

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
MESTRADO EM NUTRIÇÃO

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O DEFICIT ESTATURAL
INFANTIL E CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS: REDE E
SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL DOS PAIS - ESTUDO
CASO CONTROLE**

CRISTIANNI GUSMÃO CAVALCANTE

MACEIÓ-2013

CRISTIANNI GUSMÃO CAVALCANTE

**AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O DEFICIT ESTATURAL
INFANTIL E CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS: REDE E
SUPORTE SOCIAL E SAÚDE MENTAL DOS PAIS - ESTUDO
CASO CONTROLE**

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

Orientador: Profº Dr. Claudio Torres de Miranda
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Alagoas

Co-Orientadora: Profº Dra. Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

MACEIÓ-2013



MESTRADO EM NUTRIÇÃO
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



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

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

**Avaliação da associação entre o déficit estatural infantil e características
psicossociais: rede e suporte social e saúde mental dos pais - estudo
caso controle**

por

CRISTIANNI GUSMAO CAVALCANTE

A Banca Examinadora, reunida aos 05 dias do mês de abril do ano de
2013, considera o(a) candidato(a) **APROVADO(A)**.

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

Prof. Dr. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Risia Cristina Egito de Menezes
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas

DEDICATÓRIA

Eu dedico às mães e crianças voluntárias desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter permitido o meu ingresso e minha conclusão nesta rede social.

À Universidade Federal de Alagoas pela oportunidade concedida.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas pelo fomento direcionado à ideia proposta.

Aos meus pais (Belarmina Gusmão e Cícero Guedes) pelo exemplo de vida, apoio e amor incondicional.

À minha filha pelo amor e carinho diário mesmo nos momentos que a minha atenção era dividida para ela e para a elaboração deste trabalho,

Ao meu maior apoio social nesta caminhada, Alan Lins. Exemplo de persistência, amizade, dedicação e resiliência.

Ao Professor Dr. Claudio Torres de Miranda pela paciência, ensinamentos, orientação, atenção e exemplo profissional.

À Professora Dra. Telma Maria De Menezes Toledo Florêncio, por todo apoio e orientação dada também nessa etapa da minha caminhada.

À Professora Dr^a Eduarda Cesse e a Professora Dr^a Risia Cristina Egito de Menezes por aceitar esse convite e por toda contribuição no trabalho de dissertação.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos que sempre acreditam no meu potencial.

As mães e crianças que participaram desta pesquisa;

Aos funcionários do CREN, Creche Denisson Menezes e da Unidade Básica de Saúde Denisson Menezes que, de diferentes formas, me ajudaram neste trabalho;

Ao grupo de pesquisa: Kézia Frias, Jamile Fero, Layse agradeço pelo auxílio e dedicação;

À turma de 2011 do Mestrado em Nutrição da UFAL;

Aos mestres que contribuíram com seu conhecimento durante toda caminhada acadêmica

Aos amigos do mestrado e a todos que contribuíram direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

No contexto atual de saúde dos países em desenvolvimento, a desnutrição ainda persiste como um problema de grande magnitude, principalmente nas crianças menores de cinco anos. Este agravo nutricional atinge principalmente populações expostas às condições sociais desfavoráveis. É responsável por elevado percentual de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento. As pesquisas investigam a associação entre desnutrição infantil e fatores demográficos, socioeconômicos e psicossociais. A associação deste problema de saúde pública com saúde mental materna é explorada por diversos autores no mundo. Já a associação da desnutrição com a saúde mental paterna possui referência escassa. Este fato é justificado em alguns trabalhos por causa do papel social que homens e mulheres exercem nas sociedades tradicionais. O homem com função praticamente exclusiva de provedor e a mãe com função doméstica e de cuidados com o filho. A rede e o suporte social são apresentados como forma de facilitar o enfrentamento das situações sociais difíceis vivenciadas por populações de baixa renda. Essa mediação é justificada pelo fato da família sentir-se apoiada emocionalmente ou/e materialmente. Desta forma melhorado a autoconfiança e a satisfação com a vida potencializando a capacidade de enfrentar problemas.

Palavras-chave: Desnutrição, família, saúde mental, laços sociais.

ABSTRACT

In the current context of health in developing countries, malnutrition persists as a problem of great magnitude, especially in children under five. This nutritional problem mainly affects people exposed to unfavorable social conditions. It accounts for a high percentage of infant mortality in developing countries. Research investigating the association between malnutrition and demographic, socioeconomic and psychosocial. The association of this public health problem with maternal mental health is explored by several authors in the world. The association of malnutrition with parental mental health has scant reference. This fact is justified in some jobs because of social roles that men and women engaged in traditional societies. The man with virtually exclusive provider role and function woman with domestic and child care. The network and social support are presented as a way to facilitate coping with difficult social situations experienced by low-income populations. This mediation is justified by the fact that the family feel supported emotionally and / or physically what makes improve confidence and satisfaction with life leveraging the ability to face problems.

Key words: Desnutrição, família, saúde mental, laços sociais

LISTA DE TABELAS

Artigo de resultados

		Pág.
Tabela 1	Associação entre desnutrição infantil e fatores de risco demográficos e socioeconômicos investigados entre casos e controles (N=98). Maceió/AL-2012	40
Tabela 2	Associação entre desnutrição infantil e saúde mental materna e paterna entre casos e controles. Maceió/AL-2012	41
Tabela 3	Associação entre desnutrição infantil e suporte social global e rede social em casos e controles (N=98). Maceió/AL-2012	42
Tabela 4	Modelo final de regressão logística múltipla, apresentando <i>odds ratio</i> com intervalo de confiança de 95% [OR (IC 95%)] dos fatores associados à desnutrição infantil.	43

Lista de abreviaturas

AI - Altura por Idade

CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional

OMS - Organização Mundial da Saúde

SRQ - *Self Reporting Questionnaire*

QMPA – Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA)

MOS-SSS - Medical Outcomes Study – Social Support Survey

T.C.L.E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMC – Transtorno Mental Comum

UNICEF- *United Nations Children's Fund*

DPE – Desnutrição energético-proteica

WHO - *World Health Organization*

DP – Desvio-padrão

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO GERAL.....	10
2. ARTIGO.....	14
2.1. Capítulo de revisão.....	15
2.2. Artigo de resultados	
Associação entre baixa estatura na infância e saúde mental dos pais	28
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
4. APÊNDICES.....	54
5. ANEXOS.....	57

1 INTRODUÇÃO GERAL

A desnutrição é um agravo à saúde causado pela inadequação quantitativa ou/e qualitativa da dieta ou decorrente de doenças que determinem o mau aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos. Essa doença tem causa multifatorial, pois engloba além dos fatores biológicos, fatores socioeconômicos, políticos e psicológicos (UNICEF, 1998; SANTOS, 2008).

A desnutrição infantil está diretamente associada à pobreza e o déficit estatural constitui o tipo de desnutrição mais representativa em países em desenvolvimento (SAWAYA, 2006).

Na infância uma nutrição adequada é crucial, pois os primeiros cinco anos de vida são decisivos na saúde da criança. Uma privação alimentar nesta faixa etária pode provocar prejuízos graves na saúde da criança em longo, médio e curto prazo. Isso porque esse é um período de rápido desenvolvimento cognitivo, linguístico, social, emocional e motor (OMS, 2008; SAWAYA, 2006).

Embora nos últimos anos o avanço no combate à desnutrição em crianças seja evidente, este agravo à saúde continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo (MONTE, 2000).

De acordo com dados da United Nations Children's Fund (UNICEF) a desnutrição atinge um quarto das crianças ao redor do mundo e 182 milhões (32.5%) apresentam baixa estatura para idade. A partir da situação crítica mundial com relação à desnutrição as Nações Unidas propuseram dois objetivos para o Desenvolvimento do Milênio relacionados com esse tema que são erradicar a extrema pobreza e a fome e reduzir a mortalidade infantil (UNICEF, 2006).

O Brasil está entre os países que vem continuamente reduzindo a porcentagem de desnutrição, como mostrado recentemente por Monteiro et al (2009). A redução da prevalência de déficit estatural caiu de 13,5% para 6,8% no

período entre 1996 e 2007, o que corresponderia a uma taxa média de declínio de 6,3% ao ano.

Este declínio pode ser explicado pela melhoria das condições socioeconômicas, escolaridade materna, saneamento básico e pelo maior acesso a serviços de saúde. Entretanto, a desnutrição ainda persiste como problema de saúde pública e é mais preocupante nas regiões Norte e Nordeste devido às suas diferenças socioeconômicas em relação às demais regiões do país (MONTEIRO et al., 2009).

Ferreira & Luciano (2010) em um estudo realizado em Alagoas encontraram uma prevalência de 10,4 % de déficit estatural em crianças menores de 5 anos de idade no estado. Já em Maceió, Silveira et al. (2010), demonstraram uma prevalência de 8,6% de crianças desnutridas crônicas residentes em favelas desta cidade.

O fato da desnutrição estar ligada a pobreza não significa dizer que ela apenas é fruto do baixo consumo de alimento. De acordo com o UNICEF (1998) a insegurança alimentar, a inadequação dos cuidados ofertados e a ineficiência dos serviços de saúde são fatores de risco que concorrem para comprometer o estado nutricional de crianças.

A família é a instituição social responsável pelos cuidados com a criança (BRITO & OLIVEIRA, 2006a; 2006b). Nesse contexto, os estudos sobre desnutrição infantil passaram a investigar fatores psicossociais e sociodemográficos que poderiam interferir na relação saudável entre pais e filhos (SURKAN *et al*, 2010; MACEDO 2010).

Com relação à associação entre desnutrição infantil e cuidados materno e paterno existe um direcionamento maior de responsabilidade da mãe e

marginalização do pai nessa discussão. Pesquisas que relacionam a desnutrição infantil e a saúde mental materna vêm sendo constantemente publicadas (SURKAN *et al*, 2010). Em contraposição, estudos que enfocam a participação masculina no âmbito da paternidade não vêm tendo lugar de destaque em pesquisas tanto internacionais como nacionais (LEVANDOWSKI, 2001). No Brasil esse fato poderia ser explicado pela construção social do papel feminino como cuidadora da família e rainha do lar (BUSTAMANTE & TRAD, 2005).

O suporte e a rede social têm sido citados como recursos importantes que podem facilitar o enfrentamento pelas famílias das diferentes situações estressantes do dia-a-dia e possivelmente prevenir seus efeitos negativos sobre o cuidado da mãe com a criança (COSTA & LUDEMIR, 2005; FORTES *et al*, 2011).

Diante do exposto, foi elaborada uma revisão da literatura e um artigo original para testar a hipótese da existência da associação entre desnutrição infantil e as variáveis: saúde mental dos pais, rede e suporte social direcionado à mãe levando em consideração fatores sócio-demográficos e econômicos selecionados.

2.1 Capítulo de revisão

Desnutrição

DEFINIÇÃO, CLASSIFICAÇÃO E CONSEQUÊNCIAS

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a desnutrição energético-proteica (DEP) significa um desequilíbrio entre o fornecimento de proteína e energia e a demanda do organismo para garantir suas funções e crescimento. Esse desequilíbrio inclui tanto a ingestão energética diminuída quanto a excessiva. O primeiro resulta em baixa estatura e peso e o último resulta em excesso de peso e obesidade (WHO, 1997).

Dessa forma a desnutrição na criança diagnosticada a partir do retardo no crescimento geralmente está relacionada aos primeiros anos de vida, à qualidade e/ou quantidade baixa dos alimentos ingeridos, além de ser comumente acompanhada por infecções (WHO, 1997).

A desnutrição pode ser diagnosticada através de exames clínicos e laboratoriais. No entanto, a OMS sugere, como instrumento rápido e de baixo custo, a utilização do exame antropométrico. Os índices antropométricos preconizados para a avaliação do estado nutricional de crianças são: altura/idade, peso/altura e peso/idade (WHO, 2006).

Através dos índices antropométricos é possível verificar se a desnutrição infantil tem caráter crônico ou agudo. O índice altura/idade indica o déficit estatural (*stunting*), que é caracterizado pela baixa estatura e está diretamente associada à pobreza, sendo utilizado na avaliação da desnutrição crônica. Esse tipo de desnutrição ocorre quando a criança recebe uma alimentação insuficiente (quantitativamente e/ou qualitativamente) durante longo período. O índice peso/altura tem a função de detectar o chamado emaciamento (*wasting*). Ele mostra a deficiência proteico-calórica causada em curto prazo. Já o

comprometimento do peso/idade (*underweight*), não tem grande utilidade na avaliação cronológica da perda de peso por não utilizar a altura. Dessa forma, a desnutrição é classificada em: baixa estatura ou nanismo nutricional, emagrecimento e o baixo peso (WHO, 2006).

Esses índices são apresentados na forma de percentil ou escore-z. Escore-z é o desvio da medida de um indivíduo, a partir do valor médio de uma população de referência, dividida pelo desvio padrão da população de referência de modo que, no caso de desnutrição infantil, identifique se as crianças encontram-se no intervalo considerado adequado (saudável) de altura, para as respectivas idades e sexo. Atualmente o padrão de referência para avaliação da desnutrição é o proposto pela World Health Organization - WHO, 2006. Se o escore-z é igual ou inferior a -3 desvio-padrão (DP), considera-se que existe desnutrição grave, e se entre 2 a -2,9 DP, desnutrição moderada e entre -1 a 0,9 desnutrição leve (WHO, 2006).

Na infância uma nutrição adequada é crucial, pois os primeiros cinco anos de vida são decisivos na saúde da criança, visto que esse é um período de rápido desenvolvimento cognitivo, linguístico, social, emocional e motor. A desnutrição na infância está associada com consequências a curto (morbidade e mortalidade) e em longo prazo (capacidade intelectual e produtividade econômica diminuída, doenças metabólicas cardiovasculares), como esquematizado por Black *et al* (2008).

EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia da desnutrição infantil é marcadamente diferente nos diversos países do mundo. No entanto, há uma predominância nos países em desenvolvimento, sobretudo em alguns bolsões de pobreza localizados nas periferias das grandes cidades. Além dessas variações, são observadas diferentes prevalências em contextos regionais, na mesma comunidade e até entre crianças da mesma família. Essas questões são pontos importantes a serem levados em conta no planejamento, intervenções e programas em uma dada comunidade (FLORÊNCIO *et al.*, 2001; MONTEIRO, 2003; SAWAYA, 2006).

A desnutrição infantil por déficit estatural está intimamente relacionada à pobreza, de acordo com Monteiro (2003), o bom estado nutricional da criança pressupõe o atendimento de um leque abrangente de necessidades humanas, que incluem não apenas a disponibilidade de alimentos, mas também a diversificação da dieta, condições salubres de moradia, o acesso à educação e a serviços de saúde, entre outras.

Nesse contexto a UNICEF propuseram dois objetivos para o Desenvolvimento do Milênio relacionados com o presente tema: erradicar a extrema pobreza e a fome e reduzir a mortalidade infantil (UNITED NATIONS, 2002).

Embora, os países venham movendo-se para alcançar os objetivos do Desenvolvimento do Milênio a desnutrição continua sendo um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo, principalmente em países em desenvolvimento (BLACK *et al.*, 2008).

O retardo no crescimento e o baixo peso ao nascer são responsáveis por 2,2 milhões de morte em crianças até cinco anos de idade no mundo (Black *et al.*,

2008). A nível global, no período de 1990 a 2010, houve uma redução na prevalência da baixa altura para idade de 40% para 27% em crianças de até cinco anos de idade (WHO, 2010).

O Brasil está entre os países que vem continuamente reduzindo a porcentagem de desnutrição, como mostrado por Monteiro *et al* (2009). A redução da prevalência de déficit estatural caiu de 13,5% para 6,8% no período entre 1996 e 2007, o que corresponderia a uma taxa média de declínio de 6,3% ao ano. A Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF de 2008-2009 mostrou que no Brasil o déficit de altura diminuiu com o aumento da renda: nos domicílios de menor renda, chegava a 11% para meninos e 9,6% para meninas, contra 3,3% e 2,1%, respectivamente, nos domicílios de maior renda (POF, 2010).

No Nordeste, de 1989 a 2008-09, o déficit de altura caiu de 24,5% para 7,9% em meninos e de 23,6% para 6,9% em meninas (POF, 2010)

O declínio das porcentagens da desnutrição caracterizada pela baixa estatura no Brasil pode ser explicado pela melhoria das condições socioeconômicas, escolaridade materna, saneamento básico e pelo maior acesso aos serviços de saúde (MONTEIRO *et al*, 2009).

Já em estudo realizado no estado de Alagoas, nordeste do Brasil, Ferreira & Luciano (2010) encontraram uma prevalência de 10,4 % de déficit estatural em crianças menores de 5 anos de idade no estado. Em sua capital, Maceió, Silveira *et al* (2010), demonstraram uma prevalência de 8,6% de crianças desnutridas crônicas residentes em favelas desta cidade. Esses dados ressaltam que a desnutrição ainda persiste como problema de saúde pública e é mais preocupante nas regiões Norte e Nordeste.

FATORES ASSOCIADOS À DESNUTRIÇÃO INFANTIL

A desnutrição é susceptível de ser influenciada por vários fatores tais como fatores biológicos, socioeconômicos, políticos e psicológicos (UNICEF, 1998).

Alguns fatores da desnutrição infantil crônica são mostrados por Monteiro (2003), entre eles o desmame precoce, a higiene precária na preparação dos alimentos, o déficit específico de vitaminas e minerais oriundos da alimentação e a incidência repetida de infecções, particularmente doenças diarreicas e parasitoses intestinais.

Já Solymos (2002) discute as porções socioeconômicas e ambientais ligada à desnutrição. Desta forma, a autora sugere uma classificação dos fatores de risco associados a desnutrição em dois grandes grupos macro e microambientais.

Os macroambientais são aqueles não controlados pelos indivíduos, como os sistemas político, econômico e social, no qual pode-se citar a pobreza, superpopulação, problemas ambientais, instabilidade social e insegurança. Já, os microambientais referem-se aos aspectos ligados à família, destacando-se a baixa renda, reduzido nível de instrução dos familiares, desemprego, família desestruturada, habitação inadequada, despreparo para a maternidade ou paternidade (SOLYMOS, 2002).

Vários autores apontam as práticas de cuidado com a criança e as condições maternas de vida como fatores psicossociais importantes na determinação da desnutrição (MIRANDA *et al*, 1996; RAHMAN *et al*, 2004; HARPHAM *et al*, 2005). O vínculo entre a mãe e filho tem sido descrito como importante fator na gênese da desnutrição (SURKAN, 2010). Isso porque, embora a desnutrição infantil esteja diretamente relacionada à população de baixa renda,

algumas mães conseguem manter seus filhos em bom estado de saúde mesmo em situações socioeconômicas e ambientais precárias. Esse achado alerta para coexistência de outros fatores além da oferta de alimentos. A inadequada alimentação e baixa qualidade dos cuidados oferecidos as crianças por suas mães podem ser decorrente do sofrimento mental que essas mães vivem, porém ainda não foi considerado para o desenvolvimento de intervenções apropriadas (MIRANDA *et al*, 1996).

Saúde mental materna

Nos países em desenvolvimento muitas vezes a mãe ocupa papel central e praticamente único no cuidado com a criança. São designados a ela cuidados básicos necessários para sobrevivência de seus filhos como saúde, alimentação e higiene (FREITAS *et al*, 2009). Condições emocionais precárias da mãe podem levar a um padrão geral de cuidado infantil inadequado que pode aumentar o risco de doenças, desnutrição ou retardo de desenvolvimento (HERRMAN *et al.*, 2006).

Saúde mental materna adequada é um estado de bem-estar em que a mãe descobre suas próprias habilidades de superar o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e sua capacidade de dar contribuição para sua comunidade. A saúde mental materna é especialmente importante frente à responsabilidade do cuidado com seu filho que nos primeiros anos de vida é totalmente dependente de cuidados secundários (HERRMAN *et al*, 2006).

Quando se trata de saúde mental no âmbito comunitário, em nível de atendimento primário, o Transtorno Mental Comum – TMC é a classe de transtornos mentais mais prevalente. Os TMC caracterizam-se principalmente por

sintomas de depressão, ansiedade e queixas somáticas associadas (BRIDGES & GOLDBERG, 1992)

O TMC pode comprometer os cuidados da mãe destinados à criança de várias formas. Caso o transtorno apresente-se durante a gestação esse poderá associar-se com baixo peso ao nascer. No pós-natal o TMC pode levar a interrupção da amamentação, comprometimento da higiene e na alimentação complementar adequada que aumenta o risco de doenças infectocontagiosas o que facilita o comprometimento do crescimento adequado da criança. Outra forma que o prejuízo do estado mental da mãe pode impedir uma boa prestação de cuidados destinados à criança é através da diminuição do vínculo mãe-filho (MIRANDA, 2000).

Diante dessa realidade foi elaborada uma revisão sistemática com meta-análise que reuniu 17 estudos realizados em diversos países em desenvolvimento, entre eles quatro estudos desenvolvidos no Brasil. Essa revisão mostrou uma associação positiva e significativa entre desnutrição infantil e comprometimento da saúde mental materna. Os trabalhos utilizaram uma diversificada gama de indicadores de depressão materna. Sete dos estudos analisados utilizaram o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), que também foi escolhido como indicador de saúde mental materna no artigo de resultados deste trabalho. Com relação à desnutrição os estudos utilizaram a classificação de baixo peso e/ou baixa estatura pra caracterizá-la (SURKAN, 2010).

Como referido acima, quatro dos 17 trabalhos estudados foram realizados no Brasil. O pioneiro foi um estudo caso-controle realizado por Miranda *et al* (1996) em Embú, São Paulo no qual foi encontrado associação entre o comprometimento da desnutrição da criança e saúde mental materna. Em

seguida, utilizando o mesmo tipo de desenho, Carvalhaes *et al* (2002), Surkan *et al* (2008) utilizando um desenho transversal e por último Santos *et al* (2010) também utilizando um caso-controle encontraram de forma semelhante associação entre desnutrição infantil e saúde mental materna comprometida.

Baseado na associação acima referida as variáveis rede social e apoio social que são citados como fatores ligados a saúde mental materna poderão também estar associados a situação nutricional da criança (COSTA & LUDEMIR, 2005).

Paternidade

Ao longo dos anos, os estudos deram ênfase a interação mãe criança como a díade primordial de desenvolvimento da criança. Até 1970 os estudos sobre o desenvolvimento da criança praticamente excluía a figura do pai. Esse era considerado o provedor da família. Já a mãe era responsável pelo sucesso ou fracasso do desenvolvimento dos filhos (FREITAS *et al*, 2009). Desta forma, a qualidade da interação pai-criança não foi devidamente explorada.

Este modelo de organização familiar permanece até hoje na sociedade contemporânea. Entretanto, a partir do século XX com a entrada da mulher no mercado de trabalho formal, passando essa a contribuir de forma significativa com a renda familiar, o papel do pai como único provedor tem acompanhado as transformações que a família vem sofrendo ao longo do tempo (TAHON, 2006),

A partir das mudanças culturais e socioeconômicas 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 transmitir seus sentimentos e participar do cuidado com o filho sem

a exigência da afirmação sexual e o filho pode ter um pai participativo dos cuidados e da afetividade (FREITAS *et al*, 2007).

Entretanto, o maior interesse do pai como responsável pelo cuidado com a criança pode depender de alguns fatores como a inserção deste pai em de uma cultura que considere maior igualdade de gêneros; morar com a companheira, mãe da criança; ter uma relação familiar harmoniosa, fazer parte de um sistema econômico com recursos suficientes para sustentar o filho; dividir a responsabilidade financeira com a esposa para prover ao sustento da família (ENGLE E BREAU, 1998).

Todavia, 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).

Uma possível explicação para a ligação entre cuidados com a criança e paternidade é a influência do pai na relação conjugal. O pai serve como suporte emocional para mãe que por sua vez sente-se mais segura para executar suas atividades, dentre elas o cuidado com seus filhos. De acordo com Crepaldi (2006), deve haver mais estudos investigando não apenas o papel indireto do pai, mas também seu papel direto no cuidado com a criança.

Recursos para enfrentamento de adversidade

REDE SOCIAL E SUPORTE SOCIAL

O conceito de suporte social não é consensual. Sherbourne & Stewart (1991) definem como o grau de suporte emocional ou prático dado pela família ou amigos na forma de afeto, companhia, assistência e informação. Tudo que faz o indivíduo sentir-se amado, estimado, cuidado, valorizado e seguro. O suporte

social contribui para uma melhor resiliência em momentos de estresse, ou seja, ajuda a manter a saúde mental das pessoas em momentos mais críticos. Ele desempenha função mediadora permitindo lidar melhor com as adversidades e problemas no dia a dia. Esse tipo de apoio acontece de forma passiva, ou seja, o indivíduo recebe de forma gratuita afeto, cuidado e informação (CHOR *et al*, 2001)

O benefício do apoio social pode acontecer porque o indivíduo, ao perceber que “tem alguém com quem contar”, ele sente-se apoiado emocionalmente ou/e materialmente o que faz com que melhore a autoconfiança e a satisfação com a vida potencializando a capacidade de enfrentar problemas, repercutindo positivamente sobre a saúde (CHOR *et al*, 2001).

Já rede social refere-se ao grupo de indivíduos com os quais se mantêm vínculo e relacionamento social de diferentes modalidades e geralmente existe características em comum, onde o indivíduo busca por afinidade, como por exemplo grupo de mestrado, igreja, grupos esportivos. Neste caso o indivíduo é quem busca se inserir em uma rede social é um processo ativo (CHOR *et al* 2001).

Dessa forma rede social caracteriza-se pelo tamanho e densidade de pessoas que a constitui e a pela frequência de convivência, dispersão geográfica, força de ligação, composição e homogeneidade dos membros, reciprocidade do relacionamento, afinidade com seu meio (FORTES *et al*, 2011).

A depender do atendimento das dimensões acima citadas a rede social pode ou não ser a estrutura social através da qual o apoio é oferecido em diferentes tipos e em graus diversos (CHOR *et al*, 2001).

Embora os mecanismos de ação exercidos pela rede e apoio social nos sistemas de defesa do organismo humano ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses são apresentadas. Na primeira o suporte social é visto como influenciador direto da saúde mental; e a segunda o suporte social seria um mediador do estresse, nesse caso indivíduos que contassem com forte apoio social reagiriam melhor frente a situações estressantes. Assim, percebemos que o suporte social funciona como um fator de proteção para os transtornos mentais comuns (OLSTAD *et al*, 1999).

Piccinini e cols. (2002) em um estudo sobre suporte social recebido por mães adolescentes e adultas desde a gestação até o terceiro mês de vida da criança revelaram que o suporte social recebido por elas contribui para a percepção mais positiva com a experiência materna. Esse efeito pode refletir em maior cuidado com a criança e conseqüentemente menor risco de desnutrição.

Existem vários instrumentos que medem o suporte social. Dentre eles o DUKEUNC, o questionário Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS-SSS), o questionário de apoio social de House and Wells e o questionário de Zimet (FACHADO *et al*, 2007).

De acordo com Fachado *et al*, 2007 de todos os questionários mencionados acima, um dos mais aplicados e que oferece melhores valores de confiabilidade e reprodutibilidade para medir apoio social é o questionário MOS-SSS desenvolvido por Sherbourne e Stewart. No Brasil esse questionário foi adaptado e validado no estudo do Pro saúde com a inserção de perguntas selecionadas que investigam a rede social (CHOR *et al*, 2001).

Há limitações para medição do apoio e rede social para contabilizar esse suporte. Uma das limitações encontra-se na influência do estado psicológico de

bem-estar ou depressão do entrevistado no momento em que esse questionário é aplicado. Dessa forma, pessoas que em determinadas situações relatariam apoio insatisfatório, podem apresentar relatos distorcidos por estados de solidão ou depressão (FACHADO *et al*, 2007).

2.2 Artigo de resultado

CAVALCANTE, CG; FLORÊNCIO, TMMT; MIRANDA, CT. Associação entre baixa estatura na infância e saúde mental dos pais.

Revista que será submetido: Revista Brasileira da Saúde Materno Infantil.

RESUMO

A desnutrição infantil (déficit estatural) ainda é um problema de saúde pública no Brasil, principalmente nos bolsões de pobreza. A desnutrição infantil está associada à vários fatores: sociais, econômicos, demográficos e psicossociais. Dentre este último a saúde mental dos pais e o suporte e rede social. Desta forma, realizou-se um estudo caso controle no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) - Maceió. Os casos foram compostos por 48 duplas mãe criança desnutrida e os controles foram 48 duplas mãe criança eutróficas residentes no mesmo bairro e vivendo sob as mesmas condições socioeconômicas. Foram avaliados a saúde mental materna através do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20); a saúde mental paterna através do *Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos* (QMPA); suporte e rede social relacionadas à mãe através do *Medical Outcomes Study Questions – Social Support Survey* (MOS-SSS) e variáveis sociodemográficas e psicossociais selecionadas através de um questionário específico. Os resultados a análise univariada mostraram associação significativa da desnutrição infantil com os seguintes fatores: escolaridade da mãe (OR: 3,54; IC 95%: 1,49-8,42), número de residentes no domicílio (OR: 4,57; IC 95%: 2,05-12,69), número de filhos (OR: 6,1; IC 95%: 2,28-28,75), situação laboral do marido ou companheiro (OR: 2,21; IC 95%: 1,71-2,86); saúde mental paterna (OR: 3,71; IC 95%: 1,46-9,41). Já o suporte social apresentou tendência a significância estatística (OR: 8,02; IC 95%: 0,94-67,98). Na análise multivariada a desnutrição infantil manteve-se associada estatisticamente significativa com: a escolaridade materna (OR= 2,86; IC: 95%= 1,01 – 8,10), número de residentes no domicílio (OR= 0,28; IC: 95%=0,10-0,79) e saúde mental paterna (OR= 3,33; IC: 95% = 1,20 – 9,35). Estes resultados sugerem a importância da saúde mental do pai, do número de residentes no domicílio e a escolaridade da mãe e possivelmente o suporte social e levantam a necessidade da realização de estudos prospectivos para aprofundar o assunto.

Palavras-chave: Desnutrição infantil, transtornos mentais, paternidade, rede social, suporte social,

ABSTRACT

Child malnutrition (stunting) is still a public health problem in Brazil, especially in low income areas. Childhood malnutrition is associated with several factors: social, economic, demographic and psychosocial ones. In the latter it may be mentioned the mental health of parents as well as social support and social network. Thus, we performed a case-control study at the Center for Recovery and Nutritional Education (CREN) - Maceio. The cases were composed of 48 mother-malnourished child pairs and controls were 48 normal weight mother euthrophic child pairs living in the same neighborhood and living under similar socioeconomic conditions. We assessed maternal mental health through the "Self Reporting Questionnaire" (SRQ-20); paternal mental health through the "Adult Psychiatric Morbidity Questionnaire" (QMPA); support and social network related to the mother through the "Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey" (MOS-SSS) and sociodemographic and psychosocial variables selected through a specific questionnaire. The results of the univariate analysis showed a significant association of malnutrition with the following factors: maternal education (OR: 3.54, 95% CI: 1.49 to 8.42), number of residents in the household (OR: 4.57 95% CI: 2.05 to 12.69), number of children (OR: 6.1, 95% CI: 2.28 - 28.75), employment status of the husband or partner (OR: 2.21 95% CI: 1.71 to 2.86); paternal mental health (OR: 3.71, 95% CI: 1.46 to 9.41). Since social support tended to statistical significance (OR: 8.02, 95% CI: 0.94 to 67.98). In multivariate analysis, child malnutrition remained associated with statistically significant: maternal education (OR = 2.86, CI: 95% = 1.01 to 8.10), number of residents in the household (OR = 0.28; CI 95% = 0.10 to 0.79) and paternal mental health (OR = 3.33, CI 95% = 1.20 to 9.35). These results suggest the importance of mental health of the father, the number of residents in the household and mother's education and social support and possibly raise the need for prospective studies to further the matter.

Key words: child nutrition disorders, mental disorders, paternity, social networking, social support.

INTRODUÇÃO

No período entre 1990 a 2010 houve uma redução da prevalência da baixa estatura para idade em criança, que é a forma crônica da desnutrição, de 40% para 27% em crianças menores de cinco anos de idade (WHO, 2010). A grande parte dessa porcentagem está concentrada nos países em desenvolvimento. Maceió, que é capital de Alagoas, um dos estados menos desenvolvidos do Brasil, apresenta uma prevalência de 8,6% de déficit estatural em crianças menores de cinco anos de idade (Silveira *et al*, 2010).

Black e cols (2008) utiliza a classificação da *United Nations Children's Fund* (UNICEF) para as causas da desnutrição infantil colocando o cuidado com a criança como um fator primordial. Os pais são os maiores responsáveis pela provisão desses cuidados (CARVALHAES *et al*, 2002; FREITAS *et al*, 2009). Pode-se supor que a saúde mental dos pais é um fator a ser estudado para o entendimento da desnutrição.

Desta forma, a desnutrição infantil associada à saúde mental materna foi objeto de várias pesquisas (Surkan *et al*, 2010; Miranda *et al*, 1996). Esses estudos levaram ao interesse pela investigação de outras variáveis psicossociais que poderiam estar interagindo com essa associação, como por exemplo, a saúde mental paterna e a rede e suporte social (COSTA & LUDEMIR, 2005; RAHMAN *et al*, 2008, FORTES *et al*, 2011, MACEDO, 2010).

A associação entre desnutrição infantil e saúde mental paterna é um tema com referências escassas, visto que, o cuidado com a criança ainda é visto como responsabilidade iminentemente materna. A paternidade ligada à desnutrição infantil apresenta-se de forma indireta em variáveis como escolaridade paterna, estado laboral paterno e situação conjugal da mãe (HASSELMANN,

REICHENHEIM, 2006; CARVALHAES, *et al*, 2005). Já o suporte e a rede social têm sido citados como recursos importantes que podem facilitar o enfrentamento pelas famílias das diferentes situações estressantes do dia-a-dia e possivelmente prevenir seus efeitos negativos sobre o cuidado da mãe com a criança (COSTA & LUDEMIR, 2005; FORTES *et al*, 2011).

A hipótese do presente estudo foi que, em famílias em condições de baixa renda, exista associação entre baixa estatura infantil com a saúde mental dos pais em interação com o suporte e rede social.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo caso controle em que os casos foram duplas mãe-crianças desnutrida crônica moderada ou grave (índice A/I classificadas pelo score-z < -2 DP de acordo com a *World Health Organization* - WHO, 2006) com idade entre 12 a 72 meses atendidas no Centro de Recuperação e Educação Nutricional – CREN, Maceió. O grupo controle foi composto por duplas mãe-criança eutrófica (score-z de ≥ -1 DP a ≤ 1 DP para o índice A/I, WHO, 2006) com a mesma faixa etária dos casos, atendidas na Unidade Básica de Saúde ou matriculadas na Creche Municipal localizada na mesma região.

Nos grupos foram avaliados: estado nutricional da criança; saúde mental da mãe e do pai; rede e suporte social direcionado à mãe. Além disso, foi aplicado um questionário de dados sociodemográficos e outras variáveis psicossociais.

Localização e população

O estudo foi realizado em uma comunidade de baixa renda localizada na VII Região administrativa da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. Maceió é considerada uma das piores regiões metropolitanas do Brasil em termos de desenvolvimento humano.

O CREN atendia, na época da pesquisa, a população de 3 bairros de baixa renda. O centro tem por objetivo combater a desnutrição primária em crianças com idade entre 12 a 71 meses que apresentam déficit estatural moderado e grave (índice A/I classificadas pelo escore-z < -2DP de acordo com a WHO, 2006).

Foram excluídas da amostra as crianças que possuíam irmãos já participantes do estudo; crianças cuidadas por outro responsável que não a mãe biológica, mães com deficiência sensoriais e psicológicas e, particularmente do grupo controle, as crianças que possuíam algum irmão com quadro de desnutrição crônica. Em seguida, as mães das crianças foram convidadas a participarem da pesquisa e assinarem o termo de consentimento.

Tamanho da amostra

Para o cálculo amostral, supondo-se que 40% de uma população de baixa renda não tem suporte social adequado (Fortes et al 2011), assumindo um erro alfa de 5%, um erro beta de 20% e uma proporção de um caso para um controle, o tamanho da amostra para identificar uma diferença em que a percentagem de falta de suporte social nos casos seja quatro vezes maior do que nos controles seriam necessários 41 casos e 41 controles. Além disso, devido a margem de

erro e possíveis perdas foi acrescentado ao cálculo 10 duplas em cada grupo totalizando 51 casos e 51 controles.

Instrumentos

ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

A análise do estado nutricional das crianças foi realizada com base no índice antropométrico altura-para-idade que mostra a presença de desnutrição pregressa na criança. Este índice foi expresso em escore-z e comparado com os valores do padrão de referência da WHO (2006) através da utilização do software Anthro versão 2007, para crianças com até cinco anos, e o Anthro Plus (WHO, 2007) para crianças maiores de cinco anos.

Para medição do comprimento dos menores de 2 anos, foi utilizado um infantômetro dotado de fita métrica inextensível com 105 cm de comprimento e 0,1cm de precisão. Para medição da estatura dos maiores de 2 anos, foi utilizado um estadiômetro da marca TBW® dotado de fita métrica inextensível com 2 m de comprimento e precisão de 0,1 cm. A altura das crianças elegíveis para o grupo caso foi feita pelas nutricionistas da área clínica do CREN em sala específica para este fim. No grupo controle a altura das crianças foi feita por uma nutricionista em uma sala de aula reservada especificamente para as medidas, após prévia autorização da direção do local e autorização dos pais.

SAÚDE MENTAL MATERNA

A saúde mental materna foi avaliada através do SRQ-20. Este é um instrumento recomendado pela Organização Mundial de Saúde para detectar prováveis casos de transtornos mentais não-psicóticos em estudos comunitários e

em estudos na atenção básica à saúde. É utilizado principalmente nos países em desenvolvimento por ser de fácil aplicação e de baixo custo (WHO, 1994).

Esse instrumento é composto por 20 perguntas a respeito da saúde física e mental. As respostas são do tipo sim/não e cada resposta afirmativa pontua com o valor 1. O resultado final se dá pelo somatório das respostas positivas que está relacionado com a probabilidade da presença de possível transtorno mental não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Neste estudo foi considerado o ponto de corte 7/8 para identificação de casos prováveis (MARI & WILLIAMS, 1986; WHO, 1994).

SAÚDE MENTAL PATERNA

Foi utilizado o QMPA para avaliação da saúde mental do pai. Esse é um instrumento de rastreamento de possíveis transtornos mentais. Sua validação com dados populacionais foi feita por Santana (1982), 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. O QMPA é composto por 45 perguntas que abrangem os mais frequentes sinais e sintomas característicos de doenças mentais, tratamentos psiquiátricos e uso anterior e atual de drogas psicofarmacológicas. O questionário pode ser autoaplicado, aplicado por entrevistador ou pode ser respondido por terceiros. No presente estudo as mães foram as informantes do QMPA referente ao marido ou companheiro. As alternativas de resposta são sim ou não, as quais são atribuídos valores 1 ou 0 respectivamente. Nesse estudo foi considerado o escore sete ou superior respostas positivas como indicativo de provável transtorno mental (ANDREOLI *et al*, 1994).

SUPORTE SOCIAL E REDE SOCIAL

Para a identificação do suporte social foi aplicado o questionário MOS-SSS, validado no Brasil através do Estudo Pró-Saúde. O bloco de perguntas referente ao suporte social é composto por 19 questões, com cinco dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social. As possíveis respostas seguem uma frequência: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre, o que permite obter uma pontuação que varia, respectivamente, de 1 (um) a 5 (cinco) (CHOR *et al*, 2001).

Com o somatório desses resultados é possível obter o valor do suporte social global. A pontuação mínima que pode ser alcançada corresponde a 19 pontos, já a máxima corresponde a 95 pontos. O ponto de corte utilizado foi o valor de 52 pontos para o somatório das dimensões. Dessa forma, considerou-se baixo apoio social o valor menor ou igual a 52 pontos, e como alto apoio social valores acima de 52 pontos, na descrição da variável suporte social global.

Chor *et al* (2001) no Estudo Pró-Saúde adicionou ao MOSS-SS um bloco de perguntas que tinham como objetivo avaliar a rede social. Esse bloco de perguntas é formado por 5 questões referentes a densidade de familiares mais íntimos, a densidade de amigos mais íntimos, a participação em atividades esportivas e /ou artísticas, participação em reunião de moradores e participação em trabalhos voluntários sem remuneração. As respostas eram dicotômicas do tipo sim/não seguidas pela frequência de participação nessas atividades.

ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS E FATORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS SELECIONADOS

Além disso, foram coletados dados referentes às variáveis demográficas e socioeconômicas, que foram posteriormente dicotomizadas para a análise. A idade das mães foi categorizada em até 29 anos ou mais de 29 anos. Já a situação laboral materna e do marido ou companheiro foi dividida em trabalha (quando exerce atividade laboral remunerada) e não trabalha (quando não exerce atividade laboral remunerada). O número de residentes no domicílio foi categorizado como apropriado (até 4 pessoas) ou inapropriado (mais de 4 pessoas). A escolaridade materna foi categorizada como insuficiente (até 4 anos de estudo) ou suficiente (mais de 4 anos de estudo).

Para identificar a classe econômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB que classifica os indivíduos segundo o seu poder de compra (ABEP, 2004). A classificação é feita através da pontuação atribuída à quantidade de certos aparelhos domésticos e automóveis que a família possui, somada à pontuação atribuída ao grau de escolaridade do chefe da família (ABEP, 2004). As classes econômicas de acordo com a pontuação são: A1 (42 a 46 pontos), A2 (35 a 41 pontos), B1 (29 a 34 pontos), B2 (23 a 28 pontos), C1 (18 a 22 pontos), C2 (14 a 17 pontos), D (8 a 13 pontos) e E (0 a 7 pontos). A amostra foi dicotomizada, a posteriori, para a análise, em duas classes E+D e C2+C1+B2+B1.

Estatística

Para a criação do banco de dados foi utilizado o programa Microsoft Excel versão 2007. Após a limpeza dos dados as análises descritivas e inferências

foram realizadas com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences, versão 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Foram utilizados os testes de Shapiro-Wilk e Levene para comprovar a normalidade de cada grupo e a homogeneidade da amostra respectivamente com relação à idade das crianças.

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

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

Todas as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 96 duplas mãe-criança sendo 48 casos (desnutridos) e 48 controles (eutróficos). Devido as exclusões feitas por irmãos semi-internos no centro, crianças que não residiam com suas mães biológicas e mãe com deficiência auditiva e na fala a amostra foi constituída por todas as crianças do CREN que preenchiam os critérios de inclusão naquela data.

A maior parte da amostra (72,96%) era composta por crianças acima de 36 meses. A média de idade das crianças foi de 47,7 meses (DP=15,97) e metade era do gênero feminino.

A tabela 1 mostra a distribuição das variáveis socioeconômicas estudadas nos grupos caso e controle e o valor de odds ratios (OR) bruto. Observa-se que dentre os fatores de risco considerados, a escolaridade da mãe (OR: 3,54; IC 95%: 1,49-8,42), número de residentes em domicílio (OR: 4,57; IC 95%: 2,05-12,69), número de filhos (OR: 6,1; IC 95%: 2,28-,28,75), situação laboral do marido ou companheiro (OR: 2,21; IC 95%: 1,71-2,86), apresentaram medidas de risco significativas, quando comparado entre casos e controles.

Tabela 1 – Associação entre desnutrição infantil e fatores de risco demográficos e socioeconômicos investigados entre casos e controles (N=98). Maceió/AL-2012

Variáveis	Casos (n=48)		Controles (n=48)		OR (IC=95%)	Valor de p*
	N	%	n	%		
Idade da criança						
≤ 36 meses	15	31,3	11	22,9	1,53 (0,62-3,79)	0,36
>36 meses	33	68,8	37	77,1		
Idade da mães						
≤ 29 anos	35	72,9	36	75,0	0,89 (0,36-2,23)	0,81
> 29 anos	13	21,7	12	25,0		
Trabalho materno						
Trabalha	8	16,7	7	14,6	0,85 (0,39-3,53)	0,78
Não trabalha	40	83,3	41	85,4		
Escolaridade da mãe						
≤ 4 anos de estudos	26	54,2	12	25	3,54 (1,49-8,42)	0,003
>4 anos de estudos	22	45,8	36	75		
Residentes no domicílio						
≤ 4 pessoas	12	25	29	60,4	4,58 (1,95-10,95)	0,000
> 4 pessoas	36	75	19	39,6		
Número de filhos						
≤ 3 filhos	28	58,3	43	89,6	6,1 (2,28-,28,75)	0,000
> 3 filhos	20	41,7	5	10,4		
Possui cônjuge						
Sim	40	83,3	39	81,3	0,86 (0,24-3,01)	0,79
Não	8	16,7	9	18,7		
Pai biológico**						
Presente	35	72,9	35	72,9	1,00 (0,41-2,46)	1,0
Ausente	13	27,1	13	27,1		
Trabalho M/C**						
Sim	32	80	39	100	2,21 (1,71-2,86)	0,005
Não	8	20	0	0		
Escolaridade do pai**						
≤ 4 anos de estudos	20	50	16	41	1,43 (0,59-3,49)	0,42
>4 anos de estudos	20	50	23	59		
Classe social						
E +D	26	54,2	20	41,7	1,65 (0,74-3,70)	0,22
C2+C1+B1+B2	22	45,8	28	58,3		

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

**Dado não avaliado na amostra total.

A tabela 2 apresenta a distribuição e o valor de OR bruto de saúde mental de ambos os pais com relação aos grupos estudados. Conforme o resultado a saúde mental paterna (OR: 3,71; IC 95%: 1,46-9,41) apresentou medida de risco significativa. Já a saúde mental materna não apresentou significância ($p > 0,05$).

Tabela 2 – Associação entre desnutrição infantil e saúde mental materna e paterna entre casos e controles. Maceió/AL-2012

Variáveis	Casos		Controles		OR (IC=95%)	Valor de p*
	n	%	n	%		
TMC materno						
Positivo	30	62,5	22	45,8	1,97(0,87-4,45)	0,1
Negativo	18	37,5	26	54,2		
TM prováveis paterno**						
Positivo	26	65,0	13	33,3	3,71 (1,46-9,41)	0,005
Negativo	14	35,0	26	66,7		

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

TMC: Transtorno Mental Comum; TM: Transtorno Mental.

**Dado não avaliado na amostra total.

De acordo com os resultados apresentados na tabela 3 o suporte social global (OR: 8,02; IC 95%: 0,94-67,98) mostra-se como uma medida de tendência de risco estatisticamente significativo o que não se observa nos itens relacionados à rede social (pessoas íntimas, participação em atividades, participação em reunião comunitária, participação em trabalhos voluntários)

Tabela 3 – Associação entre desnutrição infantil e suporte social global e rede social em casos e controles (N=98). Maceió/AL-2012

Variáveis	Casos (n=48)		Controles (n=48)		OR (IC=95%)	Valor de p*
	n	%	n	%		
Suporte social global						
Baixo	7	14,6	1	2,1	8,02 (0,94-67,98)	0,06
Alto	41	85,4	47	97,9		
Rede social						
< 4 pessoas	40	83,3	36	75	1,67 (0,61-4,54)	0,31
≥ 4 pessoas	8	16,7	12	25		
Participação em esportes ou atividades artísticas						
Não	32	66,7	34	70,8	0,82 (0,35-1,95)	0,66
Sim	16	33,3	14	29,2		
Participação em atividades políticas/sindicais						
Não	42	87,5	44	91,7	0,63 (0,17-2,42)	0,5
Sim	6	12,5	4	8,3		
Participação em trabalho voluntário						
Não	37	77,1	44	91,7	0,30 (0,09-1,04)	0,09
Sim	11	22,9	4	8,3		
Ir à igreja pelo menos 3x por mês						
Não	28	58,3	30	62,5	1,19 (0,52-2,70)	0,68
Sim	20	41,7	18	37,5		

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

Posteriormente foram analisadas através de regressão logística, as variáveis associadas à desnutrição que apresentaram $p < 0,20$ (escolaridade da mãe, número residentes em domicílio, número de filhos, suporte social, saúde mental paterna, saúde mental materna). A tabela 4 apresenta as variáveis que permaneceram no final do procedimento estatístico. O resultado final mostrou associação entre a desnutrição infantil e escolaridade materna (OR= 2,86; IC: 95% 1,01 – 8,10), número de residentes no domicílio (OR=0,28; IC 95% 0,1-1,79) e saúde mental paterna (OR= 3,33; IC: 95% 1,20 – 9,35).

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

MODELO FINAL	OR	IC 95%	Valor de p*
Escolaridade da mãe	2,86	1,01 – 8,10	0,04
Residentes no domicílio	0,28	0,10 – 0,79	0,02
Saúde mental paterna	3,33	1,20 – 9,35	0,02

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

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que, em nossa amostra, houve associação entre a baixa estatura infantil e a saúde mental do pai, o número de residentes em domicílio e a escolaridade da mãe, quando as variáveis estudadas foram avaliadas simultaneamente. Quando consideradas isoladamente, observou-se também associação da baixa estatura infantil com número de filhos e com a situação laboral do pai. O suporte social mostrou-se marginalmente associado à baixa estatura.

A associação com a saúde mental paterna está em desacordo com o referido por Macedo (2010), que não observou essa associação. Não encontramos na revisão da literatura outras pesquisa que tivessem proposto essa investigação. Esta ausência de outras referências pode ser devida à concepção social do modelo masculino e feminino tradicional, onde homem, como pai, é visto como provedor e a mãe como principal responsável pelos cuidados com seus filhos (FREITAS *et al*, 2009).

Uma possível explicação para a ligação entre cuidados com a criança e paternidade é a influência do pai na relação conjugal. O pai serve como suporte

emocional para mãe que por sua vez sente-se mais segura para executar suas atividades, dentre elas o cuidado com seus filhos (PARKE, 1996; GAGE & KIRK, 2002).

No presente trabalho chama atenção o fato de ter sido observado associação da baixa estatura infantil com a saúde mental do pai e não ter obtido resultado semelhante com a saúde mental da mãe. Uma possível explicação seria que o QMPA além de abordar os transtornos deprecivos-ansiosos, como o SRQ, inclui também questões sobre abuso e dependência de substâncias. Áreas em que os homens são mais propensos a positividade que as mulheres.

Entretanto, pode haver um possível viés na associação entre desnutrição infantil e saúde mental paterna, encontrada nesse trabalho, em decorrência do instrumento utilizado para avaliar a saúde mental do pai (QMPA). Esse questionário avaliou a saúde mental do pai através da opinião da respectiva esposa. O QMPA foi escolhido devido a grande dificuldade de contato direto com os pais. Eles, em sua maioria, tem resistência em responder perguntas referentes seu comportamento.

Quando avaliada individualmente, a desnutrição infantil associou-se à situação laboral do pai que é um dos determinantes da renda familiar, que tem repercussões no consumo de alimentos (Olinto *et al*, 1993). Com relação a situação laboral do pai, Nuñez-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 e que possuíam uma baixa remuneração. Vale ressaltar que 86,45% das famílias, no presente estudo, recebiam a suplementação financeira do programa Bolsa Família. No entanto, não analisamos a influência desse benefício.

Nesse estudo a saúde mental materna não diferiu entre as mães das crianças desnutridas e eutróficas. Esse resultado é contrário aos encontrados na maioria dos estudos realizados no mundo. Uma das possibilidades para a compreensão desse resultado pode ser devido ao pequeno tamanho da amostra do presente estudo. No entanto, uma recente revisão sistemática com meta-análise reuniu 17 estudos realizados em diversos países em desenvolvimento, que investigaram a associação entre desnutrição infantil e saúde mental materna. Dos 17 estudos 5 não apresentaram tal associação (SURKAN *et al*, 2010).

A desnutrição infantil apresentou tendência à significância estatística quando avaliada sua associação ao suporte social. Rahman *et al* (2008) em estudo de intervenção concluíram que o suporte oferecido à mãe é efetivo em reduzir os níveis de transtorno mental materno que pode melhorar o nível de cuidado com a criança.

Na regressão logística a desnutrição infantil manteve-se associada à escolaridade materna e ao número de residentes no domicílio mantiveram-se no modelo final como fatores associados. Estes achados estavam de acordo com a literatura. Santos *et al* (2010), em estudo realizado na Bahia também encontraram associação entre desnutrição e escolaridade materna. Com relação ao número e residentes Shah *et al* (2003) em um estudo transversal realizado no Paquistão mostraram que crianças com menos de 3 anos de idade, que residem em agregados mais superlotados eram mais propensos a ter menor estatura. Com resultados semelhantes, Sandoval-Priego *et al* (2002) em um estudo caso-controle, no México, com crianças de 0 a 2 anos de idade identificaram que a superlotação é um fator de risco para a desnutrição crônica.

As limitações desse estudo estão relacionada ao instrumento utilizado para identificar possíveis transtornos mentais paternos QMPA, já que as respostas foram obtidas através da opinião das mães. Além disso o pequeno tamanho da amostra pode ter influenciado nos resultados.

CONCLUSÕES

Os resultados desse estudo demonstram que a desnutrição infantil esteve associada à saúde mental paterna. Sua comparação com outros estudos ficou prejudicada pela escassez de estudo que investigam essa associação.

A desnutrição infantil também teve forte associação com a escolaridade materna e o número de residentes, que segue a tendência de estudos anteriores.

A desnutrição infantil esteve marginalmente associada ao apoio social ofertado à mãe.

É necessário que outros estudos do tipo propectivos que analisem de forma semelhante a associação entre desnutrição infantil e saúde mental paterna, em população de baixa renda. sejam realizados para a obtenção de uma maior comprovação dessa associação.

REFERÊNCIAS

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.

Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfi eld LE, Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet. 2008;371(9608):243-60.

Carvalhaes MA, Benício MH. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev Saúde Pública 2002;36:188–97.

Carvalhaes MABL, Benicio 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.

Costa AG & Ludermit AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):73-79.

CT Miranda, CS Paula, L Santos, FJ Nobrega, K Hundeide, J Orley *Journal of Tropical Pediatrics*.2000;46(5):314-324.

Forte S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves JJM. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011; 33(2):150-156.

Freitas WMF, Silva ATMC, Coelho EAC, Rebeca NG, Kerle DTL, Costa APT. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev Saúde Pública* 2009;43(1):85-90.

Hasselmann MH, Reichenheim, ME. Parental violence and the occurrence of severe and acute malnutrition in childhood. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2006; 20: 299-31.

Macedo BC. Paternidade e desnutrição: Um estudo caso-controle. [Mestrado]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2010.

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.

Miranda CM, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Gohman S, et al. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*. 1996; 25(1): 128-133.

Núñez-Rocha GM, Bullen-Navarro M, Castillo-Trevino BC, Solis-Perez E. Desnutricion em prescolares de familias migrantes. *salud pública de méxico*. 1998; 40(3): 248-255.

Olinto MTA, Barros FC, Tomas IE. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cad Saúde Pública*. 1993;9:14-27.

Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness: A Cohort study. *Archives General Psychiatry*. 2004; 61(9); 946-952.

Rahman A, Iqbal Z, Roberts C, Husain N. Cluster randomized trial of a parent-based intervention to support early development of children in a low-income country. *Child: care, health and development*; 35(1): 56-62.

Sandoval-Priego AA, Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R, Abrego-Blas R, Orrico-Torres ES. Family life strategies and their relation with malnutrition in children under 2 years old. *Salud Publica Mex.* 2002;44(1):41-9.

Shah SM, Selwyn BJ, Luby S, Merchant A, Bano R. Prevalence and correlates of stunting among children in rural Pakistan. *Pediatr Int.* 2003; 45(1):49-53.

Silveira KB, Alves JFR, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. *J Pediatr.* 2010; 86(3):215-220.

Silveira KB, Alves JFR, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. *J Pediatr.* 2010; 86(3):215-220.

Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley MH, Black MM. Maternal depression and childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ;* 2011; 287:607–615.

WHO ANTHRO 2005, Beta version Feb 17th, 2006. Software for assessing growth and development of the world's children. Geneva: WHO, 2006.

WHO. World health statistics 2010. Geneva, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf> Acesso em: 25 jan. 2012.

World Health Organization (WHO). A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). WHO/MNH/PSF/94.8.Division of mental health, WHO, Geneva, 1994.

World Health Organization (WHO). Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-height, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization (WHO). Global database on child growth and malnutrition. <http://www.who.int/nutgrowthd>. Geneva: WHO; 1997.

3 REFERÊNCIAS

Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfi eld LE, Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*. 2008;371(9608):243-60.

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 suburbio ferroviario 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.

Carvalhaes MA, Benício MH. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública* 2002;36:188–97.

Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:887-96.

Costa AG & Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(1):73-79.

Crepaldi MA, Andreani G, Hammes OS, Risto CD, Abreu SR. A participação do pai nos cuidados da criança segundo a concepção de mães. *Psicologia em Estudo*. 2006; 11 (3): 579-587.

Engle, PL & Breaux, C. Father's involvement with children: Perspectives from developing countries. *Social Policy Report: society for reseach in child development*. 1998; 7(1): 1-23.

Fachado AA, Martinez AM, Villalva CM, Pereira MG. Adaptação cultural e validação da Versão portuguesa Questionário *medical outcomes study social Support survey* (MOS-SSS). *Acta Med Port* 2007; 20: 525-533.

Ferreira Hs & Luciano SCM. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoas. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(2): 377-380.

Florêncio TMMT, Ferreira HS, França APT, Cavalcante JC, Sawaya AL. Obesity and undernutrition in a very-low-income population in the city of Maceió, northeastern Brazil. *Br J Nutr*.2001; 86:277-84.

Forte S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves JJM. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2011; 33(2):150-156.

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.

Freitas WMF, Silva ATMC, Coelho EAC, Rebeca NG, Kerle DTL, Costa APT. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev Saúde Pública* 2009;43(1):85-90.

Goldberg D., Huxley P. *Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*. 1992; Tavistock/ Routledge London.

Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 1060–1064.

Herrman H, Saxena S & Moodie R. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: WHO; 2006.

Levandowski DC. Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. *Estud. psicol.* 2001; 6(2): 195-209.

Macedo BC. *Paternidade e desnutrição: Um estudo caso-controle*. [Mestrado]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas, 2010.

Miranda CM, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S, et al. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*. 1996; 25(1): 128-133.

Monte CMG. *Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil*. *Jornal de Pediatria* 2000;76 (3):285-97.

Monteiro CA, Benício MHD'A, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pub.* 2009a; 43(1):35-43.

Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. *Rev Est Avançados*. 2003; 17(48):7-20.

Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ. The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study. *Soc Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34: 519-25.

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

Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Brasil, 2010.

Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness: A Cohort study. *Archives General Psychiatry*. 2004; 61(9): 946-952.

Santos RB, Martins PA, Sawaya AL, Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. *Rev. Nutr*, 2008; 21(6):671-681.

Santos DS, Santos DN, Silva RCR, Hasselmann MH, Barreto ML. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control study. *Soc Psychiat Epidemiol*. 2010; 46(7): 543-548.

Sawaya AL. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. *Estud Av*. 2006b; 20:147-158.

Sherbourne CD & Stewa RT. The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*. 1991; 32:705-714.

Silveira KB, Alves JFR, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. *J Pediatr*. 2010; 86(3):215-220.

Solymos GMB. Vencendo a Desnutrição: Abordagem Psicológica. São Paulo: Editora Salus Paulista. (Coleção Vencendo a Desnutrição), 2002.

Surkan PJ, Kawachi I, Ryan LM, Berkman LF, Carvalho Vieira LM, Peterson KE. Maternal depressive symptoms, parenting self-efficacy, and child growth. *Am J Public Health* 2008;98:125–32.

Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley MH, Black MM. Maternal depression and childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*; 2011; 287:607–615.

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

UNICEF, Fundo das nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância. Brasília (DF): UNICEF, 1998.

UNICEF. Progreso para la infancia. Un Balance sobre la nutrición. n. 4, abr. 2006. UNITED NATIONS. UN Millennium Development Goals (MDG). 2002. Disponível em <<http://www.un.org/millenniumgoals/>>. Acesso em 20 de jan. de 2012.

WHO. World health statistics 2010. Geneva, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2011_Full.pdf> Acesso em: 25 jan. 2012.

World Health Organization (WHO). Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-height, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: WHO; 2006.

World Health Organization (WHO). Global database on child growth and malnutrition. <http://www.who.int/nutgrowthd>. Geneva: WHO; 1997

ANEXO 1

Self Report Questionnaire (SRQ)

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

ANEXO 2

Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA)

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 veem ?		
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 defeca nas roupas ?		
45. Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas ?		

ANEXO 3

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

Suporte social

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

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

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

nunca; raramente; às vezes; quase sempre; sempre

Rede social

Nos **ULTIMOS 12 MESES** (sem contar situações como casamento, batizado ou enterro), com que frequência você compareceu a cultos ou atividades da sua religião ou de outra religião?

- 1 () Mais de 1 vez por semana 3 () 2 a 3 vezes por mês 5 () Uma vez no ano
 2 () 1 vez por semana 4 () Algumas vezes no ano 6 () Não compareci nenhuma vez

Estado civil

() casada ou vive em união () divorciada ou separada () viúva () solteira (nunca casou)

Com quantos parentes você se sente a vontade para falar sobre quase tudo? (Se for o caso inclua companheiro, esposo ou filho nessa resposta)

_____ parentes () nenhum

Com quantos amigos você se sente a vontade para falar sobre quase tudo? (Não inclua companheiro, esposo ou filho nessa resposta).

_____ amigos () nenhum

Nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, você participou de atividades esportivas em grupo (futebol, vôlei, basquete, outros) ou atividades artísticas em grupo grupo musical, coral, artes plásticas, outras)?

() Sim () Não

Nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, você participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos?

() Sim () Não

Nos ÚLTIMOS 12 MESES, você participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não-governamentais (ONGs), de caridade, ou outras?
() Sim () Não

As seguintes opções de resposta foram oferecidas para as últimas 3 perguntas, caso resposta afirmativa:

Se sim, com que frequência?

1 () Mais de 1 vez por semana

2 () 1 vez por semana

3 () 2 a 3 vezes por mês

4 () Algumas vezes no ano

5 () Uma vez no ano

6 () Não compareci nenhuma vez

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PSICOSSOCIAL

Características Familiares:

- 1- Nome da criança _____
- 1a- Nome da mãe _____ Idade: _____
- 2 -Escolaridade materna em anos: _____
- 3- Trabalha fora de casa: () sim Especifique: _____ () não
- 4- Renda Familiar: _____ Renda per capita: _____
- 5- Número de filhos: _____
- 6- Nome dos outros filhos: _____ Data de nascimento: _____
- 6.1 _____ / / _____
- 6.2 _____ / / _____
- 6.3 _____ / / _____
- 6.4 _____ / / _____
- 7- Vive com marido ou companheiro? () sim () não
- 8- Se sim, ele é o pai biológico da criança? () sim () não
- 8 -Pai trabalha: () sim Especifique: _____ () não
- 9-Renda paterna: _____
- 9a.Renda familiar _____
- 9b- Renda familiar per capita _____
- 10- Escolaridade paterna em anos _____
- 11- Número de moradores no domicílio: _____
- 12- Acesso a serviço de saúde: () sim () não
- 13- A senhora faz uso de algum medicamento () sim () não
Qual _____
- 14- A senhora já fez ou faz uso de drogas () sim () não
- 15- A senhora consome bebida alcoólica () sim () não
Com que frequência _____
- 16 – O seu companheiro faz uso de drogas () sim () não
- 17- O seu companheiro consome bebida alcoólica () sim () não
Com que frequência _____
- 18- O pai se embriaga pelo menos uma vez por mês?
- 19- Todo mundo sabe que os relacionamentos passam por momentos difíceis e enfrentam muitos desafios. Às vezes, quando isso acontece, as mulheres são maltratadas por seus maridos ou companheiros. Gostaríamos de saber mais sobre a sua própria experiência com estes assuntos. Lembre-se que esta entrevista é totalmente confidencial. No último ano, eu gostaria de perguntar se você foi maltratada por seu marido/companheiro com tapas, chutes, socos, espancamentos ou ameaças com arma. () sim () não
- 20- Como você avaliaria sua qualidade de vida? Muito ruim___ Ruim___ Nem ruim nem boa___ Boa___ Muito boa___
- 21-Inscrição em algum programa do governo: () sim () não Qual: _____

Quadro ABEP

Posse de itens

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

Grau de Instrução do chefe de família

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