

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

GEOVANA SANTOS MARTINS NEIVA

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

Maceió

2010

GEOVANA SANTOS MARTINS NEIVA

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

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

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda

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

Maceió

2010

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

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

Orientador: Cláudio Torres de Miranda.
Co-Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.
Dissertação (mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Alagoas.
Faculdade de Nutrição, Maceió, 2010.

Bibliografia: f. 77-88.
Anexos: f. 89-97.

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

CDU: 612.39(813.5)



MESTRADO EM NUTRIÇÃO
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



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

PARECER DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA DE
DISSERTAÇÃO

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

por

GEOVANA SANTOS MARTINS NEIVA

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

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

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

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

Dedico

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

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

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

AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Herbert Wils

RESUMO

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

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

ABSTRACT

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

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

LISTA DE FIGURAS

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

LISTA DE TABELAS

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

SUMÁRIO

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

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

1.1 Problematização

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PICCININI, 2003; BRUM; SCHERMANN, 2006; O'BRIEN et al, 2004; MEDEIROS; FURTADO, 2004).

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

1.2 Problema

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

1.3 Hipótese

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

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

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

1.4.2 Objetivos Específicos

- Investigar a prevalência de transtornos mentais nessas mães;

- Traçar o perfil nutricional das mães e seus filhos dessa população;
- Investigar as principais variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde relacionadas ao estado nutricional das mães e de seus filhos.

1.5 Justificativa

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

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

2.1 Agravos Nutricionais

2.1.1 Desnutrição infantil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

alcançados, no mundo como um todo, sobretudo devido à deterioração da situação na África e algumas regiões da Ásia.

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

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

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

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

2.1.1.1 Fatores determinantes da desnutrição

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2 Transição nutricional

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

determinação de doenças atribuídas ao atraso e à modernidade, sendo em geral, uma passagem da desnutrição para a obesidade (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

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

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

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

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

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

que os grupos de menor renda e escolaridade têm maiores riscos de sobrepeso e obesidade (GUTIERREZ-FISAC et al., 2002; TORRANCE et al., 2002).

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3 Anemia Ferropriva

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

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

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

Curiosamente, no mesmo período em que ocorre um declínio marcante do déficit estatural e a emergência epidêmica da obesidade, continua elevada a prevalência de anemia, com uma frequência modal entre 40 a 50% em menores de cinco. A anemia representa, em termos de magnitude, o principal problema carencial do país, aparentemente sem grandes diferenciações geográficas, afetando, em proporções semelhantes, todas as macrorregiões (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

2.1.4 Agravos nutricionais e Saúde mental materna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Transtorno Mental Comum (TMC)

2.2.1 Conceitos e Prevalências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pode ser auto-aplicável ou através de entrevistador. Em populações de baixa renda é recomendável que um entrevistador o administre (WHO, 1994).

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

2.2.2 Fatores associados ao TMC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

realizado em Olinda, 35,0% (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002), o que nos leva a pensar que a vida no meio rural não é tão saudável quando estão presentes fatores como a pobreza, a baixa escolaridade, a falta de trabalho dentre outros. As mulheres, os com idade entre 40 e 59 anos, os analfabetos, os que têm renda por pessoa do domicílio abaixo de R\$50,00 por mês e os divorciados, separados ou viúvos apresentam maior chance de ter transtornos mentais comuns, segundo Costa; Ludermir (2005).

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

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

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

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

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

apresentaram OR 1,35 vezes maior em comparação com mulheres de IMC normal, quando a estimativa foi ajustada apenas para idade e prática de atividade física recreativa.

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

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

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

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

2.2.3 TMC e Agravos nutricionais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Comunidades Remanescentes de Quilombos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

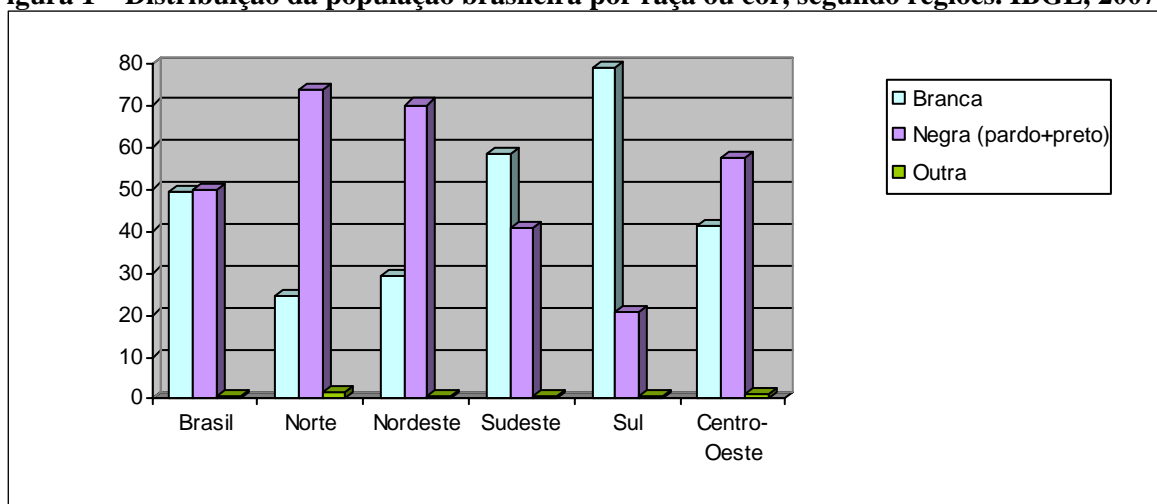
Entre as possíveis causas das desigualdades étnico-raciais em saúde, destacam-se as diferenças sócio-econômicas que se acumulam ao longo da vida de sucessivas gerações. Sugere-se que a discriminação racial, com seus efeitos próprios na saúde, encontra-se na origem de grande parte dessas desigualdades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

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

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

(PNAD). O número de pessoas que se declararam pretas em 2007 representa 7,4% do total. O total de pardos soma 42,3%, e os brancos são 49,4%. A distribuição da população por cor e raça é diferenciada entre as regiões do país. Os estados do Norte e Nordeste concentram a maior parte dos negros, com percentuais de 73,8% e 70,0%, respectivamente, como mostra a Figura 1. Em Alagoas os negros representam 62,0% da população. (IBGE, 2007).

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



Fonte: IBGE, 2007.

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

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

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

Figura 2 - Comunidades remanescentes de Quilombos de Alagoas. (a) - Monbaça, Traipú. (b) - Gurgumba, Viçosa. (c) - Sapé, Igreja Nova. (d) - Guaxinim, Cacimbinhas. (e) - Jacu-Mocó, Poço das Trincheiras. (f) - Abobreiras, Teotônio Vilela. (g). Sapé, Igreja Nova. (h) - Gurgumba, Viçosa. 43



(a)



(b)



(c)



(d)



(e)



(f)



(g)



(h)

Fonte: Autora, 2008.

3.1 Desenho do estudo

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

3.2 População alvo

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

3.3 Planejamento amostral

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

3.4 Procedimentos

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

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

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

mental denominado “Self Report Questionnaire” (SRQ-20) em cada uma das mães entrevistadas (Anexo F), para estimar a porcentagem de possíveis transtornos mentais nessas mães.

3.4.1 Instrumentos

3.5.1 O SRQ-20 (Self Report Questionnaire)

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

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

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

3.4.2 Avaliação antropométrica

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

com sensibilidade de 0,1cm. Todas as medidas foram obtidas conforme as recomendações do Ministério da Saúde (FAGUNDES et al., 2004).

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

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

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

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

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

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

3.4.3 Avaliação bioquímica

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

3.4.4 Inquérito socioeconômico, demográfico e de saúde

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

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

3.5 Análise estatística

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

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

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

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

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

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

3.6 Análise de risco e benefícios

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

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

3.7 Critérios de inclusão e exclusão

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

3.8 Aspectos éticos

Este trabalho, elaborado em conformidade com as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), é parte integrante de um projeto maior denominado “Diagnóstico de Nutrição e Saúde da população remanescente de Quilombos do estado de Alagoas”, o qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas com o processo nº. 014440/2008-51 (Anexo G).

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

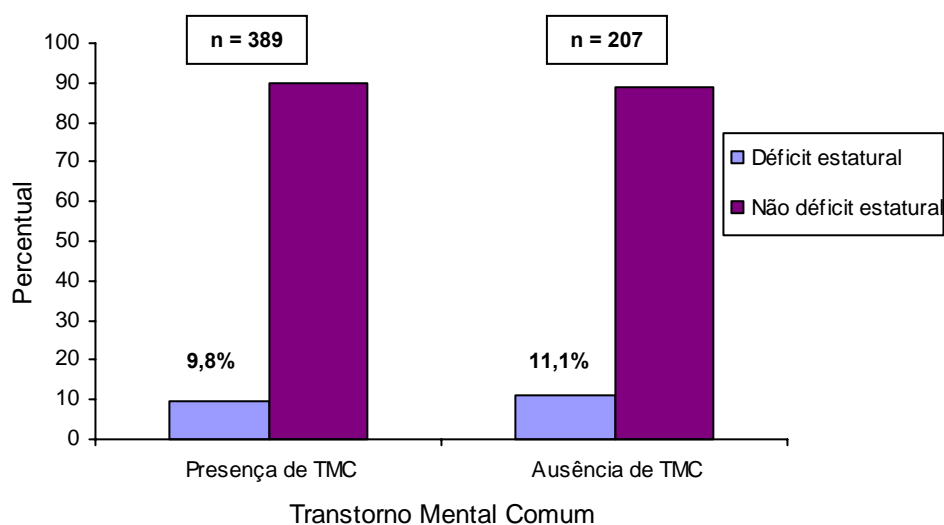
As autoridades de saúde da área em estudo foram contatadas para tomar conhecimento e apoiar o trabalho, bem como conhecer o formulário utilizado pela equipe para coleta de dados. Na ocorrência de algum agravamento, a população estudada era orientada a procurar o serviço de saúde mais próximo com vistas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

Foram encontradas 2.201 famílias em 39 comunidades quilombolas, as quais foram todas visitadas e pesquisadas, no período de julho de 2007 a dezembro de 2008. Das 42 comunidades registradas foram encontradas 39, pois algumas delas se fundiram a outras, Jacu e Mocó formaram Jacu-Mocó e Sítio do meio também se fundiu a outra formando uma só comunidade. E a comunidade de Oiteiro (Penedo) que não chegou a ser visitada, pois ela própria não se reconheceu como remanescente de quilombos. E uma das formas de se constituírem é o seu auto-reconhecimento.

Das 2.201 famílias estudadas, existiam 739 crianças com idades entre 6 e 60 meses e suas respectivas mães. Não foram consideradas aquelas com dados incompletos, como falta de peso ou altura, inviabilizando o diagnóstico do estado nutricional. Após aplicar os critérios de exclusão, a população de referência foi representada pelo universo de 596 crianças e suas mães.

Do universo de 596 mães com filhos na faixa etária de 6 a 60 meses, 65,3% (389) apresentou Transtorno Mental Comum (TMC). Destas, 38 (9,8%) tinham filhos com *déficit* estatural (desnutrição crônica), enquanto que entre as mães com ausência de TMC (207), 23 (11,1%) tinham filhos com desnutrição crônica, como mostra a Figura 3.

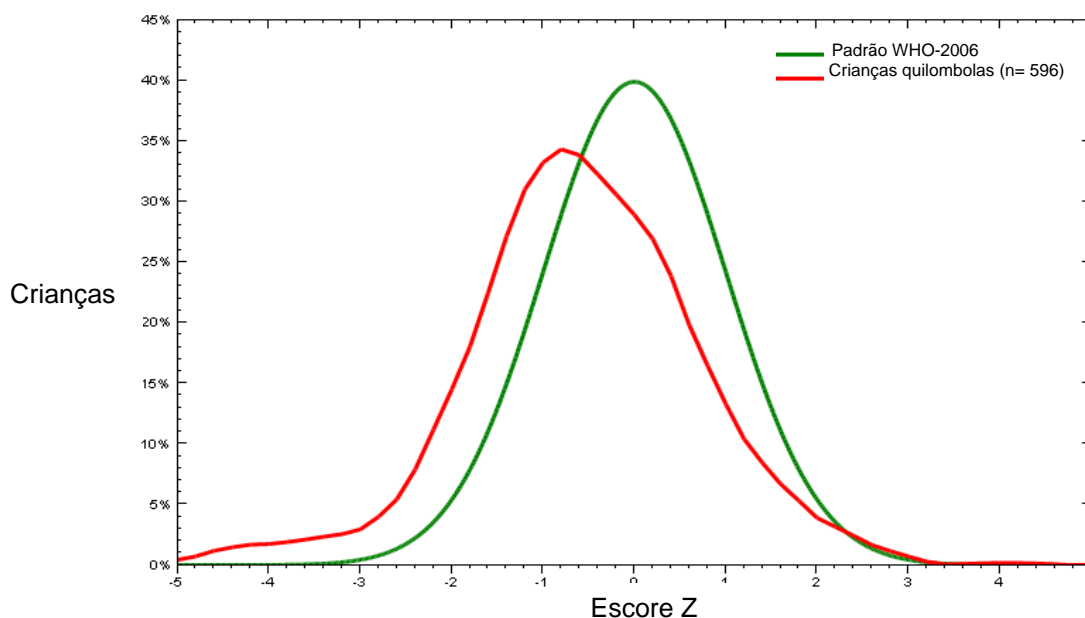
Figura 3 – Transtorno Mental Comum materno e Desnutrição infantil na população quilombola de Alagoas, 2008



Fonte: Autora, 2010

A prevalência de desnutrição crônica em crianças de 6 a 60 meses na população estudada foi de 10,2% (61) segundo o índice altura para idade. A Figura 4 apresenta as curvas de distribuição dos escores Z relativos ao índice altura para idade, obtidos nas crianças estudadas em comparação à curva de referência da WHO (2006). Verifica-se que a curva das crianças quilombolas apresentou-se sistematicamente à esquerda, evidenciando o déficit estatural nessa população.

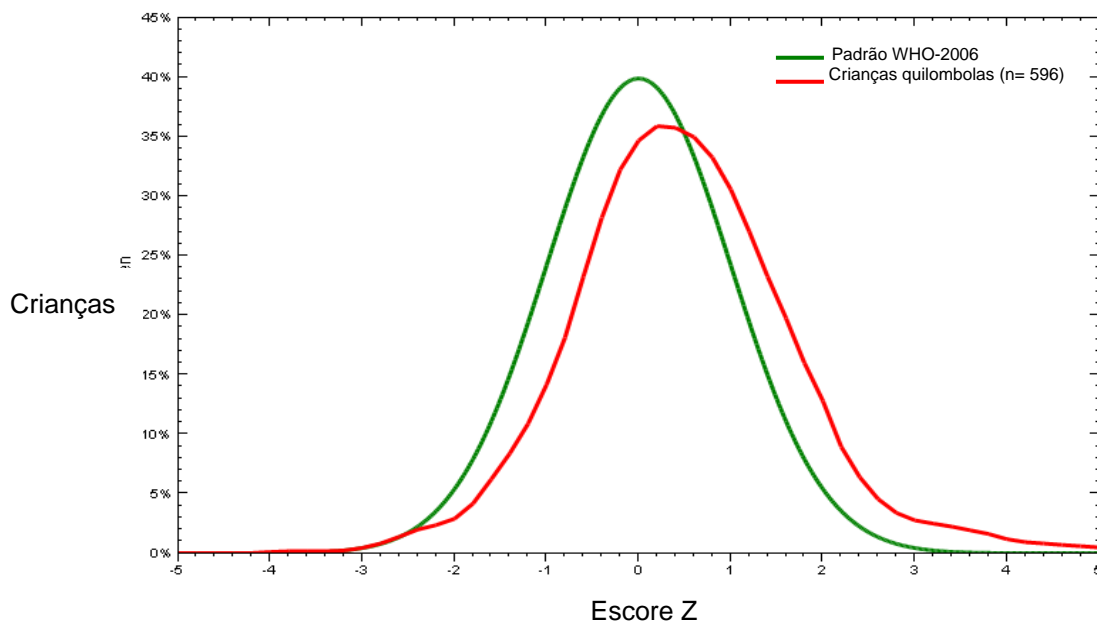
Figura 4 – Distribuição dos escores Z de crianças de 6 a 60 meses segundo o índice altura para idade da população quilombola de Alagoas (2008), em comparação à distribuição antropométrica de referência da WHO.



Fonte: Autora, 2010

Em relação à distribuição do peso para altura houve, ao contrário, um deslocamento para a direita, sugestivo de tendência ao sobrepeso (Figura 5). Baseado neste índice, 8,2% (49) das crianças se encontrava com sobrepeso/obesidade.

Figura 5 – Distribuição dos escores Z de crianças de 6 a 60 meses segundo o índice peso para altura da população quilombola de Alagoas (2008), em comparação à distribuição antropométrica de referência da WHO.



Fonte: Autora, 2010

A distribuição das crianças avaliadas por sexo e faixa etária está apresentada na Tabela 1. Observa-se maior porcentagem de crianças com idade até 30 meses (52,5%).

Tabela 1 – Distribuição das crianças de 6 a 60 meses de acordo com o sexo e faixa etária na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)

Variáveis	N	%
<u>Sexo</u>		
Masculino	292	49,0
Feminino	304	51,0
<u>Idade (meses)</u>		
6 a 30	313	52,5
31 a 60	283	47,5

Fonte: Autora, 2010

Também pode ser observado maior número de crianças desnutridas (A/I) na faixa etária entre 6 e 30 meses de idade (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de desnutrição crônica em crianças de 6 a 60 meses segundo faixa etária na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=61)

Variáveis	N	%
<u>Idade (meses)</u>		
6 a 30	38	62,3
31 a 60	23	37,7

Fonte: Autora, 2010

A Tabela 3 mostra diferenças das médias das variáveis selecionadas em estudo entre crianças desnutridas e não desnutridas segundo o índice altura para idade. As famílias com crianças com desnutrição crônica (61) apresentaram diferenças nas médias da RPC significativas, R\$ 49,00 para as crianças com déficit e R\$ 73,00 para as crianças sem déficit estatural. Assim como, a estatura materna apontou para as mães de crianças desnutridas uma estatura inferior comparadas à das mães de crianças sem déficit estatural, com 1,53m e 1,56m, respectivamente.

As mães de crianças desnutridas têm menor nível de escolaridade, menor estatura, maior número de filhos, filhos com anemia e as famílias têm menor renda per capita ($p < 0,05$), como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – Comparação das médias das variáveis selecionadas entre crianças desnutridas (DN) e não desnutridas pelo índice A/I da população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)

Características	Crianças		p
	DN	Não DN	
Idade materna (anos)	29	28	0,252
Escolaridade materna (anos)	2,9	4,4	0,000
Nº. de filhos	4,8	3,3	0,000
Estatura materna (metros)	1,53	1,56	0,001
IMC materno (Kg/m ²)	25,0	25,0	0,438
BIA materna (%)	27,0	27,0	0,760
RPC (R\$)	49,00	73,00	0,004
Idade da criança (meses)	28	30	0,296
Peso ao nascer (g)	3106	3279	0,032
Hemoglobina (g/dL)	10,1	10,2	0,000

IMC (Índice de Massa Corporal); BIA (% de gordura corporal pela Bioimpedância elétrica); RPC (Renda Per Capita)

Fonte: Autora, 2010

A prevalência de anemia nessas crianças foi de 50,3% de um universo de 564, pois em 32 delas não foi possível medir o nível de hemoglobina por recusa da mãe ou por erro na leitura do aparelho. Das 61 crianças com desnutrição crônica e entre as com sobrepeso/obesidade, a maioria apresentou anemia. Da mesma forma, entre as mães que apresentaram TMC (389), a maior parte tinha filhos anêmicos (Tabela 4).

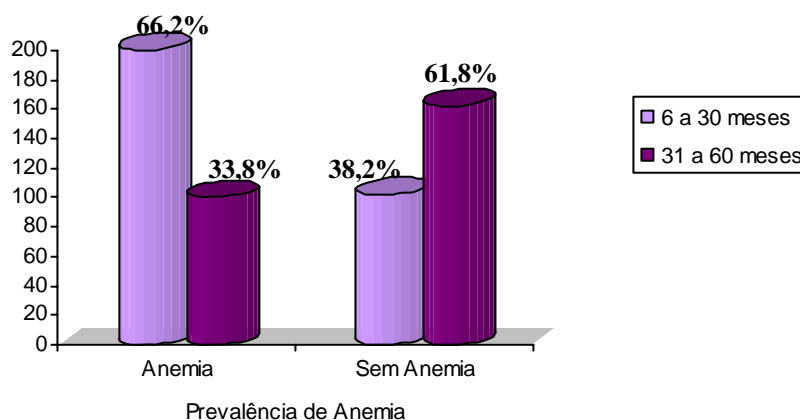
Tabela 4 – Prevalência de anemia em crianças de 6 a 60 meses desnutridas, com sobrepeso e filhas de mães com TMC na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=564)

Variáveis	Anemia		Sem Anemia		p	OR IC 95%
	N	%	N	%		
Desnutrição crônica (n=61)						
1 - Desnutrição crônica	45	73,8	16	26,2	0,001	2,7 (1,5-5,0)
2 - Sem desnutrição crônica	255	50,7	248	49,3		
Sobrepeso/Obesidade (n=43)						
1 – Sobrepeso/Obesidade	26	60,5	17	39,5	0,344	0,6 (0,4-0,9)
2 - Sem sobrepeso/obesidade	274	52,6	247	47,4		
Filhos de mães com TMC (n=369)						
1 - Filhos de mães com TMC	182	60,1	187	39,9	0,013	1,4 (0,7-2,6)
2 - Filhos de mães sem TMC	118	60,5	77	39,5		

Fonte: Autora, 2010

A distribuição da anemia por faixa etária das crianças está representada na Figura 6. A maior prevalência foi encontrada nas crianças até 30 meses de idade.

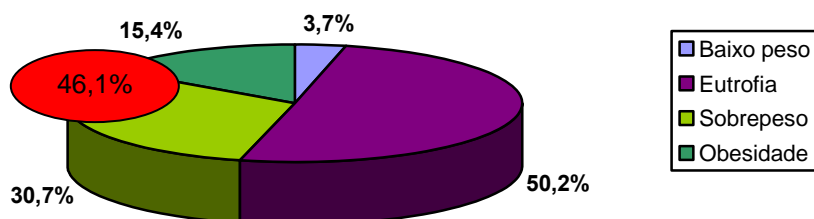
Figura 6 – Prevalência de Anemia por faixa etária das crianças da população quilombola de Alagoas, 2008



Fonte: Autora, 2010

Em relação ao estado nutricional materno, constatou-se que 275 (46,1%) mães apresentaram sobrepeso/obesidade, com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$, 3,7% tinham baixo peso e 50,2% eram eutróficas, o que pode ser visualizado na Figura 7.

Figura 7 – Estado nutricional de mães de crianças entre 6 e 60 meses da população quilombola de Alagoas, 2008



Fonte: Autora, 2010

Comparando as características maternas estudadas entre mães com TMC (389) e sem TMC (207), é possível observar que não há diferença estatisticamente significativa entre mães com TMC e mães normais, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Características maternas entre mães com TMC e sem TMC na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596) (Continua)

Características maternas	Mães com TMC		Mães sem TMC		p
	N	%	N	%	
Idade (anos)					0,474
≥ 30	144	37,0	70	33,8	
< 30	245	63,0	137	66,2	
Escolaridade (anos)					0,728
< 4	161	41,4	89	43,0	
≥ 4	228	58,6	118	57,0	
Nº. de filhos					0,345
≥ 3	204	52,4	100	48,3	
< 3	185	47,6	107	51,7	
Companheiro					0,109
Sim	52	13,4	18	8,7	
Não	337	86,6	189	91,3	
IMC (Kg/m²)					0,344
≥ 25	184	47,3	90	43,5	
< 25	205	52,7	117	56,5	

Tabela 5 - Características maternas entre mães com TMC e sem TMC na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596) (Conclusão)

Características maternas	Mães com TMC		Mães sem TMC		p
	N	%	N	%	
BIA (gordura corporal)					0,421
≥ 30%	146	37,5	70	33,8	
< 30%	243	62,5	137	66,2	
Estatura (metros)					1,000
≤ 1,55	173	44,5	98	47,3	
> 1,55	216	55,5	109	52,7	

DN (desnutrição); IMC (Índice de Massa Corporal); BIA (Bioimpedância elétrica)

Fonte: Autora, 2010

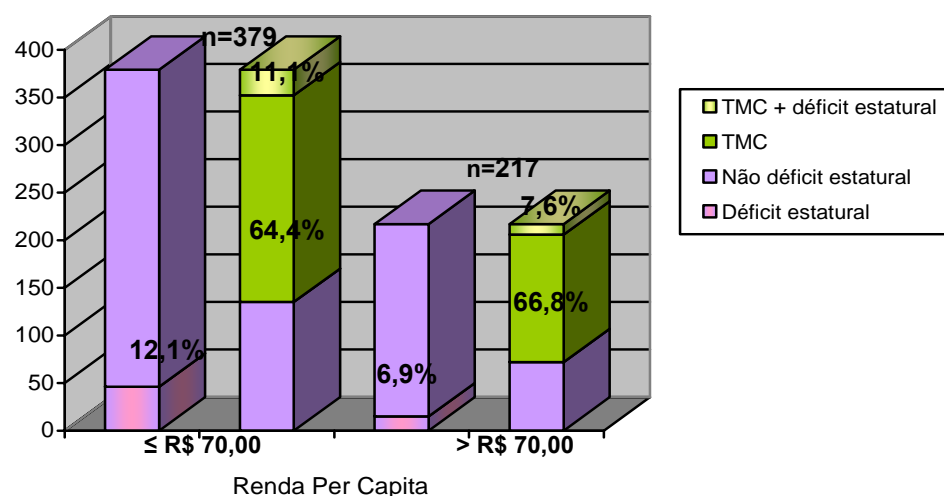
A condição trabalhar fora de casa foi relatada por 252 (42,3%) das mães entrevistadas, sendo este trabalho sem nenhuma remuneração, pois a maioria trabalhava com agricultura de subsistência. Entre estas que trabalhavam 169 (67,1%) mães apresentaram TMC e 16 (9,5%) tinham filhos desnutridos.

Ao analisar a presença de companheiro das mães entrevistadas, a grande maioria (88,3%) relatou ter companheiro morando em casa, o qual não significa que este seja ou não pai da criança avaliada, pois esse dado não foi investigado neste estudo.

A maior parte das famílias avaliadas neste estudo, 441 (74,0%) era beneficiária de programas sociais do governo, especialmente o Programa Bolsa Família (PBF). Desse total, 291 (66,0%) mães apresentaram TMC e 30 (10,3%) tinham filhos com desnutrição.

Semelhante ao resultado anterior, a Renda Per Capita (RPC) abaixo de R\$ 70,00 por mês, ou seja, abaixo da linha da miséria, esteve presente na maioria das famílias quilombolas. De 379 (63,6%) famílias abaixo da linha da miséria, 244 (64,4%) tinham mães com TMC. Entre estas 27 (11,1%) tinham filhos com desnutrição crônica (déficit estatural). Entre crianças de menor RPC não se vê diferença significativa na prevalência de desnutrição, mas ao se comparar crianças de menor RPC e maior RPC pode-se visualizar essa diferença. A Figura 8 mostra uma maior prevalência de desnutrição infantil em famílias de baixa renda e em filhos de mães com TMC.

Figura 8 – TMC e Desnutrição infantil segundo Renda Per Capita em famílias quilombolas de Alagoas, 2008.



Fonte: Autora, 2010

A estatura da mãe foi associada positivamente com a desnutrição da criança, ou seja, quanto menor for a estatura da mãe, o risco é 2,9 vezes maior de seu filho ser desnutrido (Tabela 7). A obesidade materna isolada não se mostrou associada à desnutrição, mas quando acompanhada da baixa estatura, o risco aumenta para 4,0 vezes (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação do estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses pelo índice altura para idade e IMC e estatura materna na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596)

Variáveis	Crianças				RP	IC 95%	
	Com Déficit		Sem Déficit				
	N	%	N	%			
IMC							
<u>Estatura da mãe</u>							
≥ 25 Kg/m ²	≤ 1,55m	20	14,5	118	85,5	3,97	1,53-10,28
	> 1,55m	5	3,6	132	96,4		
<u>Estatura da mãe</u>							
< 25 Kg/m ²	≤ 1,55m	24	16,7	120	83,3	2,46	1,32-5,72
	> 1,55m	12	6,8	165	93,2		

IMC (Índice de Massa Corporal); RP (Razão de Prevalência); IC (Intervalo de Confiança)

Fonte: Autora, 2010

O maior número de filhos também apresentou associação positiva com a desnutrição infantil (RP 2,3), o mesmo ocorrendo em relação à presença de anemia (RP 2,5) (Tabela 7).

Além da baixa estatura da mãe, da anemia e do maior número de filhos, a menor RPC também mostrou associação positiva para o déficit estatural infantil (RP 1,8) (Tabela 7).

Tabela 7 – Razão de Prevalência (RP) entre *déficit* estatural (A/I) em crianças de 6 a 60 meses e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596) (continua)

Variáveis	Crianças				RP	IC 95%
	Com Déficit		Sem Déficit			
	N	%	N	%		
<u>SRQ</u>						
1 - Sim TMC	38	9,8	351	90,2	0,88	0,54-1,43
2 - Não TMC	23	11,1	184	88,9		
<u>Idade materna</u>						
1 - ≥ 30 anos	25	11,7	189	88,3	1,24	0,77-2,01
2 - < 30 anos	36	9,4	346	90,6		
<u>Escolaridade materna</u>						
1 - < 4 anos de estudo	30	12,0	220	88,0	1,34	0,83-2,15
2 - ≥ 4 anos de estudo	31	9,0	315	91,0		
<u>Nº. de filhos</u>						
1 - ≥ 3 filhos	43	14,1	261	85,9	2,30	1,36-3,88
2 - < 3 filhos	18	6,2	274	93,8		
<u>IMC materno</u>						
1 - ≥ 25 Kg/m ²	25	9,1	250	90,9	0,81	0,50-1,32
2 - < 25 Kg/m ²	36	11,2	285	88,8		
<u>BIA materna</u>						
1 - ≥ 30% gordura corporal	21	9,7	195	90,3	0,92	0,56-1,52
2 - < 30% gordura corporal	40	10,5	340	89,5		
<u>Estatura materna</u>						
1 - ≤ 1,55m	44	15,6	238	84,4	2,88	1,69-4,93
2 - > 1,55m	17	5,4	297	94,6		
<u>Trabalhar fora de casa</u>						
1 - Sim trabalha	29	11,5	223	88,5	1,24	0,78-1,99
2 - Não trabalha	32	9,3	312	90,7		

Tabela 7 – Razão de Prevalência (RP) entre *déficit* estatural (A/I) em crianças de 6 a 60 meses e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596) (conclusão)

Variáveis	Crianças				RP	IC 95%
	Com Déficit		Sem Déficit			
	N	%	N	%		
<u>Programa Social do Governo</u>						
1 - Sim recebe	49	11,1	392	88,9	1,44	0,78-2,63
2 - Não recebe	12	7,7	143	92,3		
<u>RPC</u>						
1 - ≤ R\$ 70,00	46	12,1	333	87,9	1,76	1,01-3,07
2 - > R\$ 70,00	15	6,9	202	93,1		
<u>Idade criança</u>						
1 – 06 a 30 meses	38	12,1	275	87,9	1,50	0,91-2,44
2 – 31 a 60 meses	23	8,1	260	91,9		
<u>Peso ao nascer</u>						
1 - < 2500 g	7	13,7	44	86,3	1,39	0,67-2,88
2 - ≥ 2500 g	54	9,9	491	90,1		
<u>Aleitamento materno</u>						
1 - Sim mamou	58	10,1	519	89,9	0,64	0,22-1,85
2 - Não mamou	3	15,8	16	84,2		
<u>Anemia (Hb)</u>						
1 - < 11,0 g/dL	45	15,0	255	85,0	2,48	1,43-4,27
2 - ≥ 11,0 g/dL	16	6,1	248	93,9		

A/I (Índice altura/idade); SRQ (Self Report Questionnaire); RPC (Renda *per capita*); IMC (Índice de Massa Corporal); BIA (Bioimpedância elétrica); Hb (Hemoglobina); RP (Razão de Prevalência); IC (Intervalo de Confiança)

Fonte: Autora, 2010

Foi encontrada associação positiva em que crianças que apresentam *déficit* estatural têm risco duas vezes maior de ter excesso de peso para sua estatura (Tabela 8).

Contudo, existe associação negativa entre ser beneficiária de algum programa social do governo e o sobrepeso/obesidade nas crianças analisadas (Tabela 8).

Tabela 8 – Razão de Prevalência (RP) entre Sobrepeso/Obesidade (P/A) em crianças de 6 a 60 meses e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596) (continua)

Variáveis	Crianças				RP	IC 95%
	Com S/O		Sem S/O			
	N	%	N	%		
<u>SRQ</u>						
1 - Sim TMC	31	8,0	358	92,0	0,92	0,53-1,60
2 - Não TMC	18	8,7	189	91,3		
<u>Desnutrição crônica (A/I)</u>						
1 - $Z < -2$	9	14,8	52	85,2	1,97	1,01-3,87
2 - $Z \geq -2$	40	7,5	495	92,5		
<u>Idade materna</u>						
1 - ≥ 30 anos	16	7,5	198	92,5	0,87	0,49-1,54
2 - < 30 anos	33	8,6	349	91,4		
<u>Escolaridade materna</u>						
1 - < 4 anos de estudo	18	7,2	232	92,8	0,80	0,46-1,40
2 - ≥ 4 anos de estudo	31	9,0	315	91,0		
<u>Nº. de filhos</u>						
1 - ≥ 3 filhos	20	66,0	284	93,4	0,66	0,38-1,14
2 - < 3 filhos	29	10,0	263	90,0		
<u>IMC materno</u>						
1 - ≥ 25 Kg/m ²	26	9,5	249	90,5	1,32	0,77-2,26
2 - < 25 Kg/m ²	23	7,2	298	92,8		
<u>BIA materna</u>						
1 - $\geq 30\%$ gordura corporal	21	9,7	195	90,3	1,32	0,77-2,27
2 - $< 30\%$ gordura corporal	28	7,4	352	92,6		
<u>Estatura materna</u>						
1 - $\leq 1,55$ m	25	8,9	257	91,1	1,16	0,68-1,98
2 - $> 1,55$ m	24	7,6	290	92,4		
<u>Trabalhar fora de casa</u>						
1 - Sim trabalha	22	8,7	230	91,3	1,11	0,65-1,91
2 - Não trabalha	27	7,8	317	92,2		
<u>Programa Social do Governo</u>						
1 - Sim recebe	29	6,6	412	93,4	0,51	0,30-0,87
2 - Não recebe	20	12,9	135	87,1		
<u>RPC</u>						
1 - \leq R\$ 70,00	35	9,2	344	90,8	1,43	0,79-2,60
2 - $>$ R\$ 70,00	14	6,5	203	93,5		

Tabela 8 – Razão de Prevalência (RP) entre Sobrepeso/Obesidade (P/A) em crianças de 6 a 60 meses e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde na população quilombola de Alagoas, 2008. (n=596) (conclusão)

Variáveis	Crianças				RP	IC 95%
	Com S/O		Sem S/O			
	N	%	N	%		
<u>Idade criança</u>						
1 – 06 a 30 meses	29	9,3	284	90,7	1,31	0,76-2,26
2 – 31 a 60 meses	20	7,1	263	92,9		
<u>Aleitamento materno</u>						
1 - Sim mamou	48	8,3	529	91,7	1,58	0,23-10,9
2 - Não mamou	1	5,3	18	94,7		
<u>Anemia</u>						
1 - < 11,0 g/dL	26	8,7	274	91,3	1,35	0,75-2,42
2 - ≥ 11,0 g/dL	17	6,4	247	93,6		

P/A (Índice peso/altura); S/O (Sobrepeso/Obesidade); SRQ (Self Report Questionnaire); RPC (Renda *per capita*); IMC (Índice de Massa Corporal); BIA (Bioimpedância elétrica); Hb (Hemoglobina); RP (Razão de Prevalência); IC (Intervalo de Confiança)

Fonte: Autora, 2010

Neste estudo não foi encontrada associação positiva entre estado nutricional das crianças e TMC das mães investigadas, como mostram as tabelas 7 e 8.

Na regressão logística em que a variável dependente foi o déficit estatural (A/I) e as independentes foram TMC, escolaridade e idade materna, trabalhar fora de casa, número de filhos, IMC e BIA materna, estatura materna, renda *per capita*, ser beneficiário de programa assistencial do governo, idade da criança, peso ao nascer da criança, ter recebido aleitamento materno e níveis de hemoglobina permaneceram como significativas o maior número de filhos ($p < 0,002$), presença de anemia ($p < 0,001$) e baixa estatura da mãe ($p < 0,000$). Essas condições aumentaram as chances (OR) de desnutrição em 2,7 (IC95% 1,44-4,91); 2,8 (IC95% 1,53-5,24) e 3,7 (IC95% 2,01-6,75) vezes, respectivamente (Tabela 9). Foi feita a mesma análise com o sobrepeso/obesidade (P/A) como variável dependente e apenas o déficit estatural materno permaneceu significativo ($p < 0,023$) (Tabela 10).

Tabela 9 – Regressão logística para Déficit estatural em crianças quilombolas de Alagoas, 2008.

Variáveis significantes	Déficit estatural (A/I)		
	p	OR	IC (95%)
Número de filhos	0,002	2,7	1,44-4,91
Anemia (Hb)	0,001	2,8	1,53-5,24
Estatura materna	0,000	3,7	2,01-6,75

p (valor de $p < 0,05$); OR (Odds Ratio); IC 95% (Intervalo de Confiança de 95%)

Fonte: Autora, 2010

Tabela 10 – Regressão logística para Sobrepeso/Obesidade em crianças quilombolas de Alagoas, 2008.

Variáveis significantes	Sobrepeso/Obesidade (P/A)		
	p	OR	IC (95%)
<i>Déficit estatural (A/I)</i>	0,023	2,6	1,14-5,80

p (valor de $p < 0,05$); OR (Odds Ratio); IC 95% (Intervalo de Confiança de 95%)

Fonte: Autora, 2010

Neste trabalho foi relevante a alta prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) em mulheres mães de crianças menores de cinco anos de idade na população quilombola de Alagoas (65,3%). Esse resultado vem corroborar com outros estudos que também demonstram altas prevalências de TMC em populações com precárias condições de vida tais como baixa escolaridade, baixa renda e condições precárias de moradia (LUDERMIR; MELO FILHO, 2002; KAC et al., 2006; MARAGNO et al., 2006), além do fator racial (ARAÚJO et al., 2005; ANSELMINI et al., 2008), condições essas que podemos encontrar nas comunidades remanescentes dos quilombos de Alagoas que são marcadas por processos históricos de exclusão e iniquidades sociais.

Por outro lado, neste estudo não foi possível provar a nossa hipótese, pois não foi encontrada associação positiva entre a saúde mental materna e o estado nutricional de seu filho. Resultados semelhantes foram relatados por Harpham et al. (2005) e Paffer et al. (2010). Ambos foram estudos de base populacional que mostraram não existir associação significativa entre desnutrição infantil e TMC materno. Ao contrário do que foi observado por Miranda et al. (1996) e Rahman et al. (2004a) que encontraram associação significativa em amostras clínicas. Todos eles usaram o SRQ (Self Report Questionnaire) como instrumento de rastreamento de possíveis casos de TMC.

Paffer et al. (2010) levantou a hipótese de que para explicar essa diferença, em amostras clínicas pode ser que as mães com TMC tenham mais incapacidades do que as mães com TMC de estudos de base populacional. Estas incapacidades poderiam prejudicar as mães em seu papel como cuidadoras. Portanto, a associação não seria entre desnutrição infantil e TMC, mas entre desnutrição e as incapacidades ligadas aos TMC. Isso porque em estudos clínicos assume-se que as mães procurem o serviço de saúde por iniciativa própria. Os autores sugerem a administração de um instrumento como a Sheehan Disability Scale (SDS) para a avaliação do grau de comprometimento nos casos de SRQ positivo. Nesse caso, a associação com desnutrição seria mais forte em mães com SRQ positivo e com escores mais altos na SDS. Porém, essa hipótese foi publicada em artigo recente, após a realização da coleta de dados do presente estudo, não sendo possível a sua aplicação.

A desnutrição crônica (déficit estatural) também se mostrou com alta prevalência neste estudo (10,2%), bem maior que o índice mostrado pela PNDS de 2006 (BRASIL, 2008a) para a região Nordeste que foi de 5,6%, mas semelhante ao observado por Ferreira;

Luciano (2010) para o estado de Alagoas de 10,4% e por Ferreira et al. (2008) de 9,6% para a região especificamente do semi-árido alagoano, onde as condições socioeconômicas, demográficas e de saúde são semelhantes as que encontramos nas comunidades quilombolas.

Outro agravamento nutricional observado com alta prevalência foi o sobrepeso/obesidade de 8,2%. Ferreira; Luciano (2010) encontrou resultado semelhante para o estado de Alagoas de 9,7%. Ao mesmo tempo em que declina a desnutrição infantil, aumenta a prevalência de sobrepeso/obesidade, mesmo em países que, paradoxalmente, ainda vivem os efeitos da desnutrição crônica. Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Esses dados apontam o estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inadequadas como determinantes desse desfecho. A obesidade hoje afeta cada vez mais parcelas dos estratos populacionais menos favorecidos como os encontrados em comunidades remanescentes de quilombos, concordando com estudos que mostram que grupos com menor renda e escolaridade têm maiores riscos de sobrepeso e obesidade. (GUTIERREZ-FISAC et al., 2002; TORRANCE et al., 2002). Todavia, poucos trabalhos investigaram as condições de vida a que esta população está submetida, o que justifica a realização de pesquisas que caracterizem o seu perfil nutricional, um importante indicador das condições de saúde da população.

Quanto aos agravos nutricionais relacionados à desnutrição infantil, a anemia mostrou alta prevalência. Os dados aqui encontrados confirmam dados de outros trabalhos, onde a anemia ferropriva infantil continua a ser um problema de saúde pública no Brasil apesar do declínio da desnutrição infantil (FERREIRA et al., 2002; MIRANDA et al., 2003; BATISTA FILHO, 2004; SPINELLI et al., 2005; COUTINHO et al., 2005; BATISTA FILHO et al., 2008). Somados ao fato que no presente estudo, a anemia esteve associada à desnutrição, a prevalência de anemia foi maior nas crianças menores de 30 meses, tal como observado por Osório (2002), Muradas; Carvalho (2008) e Vieira et al. (2010). Vieira et al. (2010) observaram que o risco de anemia foi sete vezes maior em crianças menores que 36 meses em relação àquelas com idade entre 49 e 60 meses. Isso pode ser explicado pela maior velocidade de crescimento nessa faixa etária, alta frequência

de desmame precoce, atraso na introdução de alimentos ricos em ferro na dieta e pela maior prevalência de doenças como diarreia e doenças respiratórias (SILVA et al., 2001).

Foi observado que a baixa estatura da mãe também mostrou uma associação positiva importante com a desnutrição infantil. Essa forte associação foi encontrada em estudos realizados com diferentes populações: Moçambique (LUNET et al., 2002), São Paulo (MARTINS et al., 2007) e Alagoas (FERREIRA et al., 2009). A forte associação encontrada entre a baixa estatura da mãe com a da criança permite, assim, presumir que os agravos nutricionais na gestação, levando à desnutrição fetal, sejam um dos determinantes desta observação (MARTINS et al., 2007).

Cabe enfatizar que a baixa estatura é resultado, principalmente, de privações de longa duração, que se iniciam na infância e se estendem durante a adolescência e vida adulta. Além disso, muitas evidências sugerem que a situação de vida na infância tem forte relação com o aparecimento de obesidade e outras doenças crônicas na vida futura. Pesquisas sugerem que essa relação se deve a milhares de fatores: nutrição, exposição a doenças infecciosas, ambiente tóxico, ambiente intra-uterino inadequado e de privações econômicas e sociais (MARTINS et al., 2007).

Verifica-se que a obesidade isolada da mãe não se associou significativamente ao atraso no crescimento da criança, mas aumenta o seu risco quando acompanhada da baixa estatura materna. Contudo, a baixa estatura da mãe, isolada ou acompanhada de obesidade, esteve associada com o déficit estatural na criança, resultados esses também observados por Martins et al. (2007).

A proporção de crianças com déficit estatural foi significativamente mais elevada no grupo de menor renda per capita. A renda familiar desempenha um papel importante no crescimento infantil já que influencia diretamente sobre o estado de saúde e nutrição da criança. Resultados semelhantes são relatados nos estudos de Olinto et al. (1993), Romani; Lira (2004) e Oliveira et al. (2006). As condições socioeconômicas das famílias estudadas demonstram o quanto as condições ambientais e o acesso aos serviços de saúde podem influenciar no desenvolvimento da desnutrição, como também demonstrado por outros autores (MONTEIRO, 2003b; OLIVEIRA et al., 2006; MARTINS et al., 2007; COUTINHO et al., 2008; BARROSO et al., 2008).

A infra-estrutura das comunidades quilombolas de Alagoas está muito aquém da ideal. A maioria dos moradores se alimenta a partir da produção própria de alimentos. Porém, a segunda principal fonte de alimentos é a cesta alimentar distribuída pelo governo e a cobertura de programas sociais, como o Programa Bolsa Família que se destaca entre eles, atingindo a maioria das famílias, fato que já sinaliza impacto positivo desses tipos de programas sobre a vida das comunidades atendidas.

Outro fator também de grande relevância e fortemente associado com o crescimento das crianças é o maior número de filhos (CARVALHAES; BENÍCIO, 2002; FISBERG et al., 2004). O menor número de filhos por mulher significa melhores condições de cuidado, inclusive psicossocial. Ocorre, nesse caso, menor competição pelo tempo materno, fato mais relevante para as crianças menores, dependentes das mães para serem alimentadas e atendidas em relação à higiene, cuidados com a saúde e estimulação cognitiva. Ter poucos filhos pode também ser um facilitador para a entrada da mulher no mercado de trabalho, o que possibilita melhores condições de vida. Pelos dois caminhos, o impacto resultante do menor número de filhos tende a ser favorável à redução da prevenção da desnutrição (ZOLLNER; FISBERG, 2006).

A composição familiar influencia diretamente no surgimento ou agravamento da desnutrição, pois, muitas vezes, famílias numerosas moram em casas pequenas, o que prejudica a relação interpessoal entre os moradores e leva a condições de higiene precárias. Assim, favorece a disseminação de doenças ou agravamento do estado de saúde e nutricional das crianças (MURADAS; CARVALHO, 2008). Nosso estudo demonstra que famílias numerosas e mais pobres tinham mais chances de ter crianças com desnutrição crônica. Estes achados são consistentes com a literatura, que mostra que grupos populacionais com condições socioeconômicas desfavoráveis e maior número de irmãos no domicílio, são determinantes das condições de saúde das crianças (FISBERG et al., 2004).

Quando consideradas simultaneamente através da regressão logística as variáveis associadas à desnutrição crônica foram número de filhos, anemia e estatura materna. Embora se reconheça que a utilização da razão de chances obtida por regressão logística possa superestimar o efeito de determinadas variáveis sobre desfechos com prevalências superiores a 10% (FRANCISCO et al., 2008), os resultados obtidos são semelhantes aos encontrados na análise univariada. Os dados da literatura apontam para a mesma direção,

onde maior número de filhos (FISBERG et al., 2004; CARVALHAES; BENÍCIO, 2002; MURADAS; CARVALHO, 2008), presença de anemia (OSÓRIO 2002; MURADAS; CARVALHO 2008; VIEIRA et al., 2010) e baixa estatura materna (LUNET et al., 2002; MARTINS et al., 2007; FERREIRA et al., 2009) estão fortemente associadas com a desnutrição infantil.

Também foi observada associação entre déficit estatural e sobrepeso/obesidade na população infantil quilombola. Esses achados corroboram com outros estudos realizados em diferentes populações (POPKIN et al., 1996; DURAN et al., 2006; FERNALD; NEUFELD, 2007). Assim, a desnutrição crônica infantil pode ser um risco para que estas crianças tenham peso elevado para sua respectiva altura.

A Desnutrição crônica pode levar a permanentes adaptações metabólicas e fisiológicas no organismo, dando origem a um fenótipo "econômico". O resultado dessa adaptação é o desenvolvimento de indivíduos jovens que são mais resistentes à privação de alimento, mas que serão mais suscetíveis à obesidade na idade adulta (BARKER, 1994). A hipótese de Barker é que a privação nutricional dentro do útero "programaria" o recém-nascido para uma vida de carência (BARKER et al., 1993)

Em adição, a população estudada está em fase de transição nutricional, assim como nos estudos de Popkin et al. (1996), Duran et al. (2006) e Fernald; Neufeld (2007). Estes autores consideram que essa relação entre baixa estatura e obesidade não era evidente antes da mudança de renda e das mudanças relacionadas com a dieta e o nível de atividade na maioria dos países de baixa renda, porque antes as crianças desnutridas tinham pouca oportunidade em termos de condições econômicas, estilo de vida e disponibilidade de recursos para se tornarem obesas (POPKIN et al., 1996).

Nesse caso, considerando a desnutrição crônica que prevalece na região de Alagoas, grande parte dos indivíduos apresentaria baixa estatura em virtude de um processo decorrente da "adaptação" ao não atendimento às suas necessidades nutricionais. Dessa forma, muitas crianças teriam um peso corporal acima do esperado para sua respectiva altura em virtude de seu crescimento linear estar ocorrendo de forma mais lenta que seus pares de referência. Nesse caso, tal achado representaria um estado biológico distinto daquele observado em crianças obesas, mas sem retardo de crescimento estatural.

Tal hipótese, no entanto, requer estudo específico para fundamentação conclusiva (BRASIL, 2006).

O desenho transversal não permite traçar uma relação de causa e efeito entre os eventos estudados, mas somente observar associações entre os eventos. Assim, a associação positiva ou negativa observada no presente estudo não deve ser entendida como fator de risco ou de proteção para TMC e agravos nutricionais.

Constatamos alta prevalência de TMC materno, caracterizando os transtornos mentais como um sério problema de saúde pública relativamente recente, mas de grande magnitude. Apesar desse estudo não ter mostrado associação entre transtorno mental comum materno e agravos nutricionais, a literatura relata de forma bastante clara, diversos estudos que mostram a existência dessa associação, mostrando a influência que os transtornos mentais maternos exercem nos cuidados com a criança repercutindo no seu desenvolvimento e crescimento.

Embora estudos mostrem o declínio da desnutrição nas últimas décadas, este ainda é um problema de saúde pública no Brasil, especificamente no estado de Alagoas que mostra uma alta prevalência em comparação a média nacional.

Na população estudada foi observada alta prevalência de sobrepeso/obesidade coexistindo com a presença da desnutrição infantil, ambas com idêntica proporção, caracterizando dessa forma a transição nutricional, já bem relatada em diversos estudos realizados em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Considera-se preocupante a prevalência de sobrepeso encontrada, apesar do perfil de pobreza predominante entre as famílias quilombolas.

Ainda que Alagoas apresente os piores indicadores sociais do país, as melhorias econômicas, sociais e políticas ocorridas no estado nos últimos anos refletem no estado nutricional da população, o que pode explicar a redução na prevalência da desnutrição infantil e o marcante aumento na prevalência do sobrepeso/obesidade.

Chama atenção a alta prevalência da anemia ferropriva, sobretudo, em crianças menores de 30 meses apesar do declínio da desnutrição infantil. Apesar da existência de programas nacionais de combate às carências nutricionais, especificamente o de suplementação de ferro, ainda persistem altas taxas de anemia na população infantil quilombola.

Ao final deste estudo podemos constatar altas prevalências de TMC e de agravos nutricionais que ainda persistem como problemas de saúde pública importantes em áreas com condições socioeconômicas desfavorecidas como são as comunidades remanescentes dos quilombos de Alagoas.

Não se pode deixar de levar em consideração o perfil epidemiológico desses grupos populacionais que são marcados por processos de discriminação e exclusão sociais e que, entre as possíveis causas das desigualdades raciais podem estar as diferenças socioeconômicas que se acumulam ao longo da vida de sucessivas gerações.

Pela prevalência crescente que os transtornos mentais vêm adquirindo, é necessário melhor planejamento da assistência à saúde voltada para doenças mentais. A existência de estudos mostrando associação entre TMC materno e estado nutricional infantil, traz a necessidade de outros estudos que enfatizem a saúde mental materna no contexto da desnutrição infantil como também de outros agravos nutricionais. Em adição, em estudos de base populacional deve ser usado um instrumento que avalie o comprometimento da real capacidade cuidadora das mães nos casos de SRQ positivo para avaliação de associação entre agravos nutricionais infantis e TMC materno. Dessa forma seria interessante a continuidade deste trabalho para aplicação deste tipo de instrumento.

Desnutrição e Obesidade foram consideradas elevadas e de idêntica magnitude. Nesse sentido, seriam imperativo intervenções de expansão das ações voltadas para prevenção e combate à obesidade baseadas no consumo de dietas adequadas às necessidades nutricionais e um estilo de vida saudável, e manutenção das ações destinadas ao controle da desnutrição, haja vista que as duas condições representam agravos à saúde. A anemia persiste como principal carência nutricional. As precárias condições socioeconômicas e a deficiência na assistência à saúde da população estudada são características que devem nortear as políticas públicas de prevenção e controle.

A alta prevalência dos agravos nutricionais aqui observados deve ser combatida através de estratégias bem elaboradas, evitando danos à saúde associados com sérias repercussões a curto e longo prazo.

Diante da precariedade socioeconômica e ambiental que domina o cenário vigente na maioria das comunidades quilombolas, há necessidade de implementação de políticas públicas de melhoria das condições de vida e de atenção à nutrição e saúde das populações remanescentes de quilombos de Alagoas.

Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37: 316–325.

Andrade LHS, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín.* 2006; 33 (2): 43-54.

Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora BL. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42 (2): 26-33.

Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2005; 5 (3): 337-348.

Araya R, Lewis G, Rojas G, Fritsch R. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidemiol Community Health.* 2003; 57: 501–505.

Barker DJP, Gluckman PD, Godfrey KM, Harding E, Owens JA, Robinson JS. Fetal nutrition and cardiovascular disease in adult life. *Lancet.* 1993; 341: 938-941.

Barker DJP. Mothers, babies, and diseases in later life. London: BMJ. 1994.

Barroso GS, Sichieri R, Salles-Costa R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11 (3).

Batista Filho M & Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública.* 2003; 19 (1): 181-191.

Batista Filho M. O controle das anemias no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2004; 4(2): 121-23.

Batista Filho M, Souza AI, Bresani CC. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(6).

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS 1996. Rio de Janeiro, 1997.

BIS 31 - Boletim do Instituto de Saúde. Raça, etnia e saúde. São Paulo, 2003.

Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Maternal and Child Undernutrition 1. Lancet.* 2008; 371: 243–260.

Blue I. Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22 (3): 116-123.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, DF, 2005

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Chamada nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. n.º.4. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). Os quilombos simbolizam a forma mais conhecida de resistência à escravidão. Artigo publicado no jornal Estado dos Minas, de 24 de novembro de 2007. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Quilombolas. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. n.º.9. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/>Patrimônio>Quilombo>Quilombos>, 2009a. Acesso em 20/03/2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Programa Bolsa Família. Critérios de inclusão. Brasil, 2009b. Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/criterios-de-inclusao. Acesso em 20/03/2010.

Brum EHM & Schermann L. O impacto da depressão materna nas interações iniciais. Psico. 2006; 37 (2): 151-158.

Campos ALR, Nascimento CFL, Grazini JT, Assis AN, Vítolo MR, Nóbrega FJ. Aspectos nutricionais, psicológicos e sociais de mães de crianças desnutridas. Jornal de pediatria. 1995; 71 (4): 214-218.

Carvalhoes MABL & Benício MHD. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Rev Saúde Pública. 2002; 36 (2): 188-197.

Chandran M, Tharyan P, Muliyl J, Abraham S. Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India: Incidence and risk factors. British Journal Psychiatry. 2002; 181: 499-504.

Chor D & Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005; 21 (5):1586-1594.

Clay EC & Seehusen MDA. A Review of Postpartum Depression for the Primary Care Physician. Southern Medical Journal. 2004; 97 (2): 157-161.

Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiquiatr Clin*. 1999; 26 (5).

Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (2): 332-340.

Coutinho GGPL, Goloni-Bertollo EM, Bertelli ECP. Iron deficiency anemia in children: a challenge for public health and society. *São Paulo Med J*. 2005; 123 (2).

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.

De 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).

De Onis, Blössner M, Borghi E, Frongillo EA, Morris R. Estimates of Global Prevalence of Childhood Underweight in 1990 and 2015. *JAMA*. 2004; 291: (21).

Duran P, Caballero B, De Onis M. The association between stunting and overweight in Latin American and Caribbean preschool children. *Food and Nutrition Bulletin*. 2006; 27 (4): 300-305.

Fagundes AA, Barros DC, Sardinha LMV, Leão MM. *Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2004. 120p.

Fernandes BS. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. *Estudos avançados*. 2003; 17 (48): 77-93.

Ferreira HS. Avaliação Nutricional de crianças pelo método antropométrico. In: Ferreira HS. *Desnutrição: magnitude, significado social e possibilidade de prevenção*. Maceió: Adufal. 2000: 33-89.

Ferreira HS, Assunção ML, Vasconcelos VS, Melo FP, Oliveira CG, Santos TO. Saúde de populações marginalizadas: desnutrição, anemia e enteroparasitoses em crianças de uma favela do “Movimento Sem-Teto”, Maceió, Alagoas. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002; 2 (2): 177-185.

Ferreira HS, Florêncio TMMT, Vieira EF, Assunção ML. Stunting is associated with wasting in children from the semiarid region of Alagoas, Brazil. *Nutrition Research*. 2008; 28: 364-367.

Ferreira HS, Moura FA, Cabral Jr CR, Florêncio TMMT, Vieira RC, Assunção ML. Short stature of mothers from an area endemic for undernutrition is associated with obesity, hypertension and stunted children: a population-based study in the semi-arid region of Alagoas, Northeast Brazil. *British Journal of Nutrition*. 2009; 101: 1239-1245.

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

Fernald LC & Neufeld LM. Overweight with concurrent stunting in very young children from rural Mexico: prevalence and associated factors. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2007; 61: 623-632.

Fisberg RM, Marchioni DML, Cardoso MRA. Estado nutricional e fatores associados ao déficit de crescimento de crianças frequentadoras de creches públicas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20 (03): 812-817.

Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11 (3): 347-355.

Frizzo GB & Piccinini CA. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em estudo*. 2005; 10 (1): 47-55.

Frota MA & Barroso MGT. Repercussão da desnutrição infantil na família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13 (6): 996-1000.

Goldberg DP & Huxley P. *Common mental disorders – A bio-social model*. London: Routledge, 1992.

Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24 (2): 380-390.

Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde Soc*. 2007; 16 (2): 103-110.

Gutierrez-Fisac JL, Regidor E, Banegas JRB, Artalejo FR. The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987-1995/97. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56(6): 457-60.

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

Henriques R. *Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90*. Brasília (DF): IPEA. 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2007. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/tabsintese.shtm>. Acesso em 28/06/2010.

- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. A linha de miséria e algumas pontuações. Brasil, 2007. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD_CHAVE=2501. Acesso em 20/03/2010.
- Jordão RE, Bernardi JLD, Barros Filho AA. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27(1): 90-98.
- Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Mari JJ. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um centro de saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (5): 999-1007.
- Kac G & Velásquez-Meléndez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19 (1): 4-5.
- Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, Kawachi I. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *BMJ*. 2000; 321: 1311-1315.
- Kikafunda JK, Walker AF, Collett D, Tumwine JK. Risk factors for early childhood malnutrition in Uganda. *Pediatrics*. 1998. 102 (4): 1-8.
- Laurentino GEC, Arruda IKG, Arruda BKG. Nanismo nutricional em escolares no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil*. 2003; 3 (4): 377-385.
- Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clin*. 1999; 26 (5).
- Lopez AD & Murray CC. The global burden of disease, 1990- 2020. *Nat Med*. 1998; 4 (11): 1241-1243.
- Ludermir AB & Lewis G. Links between social class and common mental disorders in northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36: 101-107.
- Ludermir AB & Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (2): 213-221.
- Lunet N, Murangy A, Branco AC, Calane A, Bucar A, Elyas B, Branquinho B, Namburete D, Barros H. Desnutrição em crianças de Maputo, Moçambique. *Arquivos de Medicina*. 2002; 16 (6): 26-29.
- Mari JJ & Williams P. A Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148: 23-26.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (8): 1639-1648.

- Martins IS, Marinho SP, Oliveira DC, Araújo EAC. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (6): 1553-1565.
- Medeiros PPV & Furtado EF. Perfil dos cuidados maternos em mães deprimidas e não-deprimidas no período puerperal. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2004; 53 (4): 227-234.
- Miranda CT, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S, Puccini R, Strom BL, Berlin JA. Mental health of the mothers of malnourished children. *International Journal of Epidemiology*. 1996; 25 (1): 128-133.
- Miranda AS, Franceschini SCC, Priore SE, Euclides MP, Araújo RMA, Ribeiro SMR, Netto MP, Fonseca MM, Rocha DS, Silva DG, Lima NMM, Maffia UCC. Anemia ferropriva e estado nutricional de crianças com idade de 12 a 60 meses do município de Viçosa, MG. *Rev Nutr*. 2003; 16 (2): 163-169.
- Monteiro CA, Benício MH, Iunes R, Gouveia NC. Nutritional status of Brazilian children: Trends from 1975 to 1989. *Bull World Health Organ*. 1992; 70: 657-666.
- Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995.
- Monteiro CA. Fome, Desnutrição e Pobreza: além da Semântica. *Saúde e Sociedade*. 2003a; 12 (1): 7-11.
- Monteiro CA. A dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil: implicações para políticas públicas. São Paulo: Estudos Avançados. 2003b; 17 (48): 7-20.
- Monteiro CA, Conde WL, Lu B, Popkin BM. Obesity and inequities in health in the developing world. *Int J Obesity*. 2004; 1-6.
- Monteiro CA, Benicio MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (1):35-43.
- Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40 (1): 65-70.
- Murray L, Hipwell A, Hooper R. The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *J. Child Psychol. Psychiat*. 1996; 37 (8): 927-935.
- Muller A. Education, income inequality, and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ*. 2002; 324: 1-4.
- Muradas MR & Carvalho SD. Fatores que influenciam a desnutrição infantil em um centro de saúde do município de Campinas (SP). *Cienc Cuid Saúde*. 2008; 7 (1): 53-58.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTIC. 2000 CDC Growth charts: United States: NCHS, 2000. Disponível em: <http://www.cdc.gov/growthcharts>. Acesso em 29 de junho de 2010.

Nóbrega FJ. Desnutrição Intrauterina e Pós-Natal. São Paulo: Panamed. 1986.

O'Brien LM, Heycock EG, Hanna M, Jones PW, Cox JL. Postnatal Depression and Faltering Growth: A Community Study. *Pediatrics*. 2004; 113 (5): 1242-1247.

Oliveira VA, Assis AMO, Pinheiro SMC, Barreto ML. Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40 (5): 1-9.

Olinto MTA, Victora CG, Barros FC, Tomasi E. Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado. *Cad. Saúde Públ*. 1993; 9 (1): 14-27.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Lucha contra la anemia nutricional, especialmente contra la carência de hierro: Informe ADI/OIEA/OMS. Série de Informes Técnicos, 580. Genebra: OMS, 1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial de Saúde. Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Primeira Cúpula Global de Saúde Mental. Atenas, Grécia: OMS, 2009. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/09/090902depressaoomscq.shtml>. Acesso em 02 de setembro de 2009.

Osório MM, Lira PI, Batista-Filho M, Ashworth A. Prevalence of anemia in children 6-59 months old in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2001; 10: 101-107.

Osório MM. Fatores determinantes da anemia em crianças. *Jornal de Pediatria*. 2002; 78 (4): 269-278.

Paffer AT, Miranda CT, Paula CS, Ferreira HS, Cabral Jr. CR, Vieira RCS. Association between child malnutrition and maternal common mental disorders: the potential role of disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2010.

Patel V, Araya R, Lima M, Ludermire A, Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*. 1999; 49: 1461-1471.

Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature. *British Journal of Psychiatry*. 2001; 178: 406-409.

Patel V, Rodrigues M, De Souza N. Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 43-47.

Patel V, De Souza N, Rodrigues, M. Postnatal depression and infant growth and development in low income countries: a cohort study from Goa, India. *Arch Dis. Child.* 2003; 88: 34-37.

Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M. Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ.* 2004; 328: 820-823.

Pichard C, Kyle UG, Bracco D, Slosman DO, Morabia A, Schutz Y. Reference values of fat-free and fat masses by bioelectrical impedance analysis in 3393 healthy subjects. *Nutrition.* 2000; 16: 245-254.

Pillai A, Andrews T, Patel V. Violence, psychological distress and the risk of suicidal behaviour in young people in India. *International Journal of Epidemiology.* 2008; 1-11.

Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. *Culture, Medicine and Psychiatry.* 1999; 23: 25-50.

Popkin BM, Richards MK, Monteiro CA. Stunting is associated with overweight in children of four nations that are undergoing the nutrition transition. *J Nutr.* 1996; (126): 3009-3016.

Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care, Health & Development.* 2004a; 30: 21-27.

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.* 2004b; 61 (9): 946-952.

Reading R & Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine.* 2001; 53: 441-453.

Righetti-Veltema M, Bousquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18-month-old infant. *European Child & Adolescent Psychiatry.* 2003; 12: 75-83.

Romani SAM & De Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. *Rev. Bras.Saúde Matern. Infantil.* 2004; 4(1): 15-23.

Santos MESB. Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

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.

- Sawaya AL. Desnutrição energético-proteica. IN: Sawaya AL. Desnutrição Urbana no Brasil em um Período de Transição. São Paulo: Cortez; 1997: 19-33.
- Sawaya AL. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. Estudos avançados. 2006; 20 (58): 147-158.
- Schwengber DDS & Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. Estudos de Psicologia. 2003; 8 (3): 403-411.
- Schwengber DDS & Piccinini CA. Depressão Materna e Interação Mãe-Bebê no Final do Primeiro Ano de Vida. Psic.: Teor. e Pesq. 2004; 20 (3): 233-240.
- Schermann L & Alfaya C. Depressão pós-parto: tendências atuais. Revista de Medicina PUCRS. 2000; 10 (2): 130-136.
- Silva DO, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. Rev. Nutr. 2008; 21(Suplemento): 83-97.
- Silva LSM, Giugliani ERJ, Aerts DRGC. Prevalências e determinantes de anemia em crianças de Porto Alegre, RS, Brasil. Rev. Saúde Pública. 2001; 35: 66-73.
- Smith GD, Hart C, Hole D, Mackinnon P, Gillis C, Watt G, Blane D, Hawthorne V. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? J Epidemiol Community Health. 1998; 52: 153-160.
- Spada PV. Aspectos psicológicos da alimentação. In: Vínculo Mãe/Filho. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- Spinelli MGN, Marchioni DML, Souza JMP, Souza SB de, Szarfarc SC. Fatores de risco para anemia em crianças de 6 a 12 meses no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(2): 84-91.
- STYNE DM. Childhood and adolescent obesity. Prevalence and significance. Pediat Clin North Amer. 2001; 48 (4): 823-853.
- Thornicroft G & Maingay S. The global response to mental illness. BMJ. 2002; 325: 608-609.
- Torrance GM, Hooper MD, Reeder BA. Trends in overweight and obesity among adults in Canada (1970-1992): evidence from national surveys using measured height and weight. Int J Obesity. 2002; 26: 797-804.
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Desnutrição: causas, conseqüências e soluções. Brasília (DF), 1998.
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Desnutrição ameaça à saúde. Situação da infância brasileira 2006. Brasília, 2006a.

UNICEF – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Progreso para la infancia. Un balance sobre la nutrición. Nueva York, n.4, abril de 2006b.

Urani A. Um diagnóstico socioeconômico do Estado de Alagoas a partir de uma leitura dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (1992-2004). Instituto de estudos do trabalho e sociedade, 2005.

Veggi AB, Lopes CS, Faerstein E, Sichieri R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26 (4): 242-247.

Victora CG, Gigante DP, Barros AJD, Monteiro CA, De Onis M. Estimativa da prevalência de déficit de altura/idade a partir da prevalência de déficit de peso/idade em crianças brasileiras. *Rev. Saúde Pública.* 1998; 32 (4): 321-327.

Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Maternal and Child Undernutrition 2. Lancet.* 2008; 371: 340-357.

Vieira RCS, Ferreira HS, Costa ACS, Moura FA, Florêncio TMMT, Torres ZMC. Prevalência e fatores de risco para anemia em crianças pré-escolares do estado de Alagoas, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant.* 2010; 10 (1): 107-116.

Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry.* 2004; 3: 3.

Zöllner CC, Fisberg RM. Estado nutricional e sua relação com fatores biológicos, sociais e demográficos de crianças assistidas em creches da Prefeitura do Município de São Paulo. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6 (3): 319-328.

Werneck J, Lopes F, Zanetti J, Sacramento M, Xavier L, Patroclo MAA, Bentes, N. *Mulheres Negras: Um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil.* Rio de Janeiro, 2009.

WORLD BANK. *Repositioning Nutrition as Central to Development-A Strategy for Large Scale Action,* 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Expert Committee on Maternal and Child Health, Geneva, 1960. Public health aspects of low birth weight; 3rd report.* Geneva: WHO, 1961. (Technical Report Series, 217).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ).* Division of mental health. Geneva: WHO, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry.* Geneva: WHO, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention and control. A guide for programme managers.* Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO, 2006.

ANEXO A - Comunidades remanescentes de quilombos em Alagoas, segundo 90
localização e condição legal, 2008

Nº	Comunidade	Localização (Município)	Famílias	Condição Legal
1.	Barro Preto	Água Branca	50	Em Processo
2.	Serra das Morenas	Anadia	40	Em Processo
3.	Pau D'arco	Arapiraca	150	Reconhecida
4.	Carrasco	Arapiraca	350	Reconhecida
5.	Cajá dos Negros	Batalha	86	Reconhecida
6.	Guaxinin	Cacimbinhas	87	Reconhecida
7.	Povoado Cruz	Delmiro Gouveia	80	Reconhecida
8.	Sapé	Igreja Nova	100	Área em estudo
9.	Palmeira dos Negros	Igreja Nova	200	Reconhecida
10.	Alto da Madeira	Jacaré dos Homens	45	Área em estudo
11.	Puxinnanã	Major Isidoro	80	Em Processo
12.	Paus Pretos	Monteirópolis	180	Reconhecida
13.	Gameleira	Olho D'Água das Flores	30	Área em estudo
14.	Vila São Antonio	Palestina	300	Em Processo
15.	Tabacaria	Palmeira dos Índios	92	Reconhecida
16.	Chifre de Bode	Pão de Açúcar	80	Reconhecida
17.	Poço do Sal	Pão de Açúcar	80	Reconhecida
18.	Bom Despacho	Passo do Camaragibe	280	Área em estudo
19.	Oiteiro	Penedo	149	Em Processo
20.	Tabuleiro dos Negros	Penedo	120	Reconhecida
21.	Piaçabuçu	Piaçabuçu	25	Área em estudo
22.	Jorge	Poço das Trincheiras	80	Reconhecida
23.	Mocó	Poço das Trincheiras	80	Reconhecida
24.	Alto do Tamanduá	Poço das Trincheiras	85	Reconhecida
25.	Jacu	Poço das Trincheiras	85	Reconhecida
26.	Quilombo	Santa Luzia do Norte	350	Reconhecida
27.	Jussara	Santana do Mundaú	26	Área em estudo
28.	Mariana	Santana do Mundaú	40	Área em estudo
29.	Filus	Santana do Mundaú	30	Reconhecida
30.	Caboclo	São José da Tapera	50	Área em estudo
31.	Mocambo	São José da Tapera	60	Área em estudo
32.	Sítio do meio	Taquarana	40	Área em estudo
33.	Passagem	Taquarana	170	Área em estudo
34.	Boca da Mata	Taquarana	60	Em Processo
35.	Lagoa do Côxo	Taquarana	80	Em Processo
36.	Mameluco	Taquarana	150	Em Processo
37.	Poços do Lunga	Taquarana	65	Reconhecida
38.	Abobreiras	Teotônio Vilela	30	Área em estudo
39.	Uruçu	Traipu	50	Área em estudo
40.	Monbaça	Traipu	100	Área em estudo
41.	Muquem	União dos Palmares	68	Reconhecida
42.	Gurgumba	Viçosa	35	Área em estudo
TOTAL			4338	

Fonte: Governo do Estado de Alagoas - Secretaria da Mulher, da Cidadania e dos Direitos Humanos - Gerência afro-quilombola. 2008.

ANEXO B - Formulário – Dados antropométricos

Diagnóstico de Nutrição e Saúde da população remanescente de quilombos em Alagoas – FANUT/UFAL Form. 1 Comunidade n.º _____ Cadastro Familiar:

N.º	NOME	REL	Sexo M F	Idade	GRUPO	ESCOL	Hb	BIA	Altura sentada (cm)	Peso (Kg)	Altura (cm)	Circunferências				Dobras cutâneas				
												Cintura (cm)	Quadril (cm)	Cabeça (cm)	Braço (cm)	Tríceps (mm)	Bíceps (mm)	Subesc (mm)	Supra (mm)	Abd (mm)
1		0																		
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

RELação com a mãe investigada (0): 1. Cônjuge; 2. Filho/a; 3. Filho/a Adotivo/a; 4. Pai/Mãe; 5. Irmão/ã; 6. Cunhado/a; 7. Tio/a; 8. Primo/a; 9. Sobrinho/a; 10. Avô/ó; 11. Sogro/a; 12. Genro/nora; 13. Entead/a; 14. Empregado/a; Outro parente: _____ **→ NÃO INCLUIR VISITANTES.**

GRUPO: C = criança (menores de 10 anos); A = adolescente (10,1 a 18 anos); H/M=Homem/mulher (18,1 a 60 anos); G=gestante; I=idoso (>60 anos)

ESCOLaridade: A senhora estudou? () Não () Sim: até que série a senhora estudou com aprovação? E o <próximo nome>? ...? ...?														
nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]						Ensino médio (científico ou 2ºg)				Ensino superior		IGN	
0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

MEDIDAS: Hb: gestantes e crianças <5anos; BIA: todos acima de 10,1 anos;
Altura sentada: todas sexo fem > 10 anos; **Peso, Altura e Cintura:** toda população;
Quadril: todas sexo fem > 10 a; **cabeça:** crianças de 0 a 10 a; **Braço e Tríceps:** toda população; **demais dobras:** todos > 10a (exceto coxa para sexo masculino)

ANEXO C - Formulário – Saúde da Criança

FORMULÁRIO N° 2 – SAÚDE DA CRIANÇA (para todos os menores de 10 anos)

☞ Onde constar <C>, substituir pelo nome da criança.

1. Nome _____ e N° de ordem da criança no Cadastro Família: _____
2. A senhora é mãe natural (1) ou mãe de criação (2) de <C>?
3. Qual a data de nascimento de <C>?
 |__||__||/|__||__||/|__||__||__||__||
 (1) Informada; (2) Cert nasc; (3) Cartão criança; (4) Doc maternidade; (5) Batistério; (6) Outro: _____
4. Nos últimos 6 meses, <C> frequentou alguma creche ou escola? (1) Sim (2) Não (9) IGN
5. <C> teve diarreia ou fez cocô mole mais de 3 vezes de ontem até agora? (1) Sim (2) Não (9) IGN
6. <C> teve diarreia nas 2 últimas semanas (desde a < dia da semana > de 2 semanas atrás)? (1) Sim (2) Não (9) IGN
7. Quando <C> tem diarreia a senhora faz alguma coisa para tratamento? Não |__| Sim |__| O que? _____
8. <C> teve tosse na última semana (desde o < dia da semana > da semana passada? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe
9. Teve febre? (1) Sim (2) Não (9) IGN
10. e nariz entupido? (1) Sim (2) Não (9) IGN
11. <C> foi levada para se consultar nos últimos 3 meses? (1) Sim (2) Não (9) IGN
12. Se SIM, qual foi o motivo da consulta? _____
13. Quando <C> está doente e precisa de atendimento, o que a senhora faz? _____
14. <C> foi internada nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (9) IGN
15. Se SIM, quantas vezes e por quais motivos? _____
16. <C> tem cartão de vacinas? (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, perdeu (4) Nunca teve
17. Estava com o calendário de vacinação atualizado? (1) SIM (2) NÃO (8) NSA
18. Consta suplementação de vit. A? Se SIM, qual a data? (88, se NÃO)
 |__||__||/|__||__||/|__||__||
19. No cartão tem peso marcado pelo menos 2 x nos últimos 6 meses? (1) SIM (2) NÃO (3) < 6 m (8) NSA
20. Quanto <C> pesou quando nasceu? _____. _____. _____. (g) (9.999=IGN) (1) Confirmado (2) Só informado
21. <C> nasceu antes do tempo (0), no tempo certo (1) ou depois do tempo (2)? (9) IGN
22. A senhora fumou durante a gravidez de <C>? (1) SIM; (2) NÃO (9) IGN
23. <C> mamou no peito? (1) Sim (2) Ainda mama (3) Não, nunca mamou (9) IGN
24. Se (1) SIM: até que idade? _____; Porque deixou de mamar: _____
25. Se (2) Ainda mama: Qual a idade atual: _____ → NÃO PERGUNTE: CALCULE DEPOIS
26. Se (3) Não, nunca mamou: Porque não mamou: _____
27. Até que idade só mamou, sem receber água, chá, leite ou qualquer outro tipo de alimento? _____
28. Com que idade <C> começou a receber: Água: _____; Chá: _____; Leite: _____; gogó: _____; Papa de legumes: _____; Arroz com feijão: _____; Frango/Carne/Peixe... : _____ [idade em meses; 88=NSA; 99=IGN]
29. Você fez alguma consulta de pré-natal durante a gravidez de <C>? (2) Não (9) IGN (1) Sim, quantas: _
30. Em que mês da gravidez iniciou as consultas no pré-natal? _____ (88) Não fez pré-natal; (99) IGN
31. <C> nasceu em (1) hospital/maternidade; (2) em casa; (3) casa de parto; (4) outro: _____
32. Quem atendeu ao parto? (1) médico (2) parteira (3) Enfermeira (4) outro: _____
33. O parto foi normal (1), cesariana (2) ou outros (3) _____

ANEXO D - Formulário – Saúde da Mulher

FORMULÁRIO N° 3 – SAÚDE MATERNA

1. A senhora fuma? Quantos cigarros/dia? 00=Não fuma; 01,02...; 99=não sabe
2. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos
3. Com que idade ficou grávida pela primeira vez? _____ anos
4. Quantos filhos a senhora já teve? _____
5. A senhora já perdeu algum filho por falecimento ou por aborto? (1) Sim (2) Não (9) Ignorado

SE SIM: QUANTOS: _____ A senhora poderia explicar a idade deles:

6. Natimorto (mais de 28 semanas/7 meses ou 1 Kg): _____	O código é o número de casos relatados:	NTMORTO __
7. Mortalidade infantil: _____ (de 0 a 12 meses)	0; 1; 2...	MORTINF __
8. Mortalidade acima de 12 meses: _____	8=não se aplica	MORTPOS __
9. Aborto _____ (antes do 6º mês de gestação)		ABORTO __

10. Toma medicamento para pressão? (1) Sim (2) Não
11. Toma outro tipo de medicamento? (1) Sim (Para que?) _____ (2) Não
12. A senhora teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?
() Não () Sim Qual foi o problema? _____
13. Procurou algum tipo de atendimento para cuidar desse problema? Qual? (se não, como resolveu?)

MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL: (PAS x PAD)

1ª: |__||__||__| x |__||__||__| → 10 minutos após o início da entrevista

2ª: |__||__||__| x |__||__||__| → Ao final da entrevista

3ª: |__||__||__| x |__||__||__| → repetir se tiver havido discrepância entre as 2 primeiras

14. PAS __ __ __	15. PAD __ __ __
---------------------	---------------------

16. Qual a data de sua última Menstruação: |__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|

17. Dias Após a Menstruação: |__||__|

Calcular e preencher com o número de dias (00 se menstruada no dia; 88 se amamentando; 99 se ignorado)

18. Ingeriu bebida alcoólica de ontem para hoje?: (1)=Sim, Ontem; (2)=Sim, Hoje; (3) Não

FORMULÁRIO Nº 5 – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

1. Quem é o chefe da família: _____ Nº no cadastro: _____
2. Verifique no cadastro o **NÚMERO DE ANOS DE ESTUDO** com aprovação do chefe da família: _____
3. A senhora trabalha ou tem alguma ocupação? () Não (2) Sim, qual: _____
4. E o <chefe da família>? *NSA se for a própria entrevistada*: _____
5. Alguém da família recebe algum tipo de benefício de algum programa do governo ou de qualquer outro setor? () Não () Sim, descreva: _____
6. Quantas pessoas contribuem com as despesas da sua casa? _____ Quem são? (preencha no quadro)
7. Juntando todo dinheiro que entra, qual o total da renda da família por mês?

Nome	Valor	Nº de pessoas na família	Renda per capita
		(ver cadastro)	Renda familiar total ----- Nº de pessoas na família
		Excluir empregado	
Renda familiar total			

8. Tipo de casa (predominante):
(1)Edifício (2)Tijolos (3)Taipa (4)Madeira (5)Palha/Papelão/Lona/Plástico (6) outros: _____
9. Quantos compartimentos existem na casa? _____; Desses, quantos são usados para dormir? _____
10. De onde vem a água usada para beber? _____
11. Essa água passa por algum tratamento antes de ser consumida? () Não () Sim, Qual?

12. A sua casa tem privada: () Sim () Não, para onde vão as fezes? _____
13. A Sra tem empregada doméstica? () Sim () Não

Agora vou fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade.**→ A senhora tem <ítem> em sua casa? Quantas?**

14. Televisão a cores? ()Não ()Sim, quantas? _____
15. Rádio? ()Não ()Sim, quantos? _____
16. Banheiro? (somente com vaso sanitário) ()Não ()Sim, quantas? _____
17. Carro? (Não considerar veículo de trabalho) ()Não ()Sim, quantas? _____
18. Aspirador de pó? ()Não ()Sim
19. Máquina de lavar ou tanquinho elétrico ()Não ()Sim
20. Vídeo Cassete e/ou DVD? ()Não ()Sim
21. Geladeira ()Não () comum ()duplex
22. Freezer? ()Não ()Sim

FORMULÁRIO N° 6 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)
➔ APLICAR À DONA DA CASA ➔

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos últimos 30 dias. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda SIM, mas se achar que não corresponde, responda NÃO.

Por favor, não discuta as perguntas enquanto estiver respondendo. Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda SIM ou NÃO como lhe parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

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

ANEXO G - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 26/08/2008

Senhor (a) Pesquisador (a), Haroldo da Silva Ferreira

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), aprovou *Ad Referendum* em 26/08/2008 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo **014440/2008-51** sob o título **Diagnóstico de nutrição e saúde da população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas**, 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.

(*) Áreas temáticas especiais



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

ANEXO H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº. 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **DIAGNÓSTICO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO REMANESCENTE DOS QUILOMBOS DO ESTADO DE ALAGOAS**, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a investigar as condições de nutrição e saúde da população residentes nas comunidades quilombolas de Alagoas, visando possibilitar o planejamento de ações de promoção da saúde;
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia;
- Que responder essas perguntas e se submeter aos citados procedimentos serão os únicos incômodos que poderei sentir com a minha participação;
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer problema.
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação dos meus dados só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço do(a) voluntário(a): COMUNIDADE _____

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-9381-2731.

Endereço do responsável pela pesquisa:
Instituição: Universidade Federal de Alagoas
BR 101 Norte, S/Nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1165/1158/1160

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1053

_____, _____ de _____ de 2008

Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável