

Apesar do crescente número de famílias onde as mulheres vivem sozinhas com seus filhos, há situações em que a presença de um homem faz às vezes da figura paterna, podendo ser esse homem desde algum parente consanguíneo até um novo companheiro da mãe da criança. E por vezes o convívio entre pai biológico e substituto é conflituoso e tenso. Corriqueiramente quando o pai biológico tenta ter uma participação mais efetiva na vida da

criança encontra oposição nos novos companheiros da mãe como também na sua rede de apoio social (ARONSON, *et al.*, 2003).

#### **2.4 Paternidade e desnutrição infantil**

Pouco se sabe sobre a relação paternidade e desnutrição infantil, nas poucas pesquisas que trazem alguma informação sobre essa relação, a paternidade apresenta-se mascarada em variáveis como escolaridade do chefe da família e situação conjugal materna (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2006; CARVALHAES, *et al.*, 2005).

Entretanto, algumas características em relação à paternidade já foram descritas como fatores de risco para a desnutrição infantil. Carvalhes *et al.* (2005) constataram que o fato da mãe não estar vivendo com marido ou companheiro está associado à desnutrição infantil e se constitui em fator de risco. Núñez-Rocha *et al.* (1998) detectaram como fatores de risco, indiretamente relacionados à paternidade, ocupação não qualificada do chefe de família e quando este exerce função em que não é bem remunerado.

Magnus *et al.* (2001) em um estudo com a população norueguesa sobre a contribuição paterna no baixo peso ao nascer chegou à conclusão que o baixo peso paterno ao nascer é um preditor significativo e independente de baixo peso ao nascer em seus descendentes.

Hasselmann & Reichenheim (2006) observaram que quando algum dos pais possui envolvimento com álcool ou drogas ilícitas aumentam as chances destes terem filhos desnutrindo, sendo maiores as chances quando ambos os pais possui envolvimento.

**MATERIAIS E MÉTODOS**

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo caso-controle em que casos são famílias de crianças desnutridas moderadas e graves, na faixa etária entre dezoito e sessenta meses de idade, atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) - Maceió, e controles são famílias de crianças eutróficas oriundas da mesma comunidade.

#### 3.2 Avaliação das Variáveis

##### 3.2.1 Variáveis relacionadas à paternidade:

- Para investigar a presença ou não de pai ou substituto residindo no domicílio: foi observada a situação conjugal materna nos últimos doze meses. Considerou-se como tendo pai ou substituto presente as famílias em que a mulher teve algum companheiro morando no mesmo domicílio nos últimos doze meses
- Paternidade biológica: foi considerado o declarado pela mãe da criança no momento da entrevista: se o companheiro era pai biológico da criança ou não.
- Saúde Mental: foi utilizado o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) que é o instrumento mais comumente empregado em estudos brasileiros multifásicos de transtornos mentais realizados na comunidade. Além de tratar sobre questões relacionadas a tratamentos psiquiátricos e uso de drogas psicofarmacológicas o QMPA é composto por outras questões que abrangem os sinais e sintomas mais frequentes dos transtornos psiquiátricos. Santana *et al.* (1997) dizem que as donas de casa ou esposas podem ser recomendadas como informantes secundárias na aplicação do QMPA em estudos da comunidade, frente as limitações de se aplicar diretamente em alguns informantes primários. Andreoli *et al.* trazem que:

O QMPA foi construído para ser um instrumento de rastreamento, sua validação, com dados populacionais, testado para o ponto de corte 6/7, mostrou sensibilidade entre 75% e 93%, especificidade entre 53% e 94% e Kappa ponderado de 0,88. (1994, p. 251)

Nesse estudo foi considerado o ponto de corte maior que seis como indicativo de transtorno mental paterno.

- Consumo de álcool: para verificar problema de alcoolismo foi utilizado o CAGE: questionário que é constituído por quatro questões referentes ao anagrama *Cut-down, annoyed, guilty* e *eye-opener* e avalia a suspeita de alcoolismo. O CAGE, no Brasil foi Validado por Mansur e Monteiro (1983 *apud* PAZ FILHO *et al.* 2001), sendo constatada uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83%. O ponto de corte para constatação de alcoolismo é a partir de 2 respostas afirmativas.
- Escolaridade paterna: foi considerada baixa escolaridade quando o indivíduo tinha concluído até a 4ª série do ensino fundamental. Este ponto de corte foi definido porque recentemente era o tempo de escolaridade obrigatória por lei e muitas pessoas continuam interrompendo os estudos neste ponto. Além disso, após 4 anos de estudos o indivíduo deve estar alfabetizado.
- Situação ocupacional paterna: foi considerado como trabalhando os indivíduos que exerciam alguma atividade remunerada formal ou informal.

### 3.2.2 Variáveis Sócio-demográficas

As variáveis sócio-demográficas foram pesquisadas através da Seção H e J do Questionário WorldSAFE (*World Studies of Abuse in the Family Environment*) - Brasil 1999 (BORDIN, PAULA, 1999) que diz respeito as características do domicílio e condições socioeconômicas.

Foram pesquisados:

- Classe Econômica: Para identificar a classe econômica das famílias foi utilizado o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O critério foi desenvolvido para identificar a classe econômica de pessoas e famílias urbanas através do poder de compra. A classificação é feita através da pontuação atribuída a quantidade de certos aparelhos domésticos e automóveis que a família possui, somada a pontuação atribuída ao grau de escolaridade do chefe da família (ABEP, 2003). As classes econômicas de acordo com a pontuação são: 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).
- Número de filhos: foram considerados os indivíduos residentes no domicílio com até 18 anos de idade.
- Número de residentes no domicílio: foram considerados todos os residentes no domicílio com ou sem parentesco. Sendo nesse estudo considerado desfavorável um número superior a 4 indivíduos residindo no domicílio.

### 3.3 Local do Estudo

A comunidade estudada está situada no campo vicinal a Universidade Federal de Alagoas que está localizada na 7ª região administrativa de Maceió, constituindo-se numa das áreas mais carentes da cidade. Nesta região existem os chamados assentamentos subnormais (favelas) onde as famílias em sua maioria moram em casas feitas de madeira, lona e zinco com um único cômodo onde não há água encanada, nem saneamento básico.

O estudo foi realizado no CREN - Maceió e na Escola Denisson Menezes, ambos localizados no Conjunto Habitacional Denisson Menezes, no bairro Tabuleiro dos Martins.

O CREN - Maceió foi idealizado por uma Organização Não-Governamental, a NUTRIR (Associação de Combate a Desnutrição) e construído em parceria com BNDES (Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social), objetivando a recuperação de crianças desnutridas. O CREN constitui-se em uma unidade de cuidados diários a crianças desnutridas de 0 a 6 anos de idade. Os desnutridos moderados e graves participam do semi-internato, no qual passam o dia e recebem assistência à saúde e assistência educacional (Figura 5). Os desnutridos leves são acompanhados ambulatorialmente.



Figura 5: Crianças atendidas no CREN – Maceió

A Escola Denisson Menezes faz parte da rede municipal de ensino e oferece educação infantil para crianças a partir dos 2 anos de idade.

### 3.4 Amostragem

O cálculo da amostra foi realizado utilizando-se a percentagem de transtornos mentais paternos como fator de risco (exposição). Considerando um risco alfa de 5% e um risco beta de 20%, e que a prevalência de transtornos nos pais de crianças eutróficas é 20%, e que se quer detectar um risco de que os pais de desnutridos tenham uma prevalência 3,5 vezes maior (46,7%) serão necessários 55 casos e 55 controles. Considerando-se uma percentagem de 10% a mais, encontra-se uma amostra de 60 casos e 60 controles.

O estado nutricional das crianças para os casos e os controles foi determinado pelos nutricionistas do CREN - Maceió. Para ser considerada desnutrida a criança devia apresentar um DP  $\leq -2$  para o índice altura/idade do padrão de referência da WHO (2006).

Os casos foram selecionados de acordo com a ordem cronológica de atendimento no CREN.

A busca por cada controle teve como ponto de referência a residência e as características de cada caso. Ficou como controle a família encontrada no mesmo conjunto de origem de cada caso, considerando as seguintes características: a criança controle deveria estar numa faixa etária compreendida entre 6 meses para mais ou para menos em relação à criança caso e não poderia haver crianças com desnutrição moderada ou grave residindo no domicílio.

### 3.5 Critérios de exclusão

Nos casos, foram excluídas da pesquisa as famílias de crianças com desnutrição moderada e grave com idade superior 5 anos atendidas pelo CREN;

Nos controles não puderam participar da pesquisa as famílias de crianças eutróficas não residentes nas proximidades dos locais de moradia dos casos e que tinham alguma criança desnutridas.

### 3.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada utilizando o teste *t de Student* para comparação entre médias, o teste  $X^2$  para comparação entre as variáveis categóricas, assumindo o valor de  $p < 0,05$  para significância estatística e foi realizado o cálculo da razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95% para verificação da associação entre estado nutricional e características paternas e interação com variáveis sócio-demográficas selecionadas das famílias de casos e controles.

Utilizou-se, ainda a regressão logística, teste de *WALD*, na qual a variável dependente foi a desnutrição infantil crônica e as variáveis relacionadas às características paternas e variáveis sócio-demográficas selecionadas foram as variáveis independentes.

### **3.7 Considerações éticas**

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o processo de nº 006369/2008–32 e aprovado na reunião do dia 30/06/2008 (Anexo A).

**RESULTADOS**

## 4 RESULTADOS

A amostra foi composta por 60 famílias de crianças desnutridas (casos) e 61 famílias de crianças eutróficas (controles). A média de idade materna, em anos, foi de 30,78 (DP 8,18) para os casos e de 29,39 (DP 7,67) para os controles, já a média paterna foi de 36,25 (DP 11,23) para os casos e 32,86 (DP 7,61) para os controles. A média de idade das crianças foram avaliadas em meses e o resultado obtido foi uma média de 41,50 (DP 14,12) para as crianças casos e 45,52 (DP 9,62) para as crianças controles. Não foi observada diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias dos casos e controles ( $p>0,05$ ).

Não foi encontrada diferença significativa entre casos e controles referente a situação conjugal da mãe da criança ( $p>0,05$ ). Em relação as variáveis sócio-demográficas todas as estudadas apresentaram diferenças significantes entre o grupo caso e o controle ( $p<0,05$ ). Sendo assim, as famílias de crianças desnutridas pertencem a classes econômicas mais baixas, possuem um número maior de pessoas residindo sobre o mesmo teto, além de ter um número maior de filhos (tabela 1).

Nas famílias onde a mãe da criança possuía marido ou companheiro foram analisadas as variáveis relacionadas à paternidade, sendo elas: Paternidade biológica; transtorno mental comum paterno; alcoolismo paterno; escolaridade e situação ocupacional paterna. Apenas paternidade biológica e escolaridade paterna apresentaram diferenças significativamente estatística entre os casos e controles ( $p<0,05$ ). Verifica-se então, que as crianças desnutridas residem mais com padrastos e seus pais ou substitutos possuem um nível de escolaridade mais baixo quando compara-se com crianças eutróficas (tabela 2).

Após a análise de cada variável isoladamente foi montado um modelo de regressão logística com as que apresentaram  $p < 0.20$ , (GREENLAND, 2008), sendo elas: transtornos mentais paternos, alcoolismo paterno, escolaridade paterna, classe econômica, número de residentes no domicílio, número de indivíduos menores de 18 anos residentes no domicílio e paternidade biológica. Dentre todas as variáveis analisadas a não paternidade biológica e mais de 4 pessoas residindo no domicílio se mostraram como fatores de risco independentes para desnutrição infantil (tabela 3).

Tabela 1: Associação entre estado nutricional e situação conjugal materna e variáveis relacionadas ao perfil sócio-demográfico das famílias estudadas.

<b>Variáveis</b>	<b>Desnutridos</b>	<b>Eutróficos</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p<sup>a</sup></b>
	<b>N - %</b>	<b>N - %</b>			
<b>Situação conjugal materna no último ano</b>					
Residiu com companheiro	44 – 73,33	42 – 68,85	0,80	(0,37 – 1,77)	0,58
Não residiu com companheiro	16 – 26,67	19 – 31,15			
<b>Classe econômica</b>					
D+E	56 – 93,33	49 – 80,33	3,43	(1,04 – 11,32)	0,035*
C	4 – 6,67	12 – 19,67			
<b>Número de residentes no domicílio</b>					
>4	46 – 76,67	29 – 47,54	3,63	(1,66 – 7,92)	0,001*
≤4	14 – 23,33	32 – 52,46			
<b>Número de &lt; de 18 anos no domicílio</b>					
≤ 2	16 – 26,67	31 – 50,82	2,84	(1,33 – 6,08)	0,007*
> 2	44 – 73,33	30 – 49,18			

<sup>a</sup>  $\chi^2$  teste

Tabela 2: Associação entre estado nutricional e variáveis paternas nas famílias onde a mãe da criança possuía marido ou companheiro no último ano.

<b>Variáveis</b>	<b>Desnutridos</b>	<b>Eutróficos</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p<sup>a</sup></b>
	<b>N - %</b>	<b>N - %</b>			
<b>Marido ou companheiro da mãe é o pai biológico da criança?</b>					
Sim	31 – 70,45	37 – 88,09	3,10	(1 – 9,67)	0,046*
Não	13 – 29,55	5 – 11,91			
<b>Transtorno mental comum paterno<sup>b</sup></b>					
Sim	17 – 38,64	10 – 23,81	2,02	(0,80 – 5,13)	0,141
Não	27 – 61,36	32 – 76,19			
<b>Alcoolismo paterno<sup>c</sup></b>					
Sim	15 – 34,09	9 – 21,43	1,90	(0,72–4,98)	0,193
Não	29 – 65,91	33 – 78,57			
<b>Escolaridade paterna</b>					
≤ 4ª série do ensino fundamental	33 – 75,00	20 – 47,62	3,30	(1,33 – 8,22)	0,009*
> 4ª série do ensino fundamental	11 – 25,00	22 – 52,38			
<b>Situação ocupacional paterna</b>					
Trabalha	30 – 68,18	29 – 69,05	1,04	(0,42 – 2,59)	0,931
Não trabalha	14 – 31,82	13 – 30,95			

<sup>a</sup>  $\chi^2$  teste

<sup>b</sup> QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos

<sup>c</sup> CAGE

Tabela 3: Associação entre estado nutricional e variáveis relacionadas à paternidade e ao perfil sócio-demográfico das famílias estudadas após regressão logística.

<b>Variáveis</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p<sup>a</sup></b>
	<b>Ajustada</b>	<b>Ajustado</b>	
<b><u>Variáveis relacionadas à paternidade</u></b>			
<b>Marido ou companheiro da mãe é o pai biológico da criança?</b>			
Sim	7,13	(1,76 – 30,40)	0,006*
Não			
<b>Transtorno mental comum paterno</b>			
Sim	1,74	(0,59 – 5,12)	0,314
Não			
<b>Alcoolismo paterno</b>			
Sim	1,08	(0,31–3,77)	0,903
Não			
<b>Escolaridade paterna</b>			
≤ 4ª série do ensino fundamental	2,28	(0,82 – 6,36)	0,114
> 4ª série do ensino fundamental			
<b><u>Variáveis sócio-demográficas</u></b>			
<b>Número de residentes no domicílio</b>			
>4	8,44	(2,58 –27,59)	<0,001*
≤4			
<b>Classe econômica</b>			
D+E	1,79	(0,36 – 9,02)	0,481
C			
<b>Número de &lt; de 18 anos no domicílio</b>			
≤ 2	2,13	(0,10 – 47,15)	0,632
> 2			

<sup>a</sup> teste *WALD*



## 5 DISCUSSÃO

A percentagem de mulheres que vivem com companheiros na região Nordeste é de 64,1% (BRASIL, 2008). Esse valor se aproxima do encontrado por esse estudo nas famílias de crianças eutróficas, 68,8%, mas é bem menor que o encontrado nas famílias de crianças desnutridas, 73,3%. Uma possível explicação para esse fato é que, segundo o PNDS 2006, há no país uma associação entre precocidade de entrada na vida conjugal e o baixo nível de instrução do cônjuge. Isso é, indivíduos com baixo nível de escolaridade casam-se mais cedo, Essa associação foi também observada nesse estudo, onde os casos possuem uma percentagem maior de pais com baixo nível de escolaridade, 75%, quando comparados com os controles, 47,6% (BRASIL, 2008).

No tocante a desnutrição infantil e a situação conjugal materna não foi encontrada associação significativa, nesse estudo. Isso contrasta com o resultado de um estudo caso-controle realizado em Botucatu – SP, por Carvalhaes & Benício (2005), que identificaram uma chance de 2,8 (IC95% 1,49 – 5,26) para a associação entre a desnutrição infantil aguda e a ausência de companheiro residindo com a mãe da criança, independente de renda *per capita* e nível de escolaridade materna.

Entretanto, para Bustamante & Trad (2007) o modelo de família nuclear constituído por um casal e seus filhos não é suficiente para compreender as relações familiares existentes na sociedade brasileira, principalmente nas camadas mais pobres da população. E, quando se refere a um processo crônico, como o déficit estatural infantil, a mulher, mesmo sem a presença de um companheiro pode ter apoio de outras fontes, na medida em que conta com uma rede de suporte social ampla (exemplificar). (DEAVE, *et al.*, 2008). Além de que a relação mãe/criança está mais fortemente associada com o bem-estar infantil, quando comparada à relação pai/criança principalmente nos primeiros anos de vida (KING, SOBOLEWSKI, 2006).

Porém, quando analisada isoladamente, a baixa escolaridade do pai apresentou forte associação com a desnutrição (OR 3,3; IC95% 1,33 – 8,22). Dados semelhantes foram encontrados por Ribas *et al.* (1999), os quais demonstraram uma associação entre baixa escolaridade do chefe de família e alta prevalência de desnutrição crônica na cidade de Campo Grande, MS, Brasil. Ainda, segundo os mesmos autores, o baixo nível de escolaridade tem relação direta com a empregabilidade e nível de renda do chefe de família. Por sua vez, Núñez-Rocha *et al.* (1998) demonstraram um risco aumentado para desnutrição crônica em pré-escolares do sexo feminino cujas famílias possuíam chefes com ocupações não

qualificadas (OR 3,1; IC 95% 1,2 – 8,3) e que possuíam uma baixa remuneração (OR 2,4; IC95% 1,1 – 5,1).

É importante salientar que a comparação entre escolaridade paterna obtida nesse estudo com estudos que trazem como risco para desnutrição a escolaridade do chefe de família é limitada, pois nem todas as famílias possuem como chefe a figura paterna. O PNDS 2006 (BRASIL, 2008) mostra uma tendência para o aumento de famílias onde a chefia é ocupada por mulheres. Na região Nordeste entre as mulheres de 45 a 49 anos de idade, 30,7% ocupam a posição de chefia do domicílio.

Somando-se a esses resultados, observou-se no presente estudo que transtornos mentais comuns paternos e uso abusivo de álcool apresentaram-se com tendência a se constituir em fatores de riscos para a desnutrição infantil. Outras pesquisas demonstram uma associação entre o uso problemático de álcool na família e transtorno mental comum da mãe como fatores de risco independente para a desnutrição infantil (CARVALHAES, BENÍCIO, 2002; MIRANDA *et al.*, 1996).

Embora não relacionadas à paternidade o número de residentes no domicílio maior que 4 pessoas, classe econômica mais baixa (D,E) e mais de 2 indivíduos menores de 18 anos residindo no domicílio apresentaram-se como variáveis sócio-demográficas fortemente associadas a desnutrição infantil quando analisadas individualmente. A coletivização da renda familiar e sua distribuição para garantir o bem-estar de seus membros ficam comprometidas em famílias numerosas e nas pertencentes a classes sociais mais baixas, sendo uma possível explicação para a alta associação entre número de pessoas residindo no domicílio, classe econômica baixa e desnutrição infantil. Engstrom & Anjos (1999) em uma pesquisa populacional, utilizando dados secundários do PNDS 1989, mostraram associação entre baixa renda familiar e déficit estatural em crianças com uma razão de chances 11 vezes maior para o primeiro quartil inferior de renda. Outro estudo realizado por Guimarães *et al.* (1999) também mostraram associação inversa entre renda familiar e chances de baixa estatura em pré-escolares (OR 3,4; IC95% 1,5 – 8,0).

Por sua vez, Carvalhaes & Benício (2002) encontraram uma fraca associação para número de filhos e estado nutricional da criança. Isso pode ser devido à idade das crianças pesquisadas por essas autoras que foi de até 23 meses, pois segundo Bustamente & Trad (2007) as famílias tendem a dispensar um maior cuidado para as crianças mais novas.

No presente estudo a análise da regressão logística indica que as famílias que possuem mais de 4 indivíduos residindo no domicílio possuem 8 vezes mais chances de terem crianças desnutridas quando comparadas aquelas que possuem um número menor de pessoas. Dados

condizentes com os encontrados por Guimarães *et al.* (1999) que demonstraram uma chance aumentada para déficit de estatura em mais de 3 vezes, em pré-escolares cujas famílias possuem um número elevado de pessoas no domicílio.

Das variáveis relacionadas à paternidade a única que se mostrou como um fator de risco independente para a desnutrição infantil foi o fato do companheiro da mãe não ser o pai biológico da criança. Foi observado, nesse estudo, que as chances das crianças que residem com padrastos serem desnutridas são 7 vezes maiores do que as chances de crianças que residem com ambos os pais biológicos.

É dada, por parte dos cônjuges, grande importância ao filho biológico, fato que pôde ser observado por Borlot & Trindade (2004) que mostraram que elementos de representação social do filho biológico: consanguinidade, descendência e semelhanças físicas servem para atestar a virilidade masculina.

Nesta direção, Tokumaru & Bergamin (2005) verificaram que quando se compara as crianças que moram com um padrasto com aquelas que vivem com ambos os pais biológicos, percebe-se que as primeiras são menos privilegiadas em relação aos cuidados dispensados por ambos os pais. Ainda segundo o mesmo estudo, os padrastos se envolvem menos com a criança que os pais biológicos. Eles parecem restringir essa relação a atividades relacionadas ao transporte da criança, como levá-la à escola, ficando sob responsabilidade materna alimentação, higiene e educação da criança. Isso indica que as mães que vivem com os padrastos de seus filhos dividem menos tarefas com o parceiro que as mães que vivem com os pais biológicos de seus filhos.

É importante destacar que apesar de ser um trabalho sobre paternidade os informantes da pesquisa foram as mães das crianças devido a dificuldade de se ter o pai como informante primário, as quais encontram-se detalhadas no apêndice B. Diante do exposto fica evidente a necessidade de se desenvolver metodologias para se pesquisar sobre paternidade e sua relação com o cuidado infantil.

**CONCLUSÕES**

## 6 CONCLUSÕES

A análise da regressão logística indica que a única variável relacionada à paternidade que permanece associada a desnutrição infantil crônica foi a não paternidade biológica da criança, quando consideradas simultaneamente todas as variáveis. Já dentre as variáveis sócio-demográficas, na regressão logística, apenas o número elevado de residentes no domicílio se constituiu como fator de risco independente para desnutrição.

O fato do pai ou substituto não possuir atividade remunerada, ser alcoolista e apresentar transtornos mentais comuns não se constituiu em fator de risco para a desnutrição infantil. Outra variável que não apresentou associação com o déficit estatural na infância foi a presença ou não de companheiro da mãe residindo no mesmo domicílio com a criança.

Escolaridade paterna mostrou-se associada à desnutrição quando analisada isoladamente, mas esta associação não permanece quando a variável é considerada em conjunto com as outras na regressão logística. Apresentaram o mesmo comportamento, dentre as variáveis sócio-demográficas, pertencer às classes econômicas mais baixas e apresentar mais que 2 indivíduos menores de 18 anos residindo no domicílio.

Diante do exposto, a discussão sobre a paternidade e suas implicações na desnutrição infantil deve ser ampliada, fazendo-se necessário uma maior quantidade de estudos enfocando a masculinidade e a paternidade. É importante também, no que se refere à associação com o estado nutricional infantil, repensar as construções sociais de família, paternidade e maternidade.

**REFERÊNCIAS**

## 7 REFERÊNCIAS

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – Critério de Classificação Econômica Brasil – [www.abep.org](http://www.abep.org)
- Andrade RP, Costa NRA, Rossetti-Ferreira MC. Significações de paternidade adotiva: um estudo de caso. *Paidéia*; 2006, 16(34), 241-252.
- Andreoli SB et al. Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras. *Rev. Saúde Pública*. 1994; 28 (4): 249-260.
- Anoop S, Saravanan B, Joseph A, Cherian A, Jacob KS. Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India. *Arch Dis Child*. 2004; 89: 325–329.
- Antwi S. Malnutrition: missed opportunities for diagnosis. *Ghana Medical Journal*. 2008; 42(3): 101- 104.
- Aronson RE, Whitehead TL, Baber WL. Challenges to Masculine Transformation Among Urban Low-Income African American Males. *Am J Public Health*. 2003; 93: 732–741.
- Bhan MK, Bhandari N, Bahl R. Management of the severely malnourished child: perspective from developing countries. *BMJ*. 2003; 326: 146–51.
- Bhoomika RK, Shobini LR, Chandramouli BA. Cognitive development in children with chronic protein energy Malnutrition. *Behavioral and Brain Functions*. 2008, 4(31). visualizado em <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/4/1/31>.
- Borlot AMM, Trindade ZA. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*. 2004; 9(1): 63-70.
- Bordin IA, Paula CS. Versão brasileira do World Studies of Abuse in Family Environments – wordSAFE. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo. 1999.
- Brasil, Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - Relatório. Brasília, DF. 2008. 583p.
- Brito RS, Oliveira EMF. La opinión del padre acerca de la lactancia materna. *Rev. Rene*. 2006a; 7(1): 9-16.
- Brito RS, Oliveira EMF. Amamantamiento materno: cambios ocurridos en la vida conyugal del padre. *Rev. gaúcha enferm*. 2006b; 27(2): 193-202.
- Bustamante V. Ser pai no subúrbio ferroviário de salvador: um estudo de caso com homens de camadas populares *Psicologia em Estudo*. 2005; 10(3):393-402.
- Bustamante V, Trad LAB. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(6):1865-1874.

Bustamante V, Trad LAB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(5):1175-1184.

Carvalhaes MABL, Benicio MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(2): 188-197.

Carvalhaes MABL, Benício MHD, Barros AJD. Social support and infant malnutrition: a case-control study in an urban area of Southeastern Brazil. *British Journal of Nutrition*. 2005; 94: 383-389.

Carvalhaes MABL, Benicio MHD. Desnutrição no segundo ano de vida e cuidado psicossocial: estudo caso-controle em área urbana do Sudeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2311-2318.

Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008; 8: 30. Visualizado em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>.

Devereux A. A paternidade na França: entre igualização dos direitos parentais e lutas ligadas às relações sociais de sexo. *Soc. estado*. 2006; 21(3): 607-624.

Eickmann SH, Lira PIC, Lima MC, Coutinho SB, Teixeira MLPD, Ashworth A. Breast feeding and mental and motor development at 12 months in a low-income population in northeast Brazil. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2007; 21:129-137.

Engstrom EM, Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(3): 559-567.

Fernandes BS. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. *Estudos Avançados*. 2003; 17(48): 77-92.

Fernandez AC, Cintra IP, Sawaya AL, Fisberg M, Silva AC. Metabolic and cardiovascular responses to maximal and submaximal exercise in eutrophic and stunted girls. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2000; 46(4): 312-319.

Ferreira HS, Assunção ML, Vasconcelos VS, Melo FP, Oliveira CG, Santos, TO. Health of marginalized populations: undernutrition, anemia and intestinal parasitic infections among children of a slum of the "Homeless Movement", Maceió, Alagoas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2002; (2): 177-185.

Fletcher R, Silberberg S, Galloway D. New Fathers' Postbirth Views of Antenatal Classes: Satisfaction, Benefits, and Knowledge of Family Services. *Journal of Perinatal Education*. 2004; 13(3): 18-26.

Forte WCN, Gonzales CCL, Carignani S, Mimica I. Evaluation of polymorphonuclear neutrophils in moderate malnutrition. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 1999; 45(2): 147-151.

- Friedewald M, Fletcher R, Fairbairn H. All-Male Discussion Forums for Expectant Fathers: Evaluation of a Model. *Journal of Perinatal Education*. 2005; 14(2): 8–18
- Freitas WMF, Coelho EAC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(1):137-145.
- Frota MA, Barroso MGT. Desnutrição infantil na família: causa obscura. SOBRAL: UVA; 2003. 160p.
- Greenland, S. Invited Commentary: Variable Selection versus Shrinkage in the Control of Multiple Confounders. *Am J Epidemiol*. 2008; 167: 523–529.
- Guimarães LV, Latorre MRDO, Barros MBA. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(3): 605-615.
- Harpham T, Huttly S, Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 1060–1064.
- Hasselmann MH, Reichenheim, ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2006; 20: 299–311
- Hughes S, Kelly P. Interactions of malnutrition and immune impairment, with specific reference to immunity against parasites. *Parasite Immunology*. 2006; 28(11): 577-588.
- Kapoor SK, Anand K. Nutritional transition: a public health challenge in developing countries. *J. Epidemiol. Community Health*. 2002; 56: 804-805.
- King V, Sobolewski JM. Nonresident Fathers' Contributions to Adolescent Well-Being. *J Marriage Fam*. 2006; 68(3): 537–557.
- Levandowski DC. Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. *Estud. psicol*. 2001; 6(2): 195-209.
- Lima MC, Motta MEFA, Santos EC, Silva GAP. Determinants of impaired growth among hospitalized children: a case-control study. *Sao Paulo Med. J*. 2004; 122(3): 117-123.
- Liu J, Raine A, Venables PH, Sarnoff A, Mednick SA. Malnutrition at Age 3 Years and Externalizing Behavior Problems at Ages 8, 11, and 17 Years *Am J Psychiatry*. 2004; 161(11): 2005–2013.
- Maitland K, Berkley JA, Shebbe M, Peshu N, English M, Newton CRJC. Children with Severe Malnutrition: Can Those at Highest Risk of Death Be Identified with the WHO Protocol? *PLoS Medicine*. 2006; 12(3): 2431-2439.
- Marri IG, Wajnman S. Esposas como principais provedoras de renda familiar. *R. bras. Est. Pop*. 2007; 24,(1): 19-35.
- Miranda CT, et al. Mental Health of the Mothers of Malnourished Children. *International Journal of Epidemiology*. 1996; 25(1): 128 -133.

- Moestue H, Huttly S. Adult education and child nutrition: the role of family and community. *J. Epidemiol. Community Health*. 2008; 62: 153-159.
- Magnus P, Gjessing HK, Skrondal A, Skjærven R. Paternal contribution to birth weight. *J. Epidemiol. Community Health*. 2001; 55: 873-877.
- Müller O, Krawinkel M. Malnutrition and health in developing countries. *CMAJ*. 2005; 173(3): 279-86.
- Núñez-Rocha GM, Bullen-Navarro M, Castillo-Treviño BC, Solís-Pérez E. Desnutrición en prescolares de familias migrantes. *salud pública de méxico*. 1998; 40(3): 248-255
- Onis M, Frongillo EA, Blössner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(10): 1222-1233.
- Paulo IMA, Madeira AMF. Ter um filho desnutrido: o significado para as mães. *Reme: Rev. Min. Enferm*. 2006; 10(1): 12-17.
- Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasil*. 2001; 47(1) 65-9.
- Perucchi J, Beirão AM. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. *Psic. Clin*. 2007; 19(2):57-69.
- Psoter WJ, Reid BC, Katz RV. Malnutrition and Dental Caries: A Review of the Literature *Caries Res*. 2005; 39(6): 441-447.
- Ribas DLB, Philippi ST, Tanaka ACd'A, Zorzatto JR. Saúde e estado nutricional infantil de uma População da região Centro-Oeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1999; 33 (4): 358-65.
- Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78 (10): 1207-1221.
- Santana VS, Almeida Filho N, Rocha CO, Matos AS. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31 (6) 556-565.
- Santos-monteiro J, Guedes RCA, Castro RM, Carbral Filho JE. Estimulação psicossocial e plasticidade cerebral em desnutridos. *Bras. Saude Mater. Infant*. 2002; 2(1): 15-22.
- Scott RP. Matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cad. Pesq*. 1990; 73: 38-47.
- Silva MR, Piccinini, CA. Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia Campinas*. 2007; 24(4) 561-573.

Simpore J *et al.* Nutrition rehabilitation of undernourished children utilizing Spiruline and Misola. *Nutrition Journal*. 2006; 5(3). Visualizado em: <http://www.nutritionj.com/content/5/25/03/2009> às 10:00hs

Soares NT, Parente WG. Malnutrition and results of rehabilitation in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. *Rev. Nutr.* 2001; 14(2): 103-110.

Tahon M. Paternidade, maternidade e cidadania: questões atuais no quadro canadense. *Soc. estado*. 2006; 21(3): 625-642.

Teixeira JC, Heller L. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, MG. *Rev. bras. epidemiol.* 2004; 7(3): 270-278.

Tokumar RS, Bergamin MP. Uma abordagem evolucionista das relações pais-filhos e padrastos-enteados. In Garcia, A. (Ed), *Relacionamento Interpessoal: Olhares Diversos*. Vitória: GM Gráfica e Editora. 2005. p. 29-40.

Vasconcelos FAG. Avaliação nutricional de coletividades. Florianópolis: UFSC; 1993. p. 20.

Victoria CG, *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008; 371(9609): 340–357.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2006) WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-forlength, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO.

**Apêndices**

## **A p ê n d i c e A: Artigo 1**

### **Paternidade e desnutrição: Um estudo caso-controle**

**Bruno cleiton Macedo do Carmo**

**Cláudio torres de Miranda**

#### **Resumo**

A desnutrição infantil é uma doença que tem suas raízes na pobreza, ocasionada por deficiências nutricionais decorrentes da insuficiente ingestão de macro e/ou micronutrientes. Nos países em desenvolvimento ainda se constitui em um grande problema de saúde pública tornando-se um dos grandes vilões da morbidade e mortalidade infantil. Nesse estudo procurou-se investigar se há associação entre paternidade e desnutrição infantil crônica. Trata-se de um estudo caso-controle em que casos são famílias com crianças desnutridas crônicas moderadas e graves, na faixa etária entre seis e sessenta meses de idade. A amostra foi composta por 60 famílias casos e 61 famílias controles. Após a regressão logística se apresentaram com forte associação para desnutrição infantil crônica o número elevado de residentes no domicílio (OR 8,44; IC95% 2,58 – 27,59) e a não paternidade biológica da criança (OR 7,13; IC95% 1,76 – 30,40). Encontrou-se, nesse estudo, associação entre fatores ligados à paternidade e desnutrição infantil com destaque para a não paternidade biológica.

#### **Abstract**

Child malnutrition is a disease that has his roots in poverty and it is caused by nutrition's deficiencies from insufficient ingestion of macro and/or micronutrients. In developing countries malnutrition still is an important public health problem. It is one of the main causes of children morbidity and mortality. The aim of the study was to investigate if there is association between the paternal role and chronic child malnutrition. It is a study control-case where cases are families with moderate and serious chronic undernourished children with age between six and sixty months old. The sample was composed by sixty case families and sixty-one control families. Through logistic regression it was shown a strong association between chronic child malnutrition and the high number of home residents (OR 8,44; 95%CI 2,58 - 27,59) and with the presence of father-in-law (OR 7,13; 95%IC 1,76 - 30,40). In conclusion, there was an association between some paternal characteristics and child malnutrition, but the

discussion about the paternity and his implications in child malnutrition should be subject of further research.

**Keywords:** Infantile malnutrition; Paternity; Mental health and Alcoholism

## **Introdução**

### **Desnutrição infantil:**

A desnutrição infantil é uma doença que tem suas raízes na pobreza, ocasionada por deficiências nutricionais decorrentes da insuficiente ingestão de macro e/ou micronutrientes (HUGHES, KELLY 2006; PAULO, MADEIRA, 2006). A privação de nutrientes nos primeiros anos de vida está relacionada a alterações significativas em vários aspectos do crescimento e desenvolvimento do indivíduo como diminuição da estatura, circunferência da cabeça, baixos quocientes de inteligência verbal e não verbal, redução na capacidade de realizar trabalho, maior vulnerabilidade às infecções, problemas bucais, entre outras complicações; o que a torna um dos grandes vilões da morbidade e mortalidade infantil (EICKMANN *et al*, 2007; SOARES, PARENTE, 2006; FERNANDEZ *et al*, 2000; FORTE *et al*, 1999; PSOTER, *et al.*, 2005; BHOOMIKA, *et al.*, 2008; HUGHES, KELLY, 2006; BHAN, *et al.*, 2003; RICE, *et al.*, 2000; VICTORA, *et al.*, 2008).

Nos países em desenvolvimento de todas as crianças abaixo de 5 anos de idade 38% apresentam algum grau de desnutrição crônica e 9% aguda. (MÜLLER, KRAWINKEL, 2005) constituindo-se em um grande problema de saúde pública (KAPOOR, ANAND *et al*, 2002; SANTOS-MONTEIRO *et al*, 2002; ANTWI, 2008; SIMPORE *et al.*, 2006). Apesar das transformações econômicas, sociais e demográficas pelas quais passou a sociedade brasileira nas últimas décadas, a desnutrição continua sendo uma preocupação quando se estuda a saúde infantil (FERNANDES, 2003). Em locais de extrema pobreza, como em uma favela do movimento dos sem teto em Maceió-AL, a prevalência do déficit estatural pode chegar a 22,6% (FERREIRA *et al.*, 2002).

### **Desnutrição infantil e cuidado infantil**

A relação entre a vida familiar e a desnutrição começou a ganhar fôlego nas discussões acadêmicas a partir da década de 1990 com a compreensão de que a renda familiar *per capita*, apesar de ser um fator importante, não é a única esfera da família que está associada ao processo de desnutrição (CARVALHES, BENÍCIO, 2002; PAULO, MADEIRA, 2006). A criação dos filhos no âmbito da família se associa com educação e o cuidado com

necessidades básicas de saúde, atenção e afeto enxergando na díade criar/cuidar um eixo norteador para o bom crescimento e desenvolvimento da criança (BUSTAMANTE, TRAD, 2005). A família é a instituição social responsável pelos cuidados com a criança ficando então reconhecida como sendo de extrema importância na determinação do seu estado nutricional (BRITO, OLIVEIRA, 2006a; 2006b).

Várias pesquisas vêm sendo publicadas relatando alguns fatores que podem comprometer a capacidade da família criar/cuidar de suas crianças e sua relação com a desnutrição sendo que essas pesquisas, em sua maioria, têm como foco de estudo a mãe da criança. Dentre os fatores identificados estão: saúde mental materna, alcoolismo, escolaridade, situação conjugal materna, inteligência materna e violência doméstica (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2006; HARPHAM, *et al.*, 2005; MIRANDA *et al.*, 1996; CARVALHAES, BENICIO, 2002, 2006; ANOOP, 2004).

Porém, Atualmente o processo de cuidar está, também, intimamente relacionado ao conceito de parentalidade que segundo Tahon (2006) são papéis parentais desempenhados por adultos, junto aos filhos, constituindo tarefas como: alimentar, educar, dar atenção e afeto.

### **Paternidade**

Na atualidade, as alterações nas relações familiares vêm modificando o significado da paternidade, onde o sentir-se pai pode ser entendido e vivido como um direito e um dever. Neste contexto o homem pode exprimir seus sentimentos e participar do cuidado com o filho sem o estigma da afirmação sexual e o filho pode ter um pai participativo dos cuidados e da afetividade. Essa mudança não depende exclusivamente do desejo de ser um “novo pai” ultrapassa os limites da instituição familiar e se torna um campo de discussão no âmbito social (FREITAS, *et al.*, 2007).

A participação paterna no cuidado de crianças vem se modificando concomitantemente as alterações sociais das relações entre gêneros no âmbito familiar. Durante muito tempo concebeu-se uma percepção de casal formado por um “pai provedor” e por uma “mãe guardiã do lar e educadores dos filhos” (DEVEREUX, 2006). Reconhece-se nessas concepções uma divisão sexual do trabalho, onde homens e mulheres têm formas diferentes de cuidar dos filhos, ficando para o homem a responsabilidade de provedor econômico da família e para a mulher as tarefas domésticas e responsabilidades sobre a educação dos filhos e com a saúde infantil (MARRI, WAJNMAN, 2007; SILVA, PICCININI, 2007).

A partir do século XX com a entrada da mulher no mercado de trabalho formal, passando esta a contribuir de forma significativa com a renda familiar, o papel do pai como único provedor vem se modificando (TAHON, 2006), refletindo-se numa maior igualdade, presente nos casais contemporâneos na definição do papel materno e paterno. A figura paterna assumiu, então, novas responsabilidades no cuidado e criação dos filhos (PERUCCHI, BEIRÃO, 2007; BUSTAMANTE, 2005).

O conhecimento sobre a participação do homem na vida familiar e na esfera reprodutiva é ainda escasso, devido à preferência de se estudar aspectos relacionados à feminilidade em detrimento a masculinidade (BUSTAMANTE, 2005). Apesar disso, as mudanças sociais e culturais têm promovido iniciativas públicas e de programas de apoio ao homem. Agora seu papel dentro da família começa a ser sendo visto como tendo implicações sociais e econômicas a curto e longo prazo (FRIEDEWALD, *et al.*, 2005).

Na assistência pré-natal, por exemplo, no passado não era dada nenhuma atenção ao pai da criança que estava por vir. Isso começa a mudar, apesar dos programas de educação pré-natal não darem a atenção ou formação devida aos homens em aspectos como os cuidados com a criança (FLETCHER, *et al.*, 2004).

É notório também que a mulher conta com uma rede de suporte bem maior que os homens em relação aos cuidados com os filhos (DEAVE, *et al.*, 2008). Essa rede de suporte é constituída de familiares, programas públicos de saúde e políticas públicas que historicamente privilegiam as mulheres.

Mas, toda essa nova concepção de masculinidade e conseqüentemente paternidade diferem entre famílias de diferentes condições socioeconômicas, étnicas, educacionais e culturais. Nas camadas populares, a figura paterna ainda encontra-se fortemente vinculada ao papel de provedor e os cuidados com a saúde da criança continuam sendo de responsabilidade materna (BUSTAMANTE, 2005 BUSTAMANTE, TRAD, 2005).

Neste sentido, o PNDS 2006 mostrou que ainda recaem sobre a mulher as decisões finais sobre aspectos relacionados à família como saúde infantil, alimentação e gastos para as necessidades diárias do lar (BRASIL, 2008).

Além dos cuidados corporais e com a saúde das crianças serem atribuições da maternidade, principalmente na concepção das camadas mais populares (SCOTT, 1990; ANDRADE, 2006), os vínculos das mães com seus filhos são bem mais fortes do que os do pai (PERUCCHI, BEIRÃO, 2007; MARRI, WAJNMAN, 2007), isso se deve a clara divisão, por sexo, do trabalho onde a mulher fica restrita ao ambiente doméstico. Nas famílias onde o homem não consegue atuar como provedor, papel que lhe é designado socialmente, ou seja,

quando ocorre a impossibilidade de cumprir suas “obrigações” econômicas ele termina por se afastar das decisões domésticas e frequentemente tende a perder o vínculo com a criança, nem tanto por falta de interesse, mas por uma imposição social (BUSTAMANTE, TRAD, 2005).

Apesar do crescente número de famílias onde as mulheres vivem sozinhas com seus filhos, há situações em que a presença de um homem faz às vezes da figura paterna, podendo ser esse homem desde algum parente consanguíneo até um novo companheiro da mãe da criança. Corriqueiramente quando o pai biológico tenta ter uma participação mais efetiva na vida da criança encontra oposição nos novos companheiros da mãe como também em sua rede de apoio social (ARONSON, *et al.*, 2003) determinando, por vezes, um convívio conflituoso e tenso entre pai biológico e substituto.

### **Paternidade e Desnutrição infantil**

Pouco se sabe sobre a relação paternidade e desnutrição infantil, nas poucas pesquisas que trazem alguma informação sobre essa relação, a paternidade apresenta-se mascarada em variáveis como escolaridade do chefe da família e situação conjugal materna (HASSELMANN, REICHENHEIM, 2006; CARVALHAES, *et al.*, 2005).

Algumas características em relação à paternidade já foram descritas como fatores de risco para a desnutrição infantil. Carvalhes *et al.* (2005) constataram que o fato da mãe não estar vivendo com marido ou companheiro está associado à desnutrição infantil. Já, Núñez-Rocha *et al.* (1998) detectaram como fatores de risco, indiretamente relacionados à paternidade, ocupação não qualificada do chefe de família e quando este exerce função em que não é bem remunerado.

Por sua vez, Magnus *et al.* (2001) em um estudo com a população norueguesa sobre a contribuição paterna no baixo peso ao nascer chegou à conclusão que o baixo peso paterno ao nascer é um preditor significativo e independente de baixo peso ao nascer em seus descendentes.

Hasselmann & Reichenheim (2006) observaram que quando algum dos pais possui envolvimento com álcool ou drogas ilícitas aumentam as chances destes terem filhos desnutrindo, sendo maiores as chances quando ambos os pais possui envolvimento.

Apesar de alguns trabalhos abordando a importância da paternidade em situações-chaves do cuidado infantil, ao longo dos anos não se percebe um aumento significativo do número de estudos publicados. A figura do pai parece ter sido esquecida como fundamental no processo de criar/cuidar da criança (LEVANDOWSKI, 2001). Entendendo-se que a família é fundamental no processo de cuidar e que o pai tem um papel importante nesta

instituição social, o presente estudo investigou a associação entre paternidade e desnutrição infantil em famílias carentes da cidade de Maceió.

### **Matérias e métodos**

Trata-se de um estudo caso-controle em que os casos são famílias de crianças desnutridas moderadas e graves, na faixa etária entre seis e sessenta meses de idade, atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) - Maceió, e controles são famílias de crianças eutróficas na mesma faixa etária e oriundas da mesma comunidade dos casos.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o processo de nº 006369/2008–32.

As variáveis estudadas foram agrupadas em variáveis relacionadas à paternidade e variáveis sócio-demográficas:

Dentre as variáveis relacionadas ao pai foram estudadas: presença de pai ou substituto residindo no domicílio; paternidade biológica ou não do companheiro da mãe da criança; saúde mental; alcoolismo; escolaridade e situação ocupacional. As variáveis sócio-demográficas escolhidas para estudo foram: Classe econômica, número total de residentes no domicílio e número de menores de 18 anos de idade residentes no domicílio.

Para coleta de dados foram utilizados três questionários: Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) para avaliação da saúde mental que além de tratar sobre questões relacionadas a tratamentos psiquiátricos e uso de drogas psicofarmacológicas é composto por outras questões que abrangem os sinais e sintomas mais frequentes dos transtornos psiquiátricos (Santana *et al.*, 1997 Andreoli *et al.*, 1994). Para avaliar o consumo de álcool foi empregado o questionário CAGE (PAZ FILHO *et al.* 2001) que é constituído por quatro questões referentes ao anagrama *Cut-down, annoyed, guilty* e *eye-opener* e avalia a suspeita de alcoolismo. Todas as outras variáveis foram avaliadas através das Seções H e J do Questionário WorldSAFE (*World Studies of Abuse in the Family Environment*) - Brasil 1999 (BORDIN, PAULA, 1999) que diz respeito as características do domicilio e condições socioeconômicas.

O estado nutricional das crianças foi diagnosticado pelos nutricionistas do CREN - Maceió. Para ser considerada desnutrida a criança devia apresentar um DP  $\leq$  -2 para o índice altura/idade do padrão de referência da WHO (2006).

A análise dos dados foi realizada utilizando o teste *t-student* para comparação entre médias, o teste  $X^2$  para comparação entre as variáveis não-paramétricas, assumindo o valor de

$p < 0,05$  para significância estatística e foi realizado o cálculo da *odds ratio* (OR) com intervalo de confiança de 95% para verificação da associação entre estado nutricional e características paterna e variáveis sócio-demográficas das famílias do estudo.

Utilizou-se, ainda a regressão logística em que as variáveis com  $p \leq 0,2$  foram incluídas no modelo de análise (GREENLAND, 2008). Para verificação da significância foi utilizado o teste WALD

### **Resultados:**

A amostra foi composta por 60 famílias de crianças desnutridas (casos) e 61 famílias de crianças eutróficas (controles). A média etária materna, em anos, foi de 30,78 (DP 8,18) para os casos e de 29,39 (DP 7,67) para os controles, já a média etária paterna foi de 36,25 (DP 11,23) para os casos e 32,86 (DP 7,61) para os controles. A faixa etárias das crianças foram avaliadas em meses e o resultado obtido foi uma média de 41,50 (DP 14,12) para as crianças casos e 45,52 (DP 9,62) para as crianças controles. Não foi observada diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias dos casos e controles ( $p > 0,05$ ).

Não foi encontrada diferença significativa entre casos e controles referente a situação conjugal da mãe da criança ( $p > 0,05$ ). Em relação as variáveis sócio-demográficas todas as estudadas apresentaram diferenças significantes entre o grupo caso e o controle ( $p < 0,05$ ). Sendo assim, as famílias de crianças desnutridas pertencem a classes econômicas mais baixas, possuem um número maior de pessoas residindo sobre o mesmo teto, além de ter um número maior de filhos (tabela 1).

Nas famílias onde a mãe da criança possuía marido ou companheiro foram analisadas as variáveis relacionadas à paternidade, sendo elas: Paternidade biológica; transtorno mental comum paterno; alcoolismo paterno; escolaridade e situação ocupacional paterna. Apenas paternidade biológica e escolaridade paterna apresentaram diferenças significativamente estatística entre os casos e controles ( $p < 0,05$ ). Percebe-se então, que as crianças desnutridas residem mais com padrastos e seus pais ou substitutos possuem um nível de escolaridade mais baixo quando compara-se com crianças eutróficas (tabela 2).

Após a análise de cada variável isoladamente foi montado um modelo de regressão logística com as que apresentaram  $p < 0,20$ , (GREENLAND, 2008), sendo elas: transtornos mentais paternos, alcoolismo paterno, escolaridade paterna, classe econômica, número de residentes no domicílio, número de indivíduos menores de 18 anos residentes no domicílio e paternidade biológica. Dentre todas as variáveis analisadas a não paternidade biológica e mais

de 4 pessoas residindo no domicílio se mostraram como fatores de risco independentes para desnutrição infantil (tabela 3)

## **Discussão**

A percentagem de mulheres que vivem com companheiros na região Nordeste é de 64,1% (BRASIL, 2008). Esse valor se aproxima do encontrado por esse estudo nas famílias de crianças eutróficas, 68,8%, mas é bem menor que o encontrado nas famílias de crianças desnutridas, 73,3%. Uma possível explicação para esse fato é que, segundo o PNDS 2006, há no país uma associação entre precocidade de entrada na vida conjugal e o baixo nível de instrução do cônjuge. Isso é, indivíduos com baixo nível de escolaridade casam-se mais cedo, Essa associação foi também observada nesse estudo, onde os casos possuem uma percentagem maior de pais com baixo nível de escolaridade, 75%, quando comparados com os controles, 47,6%.

No tocante a desnutrição infantil e a situação conjugal materna não foi encontrada associação significativa, nesse estudo. Isso contrasta com o resultado de um estudo caso-controle realizado em Botucatu – SP, por Carvalhaes & Benício (2005), que identificaram uma chance de 2,8 (IC95% 1,49 – 5,26) para a associação entre a desnutrição infantil aguda e a ausência de companheiro residindo com a mãe da criança, independente de renda *per capita* e nível de escolaridade materna.

Entretanto, para Bustamante & Trad (2007) o modelo de família nuclear constituído por um casal e seus filhos não é suficiente para compreender as relações familiares existentes na sociedade brasileira, principalmente nas camadas mais pobres da população. E, quando se refere a um processo crônico, como o déficit estatural infantil, a mulher, mesmo sem a presença de um companheiro pode ter apoio de outras fontes, na medida em que conta com uma rede de suporte social ampla (DEAVE, *et al.*, 2008). Além de que a relação mãe/criança está mais fortemente associada com o bem-estar infantil, quando comparada à relação pai/criança principalmente nos primeiros anos de vida (KING, SOBOLEWSKI, 2006).

Porém, quando analisada isoladamente, a baixa escolaridade do pai apresentou forte associação com a desnutrição (OR 3,3; IC95% 1,33 – 8,22). Dados semelhantes foram encontrados por Ribas *et al.* (1999), os quais demonstraram uma associação entre baixa escolaridade do chefe de família e alta prevalência de desnutrição crônica na cidade de Campo Grande, MS, Brasil. Ainda, segundo os mesmos autores, o baixo nível de escolaridade tem relação direta com a empregabilidade e nível de renda do chefe de família. Por sua vez, Núñez-Rocha *et al.* (1998) demonstraram um risco aumentado para desnutrição crônica em

pré-escolares do sexo feminino cujas famílias possuíam chefes com ocupações não qualificadas (OR 3,1; IC 95% 1,2 – 8,3) e que possuíam uma baixa remuneração (OR 2,4; IC95% 1,1 – 5,1).

É importante salientar que a comparação entre escolaridade paterna obtida nesse estudo com estudos que trazem como risco para desnutrição a escolaridade do chefe de família é limitada, pois nem todas as famílias possuem como chefe a figura paterna. O PNDS 2006 (BRASIL, 2008) mostra uma tendência para o aumento de famílias onde a chefia é ocupada por mulheres. Na região Nordeste entre as mulheres de 45 a 49 anos de idade, 30,7% ocupam a posição de chefia do domicílio.

Somando-se a esses resultados, observou-se no presente estudo que transtornos mentais comuns paternos e uso abusivo de álcool apresentaram-se com tendência a se constituir em fatores de riscos para a desnutrição infantil. Outras pesquisas demonstram uma associação entre o uso problemático de álcool na família e transtorno mental comum da mãe como fatores de risco independente para a desnutrição infantil (CARVALHAES, BENÍCIO, 2002; MIRANDA *et al.*, 1996).

Embora não relacionadas à paternidade o número de residentes no domicílio maior que 4 pessoas, classe econômica mais baixa (D,E) e mais de 2 indivíduos menores de 18 anos residindo no domicílio apresentaram-se como variáveis sócio-demográficas fortemente associadas a desnutrição infantil quando analisadas individualmente. A coletivização da renda familiar e sua distribuição para garantir o bem-estar de seus membros ficam comprometidas em famílias numerosas e nas pertencentes a classes sociais mais baixas, sendo uma possível explicação para a alta associação entre número de pessoas residindo no domicílio, classe econômica baixa e desnutrição infantil. Engstrom & Anjos (1999) em uma pesquisa populacional, utilizando dados secundários do PNDS 1989, mostraram associação entre baixa renda familiar e déficit estatural em crianças com uma razão de chances 11 vezes maior para o primeiro quartil inferior de renda. Outro estudo realizado por Guimarães *et al.* (1999) também mostraram associação inversa entre renda familiar e chances de baixa estatura em pré-escolares (OR 3,4; IC95% 1,5 – 8,0).

Por sua vez, Carvalhaes & Benício (2002) encontraram uma fraca associação para número de filhos e estado nutricional da criança. Isso pode ser devido à idade das crianças pesquisadas por essas autoras que foi de até 23 meses, pois segundo Bustamente & Trad (2007) as famílias tendem a dispensar um maior cuidado para as crianças mais novas.

No presente estudo a análise da regressão logística indica que as famílias que possuem mais de 4 indivíduos residindo no domicílio possuem 8 vezes mais chances de terem crianças

desnutridas quando comparadas aquelas que possuem um número menor de pessoas. Dados condizentes com os encontrados por Guimarães *et al.* (1999) que demonstraram uma chance aumentada para déficit de estatura em mais de 3 vezes, em pré-escolares cujas famílias possuem um número elevado de pessoas no domicílio.

Das variáveis relacionadas à paternidade a única que se mostrou como um fator de risco independente para a desnutrição infantil foi o fato do companheiro da mãe não ser o pai biológico da criança. Foi observado, nesse estudo, que as chances das crianças que residem com padrastos serem desnutridas são 7 vezes maiores do que as chances de crianças que residem com ambos os pais biológicos.

É dada, por parte dos cônjuges, grande importância ao filho biológico, fato que pôde ser observado por Borlot & Trindade (2004) que mostraram que elementos de representação social do filho biológico: consanguinidade, descendência e semelhanças físicas servem para atestar a virilidade masculina.

Nesta direção, Tokumaru & Bergamin (2005) verificaram que quando se compara as crianças que moram com um padrasto com aquelas que vivem com ambos os pais biológicos, percebe-se que as primeiras são menos privilegiadas em relação aos cuidados dispensados por ambos os pais. Ainda segundo o mesmo estudo, os padrastos se envolvem menos com a criança que os pais biológicos. Eles parecem restringir essa relação a atividades relacionadas ao transporte da criança, como levá-la à escola, ficando sob responsabilidade materna alimentação, higiene e educação da criança. Isso indica que as mães que vivem com os padrastos de seus filhos dividem menos tarefas com o parceiro que as mães que vivem com os pais biológicos de seus filhos.

## **Conclusão**

A análise da regressão logística indica que a única variável relacionada à paternidade que permanece associada a desnutrição infantil crônica foi a não paternidade biológica da criança, quando consideradas simultaneamente todas as variáveis. Já dentre as variáveis sócio-demográficas, na regressão logística, apenas o número elevado de residentes no domicílio se constituiu como fator de risco independente para desnutrição.

O fato do pai ou substituto não possuir atividade remunerada, ser alcoolista e apresentar transtornos mentais comuns não se constituiu em fator de risco para a desnutrição infantil. Outra variável que não apresentou associação com o déficit estatural na infância foi a presença ou não de companheiro da mãe residindo no mesmo domicílio com a criança.

Escolaridade paterna mostrou-se associada à desnutrição quando analisada isoladamente, mas esta associação não permanece quando a variável é considerada em conjunto com as outras na regressão logística. Apresentaram o mesmo comportamento, dentre as variáveis sócio-demográficas, pertencer às classes econômicas mais baixas e apresentar mais que 2 indivíduos menores de 18 anos residindo no domicílio.

Diante do exposto, a discussão sobre a paternidade e suas implicações na desnutrição infantil deve ser ampliada, fazendo-se necessário uma maior quantidade de estudos enfocando a masculinidade e a paternidade. É importante também, no que se refere à associação com o estado nutricional infantil, repensar as construções sociais de família, paternidade e maternidade.

#### **Agradecimentos:**

À Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Alagoas

#### **Referências:**

1. Hughes S, Kelly P. Interactions of malnutrition and immune impairment, with specific reference to immunity against parasites. *Parasite Immunology*. 2006; 28(11): 577-588.
2. Paulo IMA, Madeira AMF. Ter um filho desnutrido: o significado para as mães. *Rev. Min. Enferm.* 2006; 10(1): 12-17.
3. Eickmann SH, Lira PIC, Lima MC, Coutinho SB, Teixeira MLPD, Ashworth A. Breast feeding and mental and motor development at 12 months in a low-income population in northeast Brazil. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2007; 21:129-137.
4. Soares NT, Parente WG. Malnutrition and results of rehabilitation in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. *Rev. Nutr.* 2001; 14(2): 103-110.
5. Fernandez AC, Cintra IP, Sawaya AL, Fisberg M, Silva AC. Metabolic and cardiovascular responses to maximal and submaximal exercise in eutrophic and stunted girls. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2000; 46(4): 312-319.
6. Forte WCN, Gonzales CCL, Carignani S, Mimica I. Evaluation of polymorphonuclear neutrophils in moderate malnutrition. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 1999; 45(2): 147-151.
7. Psoter WJ, Reid BC, Katz RV. Malnutrition and Dental Caries: A Review of the Literature *Caries Res.* 2005 ; 39(6): 441-447.
8. Bhoomika RK, Shobini LR, Chandramouli BA. Cognitive development in children with chronic protein energy Malnutrition. *Behavioral and Brain Functions*. 2008, 4(31). visualizado em <http://www.behavioralandbrainfunctions.com/content/4/1/31>.

9. Bhan MK, Bhandari N, Bahl R. Management of the severely malnourished child: perspective from developing countries. *BMJ*. 2003; 326: 146–51.
10. Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78 (10): 1207–1221
11. Victora CG, *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008; 371(9609): 340–357.
12. Müller O, Krawinkel M. Malnutrition and health in developing countries. *CMAJ*. 2005; 173(3): 279-86.
13. Kapoor SK, Anand K. Nutritional transition: a public health challenge in developing countries. *J. Epidemiol. Community Health*. 2002; 56: 804-805
14. Santos-monteiro J, Guedes RCA, Castro RM, Carbral Filho JE. Estimulação psicossocial e plasticidade cerebral em desnutridos. *Bras. Saude Mater. Infant*. 2002; 2(1): 15-22.
15. Antwi S. Malnutrition: missed opportunities for diagnosis. *Ghana Medical Journal*. 2008; 42(3): 101- 104.
16. Simpre J *et al.* Nutrition rehabilitation of undernourished children utilizing Spiruline and Misola. *Nutrition Journal*. 2006; 5(3). Visualizado em: <http://www.nutritionj.com/content/5/25/03/2009> às 10:00hs.
17. Fernandes BS. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. *Estudos Avançados*. 2003; 17(48): 77-92.
18. BRASIL, Ministério da Saúde. PNDS 2006 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - Relatório. Brasília, DF. 2008. 583p.
19. Ferreira HS, Assunção ML, Vasconcelos VS, Melo FP, Oliveira CG, Santos, TO. Health of marginalized populations: undernutrition, anemia and intestinal parasitic infections among children of a slum of the "Homeless Movement", Maceió, Alagoas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2002; (2): 177-185.
20. Carvalhaes MABL, Benicio MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(2): 188-197.
21. Bustamante V, Trad LAB. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(6):1865-1874.
22. Brito RS, Oliveira EMF. La opinión del padre acerca de la lactancia materna. *Rev. Rene*. 2006a; 7(1): 9-16.
23. Brito RS, Oliveira EMF. Amamantamiento materno: cambios ocurridos en la vida conyugal del padre. *Rev. gaúcha enferm*. 2006b; 27(2): 193-202.

24. Hasselmann MH, Reichenheim, ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2006; 20: 299–311
25. Harpham T, Huttly S, Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 1060–1064.
26. Miranda CT, et al. Mental Health of the Mothers of Malnourished Children. *International Journal of Epidemiology*. 1996; 25(1): 128 -133.
27. Carvalhaes MABL, Benicio MHD. Desnutrição no segundo ano de vida e cuidado psicossocial: estudo caso-controle em área urbana do Sudeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2311-2318.
28. Anoop S, Saravanan B, Joseph A, Cherian A, Jacob KS. Maternal depression and low maternal intelligence as risk factors for malnutrition in children: a community based case-control study from South India. *Arch Dis Child*. 2004; 89: 325–329.
29. Tahon M. Paternidade, maternidade e cidadania: questões atuais no quadro canadense. *Soc. estado*. 2006; 21(3): 625-642.
30. Freitas WMF, EACC, Silva ATMC. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(1):137-145.
31. Devereux A. A paternidade na França: entre igualização dos direitos parentais e lutas ligadas às relações sociais de sexo. *Soc. estado*. 2006; 21(3): 607-624.
32. Marri IG, Wajnman S. Esposas como principais provedoras de renda familiar. *R. bras. Est. Pop.* 2007; 24,(1): 19-35.
33. Silva MR, Piccinini, CA. Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia Campinas*. 2007; 24(4) 561-573
34. Perucchi J, Beirão AM. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. *Psic. Clin*. 2007; 19(2):57-69.
35. Bustamante V. Ser pai no subúrbio ferroviário de salvador: um estudo de caso com homens de camadas populares *Psicologia em Estudo*. 2005; 10(3):393-402.
36. Friedewald M, Fletcher R, Fairbairn H. All-Male Discussion Forums for Expectant Fathers: Evaluation of a Model. *Journal of Perinatal Education*. 2005; 14(2): 8–18.
37. Fletcher R, Silberberg S, Galloway D. New Fathers' Postbirth Views of Antenatal Classes: Satisfaction, Benefits, and Knowledge of Family Services. *Journal of Perinatal Education*. 2004; 13(3): 18-26.
38. Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2008; 8: 30. Visualizado em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/8/30>.
39. Scott RP. Matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cad. Pesq*.1990; 73: 38-47.

40. Andrade RP, Costa NRA, Rossetti-Ferreira MC. Significações de paternidade adotiva: um estudo de caso. *Paidéia*; 2006, 16(34), 241-252.
41. Aronson RE, Whitehead TL, Baber WL. Challenges to Masculine Transformation Among Urban Low-Income African American Males. *Am J Public Health*. 2003; 93: 732-741
42. Carvalhaes MABL, Benício MHD, Barros AJD. Social support and infant malnutrition: a case-control study in an urban area of Southeastern Brazil. *British Journal of Nutrition*. 2005; 94: 383-389.
43. Núñez-Rocha GM, Bullen-Navarro M, Castillo-Treviño BC, Solís-Pérez E. Desnutrición en prescolares de familias migrantes. *salud pública de méxico*. 1998; 40(3): 248-255
44. Magnus P, Gjessing HK, Skrandal A, Skjærven R. Paternal contribution to birth weight. *J. Epidemiol. Community Health*. 2001; 55: 873-877.
45. Levandowski DC. Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. *Estud. psicol*. 2001; 6(2): 195-209.
46. Santana VS, Almeida Filho N, Rocha CO, Matos AS. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31 (6) 556-565.
47. Andreoli SB et al. Estrutura fatorial do questionário de morbidade psiquiátrica de adultos aplicado em amostras populacionais de cidades brasileiras. *Rev. Saúde Pública*. 1994; 28 (4): 249-260.
48. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasil*. 2001; 47(1) 65-9.
49. Bordin IA, Paula CS. Versão brasileira do World Studies of Abuse in Family Environments – wordSAFE. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo. 1999.
50. WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2006) 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: WHO.
51. Greenland, S. Invited Commentary: Variable Selection versus Shrinkage in the Control of Multiple Confounders. *Am J Epidemiol*. 2008; 167: 523-529.
52. Bustamante V, Trad LAB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(5):1175-1184.
53. King V, Sobolewski JM. Nonresident Fathers' Contributions to Adolescent Well-Being. *J Marriage Fam*. 2006; 68(3): 537-557.

54. Ribas, DLB, Philippi ST, Tanaka ACd'A, Zorzatto JR. Saúde e estado nutricional infantil de uma População da região Centro-Oeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1999; 33 (4): 358-65.
55. Engstrom EM, Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(3): 559-567.
56. Guimarães LV, Latorre MRDO, Barros MBA. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. *Cad. Saúde Pública*. 1999; 15(3): 605-615
57. Borlot AMM, Trindade ZA. As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de Psicologia*. 2004; 9(1): 63-70.
58. Tokumaru RS, Bergamin MP. Uma abordagem evolucionista das relações pais-filhos e padrastos-enteados. In Garcia, A. (Ed), *Relacionamento Interpessoal: Olhares Diversos*. Vitória: GM Gráfica e Editora. 2005. p. 29-40.

Tabela 1: Associação entre estado nutricional e situação conjugal materna e variáveis relacionadas ao perfil sócio-demográfico das famílias estudadas.

Variáveis	Desnutridos	Eutróficos	OR	IC 95%	p <sup>a</sup>
	N - %	N - %			
<b>Situação conjugal materna no último ano</b>					
Residiu com companheiro	44 – 73,33	42 – 68,85	0,80	(0,37 – 1,77)	0,58
Não residiu com companheiro	16 – 26,67	19 – 31,15			
<b>Classe econômica</b>					
D+E	56 – 93,33	49 – 80,33	3,43	(1,04 – 11,32)	0,035*
C	4 – 6,67	12 – 19,67			
<b>Número de residentes no domicílio</b>					
>4	46 – 76,67	29 – 47,54	3,63	(1,66 – 7,92)	0,001*
≤4	14 – 23,33	32 – 52,46			
<b>Número de &lt; de 18 anos no domicílio</b>					
≤ 2	16 – 26,67	31 – 50,82	2,84	(1,33 – 6,08)	0,007*
> 2	44 – 73,33	30 – 49,18			

<sup>a</sup>  $\chi^2$  teste

Tabela 2: Associação entre estado nutricional e variáveis paternas nas famílias onde a mãe da criança possuía marido ou companheiro no último ano.

Variáveis	Desnutridos	Eutróficos	OR	IC 95%	p <sup>a</sup>
	N - %	N - %			
<b>Marido ou companheiro da mãe é o pai biológico da criança?</b>					
Sim	31 – 70,45	37 – 88,09	3,10	(1 – 9,67)	0,046*
Não	13 – 29,55	5 – 11,91			
<b>Transtorno mental comum paterno<sup>b</sup></b>					
Sim	17 – 38,64	10 – 23,81	2,02	(0,80 – 5,13)	0,141
Não	27 – 61,36	32 – 76,19			
<b>Alcoolismo paterno<sup>c</sup></b>					
Sim	15 – 34,09	9 – 21,43	1,90	(0,72–4,98)	0,193
Não	29 – 65,91	33 – 78,57			
<b>Escolaridade paterna</b>					
≤ 4ª série do ensino fundamental	33 – 75,00	20 – 47,62	3,30	(1,33 – 8,22)	0,009*
> 4ª série do ensino fundamental	11 – 25,00	22 – 52,38			
<b>Situação ocupacional paterna</b>					
Trabalha	30 – 68,18	29 – 69,05	1,04	(0,42 – 2,59)	0,931
Não trabalha	14 – 31,82	13 – 30,95			

<sup>a</sup>  $\chi^2$  teste<sup>b</sup> QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos<sup>c</sup> CAGE

Tabela 3: Associação entre estado nutricional e variáveis relacionadas à paternidade e ao perfil sócio-demográfico das famílias estudadas após regressão logística.

<b>Variáveis</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p<sup>a</sup></b>
	<b>Ajustada</b>	<b>Ajustado</b>	
<b><u>Variáveis relacionadas à paternidade</u></b>			
<b>Marido ou companheiro da mãe é o pai biológico da criança?</b>			
Sim	7,13	(1,76 – 30,40)	0,006*
Não			
<b>Transtorno mental comum paterno</b>			
Sim	1,74	(0,59 – 5,12)	0,314
Não			
<b>Alcoolismo paterno</b>			
Sim	1,08	(0,31–3,77)	0,903
Não			
<b>Escolaridade paterna</b>			
≤ 4ª série do ensino fundamental	2,28	(0,82 – 6,36)	0,114
> 4ª série do ensino fundamental			
<b><u>Variáveis sócio-demográficas</u></b>			
<b>Número de residentes no domicílio</b>			
>4	8,44	(2,58 –27,59)	<0,001*
≤4			
<b>Classe econômica</b>			
D+E	1,79	(0,36 – 9,02)	0,481
C			
<b>Número de &lt; de 18 anos no domicílio</b>			
≤ 2	2,13	(0,10 – 47,15)	0,632
> 2			

<sup>a</sup> teste *WALD*

**Apêndice B: Artigo 2****Dificuldades em ter o homem como informante primário em pesquisas epidemiológicas sobre os cuidados infantis.****Bruno cleiton Macedo do Carmo****Cláudio torres de Miranda****Marcos Antonio Eleutério da Silva****Resumo:**

Historicamente, foram construídos papéis sociais para homens e mulheres e esses determinam como cada indivíduo age de acordo com o sexo. Não é diferente quando se examinam essas relações de gênero na família, sendo definidas as responsabilidades de cada membro. A participação paterna no cuidado de crianças vem se modificando concomitantemente às alterações no âmbito familiar. Contudo, devido ao papel exercido pelas mulheres dentro da família, estas são constantemente consideradas informantes privilegiadas em pesquisas sobre a família e sobre os filhos. Ao se estudar o papel do homem na família, principalmente em pesquisas epidemiológicas, várias dificuldades podem ser encontradas. O objetivo do estudo foi descrever as principais dificuldades enfrentadas ao se escolher a paternidade como objeto de estudo para uma pesquisa sobre desnutrição infantil em uma comunidade de extrema pobreza, tendo sido escolhido o pai como informante primário. As principais dificuldades encontradas foram: escassez de informantes nos locais de coleta de dados, falta de informações por parte do homem sobre a criança e a mãe, além da dificuldade de verbalização de sentimentos. Diante das dificuldades e não querendo mudar a paternidade como objeto de estudo foi decidido pela utilização de informantes secundários para obter-se os dados da pesquisa, buscando-se minimizar os vieses de informação. Uma vez que haja dificuldades em se ter homens como informantes primários em pesquisas sobre o cuidado infantil, pode-se optar pela escolha da mãe como informante principal em pesquisas epidemiológicas, principalmente as que enfocam os cuidados com a criança, evitando os possíveis vieses da informação.

**Palavras-chave: vieses de informação, informante secundário, paternidade.**

**Abstract:**

Historically, were constructed social roles for men and women to determine how these individuals act according to sex. The same happens when to examines the gender relations in the family, what define the responsibilities of each member. The paternal involvement in child care has been changing concomitant the changes in the formation family. However, due to the role that women still perform within the family, they are constantly considered privileged informants in research about the family and the children. When studying the role of man in the family, especially in epidemiological studies, several difficulties may be encountered. The aim of this study was to describe the main difficulties faced when choosing fatherhood as the object of study for a research on child malnutrition in a community of extreme poverty, when the father was chosen as primary informant. The main difficulties encountered were: few informants on the sites from data collection, lack of informations from the man on the child and the mother, besides the difficulty of verbalization of feelings. In the face of difficulties and not wanting to change the paternity as object of study was decided to use the informants to obtain secondary data from research, however the bias of information were minimized . Once that there is difficulty in maintain men as primary informants in research on child care, it can opt for the choice of the mother as primary informant in epidemiological studies, especially those that focus the care of the child, avoiding the possible biases of the information.

**INTRODUÇÃO**

A participação paterna no cuidado de crianças vem se modificando concomitantemente as alterações sociais das relações entre gêneros no âmbito familiar, outrora o pai era visto apenas como provedor e cabia à maternidade os cuidados com a educação dos filhos e os com a saúde infantil<sup>1,2</sup>. Com a introdução da mulher no mercado de trabalho e, muitas vezes, essa assumindo a função de provedora da família, o papel da figura paterna assumiu novas responsabilidades no cuidado e criação dos filhos<sup>3,4</sup>.

Essa nova concepção de paternidade difere entre famílias de diferentes condições socioeconômicas, étnicas, educacionais e culturais. Nas camadas populares, a figura paterna ainda encontra-se fortemente vinculada ao papel de provedor e os cuidados com a saúde da criança continuam sendo de responsabilidade feminina<sup>4,5</sup>.

Em pesquisas sobre o cuidado infantil a figura paterna é pouco valorizada quando comparada a materna devido ao papel social da mulher como responsável pelos cuidados com

a família<sup>2</sup>, devido também a esse papel as mulheres são constantemente consideradas informantes privilegiadas em pesquisas sobre a família e sobre os filhos<sup>5</sup>.

Vários autores trazem dificuldades em ter o homem como informantes primários em pesquisas epidemiológicas principalmente nas relacionadas aos cuidados com a família ou naquelas onde há a necessidade de comunicação ou expressão de aspectos subjetivos como nas pesquisas de enfoque psiquiátrico ou do uso de álcool e drogas ilícitas<sup>6</sup>.

Baseado no contexto acima o presente, tem-se como objetivo de descrever as principais dificuldades enfrentadas ao se escolher a paternidade como objeto de estudo para uma pesquisa sobre desnutrição infantil em uma comunidade de extrema pobreza, tendo sido escolhido o pai como informante primário.

## **METODOLOGIA**

Será abordada aqui a vivência do pesquisador ao tentar ter o pai como informante primário em um estudo caso-controle sobre desnutrição infantil e paternidade. Estudo esse realizado no programa de pós-graduação *stricto-senso* em nutrição da Universidade Federal de Alagoas que tem como população de estudo uma comunidade pobre vicinal ao campos universitário de Maceió.

No estudo caso-controle foi pleiteado verificar se existe associação entre paternidade e desnutrição, sendo os instrumentos de coleta de dados questionários validados para obter-se dados sócio-demográficos e informações sobre saúde mental e abuso de álcool, respectivamente as seções *H e J* do Questionário WorldSAFE – Brasil<sup>7</sup>, SRQ -20 (*Self-report questionnaire* versão vinte)<sup>8</sup> e CAGE<sup>9</sup>.

A coleta de dados das famílias das crianças desnutridas foi realizada no CREN (Centro de Recuperação e Educação Nutricional) localizado dentro da própria comunidade e os das famílias do grupo controle foram obtidos na creche local.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A primeira dificuldade encontrada na coleta de dados foi que as crianças eram levadas tanto para o CREN como para a creche na grande maioria das vezes por mulheres ou irmãos mais velhos. Isso se deve, em parte às atividades laborais do pai da criança, deixando sob responsabilidade materna os cuidados com a criança. Mesmo nas famílias onde o pai estava desempregado constatou-se que essa responsabilidade continuava sendo exclusivamente da

mãe e nas famílias onde apenas as mulheres trabalhavam ela era repassada aos irmãos mais velhos ou as avós das crianças que a levavam para a creche ou para o CREN. Durante três meses, numa frequência de 3 dias por semana, só foram conseguidas sete entrevistas com os pais.

Além dos cuidados corporais e com a saúde das crianças serem atribuições maternas, principalmente na concepção das camadas mais populares<sup>4,5,11,12</sup>, os vínculos das mães com seus filhos são bem mais fortes do que os do pai<sup>13</sup>, isso deve-se a clara divisão, por sexo, do trabalho onde a mulher fica restrita ao ambiente doméstico. Nas famílias onde o homem não consegue atuar como provedor, papel que lhe é designado socialmente, ele termina por se afastar das decisões domésticas e as vezes dos próprios filhos<sup>4,11</sup>.

Diante desta primeira dificuldade, optou-se usar entrevistas com horários marcados, sendo esses horários os mais convenientes para o pai, pouquíssimos pais marcaram as entrevistas ou compareceram aquelas previamente marcadas. Os que foram submetidos a entrevistas revelaram novas dificuldades em serem informantes primários na pesquisa. Dentre as quais podemos citar: baixa escolaridade e pouca compreensão dos significados das perguntas, constrangimentos diante das perguntas realizados pelo pesquisador e falta de informações sobre a criança e a mãe.

A escolaridade está diretamente relacionada à verbalização de sintomas psicológicos<sup>6</sup> e ao entendimento das perguntas realizadas por questionários utilizados em pesquisas de saúde mental, principalmente quando essas possuem um enfoque mais subjetivo como, por exemplo: “Você tem capacidade de fazer coisas que prestam?” “Você se sente uma pessoa sem valor?”.

O constrangimento também foi algo marcante durante as entrevistas com os pais das crianças, apesar de estas serem realizadas em um local reservado apenas na presença do entrevistador. Esse constrangimento pode ser explicado pela natureza íntima de algumas perguntas e pelo fato do pesquisador ser outro homem. Perguntas como: “Tem chorado mais do que de costume?” “Alguma vez você já pensou em se matar?” colocam em risco algumas representações sociais sobre a masculinidade, principalmente diante de outro homem desconhecido, o pesquisador.

A masculinidade é socialmente reconhecida e cobrada da figura paterna e está intimamente relacionada a idéia de força, controle e não-venerabilidade do homem<sup>14</sup>. Assumir atitudes como chorar ou franquezas diante das situações do dia a dia pode ser visto por muitos como uma perda da virilidade e conseqüentemente um motivo para se colocar em dúvida sua masculinidade a final “homem não chora”<sup>15</sup>. Assumir uma atitude mais reservada no que se

refere as suas experiências pessoais ajuda a reforçar a ideia de “homem de verdade” diante da sociedade<sup>16</sup>.

Com relação à falta de informação sobre a criança e a mãe percebeu-se que perguntas simples como data de nascimento da criança e idade da mãe eram desconhecidas por alguns homens entrevistados. Isso se deve também a construção sociocultural dos papéis masculino e feminino, pois o homem tem uma postura de superficialidade e praticidade direcionado apenas para o agir e realização de suas atividades<sup>16</sup>.

Diante dessas dificuldades e não querendo mudar a paternidade como objeto de estudo foi decidido pela utilização de informantes secundários para obter-se os dados da pesquisa e assim poder estudar a associação de algumas características e comportamento do homem com o estado nutricional do seu filho.

Isso causou um novo desafio que foi como evitar ou minimizar os vieses de informação quando se utiliza mulheres e cônjuges dos homens como informantes secundários. Várias pesquisas relatam os possíveis erros que podem ser gerados por informantes secundários, principalmente em pesquisas envolvendo questões subjetivas<sup>6,10</sup>.

Procurou-se, então um instrumento para verificar a saúde mental dos homens que pudesse ser respondido por suas esposas e que tivesse um nível aceitável de validade e confiabilidade das informações prestadas sobre o sujeito-índice. Em um trabalho sobre confiabilidade e vieses de aplicação do Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA) a informantes secundários comparando-os com informantes primários Santana *et al*<sup>6</sup> (1997) chegaram a conclusão que pelas dificuldades de se ter o homem como informante primário as esposas podem ser recomendadas como informantes secundárias na aplicação do QMPA em comunidades, pois estas produzem informações confiáveis. Adotou-se então o QMPA como instrumento para a verificação da saúde mental dos pais.

Com relação às outras variáveis do estudo continuou-se a utilizar os mesmos questionários, já que tradicionalmente grandes pesquisas vêm considerando a mãe a principal informante sobre dados referentes à criança e a família<sup>10</sup>.

## CONCLUSÃO

Pelas dificuldades apresentadas em se ter homens como informantes primários em pesquisas sobre o cuidado infantil pode-se optar pela escolha da mãe como informante principal em pesquisas epidemiológicas, principalmente as que enfocam saúde mental, sobre paternidade e os cuidados com a criança, respeitando os possíveis vieses da informação.

## REFERÊNCIAS

1. Marri IG, Wajnman S. Esposas como principais provedoras de renda familiar. *R. bras. Est. Pop.* 2007; 24,(1): 19-35.
2. Silva MR, Piccinini, CA. Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia Campinas.* 2007; 24(4) 561-573.
3. Perucchi J, Beirão AM. Novos arranjos familiares: paternidade, parentalidade e relações de gênero sob o olhar de mulheres chefes de família. *Psic. Clin.* 2007; 19(2):57-69.
4. Bustamante V. Ser pai no subúrbio ferroviário de salvador: um estudo de caso com homens de camadas populares *Psicologia em Estudo.* 2005; 10(3):393-402.
5. Bustamante V, Trad LAB. Participação paterna no cuidado de crianças pequenas: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cad. Saúde Pública.* 2005; 21(6):1865-1874.
6. Santana VS, Almeida Filho N, Rocha CO, Matos AS. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev. Saúde Pública.* 1997; 31 (6) 556-565.
7. Bordin IA, Paula CS. Versão brasileira do World Studies of Abuse in Family Environments – wordSAFE. Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo. 1999.
8. Mari JJ, Williams P . A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry.* 1986; 148: 23-6.
9. Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasil.* 2001; 47(1) 65-9.
10. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2002; 7(4):607-62.
11. Scott RP. Matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cad. Pesq.* 1990; 73: 38-47.
12. Andrade RP, Costa NRA, Rossetti-Ferreira MC. Significações de paternidade adotiva: um estudo de caso. *Paidéia;* 2006, 16(34), 241-252.
13. King V, Sobolewski JM. Nonresident Fathers' Contributions to Adolescent Well-Being. *J Marriage Fam.* 2006; 68(3): 537–557.
14. Costa RG. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. *Revista Brasileira de Estudos de População.* 2003; 20(1), 79-92.

15. Silva SG. Masculinidade na história: a construção cultural das diferenças entre os sexos. *Psicologia ciência e profissão*. 2000; 20 (3), 8-15.
16. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(3):825-829.



**Anexo A:** Parecer de autorização da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Alagoas.




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

Maceió – AL, 03/07/2008

Senhor (a) Pesquisador (a), Cláudio Torres de Miranda  
Bruno Cleiton Macedo do Carmo

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), reunido em 30/06/08 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº **006369/2008-32** sob o título **Paternidade e desnutrição: um estudo caso controle**, de sua autoria, vem por meio deste instrumento comunicar sua aprovação com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

Outrossim, recomendamos a observância do que consta na folha de rosto com respeito ao cumprimento dos prazos para entrega de relatórios, bem como o atendimento da referida Resolução da CONEP/CNS, quando for o caso (\*).

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

Esta carta de aprovação tem validade de um ano e poderá ser revalidada perante a apresentação do relatório de pesquisa.

(\*) Áreas temáticas especiais



Prof. Dr. Walter Matias Lim.  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa  
UFAL

**Anexo B:** Questionários utilizados no estudo.

**Estudo sobre Paternidade e Desnutrição**

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome da Criança: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Vive junto com M/C?

( ) SIM ( ) NÃO

Nome do M/C: \_\_\_\_\_

Idade da MI: \_\_\_\_\_ Idade do M/C: \_\_\_\_\_

Caso ( ) Controle ( )

Data da entrevista: \_\_\_\_\_

**WorldSAFE - *World Studies of Abuse in Family Environments***

***Seção H. Características do Domicílio***

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

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

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

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

Quadro ABEP

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

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

H.9. Na sua casa, quem está trabalhando atualmente (*trabalho remunerado*)?  
(*Não leia a lista. Marque todas as respostas possíveis*)

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

*Perguntas para MI se NÃO estiver trabalhando atualmente*

H.10c. Você esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

1 Sim (*Quanto tempo em meses* \_\_\_\_\_)  $\Rightarrow$  Pule para H.11c.

2 Não  $\Rightarrow$  H.10d. Você recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício (*bolsa família, renda mínima, etc*)?

1 Sim (*Qual:* \_\_\_\_\_)

2 Não

*Perguntas para M/C se NÃO estiver trabalhando atualmente*

H.11c. O M/C dos últimos 12 meses esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

1 Sim (*Quanto tempo em meses* \_\_\_\_\_)  $\Rightarrow$  Pule para H.18c.

2 Não  $\Rightarrow$  H.11d. Ele recebe aposentadoria, pensão, auxílio doença ou algum outro benefício?

1 Sim (*Qual:* \_\_\_\_\_)

2 Não

*Perguntas sobre Criança índice se NÃO estiver trabalhando atualmente*

H.18c. O <criança/adolescente índice> esteve trabalhando nos últimos 12 meses (*trabalho remunerado*)?

- 1 Sim (*Quanto tempo em meses \_\_\_\_\_*) ⇒ Pule para 24e
- 2 Não

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

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

---



---

H.14. Até que série você estudou (séries completas)?  
(*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)  
/ \_\_ / \_\_ / série(s)

*Se tiver M/C nos últimos 12 meses*

H.13. Até que série seu marido/companheiro estudou (séries completas)?  
(*Se não tiver completado nenhuma série, codifique 00*)  
/ \_\_ / \_\_ / série(s)  
8 Não sabe

**Seção J. Dados sócio-demográficos referentes ao domicílio**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto

QMPA	Mãe	M/C
1. Sofre de falta de apetite ?		
2. Tem dificuldade para dormir ?		
3. Se queixa de zumbidos nos ouvidos, agonia na cabeça ?		
4. Sente dores ou pontadas freqüentes na cabeça ?		
5. Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos ?		
6. Fica agressivo, explode com facilidade ?		
7. Fica período triste, com desânimo ?		
8. Sente bolo na garganta, queimação ou empachamento no estômago ?		
9. Sente tremores ou frieza nas mãos ?		
10. Tem com freqüência crises de irritação ?		
11. Tem dificuldade de aprender, lembrar ou entender coisas ?		
12. Consome bebida alcoólica ?		
13. As vezes fica parado, chorando muito ?		
14. Já pensou em dar fim na vida ?		
15. Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça ?		
16. Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental ?		
17. Já ficou sem falar ou enxergar ?		
18. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém ?		
19. Se embriaga pelo menos uma vez por semana ?		
20. Bebe diariamente ?		
21. Se queixa de palpitação ou aperto no coração ?		
22. Sofre de nervosismo ou está sempre intranquilo ?		
23. Se preocupa muito com doença ? Se queixa sempre ?		
24. Já sofreu um ataque depois de um susto ou contrariedade ?		
25. Tem medo excessivo de certas coisas, ou alguns bichos, ou de lugares fechados ou escuros ?		
26. Após fechar as portas verifica várias vezes se estão bem fechadas ?		
27. Se queixa de ouvir vozes ou vê coisas que os outros não vêem ?		
28. Fala coisas sem sentido, bobagens ?		
29. Fala ou ri sozinho ?		
30. Se acha perseguido, que estão querendo lhe fazer mal ?		
31. Sente que está sendo controlado por telepatia, por rádio ou espírito ?		
32. As vezes fica muito tempo numa posição estranha ?		
33. Fica períodos exageradamente alegre se saber porque ?		
34. Fica andando muito, cantando ou falando sem parar ?		
35. Já utilizou ou usa atualmente remédio para dormir ou acalmar os nervos ?		
36. Não consegue freqüentar a escola ?		
37. Sofre de acesso de loucura ?		
38. Sofre de retardamento mental ?		
39. Tem mania de limpeza ou arrumação ? exageradamente ?		
40. Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental ?		
41. Sofre de ataques, caindo no chão se batendo ?		
42. É dado ao uso de drogas ?		
43. Bebe exageradamente ?		
AS QUESTÕES ABAIXO REFEREM-SE À FAMÍLIA		
44. Não sabe se vestir, urina ou defesa nas roupas ?		
45. Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas ?		

Santana VS, Almeida Filho N, Rocha CO, Matos AS. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. *Rev. Saúde Pública.* 1997; 31 (6) 556-565.

**CAGE:**

CAGE	Mãe	M/C
Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?		
As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?		
O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?		
Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?		

Mansur e Monteiro 1983 *apud* Paz Filho GJ, Sato LJ, Tuleski MJ, Takata SY, Ranzi CCC, Saruhashi SY, et al. Emprego do questionário CAGE para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Rev Ass Med Brasil*. 2001; 47(1) 65-9.

~ FIM DA ENTREVISTA ~ Obrigado!