

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



**SAÚDE MENTAL, PERFIL NUTRICIONAL E  
SOCIODEMOGRÁFICO DE ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO  
NORDESTE BRASILEIRO <sup>a, b</sup>**

**MONIQUE CARLA DA SILVA**

**MACEIÓ - AL  
2014**

**MONIQUE CARLA DA SILVA**

**SAÚDE MENTAL, PERFIL NUTRICIONAL E  
SOCIODEMOGRÁFICO DE ESCOLARES DE UM  
MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO<sup>a, b</sup>**

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

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Torres de Miranda**  
**Co-orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira**

Faculdade de Nutrição  
Universidade Federal de Alagoas

**MACEIÓ – AL**

**2 0 1 4**



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



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

---

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

**“SAÚDE MENTAL, PERFIL NUTRICIONAL E  
SOCIODEMOGRÁFICO DE ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO  
DO NORDESTE BRASILEIRO”**

por

***MONIQUE CARLA DA SILVA***

A Banca Examinadora, reunida aos 18 dias do mês de novembro do ano de 2014, considera a candidata aprovada.

---

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

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosane Lowenthal  
Instituto Nacional de Ciências e Tecnologias - Instituto Nacional de Psiquiatria do  
desenvolvimento (INPD-INCT)  
(Examinador)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Mary Lima Vasconcelos  
Faculdade de Nutrição - FANUT  
Universidade Federal de Alagoas  
(Examinadora)

Dedico este trabalho a todas as crianças  
que participaram desta pesquisa e aos  
trabalhadores da saúde mental, por levarem  
consigo, o prazer de trabalhar pelo outro.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, por tudo que Ele me proporciona viver, pelas oportunidades e pelas bênçãos diárias, por possibilitar que eu tenha tantas coisas e tantas pessoas boas ao meu lado;

Aos meus pais, que nunca cansaram de mostrar que a educação mudaria a minha vida, por nunca desistir, por acreditar e investir, enfim, por amar a mim e aos meus irmãos;

Aos meus avós, Dedé e Aprígio, meus anjos;

Aos meus irmãos, Nívea e Neto, pelo companheirismo, pela paciência e colaboração em todos os passos dados;

Ao Paulo, pela paciência e atenção, pelo apoio e dedicação, por não me deixar desistir;

Ao Prof. Dr<sup>o</sup>. Cláudio Miranda, pela orientação, pela simplicidade de ensinar, pelo incentivo e dedicação à pesquisa;

Ao Prof. Dr<sup>o</sup>. Haroldo da Silva Ferreira, pela oportunidade, por acreditar, pela experiência e por sempre incentivar a pesquisa;

À Cristiane Silvestre de Paula e Wagner Ribeiro, por toda a colaboração prestada durante a construção dos resultados desta pesquisa;

Aos meus amigos, aos que estão distantes e mesmo assim, permanecem juntos, diariamente, aos que andaram lado a lado nessa caminhada, especialmente a Bárbara Coelho, Myrtis Katille, Zaira Camerino, Anne Caroline e Glícia Lúcio, Tathyane, Naritânia e Luitgard que garantiram o apoio, a afetividade e o prazer de estar em grupo, também, à querida Edna, por todo incentivo e por me ajudar a descobrir novas oportunidades;

À equipe do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA), que esteve presente durante as diversas etapas deste trabalho;

Às professoras e colegas Margareth e Marcicléa, pela compreensão em momentos difíceis, assim como aos meus colegas que fazem a docência da UNCISAL;

As crianças e aos seus pais, que contribuíram diretamente para o meu objetivo pessoal de me tornar Mestre, possibilitando a execução deste trabalho, sem os quais não poderia ser realizado;

Agradeço aos que me apoiaram e que me oportunizaram chegar aqui, contribuindo para a minha formação.

Muito obrigada!

## RESUMO GERAL

As mudanças ocorridas no estilo de vida da população, decorrentes de adventos da modernidade refletiram-se no perfil social, no perfil nutricional e de saúde de toda a população. As crianças vivenciam novos conflitos sociais e familiares, questões ligadas à situação socioeconômica e violência, o que torna os indivíduos vulneráveis a problemas de saúde mental. A saúde mental das crianças é, historicamente negligenciada, no entanto, embora este seja um fator primordial para que o seu crescimento e desenvolvimento aconteçam de maneira satisfatória. O acesso aos serviços de saúde que atenda o indivíduo de modo integral, é, muitas vezes um desafio para as famílias. Viver em situação de privação pode alterar a capacidade da criança de ter estímulo e condições cognitivas para superar a pobreza. Essa por sua vez, pode contribuir para o surgimento de um transtorno mental. A alimentação adequada, em quantidade e qualidade compõe o contexto de cuidados básicos e essenciais para o indivíduo. Assim, conhecer o estado nutricional dos escolares torna-se fundamental para nortear as políticas públicas relacionadas aos problemas nutricionais. Contudo, ainda são escassos os estudos que avaliam as associações prováveis entre características nutricionais e outros fatores, como a saúde mental, principalmente, entre os escolares de instituições de ensino. Essa dissertação tem por objetivo analisar os fatores associados a problemas de saúde mental em escolares nascidos em 2002 e 2003, assim como verificar possíveis associações com o estado nutricional de escolares do ensino fundamental das redes pública e privada de Maceió. Para isso, apresenta-se um capítulo de revisão de literatura e um artigo original cujo objetivo foi investigar a prevalência de problemas de saúde mental e as suas associações com o estado nutricional dos escolares. O estudo foi transversal. Os sinais de problemas de saúde mental foram determinados por meio do SDQ e o perfil antropométrico, de acordo com o padrão da WHO-2007, em que o déficit estatural foi estabelecido por um escore  $Z < -2$  do índice Altura-para-Idade, e a obesidade foi definida pelo o índice de massa corporal-para-idade  $> \text{escore } -z +2$ . Os dados foram submetidos à análise bivariada e a medida de associação utilizada foi a razão de prevalência e respectivo IC 95%, obtida através da regressão de Poisson com ajuste robusto de variância. As associações ou diferenças significativas

foram assumidas quando  $p \leq 0,05$ . Foram estudadas 1.151 crianças com idades entre 9 e 11 anos, sendo 588 (56%) da escola pública e 462 (44%) da privada. A prevalência de problemas de saúde mental foi de 29,2%, sendo significativamente superior nos alunos da pública (31,6% vs. 27,7%;  $RP=1,88$ ;  $IC95\%=1,31; 2,97$ ). Não houve associação estatisticamente significativa entre estado nutricional e saúde mental dos alunos. Foi observado que as crianças que vivem em famílias monoparentais, apresentam maior número de sintomas que sugerem uma doença mental, na maioria das sub-escalas. Portanto, considerando a situação de saúde mental dos escolares avaliados, percebe-se a urgência de políticas públicas específicas, capazes de prevenir, diagnosticar e tratar dessas enfermidades ressaltando, a necessidade de desenvolver ou até redimensionar as ações existentes com foco na melhoria da qualidade de vida desse segmento populacional.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Crianças. Estado Nutricional. Escolares.



## GENERAL ABSTRACT

The changes in the behavior of the population, due to the advent of modernity reflected social profile, nutritional profile and health of the whole population. Children experience new social and family conflicts, issues of violence and socioeconomic status, which makes people vulnerable to mental health problems. The mental health of children is historically neglected, however, it is understood that this is a primary factor for its growth and development happen in a satisfactory way, the access to health care that meets the individual full mode, is often a challenge for families. Living in a situation of deprivation can alter a child's ability to have stimulus and cognitive conditions to overcome poverty, this in turn accommodates the life of being human feeling of sadness and failure, which can evolve, giving rise to mental illness. Adequate nutrition, quantity and quality compose the context of basic and essential for the individual care, access and the proper utilization of food. Thus, knowing the nutritional status of school it is essential to guide public policies related to nutritional problems, but there are still few studies that assess the likely associations between nutritional characteristics and other factors, such as mental health, especially among school public and private educational institutions, especially in Alagoas. This dissertation aims to examine the factors associated with mental health problems in schoolchildren born in 2002 and 2003, as well as investigate possible associations with nutritional status of elementary school students from public and private networks of Maceió. For this chapter presents a literature review and an original article aimed to investigate the prevalence of mental health problems and their associations with nutritional status of schoolchildren. The study was cross-sectional, and this work, a byproduct of research that had the outcome of interest obesity, estimated at 9.7%. Signs of mental health problems were determined by using the SDQ and the anthropometric profile, according to the standard WHO-2007, where stunting was established by a Z score  $< -2$  Height-for-age index, and obesity was defined by body mass index-for-age  $> +2$  z score. The data were subjected to bivariate analysis and the measure of association used was the prevalence ratio and its 95% CI, obtained by Poisson regression with robust adjustment of variance. Associations or significant

differences were assumed when  $p \leq 0.05$ . 1,151 children aged between 9 and 11 years, 588 (56%) of public school and 462 (44%) of private were studied. The prevalence of mental health problems was 29.2%, being significantly higher in students in public (31.6% vs. 217.7%, PR = 1.88, 95% CI 1.31, 2.97). There was no statistically significant association between nutritional status and mental health of students, presenting as a result  $p > 0.05$ . It was observed that children who do not live with the father and the mother, while a higher number of symptoms that suggest a mental illness, most of the subscales. Therefore, considering the situation of mental health of schoolchildren, realizes the urgency of specific, public policies capable of preventing, diagnosing and treating these illnesses emphasizing the need to develop or even resize existing initiatives focused on improving the quality of following the life of this population.

**Keywords:** Mental Health. Children. Nutritional Status. School.

## LISTA DE TABELAS

<b>Artigo Original</b>		<b>Página</b>
<b>Tabela 1</b>	Associação entre problemas de saúde mental e variáveis selecionadas de escolares do ensino fundamental de Maceió-AL	50
<b>Tabela 2</b>	Associação entre transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e variáveis selecionadas de escolares do ensino fundamental de Maceió-AL	51
<b>Tabela 3</b>	Associação entre problemas relacionamento com os colegas e variáveis selecionadas de escolares do ensino fundamental de Maceió-AL	52
<b>Tabela 4</b>	Associação entre problemas emocionais e variáveis selecionadas de escolares do ensino fundamental de Maceió-AL	53
<b>Tabela 5</b>	Associação entre problemas de conduta e variáveis selecionadas de escolares do ensino fundamental de Maceió-AL	54
<b>Tabela 6</b>	Regressão logística das variáveis com resultado de $p \leq 0,2$ após as análises univariadas	55

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABEP** – Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa

**AL** – Alagoas

**CAPSi** – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

**CCEB** – Critério de Classificação Econômica Brasil

**CONEP** - Comitê de Ética em Pesquisa

**DECs** - Descritores em Ciências da Saúde

**DHAA** - Direito Humano à Alimentação Adequada

**FAO** - *Food and Agriculture Organization* (Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação)

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**INEP** - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONU** - Organização das Nações Unidas

**SciELO** – *Scientific Electronic Library Online* (Livraria Eletrônica Científica Online)

**SEMED** - Secretaria Municipal de Educação

**SDQ** - Strengths and Difficulties Questionnaire

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

**TDHA** – Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

**UNICEF** - *The United Nations Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

**USP** - Universidade de São Paulo

**WHO** – World Health and Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Problemas de saúde mental Infantil.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.1</b>	<b>Problemas de conduta.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Problemas de relacionamento com os colegas.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1.4</b>	<b>Problemas emocionais.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2</b>	<b>TRANSIÇÃO NUTRICIONAL.....</b>	<b>27</b>
<b>2.3</b>	<b>RECURSO METODOLÓGICO PARA AVALIAR A SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4</b>	<b>RECURSOS METODOLÓGICOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIO-ECONÔMICOS DAS CRIANÇAS E DAS FAMÍLIAS E CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS DAS CRIANÇAS.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4.1</b>	<b>Sócio-econômicos.....</b>	<b>32</b>
<b>2.4.2</b>	<b>Antropometria.....</b>	<b>33</b>
<b>2.4.3</b>	<b>Peso.....</b>	<b>34</b>
<b>2.4.4</b>	<b>Altura.....</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>ARTIGO ORIGINAL.....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## **INTRODUÇÃO GERAL**

## INTRODUÇÃO GERAL

Saúde mental pode ser definida como uma sensação de bem estar subjetiva, onde os indivíduos apresentam um bom ajustamento social, autonomia e potencial emocional para atingir objetivos (WHO, 2001). Problemas de saúde mental podem ser definidos como aqueles que afetam habilidades cognitivas, emocionais e sociais dos indivíduos e que em alguns casos recebem a classificação de transtornos psiquiátricos (FULLER, 2000).

Estudos internacionais têm registrado prevalências entre 10% e 20% de um ou mais problemas mentais na população infanto-juvenil (FLEITLICH e GOODMAN, 2002). No Brasil, há poucos estudos na área de epidemiologia psiquiátrica na infância e muitas questões a serem respondidas (BIRD e DUARTE, 2002). Em um trabalho pioneiro, em uma área da cidade de Salvador, Almeida Filho (1982) encontrou uma prevalência de 13% de crianças com problemas de saúde mental.

A identificação de problemas psiquiátricos em crianças e adolescente enfrenta desafios que vão além daqueles presentes na identificação de problemas de saúde mental em adultos. O fato da criança estar em um período de desenvolvimento, a sua capacidade de atribuir desconforto a uma experiência vivida é limitada. Os seus desconfortos emocionais tendem a expressar-se por meio de comportamentos desadaptados e desviantes, raramente associados pela própria criança a um sofrimento interno (BIRD e DUARTE, 2002).

Buss e Filho (2006) afirmam que fatores sociais, políticos, econômicos e culturais que afetam crenças, comportamento, biologia, ocasionam problemas de saúde e estão presentes antes mesmo do nascimento de uma pessoa.

No contexto de diferentes países, é evidente que há uma defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e das consequências a ela associadas (BIRD e DUARTE, 2002). Por esse motivo, a temática tornou-se uma questão prioritária nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003). Há uma desigualdade da atenção dedicada a essa faixa etária, quando comparada a assistência do adulto e idoso (REGINA, RAMIRES e FLORES, 2009). Entender o impacto dos sintomas de problemas de saúde mental na vida da criança ou adolescente é necessário para identificar a presença de um transtorno psiquiátrico que realmente requeira intervenção (BIRD e DUARTE, 2002). Problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estão associados ao risco de transtornos psicossociais na vida adulta (FLEITLICH, MRAZEK apud FERRIOLLI et al., 2007).

A atenção à saúde mental das crianças deve incluir o seu atendimento integral. Prado et al. (2007, p. 400) pontuam que:

O princípio de integralidade consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender essas necessidades de forma integral.

Ferriolli et al. (2007) aponta a organização da rede de assistência à saúde mental infantil como um desafio. A limitação da qualidade do diagnóstico, correlacionando as dificuldades causadas pelo transtorno, com prejuízo funcional na vida adulta (COUTO et al., 2008). Diante do exposto, Silva et al. (2003) sinalizam para a necessidade de incluir ações de saúde mental na primeira infância.

Estudos apontam que a gênese dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes está vinculada a vários fatores biológicos (anormalidades biológicas, infecções, desnutrição ou exposição à toxinas), genéticos (história



familiar da doença), psicossociais (disfunção na vida familiar, discórdia conjugal grave, psicopatologia materna, criminalidade paterna, falta de laços afetivos entre pais e filhos), eventos estressantes (morte ou separação dos pais) e a exposição aos maus-tratos (negligência, abuso físico, psicológico ou sexual) (RUTTER e TAYLOR, 2004). Bordin e Paula (2007), afirmam que comunidades desorganizadas e escolas inadequadas também podem trazer reflexos negativos para a saúde mental na infância e adolescência.

Autores clássicos como Grantham-Mcgregor, Fernald, Sethuraman enfatizaram a existência de evidências que indicavam que a nutrição e a saúde da criança afetam o desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental das crianças no período pré e pós-natal. O impacto de alterações biológicas como deficiências nutricionais e infecções, depende do estágio de desenvolvimento de uma criança, bem como de sua duração e gravidade. Eles focaram principalmente nos efeitos negativos, na medida em que os estudos foram feitos em ambiente com poucos estímulos (GRANTHAM-McGREGOS, FERNALD, SETHURAMAN, 1999; GRANTHAM-MCGREGOR, 2007).

Há poucos estudos relacionando especificamente o estado nutricional infantil e saúde mental. Liu et al. (2004) referem a deficiência nutricional como um componente associado a problemas de cognição e bem estar mental. Através de um estudo de coorte, estes autores investigaram a associação entre desnutrição e comportamentos antissociais, identificando que a desnutrição aos 3 anos de idade estava associada com maiores escores para problemas de comportamento exteriorizado nas idades de 8, 11 e 17 anos.

Relacionando desnutrição e saúde mental infantil, Guardiola et al. (1997) observaram em pré-escolares de Porto Alegre, que a desnutrição crônica é um

fator de risco para sintomas de déficit de atenção e hiperatividade. Os maiores índices foram encontrados em escolas municipais, as quais observou-se a presença de crianças com piores índices de nutrição.

Para Rotemberg e De Vargas (2004), a nutrição e as práticas alimentares vão, além de atos biológicos, práticas sociais, não podendo ser abordados por uma única perspectiva disciplinar, sendo necessário, considerar os aspectos multifatoriais envolvidos no desenvolvimento infantil.

Essa dissertação teve por objetivo identificar a frequência e os fatores associados a problemas de saúde mental em escolares do ensino fundamental das redes pública e privada de Maceió.

## **1.2 HIPÓTESES**

1. Em virtude das mudanças no estilo de vida da população, crianças em idade escolar apresentam elevado número de sintomas que sugerem problemas de saúde mental.
2. Considerando o perfil antropométrico, há relação entre a frequência de sintomas de problemas de saúde mental e magreza ou sobrepeso/obesidade.
3. O número de escolares com suspeita de problemas de saúde mental difere em relação àqueles das escolas públicas e privadas.

## **1.3 JUSTIFICATIVA**

A saúde mental de crianças e de adolescentes tornou-se uma questão prioritária nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde, em função da

desigualdade da atenção dedicada a esta faixa etária, quando comparada à atenção dedicada ao adulto e idoso (WHO, 2003). Ramires e Benetti (2009) refletem sobre a falta de reconhecimento por parte de políticas públicas quanto a importância da saúde mental na infância e adolescência, salientando que isso pode acarretar consequências negativas no transcurso do desenvolvimento, afetando a capacidade produtiva e a inserção social desses indivíduos quando adultos, refletindo-se no nível social e econômico das coletividades. Assim, o conhecimento da situação de saúde mental de crianças e da relação com seu estado nutricional e características socioeconômicas possibilitam entender a interação existente entre a saúde e dieta nesta fase da vida.

A escassez de estudos que analisem essa relação deixa de promover avanços na agenda de cuidado integral à criança, dificulta o conhecimento acerca das condições e qualidade de vida e prognósticos deste seguimento populacional, impossibilitando o planejamento e/ou redirecionamento de ações específicas que compreendam a sua realidade. A condução desta investigação pretende preencher esta lacuna, razão pela qual justifica a realização desse estudo.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivo Geral**

Avaliar a associação entre problemas de saúde mental e características sociodemográficas e estado nutricional de escolares das redes de ensino pública e privada de ensino fundamental de Maceió-AL.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar a associação entre saúde mental e estado nutricional antropométrico;
- Avaliar a associação entre saúde mental e a rede de escola pública e privada;
- Avaliar a associação entre saúde mental e características sociodemográficas das famílias das crianças estudadas.

**REVISÃO DE LITERATURA**

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL**

O conceito de saúde mental é amplo. Assim como a saúde não é apenas a ausência de doença, também a saúde mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Desse modo, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (ALVES e RODRIGUES, 2010).

A prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes atinge cerca de 10-20% (FLEITLICH e GOODMAN, 2001). Países em desenvolvimento apresentam poucas pesquisas epidemiológicas voltadas para a saúde mental infantil (FLEITLICH e GOODMAN, 2001; PAULA, DUARTE, BORDIN 2007; BORDIN et al., 2009). Estudos epidemiológicos nacionais demonstram que um quinto da população jovem brasileira (12 milhões de crianças e adolescentes) deveria receber alguma assistência para a proteção em relação ao risco do desenvolvimento de transtornos mentais (FLEITLICH e GOODMAN, 2001).

A importância das queixas relativas aos problemas de saúde mental veio sendo ressaltada pela mudança do perfil de morbidade da faixa etária pediátrica, especialmente, devido à redução de doenças como a diarreia e as que são evitáveis pela vacinação (TANAKA e RIBEIRO, 2009).

Existem duas grandes categorias em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, a saber: perturbações do desenvolvimento psicológico e perturbações do comportamento e emocionais. Na primeira categoria, estão incluídas perturbações do desenvolvimento de funções específicas, como a

aprendizagem e perturbações globais do desenvolvimento (como o autismo, por exemplo). A segunda categoria, inclui as perturbações do comportamento, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e as perturbações emocionais da infância (MARQUES e CEPÊDA, 2009).

Uma forma de classificação diagnóstica de transtornos emocionais na infância refere-se aos chamados transtornos internalizantes ou emocionais e transtornos externalizantes ou disruptivos (ASSIS et al. 2009 e D'ABREU,2012).

Os transtornos internalizantes englobam os transtornos de ansiedade e de humor e caracterizam-se por sofrimento psíquico, no qual sentimentos e problemas são vividos internamente pela criança, portanto refere-se à sintomatologia ansiosa, depressiva, como medos irracionais, sentimentos de desvalia e somatizações. Nos transtornos externalizantes, a sintomatologia é direcionada para fora (para outros e para o ambiente), o que inclui características de agressividade, desafio, oposição, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, englobando transtornos de conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (ASSIS et al. 2009; D'ABREU,2012).

Para Borsa e Nunes (2008), os comportamentos de internalização referem-se a padrões privados desajustados, como tristeza e isolamento, e são mais restritos ao mundo interno da criança e talvez por isso, são mais difíceis de serem identificados pelos pais e, principalmente, pelos professores. Já os comportamentos de externalização, por serem visivelmente desajustados do que é tido como socialmente adequado, como agressividade, agitação psicomotora e comportamento delinquente são mais fáceis de serem identificados.

Por sua importância na construção do Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ), a seguir são

discutidos alguns transtornos (transtorno de conduta e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), além de problemas de relacionamento com colegas e questões ligadas aos problemas emocionais.

### **2.1.1 Transtorno de conduta**

Segundo Bordin e Offord (2000, p. 28)

O transtorno de conduta é um dos transtornos psiquiátricos mais frequentes na infância e um dos maiores motivos de encaminhamento ao psiquiatra infantil. Lembramos que o transtorno de conduta não deve ser confundido com o termo “distúrbio da conduta”, utilizado no Brasil de forma muito abrangente e inespecífica para nomear problemas de saúde mental que causam incômodo no ambiente familiar e/ou escolar. Por exemplo, crianças e adolescentes desobedientes, com dificuldades para aceitar regras e limites e que desafiam a autoridade de pais ou professores costumam ser encaminhados aos serviços de saúde mental devido a “distúrbios da conduta”. No entanto, os jovens que apresentam tais distúrbios nem sempre preenche critérios para a categoria diagnóstica “transtorno de conduta” não é apropriado para representar diagnósticos psiquiátricos.

Os problemas de conduta apresentam um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade. De acordo com O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV, 2002), as pessoas com transtorno de conduta apresentam:

- Conduta Agressiva – causadora ou propensa a causar lesões corporais a outras pessoas ou animais.
- Conduta não agressiva – que causa perdas ou danos ao patrimônio.



- Defraudação ou Furto – sérias violações de regras.

Para Facion (2005) o transtorno de conduta pode ser caracterizado por situações como, mentir, não cumprir com os compromissos ou promessas, furtar objetos de valor ou falsificar documentos são outros comportamentos frequentes, além de faltar à escola com frequência sem justificativas. Esse transtorno é diferente das travessuras infantis ou da rebeldia “normal” da adolescência, pois deve-se considerar que esses comportamentos vão se modificando ao longo das aquisições de experiências da vida, ao passo que o Transtorno de Conduta é persistente, por pelo menos seis meses e de forma intensiva.

Para Bordin e Offord (2008), os sintomas que caracterizam esse indivíduo podem estar relacionados com transtornos mentais, ele pode apresentar pouca empatia, pouca preocupação pelos sentimentos alheios. Sempre em situações duvidosas torna-se agressivo, seus acessos de raiva são frequentes, seu comportamento está associado com o índice alto de acidentes.

Sabe-se que a prevalência é maior entre adolescentes e indivíduos do sexo masculino, independente da idade (BURK; LOEBER; BIRMAHER, 2002).

### **2.1.2 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade**

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é o distúrbio do neurodesenvolvimento mais comum na infância (VASCONCELOS, WERNER JR, et al., 2003). Caracterizada pela associação de sintomas de excesso de atividade motora, déficit de atenção e impulsividade, que persistem ao longo do tempo e se evidenciam em pelo menos dois contextos (ex: casa, escola, situações sociais) (MARQUES e CEPÊDA, 2009). Essa tríade de sintomatologia, também tem

destaque em outras literaturas, sendo chamada de sintomatologia clássica (ROHDE e HALPERN, 2004).

Tem início precoce e costuma estar associado a problemas de desenvolvimento e de comportamento (MARQUES e CEPÊDA, 2009). Apesar dos estudos já realizados, as causas precisas do TDAH ainda não são conhecidas. Contudo, os fatores genéticos, ambientais e até lesões cerebrais (ex.: epilepsia) são considerados (ROHDE e HALPERN, 2004).

Segundo o DSM V (2013) os levantamentos populacionais, o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca 5% das crianças. Entretanto, Scahill e Schwab-Stonne (2000) afirmaram que a idade da população estudada pode exercer uma influência importante na prevalência de TDAH, pois a idade mais frequente de diagnóstico seria aos 5-7 anos e depois haveria um declínio crescente da prevalência com a idade.

### **2.1.3 Problemas de relacionamento com os colegas**

Os comportamentos sociais podem ser manifestados de forma positiva ou negativa. Manifestações positivas são chamadas comportamentos pró-sociais e incluem gratificações, presentes. Manifestações negativas são comportamentos anti-sociais que incluem agressões, censuras, ameaças, roubos (SAUD e TONELOTTO, 2005).

Para Ladd apud Saud e Tonelotto (2005), a forma pela qual as crianças constroem seus relacionamentos tem grande impacto sobre todo o seu desenvolvimento, por ser nessa relação que a criança aprende a dividir e interagir com o outro (HARTUP, 1996).

A presença de hiperatividade pode favorecer comportamentos negativos produz impactos sobre a aceitação da criança por seus pais, colegas e

professores (MERREL, 2001), ou seja, a criança hiperativa tende a afastar as outras pessoas do seu convívio, pois seu comportamento incomoda o ambiente.

#### **2.1.4 Problemas emocionais**

É consenso na literatura especializada que a gênese de problemas emocionais é multifatorial e está vinculada a um conjunto de fatores de risco da pessoa, da família e do ambiente mais amplo. A população infanto-juvenil encontra-se frequentemente exposta a riscos, como nascimentos em famílias monoparentais, divórcios dos pais, abuso de substâncias na família, violência na comunidade e pobreza extrema (MASTER e COASTSWORH, 1998), tais fatores de risco, são favoráveis para o desenvolvimento de problemas emocionais, estes encontram-se entre os problemas de saúde mental mais graves e de grande incidência na atualidade (MURTA, 2007).

O desenvolvimento dessa psicopatologia não depende somente dos fatores de risco, os fatores de proteção também exercem influência. Habilidades sociais, auto-conceito positivo, práticas educativas parentais saudáveis e suporte social encontram-se entre os fatores de proteção comuns a este agravo (DELL'AGLIO e HUTZ, 2000).

Neste sentido, busca-se analisar se as influências provenientes do estado nutricional também estão envolvidos nessa relação.

## **2.2 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL**

Mudanças econômicas, sociais e demográficas ocorridas na última metade do século XX, em decorrência da modernização e crescente urbanização, alteraram os padrões de estado nutricional da população. Assim, houve um

aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade, enquanto a incidência de desnutrição diminuiu, caracterizando assim a transição nutricional (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; COLUGNATI et al., 2008; MONTEIRO, 2000; TADDEI et al., 2002).

Popkin (1994) informa que a transição nutricional é um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, que acompanham mudanças econômicas, sociais e demográficas, e do perfil de saúde das populações.

No Brasil, como em todo o mundo, vem ocorrendo o processo de transição nutricional caracterizado pelo declínio da ocorrência de doenças carenciais, como a desnutrição, e um aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO, 2003).

Os estudos confirmam a crescente magnitude de obesidade em crianças, adolescentes, adultos e mulheres em idade reprodutiva e apontam como determinantes, o estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inadequadas (KAC, 2003).

Em se tratando de indivíduos na faixa etária escolar, a identificação do estado nutricional torna-se muito importante, uma vez que agravos nutricionais repercutem na sua saúde geral, na aprendizagem e qualidade de vida (GUARDIOLA, EGEWARTH, ROTTA, 2001; COUTINHO, GENTIL, TORAL, 2008).

Nessa perspectiva, o crescimento da criança constitui-se no melhor indicador de seu bem-estar e o seu monitoramento serve para avaliar não somente a saúde, mas também para identificar as desigualdades sociais existentes entre populações (ONIS, FRONGILLO, BLÖNNER, 2000).

As manifestações dos agravos relacionados tanto ao excesso na ingestão de alimentos, quanto à sua carência, ocorrem após um período constante e prolongado de inadequação no consumo alimentar, que exerce papel fundamental no processo saúde-doença (ROSSI, MOREIRA, RAUEN, 2008). Portanto o crescimento infantil é um indicador chave da saúde da criança e de seu estado nutricional (MONTE 2000; De ONIS, BLÖSSNER, 2003 e SURKAN, 2011)

Alguns estudos têm evidenciado diferenças no estado nutricional antropométrico e dietéticos entre os estudantes segundo as redes de ensino. Maiores prevalências de sobrepeso/obesidade têm sido verificadas nas escolas privadas (COSTA; CINTRA; FISBERG, 2006; CAMPOS; LEITE; ALMEIDA, 2007; BRASIL; FISBERG; MARANHÃO, 2007; SILVA et al., 2008 e ARAÚJO et al., 2010).

Segundo Monteiro (2000), o processo de transição nutricional, embora atingindo o conjunto da população, diferencia-se em momentos e em intensidade, conforme o segmento socioeconômico considerado. No Brasil, a prevalência de desnutrição vem caindo em todas as regiões, enquanto crescem os números relativos à obesidade. Em virtude da magnitude dos contrastes sociais prevaletentes no País, ainda existem populações intensamente submetidas à subnutrição e à fome.

### **2.3 RECURSO METODOLÓGICO PARA AVALIAR A SAÚDE MENTAL: O *STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ)***

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) é um instrumento elaborado por Goodman (1997) para identificar a presença ou ausência de

indicadores de problemas de saúde mental infantil, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM-IV (1994).

O questionário é composto por 25 (vinte e cinco) itens contidos em 5 (cinco) escalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Conduta, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com Colegas e Comportamento Pró-Social. As alternativas para resposta são expostas em cada questão, e apresentam como opções: falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro. O SDQ foi desenhado para ser um questionário curto e simples, clinicamente útil e com boa aceitação pelos respondentes (Goodman, 1997). Trata-se de um questionário de rastreamento (*screening*) de problemas de saúde mental, proposto para avaliar o comportamento de crianças e adolescentes dos 4 aos 16 anos (SAUR e LOUREIRO, 2012).

O instrumento é de rápida aplicação, sendo composto por 25 itens, sendo 10 itens sobre capacidades, 14 sobre dificuldades e 1 neutro (“relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças”) e que apresenta três versões: para crianças, professores e pais, disponíveis no site [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com).

Um estudo de validação foi realizado comparando-se a avaliação do SDQ para problemas mentais com a avaliação por meio do *Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents (DAWBA)*. Loosli (2012), conta que foram selecionados randomicamente 41 participantes da comunidade com SDQ positivo (presença de problemas de saúde mental) para serem avaliados pelo *DAWBA*, dos quais 56% foram confirmados com algum diagnóstico do DSM-IV. Também foram selecionados 40 participantes da comunidade com SDQ negativo (ausência de problemas de saúde mental) e, somente, 15%

apresentaram um diagnóstico do DSM-IV na avaliação do *DAWBA* ( $\chi^2=13.1$ ;  $p < 0.001$ ).

As vantagens na utilização do SDQ foram evidenciadas em relação à formatação compacta, maior focalização das capacidades e dificuldades, melhores informações sobre dificuldades de atenção/hiperatividade, relação com colegas e comportamento pró-social (FLEITLICH, 2000).

Existe uma ferramenta construída para profissionais e pesquisadores desenvolvida pelo próprio Goodman - um site oficial do SDQ ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)), com informações relativas ao questionário incluindo sua análise. Neste site, o autor refere que em amostras de alto risco, ou seja, as que não se referem a população em geral, os falsos positivos não são a prioridade. Logo considera-se, a soma da pontuação limítrofes/borderlines mais clínicos/anormais, opção adotada neste trabalho (Comportamento Pró social  $\leq 5$ ; Sintomas emocionais  $\geq 4$ , Problemas de conduta  $\geq 3$ , Hiperatividade  $\geq 6$ , Problemas com os pares  $\geq 3$ ), além das que obtivessem pontuações no suplemento de impacto (nada e pouco são consideradas 0, muito=1, mais que muito=2 e o escore  $\geq 2$ : anormal, 1: limítrofe e 0: normal) ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)).

## **2.4 RECURSOS METODOLÓGICOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIOECONÔMICOS DAS CRIANÇAS E FAMÍLIAS E DAS CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS DAS CRIANÇAS**

### **2.4.1. SOCIO-ECONÔMICOS**

Para a avaliação dos dados socioeconômicos das crianças e das famílias e das características clínicas das crianças foram utilizadas informações procedentes de um amplo questionário que foi fonte de dados para o estudo

maior. Para os objetivos desse estudo agruparam-se as questões consideradas relevantes sob a forma de um Questionário Complementar (APÊNDICE A). Apresentar-se-á a seguir as informações relacionadas para o estudo em questão:

Informações relativas às famílias das crianças: escolaridade da mãe e do pai ou chefe de família, ocupação do chefe de família, estado civil da mãe, número de pessoas vivendo no mesmo domicílio e questões relativas à classe socioeconômica, avaliada por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresa e Pesquisa (ABEP, 2013).

#### **2.4.2. ANTROPOMETRIA**

A caracterização da situação nutricional das crianças pesquisadas foi estimada com base nos indicadores: peso/idade, altura/idade, peso/altura; a prevalência de sobrepeso com base no indicador peso/altura; a prevalência do baixo peso ao nascer; as taxas de indicadores de aleitamento materno propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Como descrito, foi selecionada uma equipe de profissionais de saúde ou formandos da área de saúde, que executou a capacitação das equipes de coleta de dados, bem como a supervisão da coleta dos dados em campo.

Com o objetivo de garantir padronização da capacitação e por consequência do processo de coleta de dados, foram produzidos os seguintes manuais e roteiros que possibilitaram a uniformização dos procedimentos da pesquisa:

- Manual de capacitação – Orientações gerais e preenchimento do questionário;
- Manual de capacitação – Orientações para exame antropométrico;



- Roteiro de capacitação da equipe.

### **2.4.3. PESO**

Para a pesagem das crianças, foi utilizada uma balança eletrônica portátil (Marte PP180, São Paulo, Brasil) com capacidade para 180 kg e sensibilidade de 0,1 kg, calibrada pelo Instituto de Metrologia e Qualidade de Alagoas e examinada diariamente contra peso padrão (5 kg).

### **2.4.4. ALTURA**

Foi utilizado estadiômetro vertical em madeira para aferição da altura das crianças em posição ortostática. Os mesmos eram dotados de fita métrica inextensível (fibra de vidro), com sensibilidade para 0,1 cm. Neste trabalho os termos peso e massa corporal serão utilizados como sinônimos, o mesmo ocorrendo em relação às palavras altura e estatura.

## **ARTIGO ORIGINAL**

Silva MC, Ferreira HS, Paula CS, Ribeiro W, Miranda CT. Saúde mental, perfil nutricional e sociodemográfico de escolares de um município do nordeste brasileiro.

Elaborado segundo as normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva

**SAÚDE MENTAL, PERFIL NUTRICIONAL E SOCIODEMOGRÁFICO DE  
ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO<sup>a, b</sup>.**

MENTAL HEALTH, NUTRITION AND SCHOOL PROFILE OF  
SOCIODEMOGRAPHIC A BRAZILIAN NORTHEAST COUNTY

**MONIQUE CARLA DA SILVA**

Mestre em Nutrição da Faculdade de Nutrição (FANUT/ UFAL)  
Campus A.C. Simões – BR 104 Norte – Km 96.7 – Tabuleiro do Martins, 57072-970 –  
Maceió – Alagoas  
[moniquecsto@gmail.com](mailto:moniquecsto@gmail.com)

**HAROLDO FERREIRA**

Professor Associado da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas  
Campus A.C. Simões – BR 104 Norte – Km 96.7 – Tabuleiro do Martins, 57072-970 –  
Maceió – Alagoas  
[haroldo.ufal@gmail.com](mailto:haroldo.ufal@gmail.com)

**CRISTIANE SILVESTRE DE PAULA**

Professora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento  
na Universidade Presbiteriana Mackenzie; Pesquisadora do Departamento de Psiquiatria  
da Universidade Federal de São Paulo e membro de duas redes internacionais de  
epidemiologia - International Clinical Epidemiology Network (INCLIN TRUST) e  
International Autism Epidemiology Network (IAEN)

**WAGNER RIBEIRO**

Pesquisador bolsista e coordenador executivo do projeto de pesquisa "Violência e  
Direitos da Criança no Brasil: Pode o Ciclo da Violência ser quebrado?", desenvolvido  
pelo Setor de Psiquiatria Social do Departamento de Psiquiatria da Universidade  
Federal de São Paulo, em parceria com Universidade de Troms (Noruega)

**CLÁUDIO TORRES DE MIRANDA\***

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.  
Campus A.C. Simões – BR 104 Norte – Km 96.7 – Tabuleiro do Martins, 57072-970 –  
Maceió – Alagoas  
[mirandaclaudio@gmail.com](mailto:mirandaclaudio@gmail.com)

\*Autor para correspondência

<sup>a</sup>Artigo baseado na Dissertação de Mestrado de Monique Carla da Silva

<sup>b</sup>Auxílio financeiro da FAPEAL/CNPq (Edital PRONEM 04/2011 FAPEAL/CNPq, processo n.º 20110818-006-0018-0017).

## RESUMO

Objetivou-se avaliar a associação entre saúde mental, características sócio familiares e nutricionais de escolares do município de Maceió. Este foi um estudo transversal, a avaliação da saúde mental foi feita através do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). A amostra aleatória final foi de 1151 crianças, provenientes de escolas públicas e privadas. A frequência de problemas de saúde mental foi de 29,2%, sendo significativamente superior entre os alunos da rede pública. Na análise univariada foram observadas associações estatisticamente significantes entre problemas de saúde mental na infância e quatro fatores, sendo eles: crianças pertencentes a famílias monoparentais, crianças matriculadas em escolas públicas, pertencentes a famílias de menor socioeconômico e filhos (as) de mulheres que trabalhavam fora de casa (RP=1,47 IC95% 1,11-1,95). No modelo final da análise multivariada permaneceram como fatores associados aos problemas de saúde mental, pertencer a família monoparental e de menor nível socioeconômico. O estado nutricional não esteve associado aos problemas de saúde mental. Entretanto observou-se que crianças pertencentes às camadas sociais menos privilegiadas, a famílias monoparentais, o trabalho da mãe, apresentavam maiores chances de terem problemas de saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Mental. Estado Nutricional Crianças. Escolares.

## ABSTRACT

This study aimed to evaluate the association between mental health, family and nutritional socio school in the city of Maceio. This was a cross-sectional study, the mental health assessment was performed using the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). The final random sample of 1151 children from public and private schools. The frequency of mental health problems was 29.2%, being significantly higher among public school students. In univariate analysis statistically significant associations were observed between mental health problems in childhood and four factors, namely: children from single-parent families, children enrolled in public schools, belonging to lower socioeconomic families and children (as) women

working outside home (PR = 1.47 95% CI 1.11 to 1.95). In the final model of multivariate analysis remained as factors associated with mental health problems, belong to Parent and lower socioeconomic status family. The nutritional status was not associated with mental health problems. However it was observed that children belonging to underprivileged social classes, single parents, the mother's work, presented more likely to have mental health problems.

**KEY WORDS:** Mental Health. Nutritional status. Children. School.

## INTRODUÇÃO

A prevenção e o tratamento de problemas de saúde mental são enfrentados de forma mais eficaz na infância e adolescência. A maioria das crianças com esses problemas não recebem tratamento adequado, o que pode favorecer a ocorrência de diversos transtornos graves na vida adulta<sup>1</sup>.

Estudos epidemiológicos apontam que a prevalência dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes variam entre 10 e 20% quando considerados os estudos com rigor metodológico conduzidos geralmente em países desenvolvidos<sup>2</sup>. Mas, estudos em países em desenvolvimento ainda são necessários. Paula e Miranda<sup>3</sup> apontam que altas taxas de prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes são frequentes no Brasil. Em uma revisão de literatura, Paula e Duarte<sup>4</sup> relataram taxas que variam de 12% a 24,6%, quando os estudos se basearam em instrumentos de rastreamento, e de 7% a 12,7% quando se basearam em entrevistas diagnósticas, indicando que as taxas nacionais parecem semelhantes às identificadas em países desenvolvidos.

Muitas pesquisas têm sido realizadas no sentido de identificar fatores que possam contribuir para o desenvolvimento dos problemas de saúde mental na infância e adolescência. A baixa escolaridade dos pais e pertencer às famílias com menor renda

coloca a criança em risco, por ser a infância uma fase de vulnerabilidade e dependência, na qual, determinantes sociais ocupam uma função crítica<sup>5</sup>.

Em estudo longitudinal ecológico com crianças acompanhadas do nascimento até quatro anos de idade, Sameroff<sup>6</sup> concluiu que múltiplos fatores de risco afetam o desenvolvimento emocional infantil. O pior prognóstico foi associado às características das crianças que apresentavam: pais em ocupações profissionais com menor prestígio social; mães com precária educação; pertencentes a grupos minoritários e a famílias grandes e monoparentais; história de muitos eventos estressantes; mães com doença mental, história de ansiedade e precária interação mãe-criança nos primeiros anos; e pais com atitudes muito rígidas. Em relação ao estrato social, o autor também relatou que crianças de famílias mais pobres tiveram desenvolvimento emocional mais precário aos quatro anos de idade.

De modo geral, o estado nutricional constitui um dos melhores indicadores de saúde da criança, refletindo as suas condições de vida no passado e no presente<sup>7</sup>. A ingestão de uma dieta adequada em quantidade e qualidade é um fator relevante na vida de um ser humano a partir de sua concepção até sua morte<sup>8</sup>.

O objetivo deste estudo foi identificar associações entre saúde mental de escolares do ensino fundamental da rede pública e privada de Maceió, seu estado nutricional, dados sócio demográficos e uso dos serviços de saúde mental.

## **MÉTODOS**

### **Desenho do estudo e planejamento amostral**

Trata-se de um estudo transversal, envolvendo amostra não probabilística de escolares com idades entre 9 e 11 anos, estratificada segundo o tipo de gestão, se pública ou privada, dos estabelecimentos de ensino fundamental de Maceió.

A partir de uma listagem de todos os estabelecimentos públicos e privados de ensino fundamental I e II de Maceió, foram sorteadas sistematicamente 80 escolas, sendo 40 de cada estrato. Essa listagem foi obtida no site do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), no qual constava que em Maceió, no ano de 2011, existiam 121 escolas de ensino fundamental na rede pública e 234 na rede privada. Uma vez definidos os estabelecimentos sorteados, procedeu-se um sorteio simples envolvendo todos os alunos matriculados nos respectivos estabelecimentos, nos turnos matutino e vespertino, e que tivessem nascido entre os anos 2002 e 2003 (cerca de 10 anos de idade a época da pesquisa).

### **Coleta de dados e protocolo do estudo**

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2012 a maio de 2013 e foi precedida de treinamento da equipe (alunos da graduação e do mestrado em nutrição) e estudo piloto.

Os dados antropométricos foram coletados na escola. Os alunos foram sorteados e esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa, ao mesmo tempo em que recebiam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), com a recomendação de que o entregassem aos seus pais ou responsáveis, junto com o questionário de saúde mental, além das questões sobre variáveis socioeconômicas. As variáveis demográficas eram respondidas pelos próprios alunos, através de entrevista, a cor da pele foi respondida pelo avaliador, após observação.

### **Inquérito antropométrico**

O peso foi obtido em balança eletrônica digital, marca Tanita®, modelo HD313, com capacidade para 150kg e sensibilidade de 100g, aferidas semanalmente por contra peso padrão de 5kg, para efeitos de calibração. Para obtenção da estatura, utilizou-se

estadiômetros Seca<sup>®</sup>, com capacidade de 0 a 220 cm e subdivisões de 0,1 cm. Para a interpretação dos dados seguiu-se as recomendações de Frisancho<sup>9</sup>.

A medida estatural foi estabelecida por um escore  $z < -2$  em relação ao índice altura-para-idade. O índice de massa corporal-para-idade foi utilizado para definir os seguintes indicadores<sup>10</sup>: magreza ( $z < -2$ ); sobrepeso ( $1 < z \leq 2$ ); obesidade ( $z > 2$ ). O excesso de peso foi caracterizado pelo somatório das condições “sobrepeso” e “obesidade”.

Para obtenção dos valores de escores  $z$  dos respectivos índices antropométricos, as variáveis sexo, idade, peso e altura foram processadas com auxílio do software Anthroplus, que utiliza a referência WHO-2007<sup>11</sup>.

### **Saúde mental**

#### **Para sua avaliação utilizou-se o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ)**

O SDQ é um instrumento de rastreamento que permite detectar possíveis problemas de saúde mental em pessoas com idades entre 4 e 16 anos. O questionário é dividido em cinco sub-escalas, onde são investigados: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social. O instrumento é apresentado em três versões, indicadas para serem respondidas pelas próprias crianças (acima de 11 anos), por seus pais ou responsáveis e pelos professores. As alternativas para resposta apresentam como opções: falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro, podendo ser assinalada apenas uma única opção por item. A pontuação pode variar de 40 pontos<sup>12</sup>, sendo gerada pela soma dos resultados de todas as sub-escalas, exceto a de sociabilidade.

Foram considerados indivíduos com problemas de saúde mental aqueles que obtiveram 17 ou mais pontos no escore total do SDQ (somatório das sub-escalas de dificuldades do SDQ, exceto a sub-escala de comportamento pró-social), Fleitlich-Bilyk & Goodman (2004)<sup>12</sup>.



No presente estudo foram usados os resultados da versão respondida pelos pais, aplicada à mãe ou responsável pela criança<sup>2</sup>.

### **Classificação econômica**

Foi utilizado o Critério de Classificação Econômica do Brasil (ABEP)<sup>13</sup> que categoriza os indivíduos, conforme a pontuação obtida, nas classes econômicas A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, que consiste em um somatório estabelecido a partir da posse de itens de consumo (televisão, rádio, banheiro, automóvel, geladeira e outros) e o grau de instrução do chefe da família, de maneira que, quanto maior o número de pontos obtidos mais próxima a família estará da classe socioeconômica A, ao contrário a menor pontuação corresponde à classe E.

Para o presente estudo, as cinco classes econômicas estabelecidas por esse questionário foram agrupadas em duas categorias: A+ B e C+ D+E.

Além das classes sociais, utilizou-se como medida socioeconômica, o tipo de escola que a crianças frequenta, pública ou privada. Entretanto, as escolas privadas, com valor de mensalidade inferior a R\$ 188,00 foram incluídas ao grupo de escolas públicas, pelo fato de apresentarem uma clientela de classe baixa, considerando a baixa mensalidade e outras características sociais.

### **Aspectos éticos**

Este estudo representa um “recorte” do projeto intitulado “Avaliação da realização do direito humano à alimentação adequada entre os alunos da rede pública e privada de ensino fundamental do estado de Alagoas”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (protocolo nº **017299/2011-43**). Só participaram do estudo os alunos cujos pais ou responsáveis assinaram o TCLE.

### **Processamento e análise dos dados**

Os dados foram digitados em formulário criado no aplicativo Google docs<sup>®</sup>, com dupla entrada, para certificação da confiabilidade dos dados. A planilha gerada foi posteriormente exportada para o software Stata, versão 12.0 (*StataCorpCollegeStation, TX, EUA*), onde foram procedidas as análises estatísticas. Para comparar proporções utilizou-se o teste qui-quadrado e, como medida de associação, a razão de prevalência e respectivo IC 95% obtidos através da regressão de Poisson com ajuste robusto de variância, apenas com as variáveis com resultado de  $p \leq 0,2$  nas análises univariadas. As associações significativas foram assumidas quando  $p \leq 0,05$ .

## **RESULTADOS**

Das 1.581 crianças que participaram do projeto, 1.051 deram respostas completas no instrumento de avaliação de saúde mental. Cinquenta e seis por cento ( $n=588$ ) das crianças da amostra eram oriundas da rede pública de ensino e 44% ( $n=462$ ) da rede privada. A idade variou de 9 a 11 anos (média=10 anos). Quanto ao sexo, 52,1% ( $n=544$ ) eram meninas e 47,8% ( $n=500$ ) meninos. Foi observado que 55,9% ( $n=591$ ) das crianças viviam com estrutura familiar sem a presença simultânea do pai e da mãe e que 48,93% das mães não estavam trabalhando fora de casa no momento da aplicação do questionário; as crianças negras, pardas e indígenas, compuseram a maior parte da amostra, representando um total de 67,9% do total. Além disso, foi possível concluir que a frequência de crianças eutróficas (63,2%), que participaram da pesquisa, foi superior aos magros (3,8%), com sobrepeso (17,3%) e obesos (15,7%).

Quanto aos resultados obtidos através do SDQ, observou-se que a frequência de problemas de saúde mental, quando analisado o escore total do instrumento, foi de 29,2% ( $n=306$ ). Ao analisar as sub-escalas, observa-se que 30,2% ( $n=317$ ) das crianças apresentaram problemas de conduta. Enquanto que 24,6% ( $n=258$ ) apresentaram problemas de relacionamento com os colegas. Já 32,3% ( $n=336$ ) apresentaram

problemas emocionais. Finalmente 15,8% (n=165) apresentaram déficit de atenção e hiperatividade.

Os resultados da interação entre os desfechos de interesse e as variáveis estudadas estão descritos nas tabelas, assim como, seus respectivos intervalos de confiança e razão de prevalência.

A Tabela 1 apresenta as comparações do escore do SDQ total, levando em consideração as variáveis estudadas. Os resultados dessa tabela apontam que foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação ao tipo de estrutura familiar ( $p < 0,01$ ), onde as crianças que vivem em famílias monoparentais, apresentam maior chance de apresentar problemas de saúde mental, assim como as crianças matriculadas em escolas públicas ( $p = 0,001$ ). Ainda, a classificação econômica também se apresentou como risco para os problemas de saúde mental ( $p < 0,01$ ), assim como o fato da mãe trabalhar fora de casa ( $p = 0,006$ ).

Na Tabela 2, serão apresentadas as análises relativas aos problemas de saúde mental, segundo escalas específicas do SDQ. Quanto aos sintomas de TDAH, observou-se que as crianças que frequentam estabelecimento de ensino público ( $p = 0,034$ ) têm chances mais elevadas de apresentarem tais problemas. Nenhuma outra variável analisada mostrou-se associada ao TDAH. A Tabela 2 também mostra a interação entre os problemas de relacionamento com os colegas e as demais variáveis selecionadas, indicando associações com: a estrutura familiar ( $p < 0,01$ ), quando a criança vive em família monoparental; estudar em escola pública ( $p < 0,01$ ); não ser de cor branca ( $p = 0,016$ ); pertencer às classes sociais C, D ou E ( $p < 0,01$ ) e ter mãe que trabalha fora de casa ( $p = 0,014$ ).

Quando analisadas as variáveis selecionadas, associadas à sub-escala de problemas emocionais. Foram encontrados resultados estatisticamente significantes nas seguintes

análises: estrutura familiar ( $p < 0,01$ ), onde crianças que residem com modelos familiares monoparentais apresentaram resultados positivos para problemas de saúde mental; assim como, estudar em escola pública ( $p = 0,019$ ); pertencer as classes C, D ou E ( $p < 0,01$ ) e ter mãe que trabalha fora de casa ( $p = 0,035$ ).

Em relação aos problemas de conduta, foram observados os seguintes resultados: estrutura familiar ( $p = 0,002$ ), onde as crianças que vivem com o pai e a mãe apresentam chances menores de ter estes sintomas; rede de ensino ( $p < 0,01$ ), demonstrando que alunos da rede pública apresentaram mais sintomas para tais problemas; não ser da cor branca ( $p = 0,035$ ); classificação econômica ( $p < 0,01$ ), indicando que no grupo estudado, as crianças mais pobres apresentam mais problemas de conduta e ter mãe que trabalha fora de casa ( $p = 0,02$ ), estes resultados podem ser observados na mesma tabela.

A Tabela 3 mostra o resultado da análise de regressão multivariada, onde foram incluídas apenas as variáveis com resultado de  $p \leq 0,2$  nas análises univariadas. A classificação econômica e a estrutura familiar permaneceram associadas a maioria das sub-escalas (exceto a de déficit de atenção e hiperatividade) e ao SDQ total.

Quanto ao uso dos serviços, entre as crianças que obtiveram resultado positivo no SDQ, apenas 14,4% foram atendidos por um médico psiquiatra, nos últimos seis meses e 18% foram atendidos por um psicólogo, no mesmo período. Desse total, somente 6,3% desses atendimentos foi realizado por um serviço especializado em saúde mental e 4,5% dos atendimentos foi no CAPSi.

## **DISCUSSÃO**

A taxa de problemas de saúde mental identificada no estudo foi de 29,4% situando-se no espectro dos estudos epidemiológicos brasileiros (8,3%-35,2%)<sup>14</sup>. Este resultado é superior ao que foi obtido em Pelotas, no Rio Grande do Sul, por Benvegnú e cols. (2005)<sup>15</sup>. Eles realizaram um estudo com população de baixa renda, com tamanho

amostral de 3.139 crianças e adolescentes com idade entre 10 e 17 anos. A saúde mental desses indivíduos, avaliada através de outro instrumento, o *Child Behavior Checklist* (CBCL) e a taxa obtida foi de 13,5%<sup>15</sup>. Nossa pesquisa permitiu identificar as taxas de prevalência de cada sub-escala do SDQ, identificando, individualmente como cada uma delas se apresentou diante das variáveis propostas.

Vitolo et al.<sup>16</sup>, por sua vez, utilizaram parte do banco de dados de estudo epidemiológico realizado em Taubaté, no estado de São Paulo, e avaliaram uma amostra de 454 escolares de 7 a 11 anos, de ambos os sexos e de todas as classes sociais. Utilizando a escala total de dificuldades do SDQ, identificaram que 35,2% dos escolares apresentavam problemas de saúde mental. Os dados se aproximam da frequência encontrada neste estudo. Estas diferenças podem ser explicadas por fatores como, a utilização de diferentes instrumentos de investigação utilizados; local de estudo (em residências ou escolas); além disso, foram estudadas populações e abrangência da idade distintas.

De acordo com o estudo realizado por Ramires et al.<sup>17</sup> os sintomas emocionais e de relacionamento social foram mais frequentes em crianças entre 9 e 11 anos. A autora buscou identificar as queixas emocionais mais frequentes na clientela atendida em um serviço público de psicologia infantil. As informações colaboram para justificar as diferenças entre os estudos citados, considerando que nesta idade existem as mudanças corporais e psicológicas, em decorrência da pré-adolescência.

Os resultados obtidos revelaram grande diferença no padrão socioeconômico das famílias, segundo a rede de ensino considerada, de modo que os alunos da rede pública eram nitidamente mais pobres que seus pares da rede privada. Além disso, a distribuição desses agravos diferiu conforme o tipo de estabelecimento, de tal maneira que as crianças matriculadas em escolas públicas apresentaram maior frequência de resultado positivo para problemas de saúde mental.

Ao estudar a associação entre as desigualdades socioeconômicas e a saúde mental infantil, Assis<sup>5</sup>, afirma que crianças pobres apresentaram competência social mais precária e maior percentagem de problemas de comportamento. Halpern e Figueiras<sup>18</sup> relatam que vários estudos epidemiológicos demonstraram relação entre baixo nível socioeconômico e problemas de saúde mental em crianças, enfatizando que esses achados são plausíveis, tendo em vista, a maior probabilidade da existência de múltiplos riscos na população menos assistida.

Zeanah, Boris e Laurrieu<sup>19</sup>, enfatizam em uma revisão de literatura, que a pobreza está associada a inúmeras condições adversas e a maior exposição a fatores de estresse. A combinação de baixa renda, más condições de moradia, analfabetismo e acesso limitado à saúde e educação aumentam os riscos para as crianças<sup>4,14,15,16</sup>.

Neste estudo, foi observado correlação estatisticamente significativa entre a estrutura familiar e escore total do SDQ, assim como nas sub-escalas de problemas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas, como pode ser observado nas tabelas de resultados, sendo que apenas a sub-escala de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, não obteve correlação com essa variável.

Assis<sup>5</sup> relatou que as famílias monoparentais se configuraram como um risco para que os filhos apresentassem problemas de comportamento. Essa organização familiar, quando caracterizada por separação/divórcio dos pais, em períodos de transição no ciclo de vida das crianças pode modificar a qualidade de vida e apresentar efeitos negativos sobre o desenvolvimento das mesmas<sup>20</sup>. As mudanças de ordem afetiva, social e econômica, são os fatores que alteram a organização e a qualidade de vida das famílias<sup>21</sup>.

Em uma revisão de literatura, Thiengo et al.<sup>22</sup> também associaram a configuração familiar à ocorrência de transtornos. Para os autores, viver em um ambiente com pais separados se mostrou um fator de risco para qualquer transtorno mental, assim como

outras questões psicossociais, relacionados a disfunção na vida familiar e situações indutoras de estresses ambientais e como problemas na comunidade (violência urbana)<sup>14</sup>.

A mãe ter um emprego se mostrou fator de risco para os problemas de saúde mental da criança (SDQ total), entretanto, os dados da literatura não são conclusivos quanto ao papel do trabalho da mãe no desenvolvimento da criança<sup>23</sup>. Autores indicam que, entre outros fatores, o desemprego pode aumentar o risco de sintomas de problemas de saúde mental<sup>4,14,15,16</sup>, ou seja, ainda não se sabe se o fato da mãe ter um emprego e uma renda favorece o desenvolvimento da criança, ou se a sua ausência, enquanto trabalha, se configura como risco. Contrariando esses achados, há pesquisas que identificam o trabalho materno como fator de proteção, pois, a geração de renda pelo trabalho colabora com a satisfação ocupacional da mãe e promove autoestima, motivando experiências positivas em relação aos filhos<sup>24</sup>.

Halpern e Figueiras<sup>18</sup> enfatizam que o efeito cumulativo de múltiplos fatores concomitantes é mais importante que a presença de estresse isolado, independentemente de sua magnitude. Esses fatores podem ser observados ao se analisar a influência da pobreza na vida das crianças, na medida em que ela promove desorganização familiar e vulnerabilidade social.

Um dos objetivos deste trabalho foi investigar a associação entre os problemas de saúde mental e o estado nutricional dos escolares. Entretanto, não foi observado resultado estatisticamente significativo para essa relação. Contudo, Kac (2006)<sup>25</sup> ao estudar a relação entre saúde mental e estado nutricional em mulheres, encontrou correlação entre obesidade e transtornos mentais comuns<sup>25</sup>. Não foram encontrados estudos que fizessem a relação entre saúde mental e o estado nutricional de crianças.

Carvalho<sup>26</sup> ressalta que a obesidade pode estar relacionada a fatores psicológicos como o controle, a ansiedade e o desenvolvimento emocional.

Sobre o uso dos serviços, há uma ausência de dados empíricos sobre a magnitude do desses dados em crianças e adolescentes brasileiros. Em um estudo pioneiro, sendo o primeiro estudo multicêntrico realizado no Brasil sobre saúde mental de crianças/adolescentes e o uso dos serviços, os autores encontraram uma prevalência de 23,5% de problemas de saúde mental e/ou de desenvolvimento neurológico. Sendo que de toda a população avaliada, independente de ter ou não os problemas investigados, somente 9,2% procuraram um serviço de saúde mental nos últimos 12 meses. Entre os que apresentaram problemas de saúde mental, 19,8% tinham utilizado serviço<sup>27</sup>.

Paim et al.<sup>28</sup>, por sua vez, investigou a utilizações de serviços de saúde mental em uma amostra representativa de crianças em idades entre 6-13 ano (n=345), com a primeira investigação nos anos de 2002-03 e a segunda em 2007-08. Na primeira análise, 124 (35,9%) participantes apresentaram problemas de saúde mental. Na segunda investigação, todos foram desconstruídos e 93 (75%) foram reavaliados, obtendo nesse momento, 32 crianças com problemas de saúde mental persistentes, destes, 32 mães consideram que seus filhos precisavam de tratamento, contudo, apenas 16 procuraram algum serviço de saúde mental. Essa baixa taxa pode ser explicada por pouco conhecimento sobre problemas de saúde mental, serviços ou mentos de saúde disponíveis, ou por causa de crenças estigmatizantes.

Neste estudo, tentou-se investigar o uso dos serviços entre as crianças que compuseram a amostra, entretanto, obteve-se poucas respostas, o que pode sugerir uma busca muito baixa aos serviços, levando os pais a optarem por não responder às questões relacionadas ao assunto, sugerindo que pode haver um sentimento de culpa, por observar e reconhecer os sintomas, como algo que não seja natural e não buscar ajuda. Além disso, o município conta com apenas um dispositivo específico para o atendimento à saúde mental infantil, dificultando o acesso ao cuidado apropriado.



Vale salientar que a principal limitação deste estudo foi a perda amostral, devido aos questionários enviados para os responsáveis pelas crianças não retornarem aos pesquisadores.

## **CONCLUSÕES**

O estudo pode concluir que o estado nutricional não esteve associado aos problemas de saúde mental dos escolares avaliados. Em concordância com a literatura, crianças que pertencem as camadas sociais menos privilegiadas e a famílias monoparentais, assim como filhos de mães que trabalham fora de casa, apresentaram maiores chances de apresentar problemas de saúde mental. Os resultados obtidos não podem ser extrapolados para a população em geral, pois não são frutos de uma amostra representativa da população. Entretanto, aponta-se a necessidade de refletir a respeito do que estes resultados implicam para o desenvolvimento infantil, com vistas às políticas que atendem crianças nas mais variadas esferas (educação, saúde e assistência social), enfatizando que o fato da criança apresentar seus problemas de saúde mental detectados e tratados tende a alterar as habilidades relativas às outras fases da vida, contribuindo para o a minimizar perdas funcionais futuras e obter uma melhor qualidade de vida.

**Tabela 1:** Associação entre problemas de saúde mental e variáveis selecionadas de escolares do ensino fundamental de Maceió/AL.

	<b>Positivo n (%)</b>	<b>SDQ total Negativo n (%)</b>	<b>RP IC (95%) P</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	158 (31,6)	342 (68,4)	1,15 (0,88-1,5)
Feminino	148 (27,2)	369 (72,8)	0,119
<b>Estrutura familiar</b>			
Monoparental	198 (34,1)	382 (65,9)	1,8 (1,35-2,36)
Biparental	104 (22,4)	360 (77,6)	0,00
<b>Escola</b>			
Pública	262 (31,6)	566 (68,4)	1,88 (1,31-2,7)
Privada	44 (19,7)	179 (80,3)	0,001
<b>Cor da pele</b>			
Negros, pardos e indígenas	219 (30,7)	495 (96,3)	0,78 (0,58-1,05)
Branços	87 (25,8)	250 (74,2)	0,106
<b>Classificação econômica</b>			
C+D+E	196 (35,9)	349 (64,1)	2 (1,56-2,71)
A+B	108 (21,4)	396 (78,6)	0,00
<b>Trabalho da mãe</b>			
Sim	123 (24,5)	378 (75,5)	1,47 (1,11-1,95)
Não	156 (32,5)	324 (67,5)	0,006
<b>Estado nutricional</b>			
Magros	209 (30,2)	484 (69,8)	1,16 (0,87-1,56)
Não magros	92 (27)	249 (73)	0,29
<b>Estado nutricional</b>			
Obesos	256 (29,4)	616 (70,6)	1,08 (0,74-1,56)
Não obesos	45 (27,8)	117 (72,2)	0,68

**Tabela 2:** Associação entre problemas de saúde mental e variáveis selecionadas de escolares do ensino fundamental de Maceió/AL.

	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade			Problemas de relacionamento com os colegas			Problemas emocionais			Transtorno de conduta		
	Positivo	Negativo	RP	Positivo	Negativo	RP	Positivo	Negativo	RP	Positivo	Negativo	RP
	n (%)	n (%)	IC (95%) p	n (%)	n (%)	IC (95%) p	n (%)	n (%)	IC (95%) p	n (%)	n (%)	IC (95%) p
<b>Estrutura familiar</b>												
Monoparental	103 (17,8)	477 (82,2)		172 (29,7)	408 (70,3)		220 (38)	360 (62)		197 (34)	383 (66)	
Biparental	62 (13,4)	402 (86,6)	1,4 (0,99-1,97) 0,05	84 (18)	380 (82)	1,9 (1,4-2,56) 0,00	113 (24,3)	351 (75,7)	1,9 (1,44-2,48) 0,00	117 (25)	347 (75)	1,75 (1,16-2) 0,002
<b>Escola</b>												
Pública	141 (17)	687 (83)		228 (27,5)	600 (72,5)		280 (34)	548 (66)		273 (33)	555 (67)	
Privada	25 (11,2)	198 (88,8)	1,62 (1,03-2,55) 0,03	30 (13,4)	193 (86,6)	2,44 (1,6-3,7) 0,00	57 (25,6)	166 (74,4)	1,48 (1,06-2,07) 0,2	44 (19,7)	179 (80,3)	2 (1,3-2,86) 0,00
<b>Cor da pele</b>												
Negros, pardos e indígenas	122 (17)	592 (83)	0,73 (0,5-1,05) 0,09	191 (26,7)	523 (73,3)	1,47 (1,07-2,01) 0,016	242 (34)	472 (66)	1,3 (0,98-1,7) 0,06	230 (32)	484 (68)	1,36 (1,02-1,82) 0,035
Branco	44 (13)	293 (87)		67 (20)	270 (80)		95 (28)	242 (72)		87 (26)	250 (75)	
<b>Classificação econômica</b>												
C+D+E	93 (17)	452 (83)		172 (31,6)	373 (68,4)		210 (38,5)	335 (61,5)		208 (38)	337 (62)	
A+B	72 (14,3)	432 (85,7)	1,81 (0,57-1,13) 0,22	85(17)	419 (83)	2,27 (1,7-3,05) 0,00	125 (34)	242 (66)	1,9 (1,45-2,47) 0,00	108 (21,4)	396 (78,6)	2,2 (1,7-2,9) 0,00
<b>Trabalho da mãe</b>												
Sim	73 (14,6)	428 (85,4)	0,84 (0,59-1,18) 0,32	104 (21)	397 (79)	1,45 (1,07-1,94) 0,014	143 (28,5)	358 (71,5)	1,5 (1,15-1,98) 0,03	132 (26,3)	369 (73,7)	1,4 (1,05-1,8) 0,02
Não	81 (16,9)	399 (83,1)		132 (27,5)	348 (72,5)		167 (35)	313 (65)		159 (33)	321 (67)	
<b>Estado nutricional</b>												
Magros	110 (15,9)	583 (84,1)	1,07 (0,74-1,53) 0,7	175 (25)	518 (75)	1,1 (0,81-1,5) 0,53	226 (32,6)	467 (67,4)	10,5 (0,8-1,4) 0,69	219 (31,6)	474 (68,4)	1,2 (0,9-1,6) 0,18
Não magros	51 (15)	290 (85)		80 (23,5)	261 (76,5)		107 (31,4)	234 (68,6)		94 (27,6)	247 (72,4)	
<b>Estado nutricional</b>												
Obesos	135 (15,5)	737 (84,5)	0,95 (0,60-1,51) 0,85	218 (25)	654 (75)	1,12 (0,75-1,67) 0,56	279 (32)	593 (68)	0,94 (0,65-1,34) 0,74	270 (31)	602 (69)	1,24 (0,85-1,8) 0,26
Não obesos	26 (16)	136 (84)		37 (23)	125 (77)		54 (33,3)	108 (66,7)		43 (26,5)	119 (73,5)	

**Tabela 3:** Regressão de Poisson das variáveis com resultado de  $p \leq 0,2$  após as análises univariadas.

	<b>Problemas de relacionamento com os colegas RP IC (95%)</b>	<b>Problemas emocionais RP IC (95%)</b>	<b>Problemas de conduta RP IC (95%)</b>	<b>SDQ total RP IC (95%)</b>
<b>Classificação econômica</b>	1,48 (1,15-1,9)	1,29 (1,05-1,58)	1,49 (1,19-1,86)	1,42 (1,15-1,76)
<b>Família monoparental</b>	1,5 (1,22-1,96)	1,5 (1,23-1,83)	1,28 (1,05-1,57)	1,45 (1,17-1,79)
<b>Trabalho da mãe</b>	-	-	-	1,22 (1-1,5)

**REFERÊNCIAS**

1. Fleitlich B, Cortazar P, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência* 2000; 8(1): 44-50.
2. Costello J, Egger H, Angold A. 10 years research update review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders. *Methods and Public Health Burden. Journal Ped The American of Child & Adolescent Psychiatry* 2005; 44 (10): 972-986.
3. Paula CS, Zaqueu L, Lowenthal, R, Miranda CT. Atuação de psicólogos e estruturação de serviços públicos na assistência à saúde mental de crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática* 2011; 13(3): 81-95.
4. Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo city and estimation of service need and capacity. *Rev Bras Psiq* 2007; 29(1):11-17.
5. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira, RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1): 92-100.
6. Sameroff AJ. Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics* 1998; 102(Supl. 5):1287-92.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília, DF; 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A: Normas e manuais técnicos, 173).
8. Guardiola A, Egewarth C, Rotta NT. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em escolares da primeira série e sua relação com o estado nutricional. *Jornal de Pediatria* 2001; 77 (3): 180-96.
9. Frisancho, AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor: University of Michigan Press 1990.
10. World Health Organization, WHO. Growth reference data for 5-19 years 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/growthref/en/>>.
11. World Health Organization, WHO AnthroPlus for Personal Computers Manual: Software for Assessing Growth of the World's Children and Adolescents, WHO, Geneva, Switzerland 2009.
12. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004; 43(6): 727-734.
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2013. Disponível em: <<http://www.abep.org>> [Acesso em 17 de maio 2013].
14. Bordin IAS, Paula CS. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. Organizadores. *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed 2007; p. 101-17.
15. Benvegnú LA, Fassa AG, Facchini LA, Wegman DH, Dall' MM. A work and behavioural problems in children and adolescents. *Int. J. epidemiol* 2005; 34(6): 1417-1424.

16. Vitolo YLC, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IAS. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em crianças. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39 (5): 716-724.
17. Ramires VRR, Passarini DS, Flores GG, Santos LG. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arq Bras Psicol* 2009; 61(2): 1-14.
18. Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J. Pediatria* 2004; 80(1):104-110.
19. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1997; 36(2): 165-178.
20. Oliveira D, Siqueira AC, Dell' Aglio DD, Lopes RCS. Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes. *Interações em Psicologia* 2008; 12 (1): 87-98.
21. Ramires VRR, Benetti SPE. A saúde mental de crianças no Brasil: uma revisão de literatura. *Interações em Psicologia* 2009; 13 (2): 311-322.
22. Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica 2005; 39(4):606-611.
23. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *Jornal Bras Psiquiatr* 2014; 63(4): 360-372.
24. Cawley J, Liu F. Mechanisms for the association between maternal employment and child cognitive development. *NBER Working Paper* 2007; 13609:1-25.
25. Kac G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina - Editorial. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(1): 4-5.
26. Carvalho, AMP. Maturidade emocional, locus de controle e ansiedade sem pré-adolescentes obesos. *Paidéia* 2001; 11(20): 39-47.
27. Paula CS, Bordin IAS, Mari JJ, Velasque L, Rohde LA, Coutinho ESF. The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. *PlosOne* 2014; 9(2): 1-9.
28. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1778-97.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação foi desenvolvida tendo por objetivo investigar a saúde mental, o perfil nutricional e sócio demográfico de escolares da rede pública e privada de ensino fundamental de Maceió (AL).

Para responder a essas perguntas que formularam a hipótese desse trabalho e atingir o objetivo proposto, realizou-se uma revisão da literatura, apresentada como capítulo de revisão de literatura, apresentada como capítulo de revisão, na qual abordaram-se, questões relacionadas à saúde mental infantil e o estado nutricional das crianças que frequentam escolas públicas e privadas. Adicionalmente, realizou-se um inquérito com amostra estratificada segundo subordinação as redes de ensino pública e privada. Com os dados obtidos, foi redigido um artigo original. Com base nesses procedimentos, pode-se apresentar as respostas às perguntas inicialmente formuladas:

1. A frequência de problemas de saúde mental em escolares de Maceió (AL) foi de 29,2%, ao considerar o resultado do SDQ total. Os escolares matriculados na rede pública de ensino, apresentaram mais chances de apresentar tais problemas (RP:1,88; IC95% 1,31-2,7).
2. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade apresentou-se em 15,8% das crianças estudadas, sendo mais frequente em escolares da rede pública de ensino, contudo, não esteve associado estatisticamente com nenhuma das variáveis estudadas.
3. Os problemas de relacionamento com os colegas apresentaram uma frequência de 27,4%, estiveram associados a classificação



socioeconômica (RP:1,48; IC95% 1,15-1,89) e as famílias monoparentais (RP:1,5; IC95% 1,22-1,96).

4. Os problemas emocionais foram frequentes em 32% dos escolares estudados e após a regressão multivariada permaneceu associado ao tipo de família (RP: 1,5; IC95% 1,23-1,83) e a classificação econômica (RP: 1,29; IC95% 1,05-1,58).
5. Problemas de conduta estiveram presentes em 30,2% dos escolares, segundo o instrumento utilizado, não foram encontradas associações com as redes pública ou privada, mas permaneceram associados aos tipo de família (RP: 1,28; IC95% 1,05-1,57) e classificação econômica (RP: 1,49; IC95% 1,19-1,86).
6. Não houve associação estatisticamente significativa com o estado nutricional das crianças. No entanto, as crianças mais pobres mostraram-se mais susceptíveis a manifestar sintomas de problemas mental no SDQ total (RP:1,42; IC95% 1,15-1,76); na sub-escala de problemas de relacionamento (RP:1,48; IC95% 1,15-1,9); problemas emocionais (RP:1,29; IC95% 1,05-1,58) e sub-escala de problemas de conduta (RP:1,49; IC95% 1,19-1,86).
7. A estrutura familiar também se apresentou como um risco para a saúde mental infantil, indicando que viver em família monoparental pode prejudicar a criança, de modo que, os resultados do SDQ total apresentaram o resultado significativamente (RP:1,45; IC95% 1,17-1,79); problemas de relacionamento com os colegas (RP:1,5; IC95% 1,22-1,96); problemas emocionais (RP:1,5; IC95% 1,23-1,83) e os problemas de conduta (RP:1,28; IC95% 1,05-1,57).

Os resultados dessa dissertação levaram ao entendimento de que há uma crescente necessidade de investimentos na área da saúde mental infantil e que a identificação precoce dos problemas de saúde mental pode ser essencial no atendimento primário à saúde integral da criança.

Foi importante identificar a existência de escolas privadas, com características precárias, provenientes da necessidade de atender a uma demanda da população pobre, onde as escolas públicas são ausentes, ou precárias ou não conseguem suprir as necessidades da população.

Vale ressaltar que a baixa compreensão dos escolares em relação às perguntas contidas nos questionários foi abaixo do esperado, tendo em vista que a média de idade foi de 10 anos e que nessa faixa etária espera-se que todas as crianças consigam ler, escrever e entender perguntas como as propostas.

Quanto aos questionários dos pais, também foi possível perceber a ausência de respostas, possivelmente motivada pela não compreensão das perguntas, assim como ocorreu com os seus filhos. Essas informações promovem uma reflexão sobre as políticas de educação brasileira.

Estudos como este são importantes para gerar informações que sirvam de subsídios para a orientação de políticas públicas baseadas na realidade vivenciada por esse seguimento populacional. Os dados apresentados sugerem fortemente a necessidade de elaboração de um grande plano de ação destinado a prevenir a ocorrência de problemas de saúde mental e suas associações com fatores biossociodemográficos, haja vista as importantes repercussões dessa condição sobre o perfil de saúde e qualidade de vida dos

indivíduos, tanto no presente, quanto por predispor a maiores chances de agravos no futuro.

## REFERÊNCIAS

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA FILHO, N. M. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 31, p. 225-236, 1982.
2. ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da saúde mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 2, p. 127-131, dez. 2010.
3. ARAÚJO, M.F. M.; ALMEIDA, L. S.; SILVA, P. C. V.; VASCONCELOS, H. C. A.; LOPES, C.O. M.; DAMASCENO, M. M. C. Sobrepeso entre adolescentes de escolas particulares de Fortaleza, CE, Brasil. **Ver. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 623-628, 2010.
4. ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, R. D. V. C. D. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev Saúde Pública**, v. 43(Supl. 1), p. 92-100, 2009.
5. BALLONE, G. J.; MOURA, E. C. Transtornos Emocionais na Escola. Parte 1 in. PsiqWeb: 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/> em 05 fev. 2014.
6. BATISTA FILHO, Malaquias and RISSIN, Anete. **A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais**. *Cad. Saúde Pública*. 2003, v.19, v.1, p. 181-191, 2003.
7. BIRD, H. R.; DUARTE, C. S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de saúde mental. **Editorial Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n. 4, p. 162-163, 2002.
8. BOARINI, M. L. Demanda infantil por serviços de saúde mental: sinal de crise. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 83-108, 1998.
9. BORDIN, I. A. S.; OFFORD, D. R. Transtorno de conduta e comportamento anti-social. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 12-15, 2000.

10. BORDIN, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: M.F. MELLO, A. M. & R. K. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, p. 101-118, 2007.
11. BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. **Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 317-330, 2008.
12. BRASIL, L. M. P.; FISBERG, M.; MARANHÃO, H. S.; Excesso de peso de escolares em região do nordeste brasileiro: contraste entre as redes de ensino público e privada. **Rev. Bras. Matern. Infant.**, v. 7, n. 4, p. 405-412, 2007.
13. BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2006.
14. CAMPOS, L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, P. C. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes escolares do município de Fortaleza, Brasil. **Ver. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 7, n. 2, p. 183-190, 2007.
15. COLUGNATI, F. A. B.; KAMIMURA, M. A.; BAXMAM, A. C.; GARÓFOLO, A. Conjuntura Nacional no Processo de Transição Nutricional. In: TADDEI, J. A. A. C. **Jornadas científicas do NISAN: núcleo interdepartamental de segurança alimentar e nutricional 2006/2007**. Barueri, SP: Manole, 2008.
16. COSTA, R. F.; CINTRA, I. de P. Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da cidade de Santos, SP. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.**, v. 50, n. 1, p. 60-67, 2006.
17. COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da desnutrição. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2. P. 332-340, 2008.
18. COUTO, M. C. V.; DUARTE, C. S.; D. P. G. G. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 390-398, 2008.

19. DE ONIS, M.; FRONGILLO, E. A.; BLOSSNER, M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. **Bull World Health Organ.**, v. 78, n. 10, p. 1222-1233, 2000.
20. DELL'AGLIO, D. D. HUTZ, C. S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 1, p. 351-357, 2000.
21. FACION, J. R. Transtornos invasivos do desenvolvimento e tratamento de comportamento disruptivo. 1ª ed. Curitiba: IBPEX, 2005.
22. FERRIOLLI, S. H. T.; MATURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 251-9, 2007.
23. FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatria - Editorial**, v. 24, n.1 p. 2, 2002.
24. FLEITLICH, B.; CORTAZAR, P. & G. R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Revista Infante (de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência)**, v. 8, n.1, p. 44-50, 2000.
25. FULLER, et al.. **Seasonal birth patterns of neurological disorders. Neuroepidemiology**, v. 19, n. 4, p. 177-185, 2000.
26. GOODMAN, R. Facilidades e dificuldades Questionnaire: uma nota de pesquisa. **Journal of Child Psychology e Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 581-586, 1997.
27. GRANTHAM-MCGREGOR, S. CHEUNG. Y. B.; CUETO. S.; GLEWWE. P.; RICHTER, L.; STRUPP, B. Developmental Potential in the First 5 Years for Children. **The Lancet**, v. 359, n. 9555, p. 60-70, 2007.
28. GRANTHAM-MCGREGOS, S. M.; FERNALD.; SETHURAMAN, K. The Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavior Development in Children in the First Three Years of Life. Part 2 Infections and Micronutrient Deficiencies: Iodine, Iron, and Zinc. **Food and Nutritional Bulletin**, v. 20, n. 1, p. 75-76, 1999.

29. GUARDIOLA, A. E. A. Uso de fármacos na síndrome de hiperatividade com déficit de atenção. **Arq. Neuropsiquiatria**, v. 55, n. 1, p. 594-597, 1997.
30. GUARDIOLA, A.; EGEWARTH, C.; ROTTA, N.T. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em escolares de primeira série e sua relação com o estado nutricional. **Jornal de Pediatria**, v.77, n.3, p. 189-196, 2001.
31. HARTUP, W.W. The company they keep: Friendships and their developmental significance. **Child Development**, v. 67, n. 1, p.1-13, 1996.
32. KAC, G. A. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina – Editorial. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 1. P.4-5, 2003.
33. LIU, J. H.; RAINE, A.; MEDNICK, S. A. Malnutrition at age 3 years predisposes to externalizing behavior problems at age 8, 11 and 17 years. **Am J Psychiatry**, v. 161, n. 11, p. 2005-2013, 2004.
34. LOOSLI, L. Depressão materna e o perfil de socialização de meninos e meninas em idade escolar. São Paulo; 2012, dissertação de mestrado [Programa de pós graduação em Ciências] USP
35. MARQUES, C.; CEPÊDA, T. **Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários**. 1ª. ed. Lisboa: Ministério da Saúde, v. 1, 2009. Cap. 3, p. 54.
36. MASTER, A. S.; COASTSWORH, J. D. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lesson research on successful children. **American Psychologist**, v. 53, n.1, p. 205-220, 1998.
37. Merrell, K.W. An investigation of relationships between social behavior and ADHD in children and youth: construct validity of the home and community social behavior scales. **Journal of Emotional and Behavioral Disorders**. V.52, n. p.564-587, 2001.
38. MONTE, C. M. G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 285-297, 2000.



39. MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. A. & FREITAS, I. C. M. Melhoria e indicadores de Saúde Associados à pobreza no Brasil. São Paulo: Núcleo de pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo, 1997.
40. MURTA, S. G. Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: Lições de três décadas de pesquisa. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2007.
41. PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In: MELLO, M. F. D. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. 1ª. ed. São Paulo: Artmed, cap. 4, p. 101-117, 2007.
42. POPKIN, B. M. Nutritional patterns and transitions. **Populations and Development Review**. V. 19, n. 1138-157, 1993.
43. PRADO, C. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 399–407, 2007.
44. RAMIRES, V. R. R.; BENETTI, S. P. C.; LIMA, F. J.; FLORES, G. G. Saúde Mental de Crianças no Brasil: Uma revisão de literatura. **Interação em Psicologia**, v.13, n. 2, p. 311-322, 2009.
45. REGINA, V.; RAMIRES, R.; FLORES, G. G. Saúde Mental de Crianças no Brasil: Uma Revisão de Literatura. **Interação em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 311–322, 2009.
46. ROHD, L. A.; HAPLPERN, R. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: atualização. **Jornal de Pediatria**, v. 8, n. 2, p. 61-70, 2004.
47. ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Rev. Nutr**, v. 21, n. 6, p.739-748, 2008.
48. ~~ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S.; Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 6, p. 739-748, 2008.~~

- 49.ROTEMBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004.
- 50.RUTTER, M.; TAYLOR, E. Child and adolescent psychiatry. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, n. 2, p. 260-273, fev 2004.
- 51.SAUD, L. F., TONELOTTO, J. M. D. F. Comportamento social na escola: diferenças entre gêneros e series. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 9, n. 1, p. 47-57, 2005.
- 52.SAUR, A.; LOUREIRO, S. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão de literatura. **Revista de Psicologia**, v. 28, n. 4, p. 619-629, 2012.
- 53.SCAHILL, SCHWAB- -STONE. M. Epidemiology of ADHD in school-age children. In Stubbe D (org). *Attencion-deficit\hiperactivity disorder*. Child Adolesc Psychiatric, v. 9, p. 541-555, 2000.
- 54.SILVA, K.S. et al.. Prevalência de excesso de peso corporal em escolas públicas e privadas da cidade de Florianópolis, SC. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.52, n.3, p. 574-575, 2008.
- 55.SILVA, N. C. B.; NUNES, C. C.; BETTI, M. C. M.; RIOS, K. de S. A. Variáveis da Família e seu Impacto sobre o Desenvolvimento Infantil. **Temas em Psicologia**, v.16, n. 02, p. 215-229, 2008.
- 56.SILVA, P.C.; EIRA, C., VICENTE, M. de G.; GUERREITO, R. Promoção do desenvolvimento psicossocial das crianças através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários. **Análise Psicológica**, v. 1, p. 59–76, 2003.
- 57.SURKAN, P. J. et al.. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analyses. **Bull World Health Organ**, v. 287, p. 607-615, 2011.
- 58.TADDEI, J. A. A. C.; COLUGNATI, F. A. B.; RODRIGUES, E. M.; SIGULEM, D. M.; LOPEZ, F. A. Desvios nutricionais em menores de cinco anos. São Paulo: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

59. TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009.
60. VASCONCELLOS, R. D. E. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, p. 92–100, 2009.
61. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global database on child growth and malnutrition**. Geneva: WHO, 2003.
62. WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO-. **The world health report: Mental health: new understanding, new hop**. Genebra. 2001.

**APÊNDICES**  
(Formulários utilizados na coleta de dados)

**AVALIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ENTRE  
OS ALUNOS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO FUNDAMENTAL DO ESTADO DE ALAGOAS**

(Formulário a ser aplicado aos alunos)

Município: Maceió

Questionário: |\_\_| -- |\_\_|\_\_| -- |\_\_| |\_\_|

**FORMULÁRIO Nº 1 – IDENTIFICAÇÃO**

Supervisor: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DA ESCOLA**

Código da Instituição de ensino: |\_\_| |\_\_|

**DADOS DO ALUNO**

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: 1. M ( 1 )    2. F ( 2 )    |\_\_|

SÉRIE: 1º ano (1)    2º ano (2)    3º ano (3)    4º ano (4)    5º ano (5)    Outras (6)    |\_\_|

SALA: \_\_\_\_\_ TURNO: Manhã (1)    Tarde (2)    Integral(3)    |\_\_|

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    IDADE (ANOS): \_\_\_\_\_    |\_\_|

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONES: \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO Nº 2 – COMPOSIÇÃO CORPORAL, HEMOGLOBINA E PRESSÃO ARTERIAL**

Questionário: |\_\_|--|\_\_|\_\_|--|\_\_|\_\_|

1. PESO (Kg): \_\_\_\_\_
2. ALTURA (cm): \_\_\_\_\_
3. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO (cm): \_\_\_\_\_
4. CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (cm): \_\_\_\_\_
5. CIRCUNFERÊNCIA DO QUADRIL (cm): \_\_\_\_\_
6. HEMOGLOBINA (g/dL): \_\_\_\_\_
7. % GORDURA (BIOIMPEDÂNCIA) \_\_\_\_\_
8. DOBRA TRICIPITAL (mm) \_\_\_\_\_ Média 3 medidas: \_\_\_\_\_
9. DOBRA SUBESCAPULAR (mm) \_\_\_\_\_ Média 3 medidas: \_\_\_\_\_

**MEDIDAS DA PRESSÃO ARTERIAL: (PAS x PAD)**

PAS                      PAD

1ª: |\_\_||\_\_||\_\_| x |\_\_||\_\_||\_\_| → 5 minutos após o início da entrevista

2ª: |\_\_||\_\_||\_\_| x |\_\_||\_\_||\_\_| → No mínimo, 2 minutos após a medida anterior

**Observações:** (999) medida não aferida. Motivo: \_\_\_\_\_

**PRESSÃO ARTERIAL CONSIDERADA PARA ANÁLISE (média de 2 medidas válidas)**

10. PAS \_\_\_\_\_, |\_\_|
11. PAD \_\_\_\_\_, |\_\_|
12. COR/RAÇA (*Observar*) 1. Branca 2. Negra 3. Mulata/Morena 4. Amarela/Oriental 5. Indígena |\_\_|
13. HORAS DE SONO (*some a partir das respostas abaixo e codifique com um número inteiro*) |\_\_|
  - 13.1 Quase sempre, que horas você costuma ir dormir? \_\_\_\_\_
  - 13.2 E a que horas normalmente você se acorda? \_\_\_\_\_
  - 13.3 Costuma dormir durante o dia?              Sim (1)              Não (2)              |\_\_|
  - 13.4 Se Sim, durante quanto tempo? \_\_\_\_\_ hora(s)    (8) NSA

**FORMULÁRIO Nº 3 – LISTA DE ATIVIDADES FÍSICAS (LAF)<sup>c</sup>**

Questionário: |\_\_| -- |\_\_|\_\_| -- |\_\_| |\_\_|

**Seção B. ATIVIDADES<sup>d</sup>**

A. Atividade	C. Nunca (N), Às Vezes (AV), na Maior Parte do Tempo (MPT)		E. Nunca (N), Às Vezes (AV), na Maior Parte do Tempo (MPT)		F. Educação Física (EF), Recreio (R), Nenhum dos Anteriores (NA)	H. Nunca (N), Às Vezes (AV), na Maior Parte do Tempo (MPT)		
	B. Antes da Escola	N AV MPT	D. Durante a Escola	N AV MPT		G. Depois da Escola	N AV MPT	
1 Andar de bicicleta								1
2 Natação								2
3 Ginástica olímpica: barras, trave de equilíbrio, acrobacias, trampolim								3
4 Basquete								4
5 Beisebol/Softbol								5
6 Futebol americano								6
7 Futebol								7
8 Voleibol								8
9 Esportes com raquete: tênis, badminton								9
10 Jogos com bola: queimado, taco, jogo de atirar e apanhar a bola								10
11 Brincadeiras: pega-ladrão, pega-pega, amarelinha, parquinho								11
12 Brincadeiras ao ar livre: subir em árvores, esconde-esconde								12
13 Jogos aquáticos: piscina ou lago								13
14 Pular corda								14
15 Dança								15
16 Tarefas ao ar livre: cortar grama, juntar grama, jardinagem, lavar carro, lavar calçada								16
17 Tarefas dentro de casa: passar pano no chão, passar aspirador, varrer								17
18 Exercícios: flexões de braço, abdominais, polichinelos								18
19 Caminhada								19
20 Corrida								20
21 Combinação de caminhada e corrida								21
22 Outros (Algum curso, aulas extras ou treinos ?)								22
23								23
24								24

	Antes da escola		Depois da escola	
Televisão/Vídeo	I.1 _____ horas _____ minutos	I.2 _____ horas _____ minutos	I.3 _____ horas _____ minutos	I.4 _____ horas _____ minutos
Computador e videogames	I.3 _____ horas _____ minutos	I.4 _____ horas _____ minutos		

## FORMULÁRIO N° 4 – ALIMENTAÇÃO ESCOLAR NA REDE PÚBLICA

Onde tiver <C> substituir pelo nome da criança

Questionário: |\_\_| -- |\_\_|\_\_| -- |\_\_| |\_\_|

- 1- <C> Você come a merenda oferecida na escola? (1)Sim (2)Não (9)Não quis responder |\_\_|
- 2- **Se SIM, quantas vezes por semana?** (1)1x (2)2x (3)3x (4)4x (5)todos os dias (8)NSA (9)não respondeu  
|\_\_|
- 3- **Se não:** Explique porque você não come a merenda da escola? |\_\_|  
 (1) Não gosta (6) Não tem merenda;  
 (2) Refeições muito repetidas (7) outros: \_\_\_\_\_  
 (3) Nunca comeu/nunca deu vontade de comer (8)NSA  
 (4)Traz lanche de casa ou dinheiro para comprar (9) Não sabe/Não quis responder  
 (5) Temperatura inadequada
- 4- <C>Como você considera a merenda oferecida na escola? |\_\_|  
 (1)Muito ruim (2)Ruim (3)Mais ou Menos (4)Boa (5)Ótima (8)NSA (9) Não sabe/Não quis responder
- 5- **(RESPONDER, SE MARCOU 1, 2 OU 3 NA QUESTÃO ANTERIOR)** Porque você não acha a merenda boa?  
 \_\_\_\_\_ (88) NSA
- 6- <C> Do que você mais gosta em relação ao que é servido na merenda?  
 \_\_\_\_\_ (88) NSA
- 7- <C> Do que você menos gosta em relação ao que é servido na merenda?  
 \_\_\_\_\_ (88) NSA
- 8- <C> O que nunca tem, mas você gostaria que fosse servido na merenda escolar?  
 \_\_\_\_\_ (88) NSA
- 9- <C> Acontece de faltar a merenda que é oferecida aos alunos da sua escola? |\_\_|  
 (1)Nunca (2)Quase nunca (3)As vezes (4)Quase sempre (5)Sempre (9)Não sabe/não quis responder
- 10- <C> Em sua opinião, a merenda oferecida pela escola sempre tem comidas diferentes ou é quase sempre a mesma coisa?  
 (1) comidas diferentes (2) quase sempre a mesma coisa (9)não sabe/não respondeu |\_\_|
- 11- <C>Você acha que a merenda é importante para você? (1)Sim (2)Não (9) Não sabe/Não respondeu |\_\_|
- 12- Por quê? \_\_\_\_\_
- 13- <C> Onde você costuma comer? |\_\_|  
 (1) Na mesa (2) Assistindo TV / jogando videogame / no computador (9) Não sabe/Não quis responder
- 14- <C> Você costuma tomar o café da manhã? |\_\_|  
 (1) Não (4) 1 a 2 dias por semana  
 (2) Todos os dias (5) Raramente  
 (3) 5 a 6 dias por semana (6) Nunca
- 15- <C> Você comeu ou bebeu alguma coisa hoje na escola? |\_\_|  
 (1) SIM (2) NÃO (3) AINDA VAI COMER/BEBER (9) NÃO SABE/NÃO QUIS RESPONDER
- 16- <C> Você costuma trazer comida/lanche de casa para comer na escola? **(Se a resposta for às vezes, marque a resposta sim)**  
 (1) SIM (2) NÃO (9) NÃO SABE/NÃO QUIS RESPONDER |\_\_|







UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO  
LABORATÓRIO DE NUTRIÇÃO BÁSICA E APLICADA  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)**



“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde) Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “*Avaliação da realização do direito humano à alimentação adequada entre os alunos da rede pública e privada de ensino fundamental de Maceió*” recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a identificar situações que caracterizem a insegurança alimentar e nutricional entre as crianças nascidas em 2002 e 2003 estudantes de escolas públicas ou privadas de Maceió, visando dar subsídios à população e ao governo no sentido de atuar na garantia do direito humano à alimentação adequada.
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes:
  - Conhecer o estado nutricional das crianças;
  - Saber quais as principais fatores associados a anemia;
  - Investigar o nível de atividade física praticado pelos escolares;
  - Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação;
  - Conhecer o hábito alimentar da criança no ambiente escolar,
  - Observar a alimentação fornecida nas escolas.
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão as escolas para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças para exame de anemia.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização;
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei eu ou a criança recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo.

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

Cadastro do(a) voluntário(a): \_\_\_\_\_

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

Endereço do responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira  
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas  
BR 101 Norte, S/Nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1160

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

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

**AVALIAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA ENTRE OS ALUNOS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO FUNDAMENTAL DO ESTADO DE ALAGOAS**

Questionário: |\_\_| -- |\_\_|\_\_| -- |\_\_| |\_\_|

**FORMULÁRIO Nº 8 – QUESTIONÁRIO A SER RESPONDIDO PELOS PAIS**

1. Nome da mãe: \_\_\_\_\_
2. Data de nascimento da mãe: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade da mãe: \_\_\_\_\_
3. Profissão da mãe: \_\_\_\_\_
4. Trabalha fora de casa? Sim( ) Não( ) Trabalha, mas está desempregada( )
5. Durante a gestação de \* \_\_\_\_\_ Realizou pré-natal: SIM( ) NÃO( )
6. Se a resposta anterior foi **NÃO** pule esta questão e vá para a pergunta 7, mas se foi **SIM**, quantas consultas de pré-natal realizou? \_\_\_\_\_
7. \* \_\_\_\_\_ Nasceu: Antes do tempo( ) No tempo certo( ) Passou do tempo
8. **Se a criança nasceu antes do tempo**, você a senhora sabe qual foi a causa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. \* \_\_\_\_\_ nasceu com quantos quilos? \_\_\_\_\_
10. \* \_\_\_\_\_ mamou no peito? SIM( ) NÃO( )
11. Se a resposta anterior foi **NÃO** pule esta questão e vá para a pergunta 13, mas se foi **SIM** responda: por quanto tempo \* \_\_\_\_\_ se alimentou somente com o leite materno, sem receber nenhum outro tipo de alimento? \_\_\_\_\_mes(es) e \_\_\_\_\_ dias (exemplo: 3 meses e 16 dias) **NÃO LEMBRA**( )
12. Por quanto tempo \* \_\_\_\_\_ mamou no peito, ainda que recebendo outros alimentos? \_\_\_\_\_mes(es) e \_\_\_\_\_ dias (exemplo: 3 meses e 16 dias) **NÃO LEMBRA**( )
- (1) \* \_\_\_\_\_ **RESIDE COM:** Com o pai e com a mãe( ); só com a mãe( ); só com o pai( ); com a mãe e padrasto( ); com o pai e madrasta( ); Outra situação (qual?): \_\_\_\_\_  
**Se não convive com o pai, pule para a pergunta 16**
13. Idade do pai: \_\_\_\_\_ anos
14. Profissão do pai: \_\_\_\_\_
15. No momento, o pai está: Empregado( ); Desempregado( ); Aposentado( ); (4) Outra situação (qual?): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Sem contar com empregados, quantas pessoas moram em sua residência?: \_\_\_\_\_
17. Somando-se todos os rendimentos de pessoas da residência, qual o valor total da renda da família? (incluir salários, biscates, aposentadoria, bolsa família, renda de aluguel, etc).  
R\$ \_\_\_\_\_

18. A família é cadastrada em algum programa do governo? NÃO(  ); SIM(  ) Qual? \_\_\_\_\_
19. A residência onde \* \_\_\_\_\_ mora é: própria(  ); alugada(  ); outra situação(  )
20. Na sua casa, quem é a pessoa considerada como chefe da família? O pai de \* \_\_\_\_\_(  )  
a mãe(  ); Outra pessoa(  ) Quem? \_\_\_\_\_
21. Quem é a pessoa que mais contribui com as despesas da casa? O pai de \* \_\_\_\_\_(  )  
a mãe(  ); Outra pessoa(  ) Quem? \_\_\_\_\_
22. Até que série a pessoa considerada como chefe da família estudou com aprovação? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Não sabe(  )

**Exemplos:** 3ª série primária OU 2º ano ginásial OU 3º ano do 2º grau OU 4ª série do ensino fundamental. Etc.

23. Até que série a pessoa que contribui com a maior parte das despesas da família estudou com aprovação?  
\_\_\_\_\_ Não sabe(  )
24. Tem televisão em cores na sua casa? (  ) SIM (  ) NÃO  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
25. A família tem de carro particular? (não considerar taxi, caminhão ou veículos usados para trabalhar) (  ) SIM (  ) NÃO  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
26. Tem rádio na sua casa (qualquer tipo, exceto do carro)? (  ) SIM (  ) NÃO  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
27. Tem geladeira na sua casa? (  ) SIM (  ) NÃO  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
28. Tem freezer (se tiver geladeira biplex ou triplex, o congelador pode ser considerado)? (  ) SIM (  ) NÃO  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
29. Tem DVD, videocassete ou similar na sua casa? (  ) Sim (  ) Não  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
30. Tem máquina de lavar roupa (não considerar tanquinho) na sua casa? (  ) Sim (  ) Não  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
31. Tem computador na sua casa (incluir notebook, netbook e tablet)? (  ) Sim (  ) Não  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
32. **Se sim:** o computador tem acesso à internet? (  ) Sim; (  ) Não
33. Tem ar condicionado/split na sua casa? (  ) Sim (  ) Não  
**Se sim:** Quantos? \_\_\_\_\_
34. Tem empregada doméstica (não considerar diarista)? (  ) Sim (  ) Não

**FORMULÁRIO Nº 9 - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ - Por)**

Questionário: | \_ | -- | \_ | \_ | -- | \_ | | \_ |

35.

**Instruções:** Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe pareça estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

36.

		Falso	Mais ou menos	Verdadeiro
1	Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando nas coisas, quebrando as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou de enjôo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... Com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	É solitário, prefere brincar sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Em geral é querido por outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Facilmente perde a concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, Facilmente perde a confiança em si mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	É gentil com criança mais novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Freqüentemente engana ou mente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Outras crianças "pegam no pé" ou atormentam-no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, Professores, outras crianças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Pensa nas coisas antes de fazê-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se dá melhor com adultos do que com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tem muitos medos, assusta-as facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Por favor, vire a página. Há mais perguntas no outro lado.**

**FORMULÁRIO Nº 9 - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ - Por) - continuação**
**Questionário:** | \_\_\_ | -- | \_\_\_ | \_\_\_ | -- | \_\_\_ | \_\_\_ |

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/filha tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com as outras pessoas.

Não	Sim – pequenas dificuldades	Sim – dificuldades bem definidas	Sim – dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu “sim”, por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1 a 5 meses	6 a 12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/filha?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amizades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de lazer (passeios, esportes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Muito obrigado pela sua colaboração**

## **ANEXOS**

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



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

Maceió – AL, 17/09/2012

Senhor (a) Pesquisador (a), Haroldo da Silva Ferreira  
Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 14/09/2012, em e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 017299/2011-43 sob o título, **Avaliação da realização do direito humano à alimentação adequada entre os alunos da rede pública e privada de ensino fundamental do estado de Alagoas**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro), e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

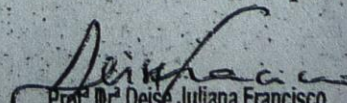
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

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

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(\*) Áreas temáticas especiais.

Válido até Setembro de 2013.

  
Prof. Dr. Deise Juliana Francisco  
Coordenadora do Comitê de  
Ética em Pesquisa -UFAL