

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

***PAPEL DA RESILIÊNCIA E DO TRANSTORNO MENTAL COMUM MATERNO NA
DESNUTRIÇÃO INFANTIL: ESTUDO CASO - CONTROLE***

JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS

MACEIÓ-2016

JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS

*PAPEL DA RESILIÊNCIA E DO TRANSTORNO MENTAL COMUM MATERNO
NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL: ESTUDO CASO – CONTROLE*

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

Orientador: Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda

Coorientador : Prof. Dr^a. Ana Paula Grotti Clemente



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 QUALIFICAÇÃO DE
DISSERTAÇÃO**

**“PAPEL DA RESILIÊNCIA E DO TRANSTORNO MENTAL COMUM
MATERNO NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL: ESTUDO CASO -
CONTROLE”**

por

José Roberto dos Santos

A Banca Examinadora, reunida aos 30 dias do mês de junho do ano de 2015, considera o(a) candidato(a) **APROVADO(A)**.

Prof. Dr. Claudio Torres de Miranda
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
(Presidente)

Prof. Dr. Nassib Bezerra Bueno
Faculdade de Nutrição
Universidade Federal de Alagoas
(Examinador)

Prof. Dr^a. Ângela Cristina Dornelas da Silva
Departamento de Terapia Ocupacional
Universidade Federal da Paraíba
(Examinador)

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

S237p Santos, José Roberto dos.

Papel da resiliência e do transtorno mental comum materno na desnutrição infantil: estudo de caso-controle / José Roberto dos Santos, 2016.
78 f. : il.

Orientador: Cláudio Torres de Miranda.

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

Bibliografia: f. 52-58.

Apêndices: f. 60-64.

Anexos: f. 66-78.

1. Desnutrição - Criança. 2. Resiliência psicológica. 3. Saúde mental.
I. Título.

CDU: 612.391-053.2

DEDICO ESTE TRABALHO,

A todas as mães que participaram juntamente com seus filhos nas informações passadas, pela confiança nesta pesquisa que seguiu os princípios da ética.

A minha mãe, Eulália, exemplo de mulher resiliente, que acreditou e perseverou por mim.

AGRADECIMENTOS

Eu agradeço primeiramente a Deus por esta etapa em minha vida e pela oportunidade do mestrado em Nutrição Humana.

Eu agradeço ao meu orientador professor Dr. Cláudio Torres de Miranda, pela sua paciência, amizade, confiança e dedicação e a professora Dr^a. Ana Paula pela coorientação desta pesquisa.

Eu agradeço a minha mãe Eulália por acreditar em mim e está me apoiando nessa etapa da minha vida.

Eu agradeço as amigas Stephany (Fany), Irinha e Monique pela força através de singelas palavras de apoio.

Eu agradeço ao CREN na pessoa da Dr^a. Telma Toledo e Ms. Gabriela Veiga e aos demais funcionários como Renata Antunes, Layse Veloso, entre outros que de forma indireta apoiaram este trabalho.

Eu agradeço aos estagiários de Nutrição: Luan, Claudia, Dayvisson (*in memoriam*) e Camila, assim como as mestrandas e colegas Sirley e Natalia na colaboração das medidas antropométricas das crianças do estudo.

Eu agradeço ao Centro Municipal de Educação Infantil Denisson Meneses, na pessoa da coordenadora professora Maria José, na realização da segunda etapa da pesquisa com as mães e alunos da instituição.

Eu agradeço a todas as mães que participaram desta pesquisa, pois sem elas não seria possível.

RESUMO

A desnutrição infantil é um problema de saúde pública, multifatorial de prevalência diversificada no mundo. No Brasil desde a década de 1970 a desnutrição vem apresentando uma redução expressiva devido a melhoria da economia do país, proporcionando um aumento na renda familiar, participação da população de baixa renda aos programas sociais de transferência de renda, melhor acesso aos serviços de saúde e aumento na escolaridade materna. Apesar da expressiva redução da desnutrição infantil em sua forma crônica (escore $Z < - 2$ desvios padrão pela Organização Mundial da Saúde em 2006, para o índice altura para idade/ déficit estatural) ainda é persistente, em menor grau, em regiões de bolsões de pobreza nas grandes cidades e no semiárido nordestino, devido a fatores como a pobreza, a vulnerabilidade social e a presença de precária qualidade no cuidar das crianças devido a presença de Transtorno Mental Comum presente nas mães, sendo estes fatores condicionantes para a desnutrição na infância. Mas, diante dessas adversidades podem-se encontrar crianças sem evidências de desnutrição crônica vivendo em um ambiente vulnerável para desnutrição. Portanto, busca-se investigar qual o motivo destas crianças apresentarem um bom estado nutricional diante de risco psicossocial. Para compreender este fenômeno buscou-se investigar a possível relação entre resiliência materna com o estado nutricional de crianças na faixa etária de três a cinco anos de idade e a presença de transtorno mental comum materno. Esta dissertação busca, através de um capítulo de revisão da literatura informar sobre: desnutrição infantil, resiliência psicológica e saúde mental materna associada à desnutrição crônica na infância. A resiliência é entendida como a capacidade que o indivíduo, família ou comunidade tem de enfrentar as adversidades da vida diante de situações de risco psicossocial, superando as situações desvantajosas para o sucesso na vida. Também se buscou discutir sobre a influência da resiliência nas mães, que enfrentam adversidades no ciclo de suas vidas e apresentam bom estado de saúde mental, que contribui na relação do cuidado com a criança que gera bom vínculo e desenvolvimento infantil. Assim a boa saúde mental é um fator protetor da desnutrição na infância, quando as mães não apresentam Transtorno Mental Comum. Pesquisas recentes destacam que a exclusão social e a pobreza são adversidades crônicas que podem comprometer o potencial dos sujeitos envolvidos, principalmente de mães mais jovens e que a presença de Transtorno Mental Comum materno é um fator relevante para o surgimento da desnutrição crônica na infância.

Em relação ao artigo original, o objetivo foi Identificar a associação entre o estado nutricional infantil e a resiliência de mães de crianças residentes em comunidades com alta vulnerabilidade social. O artigo apresenta um estudo Caso-Controle com uma amostra final de 96 pares mãe-criança sendo: 48 pares mãe-criança eutrófica, sem irmãos desnutridos (para o grupo caso) e 48 pares mãe-criança desnutrida (para o grupo controle) que buscou verificar a resiliência das mães através do questionário *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), e a presença de Transtorno Mental Comum Materno pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), além das variáveis socioeconômicas. Na análise estatística foi realizado o teste do qui-quadrado para comparação de proporções e o teste “t” de *Student* para comparação das médias entre os grupos quando a sua distribuição de forma independente. As variáveis que apresentaram um valor de $p < 0,20$ na análise univariada foram selecionadas para entrar no modelo de regressão logística multivariada (método backward wald), tendo como variável dependente o estado nutricional infantil. As variáveis que foram estatisticamente significativas foram aquelas que apresentaram um nível de significância de 5 % ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas por meio do software SPSS versão 18.0. As mães do estudo apresentaram média de idade de 28,27 anos ($\pm 6,25$) e as crianças de 48,52 meses e ($\pm 9,39$). A prevalência de TMC nas mães do grupo eutrófico foi (34,8%) e no grupo desnutrido foi (56,5%), apresentando uma associação entre o estado nutricional infantil e a saúde mental materna (RC = 0,41; $\chi^2 = 4,38$ e $p = 0,03$). Ao analisar a diferença entre os grupos identificamos que as mães do grupo eutrófico tinham menos de dois filhos (67,8%), menos de 4 pessoas morando na residência (76,1%) e maior renda per capita ($p = 0,04$) em relação ao grupo desnutrido. No entanto quando realizada a análise de regressão logística multivariada, apenas as variáveis: Transtorno Mental Comum Materno (RC = 0,35; IC 95%; 0,17 – 0,75) e número de filhos (RC = 3,04; IC 95%; 1,48 – 6,22) permaneceram no modelo final, estando associados ao estado nutricional da criança, porém a resiliência das mães RC = 1,01 (IC 95%; 1,48 – 6,22) não foi associada. Diante dos resultados apresentados, pode-se concluir que a resiliência das mães não teve associação com o estado nutricional de seus filhos, porém o bom estado de saúde mental materna apresentou-se associado.

Palavras-chave: Resiliência psicológica. Desnutrição. Saúde Mental.

ABSTRACT

Child malnutrition is a multifactorial problem of diverse prevalence, it is considered a public health problem in developing countries. In Brazil, since 1970 the child malnutrition has shown a significant reduction until the present days, there are several factors as improving the country's economy that resulted in an increase in family income, expansion of social programs in the income transfer, better access of the population to health services and increased maternal education. In despite of significant reduction in the malnutrition ($Z < -2$; WHO-2006 standard) for weight-for-height (stunting). In Brazil there is also evidence of child malnutrition in poor areas of large cities, caused by factors such as poverty and social vulnerability, the presence of low-quality child care and common mental disorder in mothers, set before these adversities can find children without evidence of chronic malnutrition living in a vulnerable environment to malnutrition, being necessary to investigate why these children had a good nutritional health. Than with hypothesis that resilience would be associated with maternal mental health and child nutritional status of children under five years, investigating this possible association. The present monograph, through a review of Chapter and a unique product, information about child malnutrition, resilience and maternal mental health associated with chronic malnutrition in childhood. Than in the chapter, resilience it is have present as the ability that the people, family or community needy to the confront the life' adversities between psychosocial risk situations, overcoming unfavorable situations for success in life. We needy sought also report on the influence of resilience in mothers that stood adversity in their lives and they have a good progress of mental health, that might to influence the care in the relationship of the child, it had brought good entail in the child's development with relationship common mental disorders in mothers with malnutrition in the childhood. The original article, has objective To Identify association of child nutritional status with resilience in mothers of children living in communities with high social vulnerability. It shows information about a case-control study of 96 pairs mother - eutrophic child without malnourished siblings and controls 48 pairs mother - child malnutrition. But in the order for to compare the degree of resilience of child' mothers eutrophic and malnutrition it is observing hers association with maternal mental health. That valuations in the resilience of mothers by Connor-Davidson Resilience Scale questionnaire (CD-RISC-10), and common mental

disorders in mothers by Self Report Questionnaire (SRQ-20) and socioeconomic variables. Statistical analysis was performed chi-square test to compare proportions; and the "t" test to compare the means between the groups in distribution independently. The variables with a p value <0.20 in the univariate analysis were selected to enter the multivariate logistic regression model (method backward wald). The dependent variable was child nutritional status. The variables that were statistically significant were those that had a significance level of 5% ($p \leq 0.05$) and analyzes was performed using SPSS software version 18.0. The mothers in the study had a mean age of 28.27 years and the standard deviation was (± 6.25). The mean age for the children was 48.52 months (± 9.39). The prevalence of CMD in mothers of eutrophic group were (34.8%) and in the malnourished group were (56.5%), showing an association between nutritional status of children and maternal mental health with a value of (OR = 0,41; $\chi^2 = 4.38$ and $p = 0.03$). By analyzing the difference between the groups we identified that mothers of eutrophic group had fewer than two children (67.8 %) and less than 4 people living in the home (76.1 %) and had a higher income per capita ($p = 0.04$) . However when performed multivariate logistic regression analysis, only variables common mental disorder in mother with (OR = 0.35; IC:95%, 0.17 to 0.75) and number of children with (OR = 3.04; CI:95%, 1.48 - 6.22) in the final model, being associated with the nutritional status of children, but the resilience of OR 1.01 mothers (CI: 95%, 1.48 - 6.22) was not associated. It is concluded that before the results the final results resilience in mothers was not associated with child nutritional status is only associated with the common mental disorder variables and the number of children. Given the results conclude that the maternal resilience was not associated with the nutritional status of their children, but maternal mental health was associated.

Key words: Resilience. Malnutrition. Mental Health.

2º artigo: artigo original**Tabelas**

Tabela 1.	Comparação dos fatores sociodemográficos entre os grupos casos (eutróficos) e controles (desnutridos), Maceió, 2015.	46
Tabela 2.	Média e desvio padrão das características sociodemográficas dos grupos eutróficos e desnutridos, Maceió, 2015.	47
Tabela 3.	Análise univariada de associação entre estado nutricional infantil e resiliência materna, Maceió, 2015.	47
Tabela 4.	Modelo final de regressão logística multivariada dos fatores associados ao estado nutricional infantil, Maceio, 2015.	48

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

A/ I - Altura por idade

CREN - Centro de Recuperação e Educação Nutricional

CD-RISC - *Connor - Davidson Resilience Scale*

CMEI- Centro Municipal de Educação Infantil

DP- Desvio Padrão

IBGE - Instituto Brasileiro e Geográfico Estatístico

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

NCHS - *National Center for Health Statistics*

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OR – *Odds Ration*

PSF- Programa Saúde da Família

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNDS - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher

RC – Razão de chance

SRQ - 20 – *Self – Report Questionnaire - 20*

SMM - Saúde Mental Materna

TMC - Transtorno Mental Comum

TMCM - Transtorno Mental Comum Materno

UFAL - Universidade Federal de Alagoas

WHO - *World Health Organization*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO GERAL	14
2.	COLETÂNEA DE ARTIGOS	17
2.1	1º. Capítulo de Revisão da Literatura	18
	INTRODUÇÃO	19
	2.1.1 Desnutrição infantil : um problema de saúde pública em declínio, porem uma realidade.....	20
	2.1.2 A resiliência e promoção da saúde	22
	2.1.3 Resiliência Individual.....	23
	2.1.4 A relação da saúde mental materna com a desnutrição crônica na infância e a resiliência.....	24
	2.1.5 Considerações finais.....	27
2.2.	2º. Artigo original Papel da Resiliência e do transtorno mental comum materno na desnutrição infantil: estudo caso controle.....	28
3.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE	60
	ANEXOS	66

1. INTRODUÇÃO GERAL

Nas últimas décadas tem-se observado um declínio na prevalência de desnutrição em todo o mundo, passando de 26,5% em 1990 para 17,6% em 2015, uma redução de 34,0%. Nos países desenvolvidos a redução foi cerca de 41,0%, reduzindo de 1,6% para 0,9%. E em regiões em desenvolvimento, a queda na prevalência de desnutrição foi de aproximadamente 36,0%, passando de 30,2% para 19,3% (ONIS et al. 2004).

Este declínio pode ser entendido em parte devido à expansão dos serviços de saúde pública para a população, aumento na escolaridade materna e na renda das famílias mais vulneráveis (MONTEIRO et al., 2009a; SILVEIRA et al., 2012; SILVEIRA et al., 2010). No entanto, apesar dos resultados positivos para o declínio da desnutrição infantil, observa-se que, devido às diferenças sociais na população brasileira, tal agravo ainda persiste como um problema de Saúde Pública em bolsões de pobreza nas grandes cidades e em regiões do semiárido nordestino (PAFFER et al., 2012; SILVEIRA, et al., 2010; VIEIRA et al., 2010).

Assim, muitas mães, como forma de enfrentar os problemas referentes às condições negativas de saúde e do desenvolvimento dos seus filhos, buscam realizar práticas de proteção tais como mudança de hábitos e comportamentos que protegerão as crianças da desnutrição; este fenômeno pode ser entendido como o aspecto psicológico da resiliência (BULLEN, 2011). Masten e Gewirtz (2006) definem resiliência como a capacidade que mães, crianças, jovens, famílias ou até mesmo a comunidade expressam para enfrentar as adversidades da vida, estando sempre relacionada às conquistas e superações.

Diante dos aspectos positivos que a resiliência promove, alguns estudos vêm apresentando uma associação entre comportamento resiliente, presente no indivíduo, com uma boa saúde mental, reduzindo sintomas de depressão e ansiedade (SEXTON et al., 2015; WINGO et al., 2010). Alguns estudos evidenciam que a baixa resiliência está relacionada a uma saúde mental precária, no entanto esta fragilidade da saúde mental contribui para o aparecimento de Transtorno Mental Comum Materno (TMCM) que é um dos fatores para o aparecimento da desnutrição crônica na infância (MIRANDA et al., 1996; PAFFER et al., 2011)

Um estudo avaliando mães com TMC identificou que quando essas mães referem estar diante de condições adversas, ou seja, situação de violência psicológica ou física, desnutrição de seus filhos, falta do companheiro e baixa

escolaridade, entre outras adversidades, elas necessitam de um suporte social para protegê-las de risco psicossocial (SILVA et al., 2005).

Diante dos levantamentos bibliográficos, se deparou com a limitação de estudos que associassem os efeitos do comportamento resiliente materno com o estado nutricional de seus filhos. Deste modo evidenciando o ineditismo do presente estudo que tem como objetivo identificar a associação do estado nutricional infantil com a resiliência de mães de crianças residentes em comunidades com alta vulnerabilidade social.

2. COLETÂNEA DE ARTIGOS

1º. Capítulo de Revisão da Literatura

Nome dos autores (SANTOS J.R; CLEMENTE, A.P.G; FLORÊNCIO, T.T; MIRANDA, C. T.). Desnutrição infantil, Resiliência e Saúde Mental Materna.

INTRODUÇÃO

No Brasil e em todo o mundo a prevalência da desnutrição infantil vem apresentando um declínio de 34,0% nas últimas décadas (ONIS et al., 2004). Em países desenvolvidos estima-se que a redução da desnutrição foi de 41,0%, passando de 1,6% para 0,9%, já em regiões em desenvolvimento, a queda da prevalência da desnutrição foi menor, de aproximadamente 36,0%, passando de 30,2 % para 19,3%. Este declínio pode ser entendido, em parte, por melhorias nas ações de saúde pública à população em nível primário, desenvolvimento socioeconômico, aumento da escolaridade materna e do poder aquisitivo das famílias (MONTEIRO et al., 2013; CORREIA et al., 2014). No entanto observa-se que a desnutrição infantil ainda é considerada um problema de saúde pública em regiões mais pobres associadas a precárias condições de vida (MONTEIRO et al., 2009a).

Pesquisas realizadas em países em desenvolvimento identificaram associação positiva entre a desnutrição infantil com o transtorno mental comum (TMC), conhecido como distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia) presentes nas mães; considerando o TMC como um dos fatores para a desnutrição crônica na infância (CARVALHAES et al., 2002; HARPHAM et al., 2005; MIRANDA et al., 1996; PAFFER et al., 2011; RHAMAN et al., 2004; SANTOS et al., 2011).

Estudos avaliando famílias de baixa renda identificaram que algumas mães e responsáveis conseguem atender melhor as necessidades nutricionais de seus filhos, não os deixando desnutrir. (PRYER et al., 2003; SANTOS et al., 2011; YOUSAFZAI, RASHEED e BHUTTA, 2013). Essas características positivas, presente nas mães ou famílias destas crianças, demonstram a existência de um comportamento psicológico positivo que protege seus filhos. Pressupondo uma melhor saúde mental materna e a presença de maior resiliência ampliando, desta forma, a capacidade de cuidar de seu filho e fortalecendo o vínculo mãe-filho (MASSAD et al., 2012; YOUSAFZAI, RASHEED e BHUTTA., 2013).

A resiliência é entendida como a capacidade que o indivíduo ou a família apresenta para evitar, adaptar, ou enfrentar as adversidades, traumas ou efeitos adversos, buscando evitar consequências em longo prazo, como ocorre no contexto

da desnutrição (HODDINOTT, 2014; MASSAD et al., 2012). Assim, pesquisas identificaram que a resiliência pode ser um fator de proteção dos distúrbios psiquiátricos menores, pois os indivíduos com maior resiliência apresentam melhor saúde mental e são mais persistentes para superar as adversidades (CAMPBELL-SILLS et al., 2010; SEXTON et al., 2015; WINGO et al., 2010). Deste modo as mães com boa saúde mental terá uma criança com uma melhor dieta gerando eutrófia mesmo vivendo em um ambiente com risco para a desnutrição, porém quando esta mãe apresenta TMC seus filhos são mais aptos a serem desnutridos (MIRAMDA et al., 1996)

Este capítulo de revisão propõe apresentar os principais tópicos relacionados: a) A desnutrição infantil: um problema de Saúde Pública em declínio, porém uma realidade; b) A resiliência e promoção da saúde, c) A resiliência individual; d) A relação da saúde mental materna com a desnutrição crônica na infância e a resiliência.

1. DESNUTRIÇÃO INFANTIL: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA EM DECLÍNIO, POREM UMA REALIDADE.

A desnutrição infantil é considerada um problema de saúde pública em países em desenvolvimento, e é uma doença grave de origem multicausal ligada à pobreza. As práticas alimentares realizadas de forma irregulares, as carências alimentares, a vulnerabilidade socioeconômica das famílias, as condições ambientais precárias e as infecções intestinais com episódios de diarreia e fatores negativos psicossociais, são alguns dos problemas que leva ao déficit no crescimento. O crescimento em menores de cinco anos é um indicador de saúde na infância associado a condição nutricional nesta fase da vida (CORREIA et al., 2014; FEIJÓ et al., 2011; JESUS et al., 2014; MIRANDA et al., 1996; RAMOS, LIMA e GUBERT, 2015; SAWAYA, 2006).

Para a avaliação do estado nutricional da criança são utilizados três índices antropométricos: peso para idade (P/I) apresentando um déficit ponderal isolado, altura para idade (A/I) para avaliar a desnutrição crônica e peso para altura (P/A), detectando a desnutrição aguda. Estes índices podem ser expressos em percentil ou em escore Z; quando o escore Z é igual ou menor ≤ -3 desvios padrão (DP) classifica um quadro de desnutrição grave, quando está entre -2 a -2,99 DP a desnutrição é moderada (*World Health Organization, 2006a*).

No Brasil, em relação ao estado nutricional de menores de cinco anos de idade, vem apresentando avanços significativos para a saúde na infância devido a expansão de políticas públicas relacionadas a programas verticais de saúde na atenção primária, aumento da escolaridade materna e maior cobertura do saneamento básico com aumento do abastecimento de água tratada (MONTEIRO et al., 2009b; VICTORA et al., 2011).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 /2007 apresentaram uma redução de cerca de 50% na prevalência de desnutrição em crianças menores de 5 anos de idade, passando de 13,5% em 1996 para 6,8% em 2006-2007, totalizando uma redução de 80,0% da prevalência total de crianças brasileiras com baixa estatura entre os anos de 1974 -1975 e 2006-2007. (LAURENTINO et al., 2006; LIMA et al., 2010; MARTINS et al., 2007, MONTEIRO et al., 2013).

Os últimos levantamentos antropométricos evidenciam quem a desnutrição crônica (escore Z <-2 DP) no Brasil, vem apresentando um declínio em todas as regiões. Porém, as regiões norte e nordeste, apesar de apresentar forte declínio ainda são historicamente as que apresentam os maiores índices de desnutrição. Em relação a região nordeste houve redução de 33,9 % (IC, 95%; 31,2-36,9) em 1986 para 5,9 % (IC, 95%; 3,9 - 7,8) em 2006, mesmo assim a presença da desnutrição em bolsão de pobreza nessa região ainda é considerada um problema de saúde pública (FILHO e RISSIN, 2003; MONTEIRO et al., 2009b; LIMA et al., 2010; VICTORA et al., 2011, MONTEIRO et al. 2013).

Em Alagoas, um dos Estados do nordeste mais pobres do Brasil, com alta taxa de analfabetismo, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e com um dos piores indicadores sociais, apresentou uma prevalência de desnutrição crônica em crianças menores de cinco anos de idade de 10,4 % (FERREIRA e LUCIANO, 2010). Outro estudo avaliando o estado nutricional de crianças moradores do sétimo distrito administrativo do município de Maceió foi encontrado uma prevalência de 8,6% (SILVEIRA et al., 2010). Segundo Pryer, Rogers e Rahman (2003) há evidências de bom estado nutricional em menores de cinco anos de idade mesmo vivendo em bolsões de pobreza e que não desenvolveram um quadro de desnutrição crônica.

Segundo Horton (2008) e Victora et al. (2011) é necessário a manutenção das ações de saúde pública e ampliação do acesso da população aos serviços de

saúde, além das demais ações que vem atribuindo de forma positiva para que o declínio da desnutrição crônica no país permaneça.

2. A RESILIÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE.

A resiliência é considerada um fenômeno complexo e dinâmico que se constrói de forma gradativa e tem como característica apresentar, no ser humano, uma capacidade de enfrentar às adversidades presentes no ciclo de vida, sendo atribuída a resultados positivos combinados as características do sujeito e do seu ambiente familiar, social e cultural (NORONHA et al., 2009; PESCE et al., 2005; SILVA et al., 2005).

Noronha et al. (2009) deixam claro que em pesquisas sobre resiliência, tanto individual quanto familiar, a exclusão social e a pobreza são adversidades crônicas que podem comprometer o potencial do sujeito.

Diversas situações, muitas vezes relacionadas a problemas sociais, podem ser consideradas como fatores de risco e estariam afetando a capacidade de resiliência em indivíduos como as mães das crianças e famílias. Dentre os diversos exemplos, podemos referir: as condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença crônica ou aguda do próprio indivíduo ou da família e outras perdas importantes. (NORONHA et al., 2009, p.500)

No campo da saúde pública, pesquisadores vêm discutindo atualmente a promoção e inserção da resiliência como um fator psicossocial positivo para ser trabalhado nas intervenções pelos profissionais da saúde, procurando, deste modo, identificar nos sujeitos e na comunidade condições para o enfrentamento de problemas e crises (ENGLE, 1996; NORONHA et al., 2009; SILVA et al., 2005).

As intervenções de resiliência para o indivíduo, a família e a comunidade são bem semelhantes quando comparadas as práticas do desvio positivo, realizadas em países subdesenvolvidos com alta prevalência de desnutrição infantil. O desvio positivo é um programa de intervenção com abordagens de educação em saúde para a reabilitação de crianças com desnutrição moderada a severa. O objetivo

desse programa é buscar promover mudanças no comportamento materno, familiar ou da comunidade através das práticas de educação em saúde e nutrição desde da década de 1990. (MACHADO, COTTA e SILVA., 2014; BULLEN , 2011).

Pesquisadores no Brasil como: Noronha et al. (2009), Silva et al.(2009) e Yunes (2007) buscaram utilizar a resiliência como um instrumento de intervenção para a prevenção e promoção da saúde no indivíduo e nas famílias que vivem em ambientes com alto risco de vulnerabilidade social. Deste modo as intervenções passaram a desenvolver práticas voltada aos cuidados de seus familiares, em especial à criança por ser mais vulnerável aos riscos dos danos provocados pelas adversidades.

No Brasil, a proposta de aplicar a resiliência como um mecanismo de intervenção na promoção de saúde pública vem ocorrendo na prática de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e através de capacitação de agentes comunitários do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, na região sul do país; não contemplando todo o território nacional, mas apresentando bons resultados (NORONHA et al., 2009; YUNES, 2007).

Silva et al. (2005) sinalizam a resiliência como um dos caminhos que os profissionais da saúde têm para trabalhar com as potencialidades das pessoas ou famílias, excluindo a negatividade das doenças e atuando nos fatores psicossociais positivos, criando-se condições para que os sujeitos e as famílias respondam de forma positiva as desvantagens da vida cotidiana, mesmo vivendo em contextos de risco psicossocial.

Sapienza e Pedromônico (2005) relatam que investigar a resiliência significa encontrar experiências individuais e familiares que foram efetivas e fortalecedoras frente as adversidades por um longo período, mas isso não significa que a família, o indivíduo ou até mesmo uma comunidade estejam livres dos fenômenos adversos posteriores.

3. RESILIÊNCIA INDIVIDUAL.

Segundo Walsh (1996) e Yunes (2003) a resiliência como um comportamento individual é a capacidade que o indivíduo tem para prevenir, minimizar, solucionar seus problemas ou superar as adversidades presentes em seu ciclo de vida.

Os estudos relacionados à resiliência individual surgiram na década de 1980 na área da psicologia, pesquisando o desenvolvimento em crianças e adolescentes, baseando-se em patologias e fatores de riscos psicossociais para o funcionamento do indivíduo (HOOPER, 2009; NORONHA et al., 2009).

Yunes (2003) relata que os indivíduos com maior resiliência apresentam satisfação pessoal, sucesso no trabalho, sucesso na família superando os momentos de crises e apresentam um suporte social. Yunes (2003) ao referir os estudos sobre resiliência individual, as pesquisas iniciaram por dois especialistas no tema Werner e Smith, primeiros investigadores que esclareceram sobre a construção da resiliência na vida dos adultos.

Alguns autores como Hooper (2009), Walsh (1999) e Yunes (2003) relatam que os pesquisadores Werner e Smith realizaram um estudo de estudo de coorte em 1955 na ilha de Kauai, no Havaí, que acompanharam aproximadamente 700 crianças até a vida adulta que conviviam em famílias pobres, pais com baixa escolaridade, alcoolistas e com doença mental. Estes pesquisadores observaram que um em cada três crianças se transformou em um adulto com competências e sem problemas de aprendizado, não apresentaram má conduta e problemas com a justiça e não necessitaram de serviços sociais e apresentaram sucesso profissional, baixas taxas de mortalidade ou doenças crônicas.

Os resultados apresentados no estudo de Werner e Smith foram atribuídos às características resilientes presentes em cada sujeito quando adultos e pelos fatores de proteção que eles tinham no contexto familiar e social, se adaptando e ajustando as mudanças e eventos estressantes das adversidades que estiveram expostas (HOOPER, 2009; YUNES, 2003).

Pesquisas recentes apresentam resultados positivos sobre o papel da resiliência individual em mulheres que foram vítimas de abuso emocional e sexual, quando eram crianças. Os resultados revelaram que a presença da resiliência nessas mulheres mostrou-se importante para a redução do aparecimento de transtorno do estresse pós-traumático quando adultas. No entanto são necessários mais estudos que avaliem a resiliência para tratamentos e intervenções (WINGO et al., 2010; SEXTON et al., 2015).

4. A RELAÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA COM A DESNUTRIÇÃO CRÔNICA NA INFÂNCIA E A RESILIÊNCIA.

A depressão materna, segundo Mitchell e Ronzio (2011) é um dos problemas importantes de saúde pública, estima-se uma prevalência nos Estados Unidos entre 10,0% a 15,0%. Surkan et al. (2012) relatam que a presença de sintomas depressivos em mães de pré-escolares é um dos fatores prejudiciais para o crescimento físico da criança. No Brasil a prevalência de transtornos mentais aproxima-se de 30,0% na população adulta sendo que 20,0% necessitam de atendimento especializado (MENDES, LOUREIRO e CRIPPA, 2008).

Os sintomas de depressão e/ ou ansiedade, conhecidos como Transtorno Mental Comum (TMC) não preenchem os critérios de diagnóstico de depressão e ansiedade, sua prevalência é maior no sexo feminino, em mulheres vitimas de violência, em pessoas com baixa escolaridade, com baixa renda e que fazem uso do tabaco. Vidal et al. (2013) relatam que um terço dos pacientes que buscam atendimento na atenção básica no país e no mundo apresentam TMC.

Segundo Surkan et al. (2011) a associação de TMC em mães com filhos desnutridos vem sendo corroborada na literatura, estes autores confirmam esta associação através de dados de uma revisão sistemática e metanálise da literatura que encontrou 17 estudos incluindo 13.923 mãe-filhos de 11 países. As crianças de mães depressivas ou com sintomas de depressão apresentaram ser desnutridas (OR: 1,5; IC 95%, 1,2 – 1,8).

Pesquisas Internacionais realizadas em países em desenvolvimento apresentaram associação significativa entre TMCM com a desnutrição crônica na infância. Harphan et al. (2005) encontrou na Índia (OR 1,4; IC 95%; 1,2 – 1,6) e no Vietnã (1,4; IC 95%; 1,1 -1,8). No Paquistão, Rahman et al. (2004) encontrou um risco relativo de 4,0 (IC:95%; 2,1 – 7,7) apresentaram associação significativa entre Transtorno Mental Comum Materno (TMCM) com a desnutrição crônica em menores de cinco anos.

No Brasil, um estudo realizado por Miranda et al. (1996) em São Paulo, concluiu que as mães com TMC apresentaram 2,8 vezes mais chances de terem uma criança desnutrida. Outro estudo mais recente realizado por Santos et al. (2011) em Salvador, capital da Bahia foi encontrado mães com TMC que apresentaram 2,04 vezes de chance de terem um filho desnutrido.

Um estudo transversal conduzido por Paffer et al. (2012) na região do semiárido em Alagoas no nordeste do Brasil, apresentou uma prevalência de TMCM

de 43,8 % em mães moradoras da área urbana e com baixa escolaridade; já na área rural a prevalência de TMCM e em mães sem companheiro foi maior sendo 56,2%. Segundo Paffer et al. (2012) a presença de um companheiro no ambiente familiar é importante para reduzir TMCM. Pizeta e Loureiro (2012) também confirmam que a presença da figura paterna atuando de forma participativa na família é um importante moderador dos sinais de sintomas da depressão materna, dentro dos processos da resiliência familiar, pois a ausência paterna torna-se um fator de risco para desenvolver sintomas depressivos e de ansiedade nas mães.

Diante dos estudos citados e seus resultados é importante observar que uma boa saúde mental materna contribui para o fortalecimento do vínculo mãe-filho. Portanto, quando uma mãe apresenta boas condições emocionais, autoconfiança, autonomia e disponibilidade de tempo para cuidar de seus filhos, ela possuirá melhores condições para garantir um bom estado nutricional das crianças. Porém, quando esta mãe apresenta-se deprimida, com uma condição mental e psicológica fragilizada e com privações psicossociais, ela não consegue promover um melhor cuidado a criança, passando a ser um fator de risco para desencadear o quadro de desnutrição nas crianças (FEIJÓ et al., 2011; SILVEIRA., 2010; YOUSAFZAI, RASHEED e BHUTTA, 2013).

Segundo Engle (2009), no sul da Ásia a prevalência da depressão materna é maior entre as famílias de baixa renda, porém o aumento do apoio social ou educação materna foram eficazes para reduzir o aparecimento de TMCM em mulheres que apresentaram cuidados negligentes a seus filhos.

Davydov et al. (2010) e Rahman et al. (2007) relatam que os programas de intervenções em saúde mental são muito importantes para reduzir riscos e fatores que elevam a depressão e ansiedade. Estes programas devem ser considerados estratégias de combate à desnutrição na infância, quando envolvidos com a prevalência de danos mentais em mães. Segundo a *World Health Organization* (2006b) a intervenção psicossocial é importante para reduzir os problemas referente a saúde mental materna e infantil e de desnutrição, promovendo o desenvolvimento da criança.

Outro fator importante é a relação positiva entre boa saúde mental com a resiliência que reduz sintomas de depressão e ansiedade. Estes sintomas são decorrentes de traumas ou adversidades sofridas em um período da vida como:

violência, abuso emocional ou sexual, doenças, maus tratos etc. (CAMPBELL-SILLS et al., 2009; HU et al., 2015, SEXTON et al., 2015; WINGO et al., 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para efeitos de saúde pública, as pesquisas não devem atuar apenas nos aspectos negativos do risco social e da doença, mas também nas condições positivas de resiliência que podem estar presentes nas mães de crianças saudáveis, buscando desta forma respostas para situações ainda desconhecidas nos aspectos psicossociais negativos que são prejudiciais para a saúde, principalmente no desenvolvimento infantil.

Deve-se entender que a resiliência não anula ou elimina as situações de risco que os indivíduos estão expostos, mas estar associada a fatores positivos presentes nos indivíduos que estão expostos as adversidades, apresentando forças para enfrentar se ajustar ou adaptar aos eventos estressantes e de adversidades como: violência, dificuldades financeiras, desemprego e de desnutrição.

O comportamento de resiliência nas mães deve ser conhecido pelos profissionais de saúde no intuito de compreenderem a dinâmica materna para as possíveis intervenções. Estes profissionais devem buscar fortalecer o comportamento resiliente em mães com baixa resiliência.

2º. artigo original

Nome dos autores (SANTOS, J.R; CLEMENTE, A.P.G; FLORÊNCIO, T.T; MIRANDA, C.T). Papel da Resiliência e do Transtorno Mental Comum Materno na Desnutrição Infantil: estudo caso controle. Revista que será submetido: (*Cad. de Saúde Pública*)

RESUMO

O objetivo foi identificar a associação entre o estado nutricional infantil e a resiliência de mães de crianças residentes em comunidades com alta vulnerabilidade social. Estudo caso controle; foram utilizados os instrumentos *Connor-Davidson Resilience Scale* de dez itens (CD-RISC 10) que avaliou resiliência e *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) à saúde mental. Para a comparação dos grupos utilizou-se o teste do χ^2 e o teste “t” de Student. A prevalência de Transtorno Mental Comum Materno (TMCM) no grupo eutrófico foi (34,8%) comparada ao grupo desnutrido (56,5%). O modelo final de análise de regressão logística multivariada apresentou associados ao estado nutricional infantil: o TMCM: RC = 0,35 (IC 95%; 0,17 – 0,75) e o número de filhos: RC = 3,04 (IC 95%; 1,48 – 6,22). A resiliência materna RC = 1,01 (IC 95%; 1,48 – 6,22) não foi estatisticamente associada, por estar relacionada a outros fatores não investigados neste estudo. Contudo a boa saúde mental materna e o menor número de filhos contribuíram para o não aparecimento da desnutrição no grupo investigado.

Palavras - chave: Resiliência Psicológica, Desnutrição, Saúde Mental.

ABSTRACT

The aim here was to identify association between child nutritional status and resilience in mothers of children living in communities with high social vulnerability. Case control study was using the instruments: Connor-Davidson Resilience Scale ten items (CD-RISC 10) for resilience and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) for mental health. The prevalence of maternal common mental disorder (MCMD) in eutrophic group were (34.8%) and in the malnourished group (56.5). When performed multivariate logistic regression analysis, only variables MCMD with (OR = 0.35, CI:95%, 0.17 to 0.75) and number of children with (OR = 3.04, CI:95%, 1.48 - 6.22) in the final model, being associated with the nutritional status of children, but resilience (OR = 1.01, CI:95% 1.48 to 6.22) was not statistically associated, to be related to other factors not investigated this study, however good maternal mental health and fewer children contributed for the non-appearance of malnutrition in the investigated group.

Keywords: Resilience, Malnutrition, Mental Health.

RESUMEN

El objetivo fue identificar la asociación entre el estado nutricional de los niños y la resiliencia de las madres de los niños que viven en comunidades con alta vulnerabilidad social. Estudio de casos y controles. Utilizaron los instrumentos para la resiliencia: Connor-Davidson Resiliencia escala de diez puntos (CD-RISC 10); y para la salud mental Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Para comparar los grupos utilizaron la prueba de χ^2 y la prueba de "t". La prevalencia de trastorno mental común maternal (TMCM) en el grupo eutrófico fue (34.8%) en comparación con el grupo de desnutridos (56,5%). El modelo final del análisis de regresión logística mostró TMCM: OR = 0,35 (IC del 95%: 0,17 a 0,75) y número de hijos: OR = 3,04 (IC del 95%; 1,48-6,22) asociado con el estado nutricional de los niños. La resiliencia maternal OR = 1,01 (IC del 95%: 1.48 a 6.22) no fue estadísticamente asociado. Sin embargo, la buena salud mental de la madre y el menor número de hijos no contribuyeron a sugerir la desnutrición en el grupo investigado.

Palabras - clave: Resiliencia Psicológica, Desnutrición, Salud Mental.

Introdução

A desnutrição ainda é considerada um problema de saúde pública em bolsões de pobreza tendo sua origem multicausal e sendo responsável pelo retardo de crescimento, dificuldades de aprendizagem e comprometimento psicomotor nas crianças¹⁻⁷. Os fatores determinantes pela desnutrição crônica na infância estão associados às precárias condições socioeconômicas das famílias, baixo peso ao nascer, desnutrição intrauterina, recorrentes infecções com quadro de diarreia, abandono precoce do aleitamento materno⁸ e presença de Transtorno Mental Comum (TMC) nas mães⁹⁻¹¹.

No Brasil, a desnutrição infantil vem apresentando um declínio desde o ano de 1974, principalmente nas formas mais graves que passaram de 13,5 % em 1996 para 6,7% em 2006/7. Este resultado é consequência da melhora das ações de saúde pública, aumento da escolaridade materna, ampliação dos programas de transferência de renda e aumento do poder aquisitivo das famílias mais vulneráveis¹⁻⁴.

Porém, observa-se em regiões com alta vulnerabilidade social, uma maior prevalência do quadro de desnutrição crônica. Esta é caracterizada pela baixa estatura para a idade em menores de cinco anos de idade⁵. Em Alagoas, um dos Estados com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Brasil, um estudo transversal realizado em 2006, do tipo inquérito domiciliar, apresentou um déficit estatural de 10,3% em menores de cinco anos de idade. Outro estudo realizado na sétima região administrativa do município de Maceió, a prevalência foi de 8,6%^{6,7}.

Os conhecimentos científicos sobre a influência do ambiente socioeconômico no desenvolvimento da desnutrição são bastante robustos. No entanto, observa-se que há crianças, que mesmo vivendo em condições favoráveis para o agravo, não desenvolvem a desnutrição. Alguns autores atribuem essa característica ao desvio positivo^{12, 13}, pois algumas mães ou responsáveis conseguem atender melhor as necessidades nutricionais destas crianças. Esta característica positiva presente nas mães ou responsáveis pode estar relacionada a um comportamento psicológico resiliente e uma boa saúde mental materna que protege seus filhos de adversidades^{4, 14}.

A resiliência é considerada como a capacidade positiva que o indivíduo apresenta para enfrentar eventos negativos diante de condições adversas e

consegue manter-se forte para superar as adversidades e seu funcionamento psicológico e físico, e está associada à redução de sintomas psicopatológicos de depressão e ansiedade, apresentando uma ligação positiva com uma melhor saúde mental ¹²⁻¹⁷.

Easterbrooks et al.¹⁸ afirmam que as mães resilientes vivem em condições adversas tais como: baixa escolaridade, alto nível de sintomatologia depressiva, maior risco de saúde, porém apresentam forças para enfrenta-las.

O objetivo geral deste estudo foi identificar a associação entre o estado nutricional infantil e a resiliência de mães de crianças residentes em comunidades com alta vulnerabilidade social. Como o objetivo específico foi de verificar a associação do estado nutricional infantil com a presença de transtorno mental comum materno.

Método

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo caso-controle, cuja população foi constituída por uma amostra final de 96 pares mãe-criança, com 48 pares para o grupo caso e 48 pares para o grupo controle.

Local e participantes

A coleta dos dados foi realizada na sétima região administrativa da cidade de Maceió, Alagoas, Brasil; entre Novembro de 2014 a Setembro de 2015, no Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) e no Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI). Maceió possui 932.748 habitantes¹⁹; a sétima região administrativa da capital possuem 81 mil habitantes, dos quais 21 mil são crianças e apresentou uma prevalência de desnutrição de 8,6% em 2009 ⁷.

Os participantes do estudo foram duplas mãe-criança moradoras de conglomerados urbanos divididos em dois grupos, sendo o grupo caso: mãe-criança eutrofica, sem irmãos desnutridos, e o grupo controle: mãe-criança desnutrida com crianças na faixa etária entre 36 meses a 60 meses.

Os grupos foram selecionados da seguinte forma: para o grupo caso a criança apresentou um escore Z de estatura para idade > -1 e < 1 DP) e para o grupo controle as crianças apresentaram um escore Z de estatura para idade < -2 DP padrão da organização mundial da saúde²⁰.

O estudo propôs pesquisar as crianças eutróficas, pois se buscou verificar fatores positivos de comportamento como a resiliência e boa saúde mental materna que estejam associados à eutrófia, deste modo à exposição foi a resiliência das mães e o desfecho a eutrófia das crianças.

Para os critérios de não inclusão foram: as crianças que possuíssem mães com dificuldades cognitivas e confusão mental ou com irmãos participantes da pesquisa, deste modo apenas uma criança por família foi incluída, e também, não participaram do estudo, as crianças que apresentaram um escore Z não compatível com o esperado.

Após a realização da avaliação do estado nutricional das crianças e identificado os possíveis casos e controles, as mães foram convidadas a participarem da pesquisa. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os questionários da pesquisa foram respondidos.

Variáveis do estudo

Para a avaliação do estado nutricional, foi aferida a altura das crianças, uma vez que o critério utilizado para classificação do estado nutricional foi o índice altura-para-idade. Para aferir a altura foi utilizado um estadiômetro de metal portátil da marca WELMY[®] dotado de fita métrica inextensível com 2 m de comprimento de 0,1cm fixado verticalmente em uma parede lisa e sem rodapé. O procedimento foi realizado por nutricionista e estagiários. Para aferição da altura as crianças foram posicionadas com calcanhares, glúteos e dorso da cabeça contra o estadiômetro e os braços para baixos e relaxados²¹. Os escores foram obtidos através do software ANTHO, versão 2006.

O perfil sociodemográfico dos pesquisados foi avaliado em formulário próprio, investigando variáveis contínuas como: idade materna, renda per capita, renda familiar e idade em meses das crianças e escore Z para estatura para idade; e as variáveis dicotômicas / ou categorizadas para análise foram: escolaridade materna, convivência com o marido, número de filhos; uso de medicamentos, drogas ou

bebida alcoólica; participação em programa de transferência de renda do governo e número de moradores na residência e sexo da criança.

Para a classificação da classe econômica foram utilizados os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP, realizados através de pontuação atribuída ao levantamento de características referentes a itens domiciliares somados a escolaridade do chefe da família. Para o presente estudo, as classes econômicas foram dicotômicas em dois grupos: (B+C) como grupo de renda satisfatória e (D+E) como grupo de baixa renda. A classe A não foi atribuída por não existir sujeitos pertencentes a ela. Em estudos anteriores, estas variáveis foram consideradas como potenciais fatores de risco para a desnutrição infantil^{3,5,11,22}.

A Saúde Mental Materna foi avaliada através do instrumento *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) utilizando como ponto de corte ≥ 8 ; este instrumento é composto por vinte perguntas dicotômicas, que realizam o rastreamento de distúrbios menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastemia) conhecidos como TMC, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²³ e validado para o Brasil por Mari e Williams (1986)²⁴.

Para avaliar a Resiliência individual materna foi utilizado o instrumento *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC 10) desenvolvido por Connor e Davidson²⁵. A partir da escala original de 25 itens, Campbell – Sills e Stein²⁶ desenvolveu a CD-RISC com 10 itens que identificam a resiliência individual em adultos com 5 pontos de Likert e um escore que varia de 0 a 40 pontos; quanto mais elevado o escore maior é a resiliência^{15,17,25,26}. Este instrumento foi validado para a população brasileira por Lopes e Martins²⁷.

Para reduzir potenciais fontes de viés, o pareamento entre os grupos foram por características socioeconômicas.

Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi estimado através do programa Epi Info TM 7 com um poder alfa de 5% e um poder beta de 20%. Como referência para o tamanho da amostra utilizou-se uma percentagem de 44,3 % de mães de crianças desnutridas que apresentaram TMC em um estudo de Paffer et al.¹¹

A amostra foi de 84 duplas mãe-criança dividido em dois grupos, sendo 42 duplas de mãe-criança para o grupo caso (eutróficos) e 42 duplas mãe-criança para

o grupo controle (desnutridos) com um OR de 0,6, ou seja, a resiliência elevada protegeria 40% as mães de crianças eutróficas em relação as mães de crianças desnutridas e amostragem foi por conveniência. Para reduzir erros e perdas na amostra acrescentou-se 10 % ao tamanho da amostra totalizando uma amostra final de 96 duplas divididas em dois grupos, 48 para casos e 48 para controles.

Análise estatística

As variáveis contínuas foram descritas por média e desvio-padrão e as variáveis categóricas foram apresentadas por frequências relativas e absolutas. A homogeneidade das variâncias foi analisado pelo teste de Levene.

A comparação entre as prevalências e a verificação de associação com as variáveis categóricas foram realizadas por meio da comparação de proporções, usando-se o teste do qui-quadrado de Pearson e pelo teste *t* de *Student* para as variáveis contínuas na comparação entre os grupos por médias.

Foi realizada análise de regressão logística multivariada (método backward wald) tendo como variável dependente o estado nutricional da criança. O critério para inclusão das variáveis independentes ao modelo multivariado foi apresentar um coeficiente significativo ($p < 0,20$) na análise univariada. O nível de significância aplicado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) sobre o número do protocolo 36754214200005013, seguindo todos os critérios dispostos na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O estudo foi composto por uma amostra final de 96 duplas mãe-criança, sendo 48 casos (eutróficos) e 48 controles (desnutridos). A média de idade das

mães do estudo foi de 28,27 anos ($\pm 6,25$) e das crianças a média foi de 48,52 meses ($\pm 9,39$). Em relação ao sexo 44,6 % das crianças eram do sexo feminino.

A Tabela 1 refere-se a comparação dos fatores sociodemográficos dos grupos casos e controles. No grupo caso, composto pela díade mãe - criança eutrófica, nota-se que as variáveis: TMC, número de filhos e número de moradores no domicílio foram estatisticamente significativas quando comparadas ao grupo controle.

A Tabela 2 refere-se à análise das variáveis contínuas por média e desvio padrão entre os grupos caso – controle. As variáveis que apresentaram estatisticamente significativas foram score Z para estatura/idade e renda per capita. No entanto a variável resiliência não foi estatisticamente significativa.

A Tabela 3 apresenta resultado da associação entre o estado nutricional das crianças com a resiliência das mães do estudo pela regressão univariada, no entanto a resiliência das mães não foi estatisticamente significativo RC = 0,35 (IC, 95% 0,96 – 1,07).

A Tabela 4 apresenta resultados do modelo final de regressão logística multivariada com as variáveis que permaneceram no procedimento estatístico, que mostrou associação entre o estado nutricional da criança foram o TMC nas mães, RC = 0,35 (IC, 95% 0,17 – 0,75) indicando que as mães de crianças desnutridas têm 35 % de chance de apresentar TMC; e com o número de filhos, RC = 3,04 (IC, 95% 1,48 – 6,22), indicando que o grupo caso tem 3 vezes de chance da criança não desenvolver desnutrição, quando na família há menos de dois filhos. A resiliência não entrou no modelo final, portanto não apresentou uma associação estatisticamente significativa.

Discussão

No presente estudo o estado nutricional da criança não teve associação com a resiliência materna, sendo associadas as variáveis TMC nas mães e o número de filhos. Em reação a resiliência das mães, não estar associada ao estado nutricional de seus filhos, este achado diferencia-se do que foi encontrado em um estudo transversal realizado por Jarman et al.²⁸ que investigando o perfil psicológico materno em relação a resiliência e a qualidade da dieta em pré-escolares,

encontraram uma associação entre estas variáveis. Deste modo identificaram que os filhos de mães menos resilientes apresentaram uma dieta de pior qualidade, quando comparados com os filhos de mães com maior resiliência. Assim os autores encontraram que aquelas mães que apresentam um perfil psicológico fragilizado de baixa resiliência, necessitam de intervenção e apoio psicológico para promover uma melhor qualidade da dieta de seus filhos como forma de protegê-los da desnutrição.

Provavelmente as mães do grupo controle deste estudo, por serem atendidas pelo CREN e terem uma resiliência semelhante ao grupo caso, recebem intervenções para melhoria da qualidade da dieta de seus filhos, além de apoio psicológico que influenciaram nos resultados. Segundo Baird et al.²⁹, em uma revisão sistemática da literatura, relatam que as intervenções em mulheres em desvantagem social promovem mudanças comportamentais, pois essas mulheres melhoram a dieta de seus filhos. Em relação ao presente estudo, seria mais viável identificar o comportamento resiliente destas mães quando elas não estivessem recebendo algum tipo de intervenção, ou seja, no início do tratamento de seus filhos.

Outra pesquisa realizada por Bhatia et al.³⁰ analisou a associação da resiliência materna com o risco de nascimento prematuro de seus filhos, pois as mães com baixa resiliência apresentaram 1,12 vezes de maior risco (IC,95%:1.05 – 1.19) de ter um nascimento de um filho prematuro em comparação com mães de maior resiliência. Como discussão dos achados, os autores relatam que o estresse psicológico é um dos fatores de risco para a prematuridade.

Em outros estudos autores como Magalhães et al.³¹ e Jesus et al.³² relatam que a prematuridade é consequência para o baixo peso ao nascer na criança e está associado ao déficit estatural e as condições do ambiente.

Pesquisas que abordam as condições favoráveis de nutrição são apoiadas no desvio positivo, abordando temas que vem sendo realizados em programas de intervenção em saúde comunitária desde 1990 em diversos países para combater a desnutrição^{12,13,33}.

Engle et al.³³ afirmam que a resiliência é algo atraente, mas sem muitas respostas para identificar fatores de risco e proteção fazendo-se uma forte associação entre alta resiliência e boa saúde mental, em sujeitos que não apresentam sintomas de depressão e ansiedade¹⁵⁻¹⁷, evidenciando que a resiliência tem um papel moderador/ou protetor desses sintomas.

Em relação à saúde mental das mães pesquisadas, os resultados do presente estudo confirmam o que vem revelando as pesquisas anteriores entre associação com Transtorno Mental Comum Materno (TMCM) com o estado nutricional de seus filhos³⁴.

No presente estudo a prevalência de TMC entre as mães de crianças eutróficas (grupo caso) e mães de crianças desnutridas (grupo controle) foram respectivamente de 34,8 % e 56,5 %, deste modo corroboram com estudos que apresentam uma menor prevalência de TMC em mães de crianças eutróficas em relação as mães de crianças desnutridas.

Em um estudo caso – controle conduzido por Miranda et al.⁹ realizado na cidade de São Paulo, apresentou na díade mãe – criança eutrófica uma menor prevalência para TMC (38%) em relação as mães de crianças desnutridas (63%) apresentando uma associação entre TMC com a desnutrição infantil (RC = 2,8; IC: 95% 1,2 – 6,9).

Resultados próximos do encontrado no presente estudo podem ser encontrados em um estudo caso – controle realizado por Neto e Miranda³⁵, cuja prevalência de TMC em mães de crianças desnutridas foi de 54,0% em relação a 46,0% em mães de crianças eutróficas. Harpham et al.³⁶ também confirmam esta associação ao realizar estudos em países subdesenvolvidos, admitindo que a maior prevalência de TMC presente em mães de crianças desnutridas foi um fator de risco para o desenvolvimento da desnutrição.

Sobre os aspectos sociodemográficos dos grupos estudados, a renda per capita, o número de residentes no domicílio e número de filhos foram os que apresentaram estatisticamente significativos. Em relação a renda per capita inferior a ¼ do salário mínimo (R\$ 788,00, no período do estudo), apresentou no grupo caso (eutróficos) superior em comparado ao grupo controle (desnutridos) evidenciando que quanto maior a renda melhores são as condições de vida e maior o poder de compra das famílias^{3, 37,38}.

O menor número de residentes no domicílio apresentou 76,1% menos de quatro moradores no grupo eutróficos em relação ao grupo desnutridos, deste modo sendo semelhante ao que foi encontrado em um estudo caso – controle conduzido por Neto e Miranda³⁶ que apresentou uma prevalência de 70,0% no grupo eutrófico em relação ao grupo desnutridos que apresentou maior número de moradores, deste modo alguns estudos^{37,39} confirmam que quanto maior for o

número de moradores em uma residência, incorporado as péssimas condições de moradia e a baixa renda da família maior será o risco da criança desenvolver desnutrição.

As limitações do presente estudo se refere a não identificação do apoio social e da resiliência familiar pelo instrumento na díade mãe –filho, pelo instrumento utilizado, por só verificar a resiliência individual. Outra limitação foi a díade mãe-filho desnutrido avaliado que já recebia intervenção psico-nutricional no CREN, assim como o ambiente domiciliar da criança. Sugere-se que outros estudos sejam realizados.

Apesar de não encontrar associação entre resiliência materna com o estado nutricional de menores de cinco anos, pode-se concluir que as intervenções que o grupo de mães das crianças desnutridas recebem do CREN é um importante apoio social que as fazem ter uma resiliência semelhante as mães de crianças eutróficas, e que através de mudanças de comportamento adquiridas pelas intervenções favoreceu um melhor vínculo mãe-filho e melhores ações de cuidado como higiene e mudanças de hábitos.

Colaboradores

J.R. Santos participou na elaboração e delineamento do estudo, pesquisa de campo, coleta de dados e redação do artigo. A.P.G Clemente contribuiu na elaboração do artigo, análise estatística e revisões do manuscrito. T.T Florêncio contribuiu na supervisão da pesquisa, assim como na elaboração do artigo. C.T Miranda contribuiu na orientação e supervisão de todas as etapas da pesquisa, discussão dos resultados e realizou a supervisão e orientação de todas as etapas do projeto, bem como aprovou a versão final a ser publicada.

Agradecimentos

A direção do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN – Maceió) e a direção do Centro de Educação Infantil Municipal de Maceió, por permitir a realização da pesquisa, a nutricionista Renata Antunes e a todas as mães que voluntariamente participaram da pesquisa.

Financiamento

Não recebeu financiamento

Conflito de interesse

Não há conflito de interesse

REFERÊNCIAS

1. Correia LL, Silva AC, Campos JS, Andrade FMO, Machado MMT, Lindsay AC et al. Prevalence and determinants of child undernutrition and stunting in semiarid region of Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2014; 48: 19-28.
2. Ramos MKP, de Lima AMC, Gubert MB. Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: resultados de uma pactuação interfederativa no Sistema Único de Saúde. *Rev. Nutr.* 2015; 28: 643-53.
3. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *The Lancet*, [internet]. 2011 maio; [acesso em 12 abr. 2015]; 32- 46. [cerca de 15 p.] Disponível em: URL: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>
4. Monteiro CA, Benício MHD, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43: 35-43.
5. Massad SG, Nieto FJ, Palta M, Smith M, Clark R, Thabet A. Nutritional status of Palestinian preschoolers in the Gaza Strip: a cross – sectional study. *BMC Public Health* 2012; 12: 10 – 11.
6. Ferreira HS, Luciano SCM. Prevalence of extreme anthropometric measurements in children from Alagoas, Northeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44: 1-4.

7. Silveira KB, Alves JFR, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status and environmental factors. *J Pediatr. (Rio J.)* 2010; 86: 215-20.
8. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet* 2008; 9608: 243-60.
9. Miranda CT, Turecki G, Mari JJ, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S et al. Mental Health of the Mothers of Malnourished Children. *Int. j. epidemiol* 1996; 25: 128-32.
10. Santos DS, Santos DN, Silva RCR, Hasselmann MH, Barreto ML. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control study. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 543-48.
11. Paffer AT, de Paula CS, Ferreira HS, Cabral Junior CR, Vieira RCS, Miranda CT. Association between child malnutrition and maternal common mental disorders: the potential role of disability. *J. Epidemiol. Community Health.* 2011; 65: 559-60.
12. Pryer J, Rogers S, Rahman A. The epidemiology of good nutritional status among children from a population with a high prevalence of malnutrition. *Public. Health Nutr.* 2003; 7: 311 – 17.
13. Machado JC, Cotta RMM, Silva LS. Abordagem do desvio positivo para a mudança de comportamento alimentar: revisão sistemática. *Rev. Panam Saúde Pública* 2014; 36: 134- 40.
14. Yousafzai AK, Rasheed MA, Bhutta ZA. Annual research review: Improved nutrition—a pathway to resilience. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54:367-77.

15. Campbell - Sills L, Forde DR, Stein MB. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in a community sample. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 1007-12.
16. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clin. psychol. rev.* 2010; 30: 479 – 95.
17. Sexton MB, Hamilton L, McGinnis EW, Rosenblum KL, Muzik M. The roles of resilience and childhood trauma history: Main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *J. affective disord* 2015; 174: 562-68.
18. Easterbrooks MA, Chaudhuri JH, Bartlett J D, Copeman A. Resilience in parenting among Young mothers: Family and ecological risks and opportunities. *Child. youth serv. rev.* 2010; 33: 42-50.
19. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Cidades. [internet]. 2015; [aceso em 18 out. 2015]. Disponível em: URL: http://cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?uf=al.
20. WHO (World Health Organization). WHO Child Growth Standdards: Length/height-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization.[internet]. 2006 [acesso em 25 julh 2015]. Disponível em: URL: http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/>.
21. Santos ALB, Leão LSCS. Perfil Antropométrico de pré-escolares de uma creche em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Rev. paul. pediatri.* 2008; 26: 218-24.
22. Rhaman A, Brunn J, Lovel H, Creed F. Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: a cohort study. *Ach. disc. Child.* 2007; 92: 24 -8.

23. World Health Organization. A User`s Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). Division of Mental Health. Geneva. [internet] 1994. [acesso em 21 abr. 2016]; Disponível em: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/61113/1/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf.
24. Mari JJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire in Primary Care in the City of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 23-6.
25. Connor KM, Davidson JRT. Development of new scale: the Connor-Davidson Scale (CD-RISC). *Depress. anxiety* 2003; 20: 43-8.
26. Campbell – Sills L, Stein MB. Psychometric Analysis and Refinement of the Connor – Davidson Resilience Scale (CD- RISC): Validation of a 10 – Item Measure of Resilience. *J Trauma Stress* 2007; 20: 1019- 28.
27. Lopes VR, Martins MCF. Validação Fatorial da escala de Resiliência de Connor- Davidson (CD - Risc-10) para brasileiros. *Rev. Psicologia Organizacional e Trabalho* 2011; 11: 36-50.
28. Jarman M, Inskip H, Ntani G, Cooper C, Baird J, Robinson S et al. Influences on the diet quality of preschool children: importance of maternal psychological characteristics. *Public Health Nutr* 2015; 18: 2001-10.
29. Baird J, Cooper C, Margetts B.M, Barker M, Inskip H. M, Food Choice Group. Changing health behavior of young women from disadvantaged backgrounds: evidence from systematic reviews. *Proc. nutr. soc.* 2009; 68: 195-204.
30. Bhatia N, Chao SM, Higgins C, Patel S, Crespi CM. Association of Mothers' Perception of Neighborhood Quality and Maternal Resilience with Risk of Preterm Birth. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2015; 12: 9427-43.
31. Magalhães EIS, Maia DS, Bonfim CFA, Netto MP, Lamounier JA, Rocha DS. Déficit estatural e fatores associados em crianças de 6 a 24 meses atendidas em unidades de saúde do sudoeste da Bahia. *Cad saúde colet.* [internet]

- 2006,[citado 2016 Abril 23].Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2016005004101&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- 32.Jesus GM, Castelão ES, Vieira TO, Gome DR, Vieira GO. Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014; 19: 1581-88.
- 33.Engle PL, Castle S, Menon P. Child development: Vulnerability and Resilience. *Soc. sci. med.*1996; 8: 621-35.33.
- 34.Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black MM. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Bull. world health organ* 2011; 287:607-15D.
- 35.Netto JLC, Miranda CT. Saúde mental materna e desnutrição crônica infantil: o papel do suporte social. *Rev. baiana de saúde pública*. 2013; 37: 991-1002.
- 36.Harpham T, Huttly S, De Silva MJ, Abramsky T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 1060-1064.
- 37.Santos RB, Martins PA, Sawaya AL. Estado nutricional, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde de crianças moradoras em cortiços e favela. *Rev. Nutr.* 2008; 21: 671-681.
- 38.Lima ALL, Silva CK, Conde WL, Benício MHA, Monteiro CA. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Rev. Saúde Pública* 2010; 44: 17-27.
- 39.Rissin A, Batista Filho M, Benício MHA, Figueroa JN. Condições de moradia como preditor de riscos nutricionais em crianças de Pernambuco, Brasil. *Rev. Matern. Infant* 2006; 6: 59-67

TABELAS

Tabela 1. Comparação dos fatores sociodemográficos entre os grupos casos (eutróficos) e controles (desnutridos), Maceió, 2015.

Variáveis	Grupos (n=96)				RC	IC 95%	Valor p*
	Eutróficos		Desnutridos				
	n	%	n	%			
Característica da criança							
Sexo							
Menino	23	50,0	18	39,1	0,64	0,28 – 1,47	0,29
Menina	23	50,0	28	60,9			
Características maternas							
TMC †							
≥8	16	34,8	26	56,5	0,41	0,17 – 0,95	0,03
<8	30	65,2	20	43,5			
Trabalho							
Sim	16	34,8	11	23,9	0,59	0,23 – 1,46	0,25
Não							
Escolaridade							
>4 anos	36	78,3	29	63,0	0,47	0,18 – 1,19	0,16
≤4 anos	10	21,7	17	37,0			
Vive com companheiro							
Sim	37	80,4	37	80,4	1,00	0,35 – 2,80	1,00
Não	09	19,6	09	19,6			
Número de filhos							
≤2	31	67,4	16	34,8	0,25	0,10 – 0,61	<0,01
>2	15	32,0	30	65,2			
Usa medicamentos							
Sim	09	19,6	17	37,0	0,41	0,16 – 1,06	0,06
Não	37	80,4	29	63,0			
Características da família							
Classe econômica /ABEP ‡							
B+C	24	52,2	25	54,3	1,09	0,48 – 2,47	0,83
D+E	13	26,3	8	17,4			
Programa do governo							

Sim	33	71,7	38	82,6	0,53	0,19 – 1,44	0,21
Não	13	28,3	8	17,4			
Número de moradores							
≤4	35	76,1	20	43,5	0,24	0,09 – 0,59	<0,01
>4	11	23,9	26	56,5			

*utilização do teste do χ^2

† Transtorno mental comum

‡ ABEP = Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

Tabela 2. Média e desvio padrão das variáveis sociodemográficas dos grupos eutróficos e desnutridos, Maceió, 2015.

Variáveis	Grupos (n=96)				Valor p*
	Eutróficos n = 48		Desnutridos n = 48		
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Características das crianças					
Idade (meses)	49,30	9,20	47,74	9,63	0,42
Escore Z A/I †	0,36	0,76	-2,62	0,52	<0.01
Característica materna					
Idade	27,83	6,02	28,72	6,51	0,49
Resiliência	20,91	7,33	20,15	7,55	0,62
Característica familiar					
Renda per capita	214,91	125,47	167,40	101,76	0,04
Renda familiar	890,56	438,18	771,58	413,17	0,18

*utilizado o teste *t* de Student

† Escore Z Altura para idade

Tabela 3. Análise univariada de associação entre estado nutricional infantil e resiliência materna, Maceió, 2015.

Variável	RC	Intervalo de confiança de 96% para RC	Valor de p
CD-RISC*	1,01	0,96 – 1,07	0,62

*Connor Davidson Resilience Scale

Tabela 4. Modelo final de regressão logística múltipla dos fatores associados ao estado nutricional infantil, Maceió, 2015.

Modelo Final	RC	IC 95%	Valor de p
TMC*	0,359	0,171 – 0,755	0,007
Número de filhos	3,044	1,489 – 6,224	0,002

*Transtorno Mental Comum

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou um tema inédito e relevante para a Saúde Pública e Nutrição Humana, com o objetivo de identificar possíveis associações entre resiliência materna, como um fator de proteção da desnutrição crônica na infância, em menores com idade entre 36 a 60 meses moradores de conglomerados urbanos em uma região da cidade de Maceió, porém mesmo sem apresentar uma associação entre a resiliência e o estado nutricional destas crianças, os resultados só reforçam da necessidade de mais estudos buscando outros fatores associados, como também da importância de intervenções que vem ocorrendo em instituições como o Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN) oferecendo suporte a mães de crianças com desnutrição.

No entanto estudos mostram que a resiliência tem uma associação forte com a saúde mental e outros mostram que há uma associação entre saúde mental e estado nutricional infantil, ou seja, mães que apresentam uma boa saúde mental terão forte vínculo mãe-filho e melhores condições de mudanças de comportamento como educação e higiene que favorecerá proteção à criança para não apresentar desnutrição, o que foi identificado neste estudo. Também é importante oferecer intervenção quando estas mães apresentam sintomas depressivos, de ansiedade ou somatização para reduzir os riscos de desnutrição em seus filhos.

REFERÊNCIAS

- BULLEN P.A.B The positive deviance/hearth approach to reducing child malnutrition: systematic review. **Tropical Medicine & International Health**. v. 16, n.2, p. i354-i366, 2011.
- CAMPBELL-SILLS, L; FORDE, D.R; STEIN, M.B. Demographic and childhood environmental predictors of resilience in community sample. **Journal of Psychiatric Research**. v. 43, p. 1007-1012, 2009.
- CARVALHAES, M.A.B.L; BENÍCIO, M.H.A. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Revista de Saúde Pública**. v. 36, n.2, p.188-197, 2002.
- CORREIA, L.L et al. Prevalence and determinants of child undernutrition and stunting in semiarid region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**. v. 48, n.1, p. 19-28, 2014.
- DAVYDOV. D.M et al. Resilience and mental health. **Clinical Psychology Review**. v. 30, p.479-495, 2010.
- ENGLE, P.L. Maternal mental health: program and policy implications. **The American Journal of Clinical Nutrition**. v. 89 (supl), p. 9635 – 9665, 2009.
- ENGLE, P.L, CASTLE, S, MENON, P. Child development: vulnerability and resilience. **Social Science & Medicine**. v. 43, n.5, p.621-635, 1996.
- FERREIRA, H.S, LUCIANO, SCM. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoa. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n.2, p. 377-380, 2010.
- FEIJÓ, F.M et al. Associação entre a qualidade de vida das mães e o estado nutricional de seus filhos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 14, n.4, p. 633-641, 2011.

FILHO, M.B; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19 (sup. 1), S181-S191, 2003.

HARPHAM, T. et al. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 59, p. 1060-1064, 2005.

HOODDINOT, J. Looking at development through a resilience lens. In: Fran, S; Pandya-Lorch, R; Yousef, S.(org). **Resilience for Food and Nutritional Security**. Washington, D.C, IFPRI, 2014. Disponível em: <<http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/file/Resilience%20for%20Food%20and%20Nutrition%20Security.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

HORTON, R. Maternal and Child undernutrition: na urgente opportunity. **The Lancet**. v.371,n.9608,p.179,2008.Disponível em:<[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(07\)61869-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(07)61869-8.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016

HOOPER, L.M. Individual and Family Resilience: Definitions, Research, and Frameworks Relevant for All Counselors. **Alabama Counseling Association Journal**, v. 35, n.1, p.19-26, 2009.

HU, T, ZHANG, D, WANG, J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. **Personality and Individual Differences**. v. 76, p.18-2, 2015.

JESUS, CM, et al. Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n 5, p.1581-1588, 2014.

LAURENTINO, G.E.C et al. Déficit estatural em crianças em idade escolar e em menores de cinco anos: uma análise comparativa. **Revista de Nutrição**. v. 19, n.2, p.157-162, 2006.

LIMA, A.L.L et al. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). **Revista de Saúde Pública**. v.44, n.1, p.17-27, 2010.

MACHADO, J.C; COTTA, R.M.M; SILVA, L.S. Abordagem do desvio positivo para a mudança de comportamento alimentar: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.36, n. 2 p.134-140, 2014

MARTINS, I.S et al. Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1553- 1565, 2007.

MASTEN, A.S; GEWIRTZ, A.H. Resilience in Development: The Importance of Early Childhood. **Encyclopedia on Early Childhood Development**. 2006. Disponível em:<<http://conservancy.umn.edu/bitstream/53904/1/Resilience%20in%20Development%20-%20pdf%20verison.pdf>>. Acesso em: 26 de maio de 2015.

MASSAD, S.G et al. Nutritional status of Palestinian preschoolers in the Gaza Strip: a cross – sectional study. **BMC Public Health**. v. 12, n.27, p.1-11, 2012.

MENDES, A.V; LOUREIRO, S.R; CRIPPA, J.A.S. Depressão materna e saúde mental de escolares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.35, n. 5, p. 178-186, 2008

MITCHELL, S.J; RONZIO, C.R. Violence and other Stressful Life Events as Triggers of Depression and Anxiety: What Psychosocial Resources Protect African American Mothers? **Maternal and Child Health Journal**. v. 15, p. 1272-1281, 2011

MIRANDA, C.T et al. Mental health of the mothers of malnourished children. **International Journal of Epidemiology**. v. 25, n.1, p. 128-132, 1996

MONTEIRO, C.A. A queda da desnutrição infantil no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 5, p. 950 – 951, 2009 a.

MONTEIRO, C.A et al. Causas de declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, n.1, p. 35-43, 2009 b.

MONTEIRO, CA et al. Desigualdades socioeconômicas na baixa estatura infantil: a experiência brasileira, 1974 – 2007. **Estudos Avançados**. v. 27, n.78, p.35 -49, 2013.

NORONHA, M.G.R.C.S. et al. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 4, n.2, p. 497-506, 2009.

ONIS, M et al. Estimates of Global Prevalence of childhood Underweight in 1990 and 2015. **The Journal of the American Medical Association**. v. 291, n.21, p. 2600-2606, 2004.

PESCE, R.P et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n.2, p. 436 – 448, 2005.

PAFFER, A.T. et al. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. **São Paulo Medical Journal**. v. 130, n. 2, p. 84-89, 2012.

PAFFER, A.T et al. Association between child malnutrition and maternal common mental disorders: the potential role of disability **Journal Epidemiol Community Health**. v. 65, n. 6, p. 559-560, 2011

PIZETA, F.A; LOUREIRO, S.R. Adversidades e resiliência no contexto da depressão materna: estudo de casos comparativos. **Estudos de Psicologia**. v. 29 (supl.), p. 727-735, 2012.

PRYER, J.A; ROGERS, S; RAHMAN, A. The epidemiology of good nutritional status among children from a population with a high prevalence of malnutrition. **Public Health Nutrition**. v. 7, n. 2, p. 311- 317, 2003.

RAMOS M.K.P; LIMA A.M.C; GUBERT M.B. Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: resultados de uma pactuação interfederativa no Sistema Único de Saúde. **Revista de Nutrição**. v. 28, p.641-653, 2015.

RAHMAN, A et al. Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: a cohort study. **Archives of Disease in Childhood**. v. 92, p.24-28, 2007.

RAHMAN, A et al. Impact of Maternal Depression on Infant Nutritional Status and Illness: A Cohort Study. **Archives of General Psychiatry**, v. 61, p. 946-952, 2004.

SANTOS, D.S et al. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case- control study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**. v. 46, p.543-548, 2011.

SAWAYA, L. Desnutrição: consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. **Estudos Avançados**. v. 20, p.147-158, 2006.

SAPIENZA, G; PEDROMÔNICO, M.R.M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia e Estudo**. v. 10, n.2, p. 209- 216, 2005.

SEXTON, M.B et al. The Roles of resilience and childhood trauma history: Main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. **Journal of Affective Disorders**. v. 174, n. 1, p. 562 – 568, 2015.

SILVA, M.R.S. et al. Resiliência e promoção da Saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 14 (Esp): p. 95 – 102, 2005.

SILVA, M.R.S et al. Processos que sustentam a resiliência: um estudo de caso. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 18, n.1, p. 92-99, 2009.

SILVEIRA, F.C.P.; PEROSA, G.B.; CARVALHAES, M.A.B.L. Fatores psicossociais de risco e proteção à desnutrição infantil em mães de crianças desnutridas e estróficas: O papel da saúde mental materna. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, p. 217-225, 2012.

SILVEIRA, K.B et al. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. **Jornal de Pediatria** (Rio J). v. 86, n.3, p. 215 – 220, 2010.

SURKAN, P.J et al. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. **Bull World Health Organ**. v. 28, n.7, p.607-615, 2011.

SURKAN, P.J et al. Impact of Maternal Depressive Symptoms on Growth of Preschool – and School – Aged Children. **Pediatrics**. v. 120, n. 4, e847- e855, 2012.

VIEIRA, V.L; SOUZA; J.M.P, MANCUSO, A.M.C. Insegurança Alimentar, vínculo mãe-filho e desnutrição infantil em área de alta vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.10, n.2, p.199 – 207, 2010.

VIDAL et al. Transtornos Mentais Comuns e o uso de psicofármacos em mulheres. **Caderno de Saúde Coletiva**. v. 21, n.4, p. 457- 464, 2013.

VICTORA, C.G et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**. p.32-46, 2011. Disponível em:<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

WALSH, F. The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. **Fam Process**. v. 35, n.5, p. 261- 28, 1996.

WINGO, A.P et al. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. **Journal of Affective Disorders**. v. 126, n. 1, p. 411- 414, 2010.

WHO (World Health Organization) WHO Child Growth Standards: **Length/height-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development**. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível

em: < http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/>. Acesso em: 25 julh. 2015.

WHO (World Health Organization). **Mental Health and Psychosocial Well-Being among Children in Severe Food Shortage Situations**, 2006. Disponível em:<http://www.who.int/mental_health/mental_health_food_shortage_children2.pdf>. Acesso em: 30 Jan. 2016.

YUNES, M.A.M. Psicologia Positiva e Resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**. v. 8 (esp), p. 75-84, 2003.

YUNES M.A.M; GARCIA, N.M; ALBUQUERQUE, B.M. Monoparentalidade, Pobreza e Resiliência: Entre as Crenças dos Profissionais da Convivência Familiar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 20: p. 444-53, 2007.

YOUSAFZAI, A.K; RASHEED, M. A; BHUTTA, Z.A. Annual Research Review: Improved nutrition – a pathway to resilience. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 54, n.4, p. 367-377, 2013.

APÊNDICE A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

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

(Em 2 vias, firmado por cada participante - voluntária da pesquisa e pelo responsável)

Eu,, tendo sido convidada participar como voluntária do estudo "**PAPEL DA RESILIÊNCIA FAMILIAR NA DESNUTRIÇÃO CRÔNICA NA INFÂNCIA**", recebi do Sr. Mestrando José Roberto dos santo, do Programa de Pós-graduação em Nutrição Humana da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a comparar a resiliência de famílias e mães com crianças eutróficas (não desnutridas) com famílias e mães com crianças desnutridas de uma mesma comunidade em situação de vulnerabilidade social e como o apoio social e a saúde mental materna interagem com a resiliência das famílias das crianças.
- Que a importância deste estudo é a de conhecer como as famílias resilientes e as mães resilientes conseguem lidar com a vulnerabilidade social reduzindo os riscos de desnutrição infantil e porque as de baixa resiliência não conseguem.
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: avaliar a associação da resiliência familiar e materna com a desnutrição infantil de crianças assistidas no Centro de Recuperação Educacional e Nutricional (CREN) e em uma Creche Pública com a desnutrição infantil e a saúde mental materna além da presença de rede de suporte social; e as condições sociodemográficas como renda, escolaridade etc...
- Que esse estudo começará em novembro de 2014 e terminará em agosto de 2015.
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: construção do projeto de pesquisa para apreciação do comitê de ética, organização dos instrumentos a serem utilizados, treinamento de possíveis entrevistadores, estudo piloto, contato com o local e a população do estudo, realização das entrevistas, processamento, análise e divulgação dos resultados.
- Que eu participarei das seguintes etapas: de entrevistas com uso de questionários com orientação para tirar quais quer dúvidas vigentes a alguma pergunta.
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: desconforto ou constrangimento em responder algum item dos questionários utilizados. Para minimizar essa situação será possibilitado, meios adequados e confortáveis para a aplicação dos instrumentos com sigilo das informações dadas.
- Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: riscos mínimos como constrangimento ou incomodo em responder algumas questões formuladas, sendo realizado reforço do sigilo das informações para minimizar possíveis situações indesejadas, mães detectadas portadoras de possível transtorno mental comum, serão orientadas e encaminhadas para um serviço específico.

Que deverei contar com a seguinte assistência: do Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN), sendo responsáveis por ela: os profissionais do CREN e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: aumentar o conhecimento sobre associação de resiliência entre as famílias e mães moradoras de uma comunidade com vulnerabilidade social com estado nutricional das crianças destas famílias, assim como também o conhecimento da realidade sobre desnutrição crônica nesta comunidade e a situação da saúde mental de mães de crianças tanto desnutrida como eutróficas e a presença do suporte social e as características socioeconômicas dos pesquisados, para fins de intervenções na área da saúde materno - infantil e na família.

Que a minha participação será acompanhada do seguinte modo: realização de entrevista por meio de questionários, sendo eles: Questionário Perfil de Resiliência Familiar, Questionário Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Questionário de Saúde Mental (SRQ-20) e Questionário Sociodemográfico. Estes questionários serão aplicados pelo pesquisador e em caso de necessidades por auxiliares do CREN ou estudantes estagiários. A participação das crianças será também acompanhada, quando estas forem avaliadas através da Antropometria por nutricionista e estagiários.

Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Que eu deverei ser ressarcido por todas as despesas que venha a ter com a minha participação nesse estudo, sendo-me garantida a existência de recursos para tal.

Que eu serei indenizado caso ocorrer algum dano, assim como também serei ressarcido por qualquer dispersa que precise efetuar.

Que eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente 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 FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante - voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Contato de urgência:

Domicílio: Rua: Maria Hozana, 619

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Clima Bom, 57071-375 /Tel: (82) 98865-9602

Ponto de referência:

Endereço d(os, as) responsável (is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Endereço: Av. Dr. José Sampaio Luz

Bloco: /Nº: /Complemento: apto 101

Bairro: /CEP/Cidade: Ponta Verde/ 57023-260/Maceió

Telefones p/contato: (82) 3325-1697

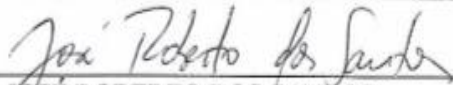
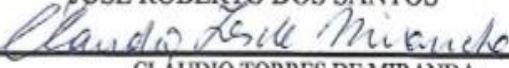
ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, 1º Andar, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.

Telefone: 3214-1041

Maceió,

	 JOSÉ ROBERTO DOS SANTOS
Assinatura ou impressão datiloscópica da voluntária ou responsável legal e rubricar as demais folhas	 CLAUDIO TORRES DE MIRANDA Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PSICOSSOCIAL

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E PSICOSSOCIAL

Características Familiares:

1. Nome da criança _____ Idade__
 2. Sexo da criança: Masculino () Feminino ()
 3. Nome da mãe _____ Idade__
 4. Escolaridade materna em anos _____
 5. Trabalha fora de casa: SIM () ; NÃO ()
 6. Renda familiar _____ Renda per capita _____
 7. Número de filhos: _____
 8. Vive com marido ou companheiro? SIM () ; NÃO ()
 9. Se sim, ele é o pai biológico da criança? SIM () ; NÃO ()
 10. Pai trabalha: SIM () , Especifique: _____ NÃO ()
 11. Renda paterna: _____
 12. Escolaridade paterna em anos _____
 13. Números de moradores no domicílio: _____
 14. Acesso a serviços de saúde: SIM () , NÃO ()
 15. A Senhora faz uso de algum medicamento? SIM () Especifique _____, NÃO ()
 16. A senhora já fez ou faz uso de drogas? SIM () , NÃO ()
 17. A senhora faz uso de bebida alcoólica ? SIM () com que frequência _____ , NÃO ()
 18. O seu companheiro faz uso de drogas ? SIM () , NÃO ()
 19. O seu companheiro faz uso de bebida alcoólica ? SIM () com que frequência _____ , NÃO ()
 20. O pai se embriaga pelo menos uma vez no mês? SIM () , NÃO ()
 21. No último ano, eu gostaria de perguntar a senhora se você foi maltratada por seu marido/ companheiro com tapas chutes, socos, espancamentos ou ameaças com arma. SIM () ; NÃO ()
 22. Como você avalia sua qualidade de vida ? Muito ruim () , ruim () , boa () e muito boa ()
 23. Você tem algum programa do governo: SIM () qual ? _____ , NÃO ()
-

Quadro ABEP

Posse de itens

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

Grau de Instrução do chefe de família

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

ANEXO A. DECLARAÇÃO DE PERMISSÃO DO CENTRO DE RECUPERAÇÃO EDUCACIONAL NUTRICIONAL - CREN

Centro de Recuperação Educacional e Nutricional - CREN




DECLARAÇÃO

Concedo a permissão para Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda juntamente com seu o aluno de mestrado do curso de pós-graduação em Nutrição Humana da Universidade Federal de Alagoas, José Roberto dos Santos, realizarem a pesquisa de campo intitulada: "Papel da resiliência familiar na desnutrição crônica na infância" com crianças e mães na instituição acima citada.

De acordo e ciente,

Maceió, 18 de julho de 2014.



Gabriela Rossiter Stark Veiga
Coordenadora do LUTEN

Gabriela Rossiter Stark Veiga
Coordenadora CREN

ANEXO B. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL MUNICIPAL - CEIM



Estado de Alagoas
Prefeitura Municipal de Maceió
Secretaria Municipal de Educação

Rua General Menezes
CEP: 57017-000 - Maceió
Fones: (82) 3315-4511
E-mail: geral@mae.maceio.al.gov.br
Site: http://maceio.al.gov.br

ESCOLA MUNIC. DE ED. BÁSICA DR. DENISSON LUIZ C. MENEZES

Rua Arthur Ramos s/n. Qd. 09 Conj. Denisson Menezes. Tab. do Martins- Maceió-AL

Autorização

A direção autoriza a liberação de pesquisa nesta Instituição escolar ao Prof. Orientador Dr^o Cláudio Torres de Miranda o Sr. José Roberto dos Santos, aluno mestrando do curso de pós-graduação em Nutrição Humana da Universidade Federal de Alagoas, solteiro, brasileiro, residente na Rua Maria Hozana, 619, nesta cidade, portador do RG 1768399, CPF 012992244. Para pesquisa de campo intitulada "Papel da residência familiar na desnutrição crônica na infância" com crianças e mães nesta Instituição com total sigilo das informações coletadas tendo a liberação desta pesquisa.

Maceió, 25 de agosto de 2014.

Direção

Elton Menezes Lima
Dir Geral
Mat 923850 - 6 Port nº 23

ANEXO C. QUESTIONÁRIO DE SAÚDE MENTAL: SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ-20)

Self Report Questionnaire (SRQ)

As próximas perguntas são a respeito a certas dores e problemas que você pode ter tido nos últimos 30 dias. Se você acha que a pergunta corresponde ao que você sente nos últimos 30 dias responda SIM. Se você achar que a pergunta não se aplica a você, responda não. Por favor, não discuta as perguntas enquanto estiver respondendo. Se você não tiver certeza sobre alguma delas, responda SIM ou NÃO como parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.


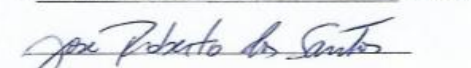
01- Tem dores de cabeça freqüentes?	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim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

Total de sim |

ANEXO D. DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DOS PESQUISADORES DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466/12 DE PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS.


Declaramos para devidos fins que José Roberto dos Santos (aluno-mestrando) e Cláudio Torres de Miranda (orientador), pesquisadores do projeto intitulado “Papel da resiliência familiar na desnutrição crônica na infância”, ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, serão por meio de questionários que serão utilizados para coleta de dados, sobre condições sociodemográfica, resiliência – força familiar, suporte social e Saúde Mental Materna e, após conclusão da pesquisa, serão armazenados em banco de dados, arquivo matriz protegido por senha em diretório oculto, e todos os outros arquivos de segurança forem danificados ou perdidos integralmente, impossibilitando a utilização das informações salvas o Comitê de Ética e Pesquisa será informado /notificado caso isso ocorra. (O material coletado após a conclusão da pesquisa será armazenado em banco de dados dos pesquisadores em computador próprio com senha sobre a posse dos pesquisadores para futuro acesso no período de desenvolvimento da pesquisa, após esse período o material será destruído como forma de segurança das informações solicitadas)

Maceió, 13 de agosto de 2014



(Assinatura dos pesquisadores)

ANEXO E. INSTRUÇÃO DE SUBMISSÃO DA REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

29/04/2016 Cad. Saúde Pública- Instruções aos autores



CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

ISSN 0102-311X versão
Impressa

ISSN 1678-4464 versão on-
line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

1.2 Artigos: resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.4 Debate: artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelas Editoras, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.5 Fórum: seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial;

1.6 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva, em geral a convite das Editoras (máximo de 1.200 palavras).

1.7 Questões Metodológicas: artigo completo, cujo foco é a discussão, comparação e avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.8 Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.9 Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração).

2. Normas para envio de artigos

- 2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
- 2.2** Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
- 2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
- 2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme Item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
- 3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
- 3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- [ClinicalTrials.gov](#)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. Fontes de financiamento

- 4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- 4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
- 4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

- 5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

- 6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- 6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição

substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos](#).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinque](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em:

<http://cadernos.emsp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.emsp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo.* Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo em Português, Inglês e Espanhol. Cada resumo pode ter no máximo 1.100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos.* Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

- 12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
- 12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".
- 12.15** *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.
- 12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.19** *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.
- 12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.
- 12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
- 12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
- 12.27** *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de

transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema [SAGAS](#), acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo *site*: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a Secretaria Editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2737 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514

ANEXO F. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PAPEL DA RESILIÊNCIA FAMILIAR NA DESNUTRIÇÃO CRÔNICA NA INFÂNCIA

Pesquisador: Claudio Torres de Miranda

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36754214.2.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 871.440

Data da Relatoria: 27/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo Caso Controle em que casos são famílias com pelo menos uma criança desnutrida e controles são famílias da mesma comunidade em situação de vulnerabilidade social sem filhos desnutridos. Será comparada a resiliência familiar de casos e controles levando em consideração variáveis sócio-econômico-demográficas, saúde mental materna e o suporte social.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo desta pesquisa é Identificar possíveis diferenças entre a resiliência de famílias com crianças eutróficas das famílias com crianças desnutridas moradoras de comunidades em situação de vulnerabilidade social e avaliar o papel do suporte social e da saúde mental materna com a resiliência. Procura-se também avaliar como o apoio social e a saúde mental materna interagem com a resiliência de famílias dos dois grupos. A metodologia do estudo é de caso-controle com crianças na faixa etária de 3 a 5 anos e que apresentam um escore Z > -1 e 1 em 55 crianças eutróficas (controles) de uma Creche Municipal com escore Z > -2 em 55 crianças desnutridas (casos) atendidas em um Centro de Recuperação Nutricional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos serão mínimos como ocorrer constrangimento ou incomodo em responder alguma pergunta formulada dos questionários, sendo realizado reforço do sigilo das informações para minimizar possíveis situações indesejadas como forma de beneficiar o sujeito da pesquisa.

Endereço: Campus A . C Simões Cidade Universitária
 Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
 UF: AL Município: MACEIO
 Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 571.440

Os benefícios são ampliar os conhecimentos sobre associação de resiliência entre as famílias moradoras de comunidade com vulnerabilidade social com estado nutricional das crianças destas famílias, assim como também o conhecimento da realidade sobre desnutrição crônica nesta comunidade, a situação da saúde mental de mães de crianças tanto desnutrida como eutróficas, a presença do suporte social nas famílias e as características socioeconômicas dos pesquisados, para fins de intervenções na área da saúde materno - infantil e na família.

Entende-se como adequada a relação entre riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa é importante para a área da saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão em acordo com as normas da Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo atende as recomendações éticas da Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MACEIO, 13 de Novembro de 2014

Assinado por:
Deise Juliana Francisco
(Coordenador)

Endereço: Campus A . C SImões Cidade Universitária
Bairro: Tabuleiro dos Martins CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 Fax: (82)3214-1700 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO G. LIBERAÇÃO DO USO DO INSTRUMENTO CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD-RISC).

