



Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado em Saúde comunitária

## **DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

# **O PAPEL DA SAÚDE MENTAL MATERNA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE**

**DIRLANE SILVA SANTOS CHAGAS**

Salvador, BA – março de 2007

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado em Saúde comunitária

## **DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

# **O PAPEL DA SAÚDE MENTAL MATERNA NA DESNUTRIÇÃO INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE**

Dissertação apresentada ao colegiado do curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

**Dirlane Silva Santos Chagas**

Área de concentração: Epidemiologia

**Orientadora: Prof. Dra. Darci Neves Santos**

Salvador, BA – março de 2007

Ficha Catalográfica  
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

---

C433 Chagas, Dirlane Santos.

O papel da saúde mental materna na desnutrição infantil: um estudo de caso controle /  
Dirlane Santos Chagas. – Salvador: D.S.Chagas, 2007.

76p.

Orientadora: Profa. Dra. Darci Neves Santos.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade  
Federal da Bahia, Salvador.

1. Desnutrição Infantil. 2. Saúde Materna. 3. Saúde Mental. I. Título.

CDU 613.24

---

## **DEDICATÓRIA**

**À minha mãe, irmão, marido, familiares e amigos,  
pelo incentivo e apoio contínuo.**

## AGRADECIMENTOS

De maneira especial, aos participantes da pesquisa por terem aceitado contribuir para o crescimento do conhecimento científico.

A Deus, pela força e amparo sentido em momentos de angústia e fragilidades.

À professora Dra. Darci Neves Santos, pela orientação, compreensão e incentivo, especialmente nos momentos finais deste trabalho.

À professora Dra. Rita Ribeiro pela ajuda concedida ao longo de todo o percurso.

À professora Dra. Maria Helena Hasselmann que mesmo de longe contribuiu de forma significativa para o meu aprendizado.

À professora. Maria da Conceição Costa, pelos ensinamentos no tirocínio e amizade construída.

À professora Dra. Susan Pereira, pela ajuda sempre que solicitada e contribuições no exame de qualificação.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA pelos ensinamentos transmitidos.

À mestre e amiga Letícia Marques dos Santos pela total disponibilidade e valiosas contribuições ao longo de toda a caminhada.

À mestre e amiga Vânia Sampaio Alves, pelo conhecimento transmitido desde o momento da seleção para o programa de mestrado até a conclusão deste trabalho, bem como pelas palavras de apoio e conforto nos momentos difíceis.

À funcionária do Instituto de Saúde Coletiva Orlane Maria, pela atenção e carinho dispensado, bem como à equipe da biblioteca.

A Carlos Teles, Lenaldo Azevedo, Guillermo Macías, Eva Costa e Sérgio Cunha pelos esclarecimentos e orientações na análise estatística.

À inicialmente colega Maria Beatriz e atual amiga por todos os momentos passados juntas, especialmente aqueles de escuta e troca de experiências.

À equipe de campo pelo compromisso e dedicação na coleta dos dados, especialmente à Lucicleide Costa que me substituiu na coordenação de campo de maneira esplendorosa.

À FAPESB (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia) por ter financiado este projeto.

Ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelos meses de financiamento da bolsa de mestrado.

Enfim, a todos que diretamente e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

## SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1. Introdução	12
1.1. Desnutrição	13
1.2. Apego e cuidado materno	15
1.3. Saúde mental materna	18
2. Objetivos	20
2.1. Objetivo Geral	20
2.2. Objetivos Específicos	20
3. Hipótese	20
4. Modelo Causal	20
5. Metodologia	22
Desenho de estudo	22
Amostra	22
Sujeitos e local de estudo	22
Identificação dos casos	24
Identificação dos controles	24
Pareamento	24
Aspectos éticos	25
Procedimento de coleta de dados	25
Confiabilidade	26
Instrumentos	26
Definição das variáveis	28

Análise	31
6. Resultados	32
7. Discussão	38
8. Considerações finais	42
9. Referências bibliográficas	43
10. Anexos	49

## RESUMO

Pretende-se com este estudo compreender a relação existente entre estado de saúde mental materna e o estado nutricional infantil. O estado de saúde mental materna pode influenciar a qualidade do cuidado oferecido à criança, gerando assim resultados indesejáveis no seu desenvolvimento, como a desnutrição. Para alcançar tal objetivo, realizou-se um estudo de caso controle com uma amostra de 358 crianças de 0 a 6 anos de idade residentes na cidade de Salvador-BA, sendo 179 casos e 179 controles pareados por idade e sexo. Às mães das crianças que compuseram a amostra foram aplicados o Self Report Questionnaire (SRQ-20) e o inquérito sócio-econômico familiar. Também foi utilizado o Inventário HOME de Observações Domésticas composto por itens que são indagados à mãe e outros não interativos que correspondem às observações da interação mãe-criança. Todas as crianças foram submetidas à avaliação antropométrica e diagnosticadas como desnutridas em grau moderado ou grave pelo indicador peso por altura (inferior a -2DP). Utilizou-se análises estatísticas descritivas, univariada e regressão logística condicional, fazendo-se a modelagem através da técnica *backward*. Os achados demonstraram que problema de saúde mental materna aumenta em duas vezes mais o risco para a desnutrição aguda moderada ou grave, indicando que a atenção ao estado de saúde mental materna deve estar incluída nos programas de prevenção, detecção e tratamento da desnutrição, pois tais distúrbios podem influenciar a qualidade do cuidado recebido pela criança, afetando conseqüentemente o seu nível de saúde.

**Palavras chaves:** desnutrição infantil, saúde materna, saúde mental.



## **ABSTRACT**

The aim of this study was to understand the relation between maternal mental health and child nutritional status. The maternal mental health status can influence the quality of care available to the child, producing undesirable results for their development, like malnutrition. We carried out a case-control study with 358 children aged 0 and 6 years old, who lived in Salvador-BA city, being 179 cases and 179 controls matched for age and sex. At mothers of children that comprised the sample were applied Self Report Questionnaire (SRQ-20) and a questionnaire to assess their family socioeconomic status. Also it was used Home Observation for Measurement of the Environment Inventory that can questions for mother and questions of observation of attachment mother-child. All children were evaluated in antropometric measures and classified as moderate/severe malnutrition through weight for height indicator (cut-off point at -2 SDs). It was used descriptive, univariate and conditional logistic regression statistical analyses, modeling through technical backward. The results of these analyses revealed that maternal mental health problem increase in twice the risk of acute moderate/grave malnutrition, indicating that attention for the maternal mental health status must be included in the programmes of prevention and treatment of malnutrition, because mental disturbance can influence children's care quality affecting their level of health.

**Key-words:** child malnutrition, maternal health, mental health

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1	Modelo causal	
Quadro 1	Locais de seleção das crianças do estudo	
Quadro 2	Itens do Home utilizados na construção da variável prática de cuidado materno	

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Desnutrição infantil no Brasil	
Tabela 2	Odds ratio bruto da associação entre desnutrição infantil e as outras variáveis do modelo.	
Tabela 3	Distribuição percentual dos sintomas psíquicos avaliados pelo SRQ-20 nos grupos estudados.	
Tabela 4	Resumo dos achados da modelagem para confundimento na associação entre estado de saúde mental materna e estado nutricional através da regressão logística condicional.	
Tabela 5	Confiabilidade inter-observador de 13 itens da escala Home, empregados na construção da variável prática de cuidado materno.	

## 1. Introdução

Apesar do quadro de melhoria nutricional do país, decorrente das ações específicas do serviço básico de saúde e de algumas melhorias das condições sócio-econômicas da população, a desnutrição ainda é um problema de saúde pública, acometendo principalmente famílias em precárias condições de vida. Contudo, nem todas as crianças em condições desfavoráveis apresentam desnutrição grave, por vezes crianças de uma mesma comunidade ou de uma mesma família apresentam diferenças nutricionais, sugerindo que aspectos relacionados à natureza do vínculo mãe/filho e ao cuidado materno dispensado podem influenciar na ocorrência deste fenômeno (Olinto et al, 1993; Bowlby, 1990; Solymos, 1997; Nóbrega e Campos, 1993).

Dentre os fatores que influenciam a qualidade do cuidado materno destacamos o estado de saúde mental da própria mãe. A presença de distúrbio mental materno prejudica a prática de cuidado, tornando-o inadequado, por não atender as necessidades da criança no momento em que estas demandam atenção. A saúde mental como fator relacionado ao cuidado materno pode influenciar o vínculo mãe-filho e conseqüentemente elevar o risco de desnutrição. Crianças com vínculo seguro possuem mães mais responsivas, favorecendo a prática do cuidado, reduzindo o risco para o adequado desenvolvimento infantil, inclusive nutricional (Carvalhoes e Benício, 2002; Berns, 2002; Miranda et al., 1996; Miranda et al., 2000; Atkinson, 2002, Bowlby, 1990).

Existe uma vasta literatura principalmente em países desenvolvidos demonstrando os efeitos da depressão sobre o desenvolvimento infantil, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento psicológico, competência intelectual, funções psicossociais e taxas de morbidade psiquiátrica (Rahman et al. 2002). Porém, ainda é pequeno o número de estudos enfocando conseqüências físicas da depressão materna sobre o desenvolvimento infantil. Observa-se ainda que em ambientes desfavorecidos, como é comum em países em desenvolvimento, a competência materna no cuidado com os filhos exerce um papel importante para o bem-estar físico destes (Rahman et al. 2002).

Complementando esta idéia, Reichennheim e Harpham (1991) supõem que em países em desenvolvimento, mães pertencentes às famílias de baixa renda, vivem em comunidades onde a estrutura social é pobre, podendo favorecer a ocorrência de danos à sua saúde mental, o que conseqüentemente influencia na habilidade de cuidar de suas crianças.

Portanto, examina-se neste trabalho a relação entre a saúde mental materna e a ocorrência de desnutrição moderada ou grave em crianças menores de 6 anos.

### **1.1. Desnutrição**

Em 1995, a desnutrição foi a causa de 6,6 milhões de mortes dentre os 12,2 milhões de óbitos mundiais de crianças menores de cinco anos de idade, representando mais de 50% da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento. Neste mesmo ano, verificou-se, também que mais de 200 milhões de crianças tiveram seu crescimento retardado pelo precário estado nutricional (Teixeira e Heller, 2004; Nóbrega et al., 1991). Nos países em desenvolvimento, encontramos uma prevalência de desnutrição de 8% pelo indicador peso/altura, 32% para altura/idade e 27% para peso/idade em crianças menores de cinco anos (Goulart, 2007).

Crianças desnutridas têm maior chance de apresentar baixo desenvolvimento cognitivo e neuropsicomotor, alterações neurológicas, menor resistência às infecções e maior número de seqüelas pós-doenças (Teixeira & Heller, 2004; Júnior e Zannon, 1997; Halpern et al., 2000). Quando apresentam desnutrição moderada, as crianças possuem probabilidade duplicada de falecer devido à determinada doença, e no caso da desnutrição grave, essa chance triplica (PNDS, 1996). Já na fase adulta pode ter maior probabilidade de contrair doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes, altas taxas de colesterol e problemas renais (Teixeira & Heller, 2004).

Nas últimas décadas, observou-se no Brasil, a redução gradativa da prevalência de desnutrição infantil em crianças menores de 05 anos, conforme tabela 1 abaixo (Unicef, 2006):

Tabela 1. Desnutrição infantil no Brasil (1974 – 1996).

	1974	1989	1996
Baixa estatura para a idade	32 %	15,4 %	10,5 %
Baixo peso para a idade	18,4 %	7 %	5,7 %
Baixo peso para a estatura	5 %	2 %	2,3 %

Fonte: Estudo Nacional de Despesa Familiar (Endef), 1974/1975

Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN), 1989

Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), 1996

Na região nordeste, também para as crianças menores de 05 anos, as prevalências de desnutrição baixa estatura para idade, baixo peso para a estatura e baixo peso para a idade foram 17,9%, 2,8% e 8,3% respectivamente (PNDS, 1996). Na cidade de Salvador, a prevalência de desnutrição moderada ou grave para a mesma faixa etária, em 1996, conforme o indicador altura por idade foi de 4,3% e de acordo com o indicador peso por idade foi de 4,4% (Assis e Barreto, 2000).

Os fatores que contribuíram para a redução da desnutrição infantil no país decorrem de ações específicas do serviço básico de saúde, tais como vacinação e educação materna no sentido de incentivar o aleitamento materno, orientação no cuidado com diarreia e higiene da criança, assim como no preparo e adequação dos alimentos de acordo com a idade da mesma. Contribuiu ainda, para incentivar as mães a levarem seus filhos para acompanhamento médico nas unidades de saúde, quando estes não estão doentes, aliado às melhorias da situação econômica da população, do saneamento básico, da infra-estrutura urbana (Hasselmann, 2002; Santos, 2004; Goulart, 2007).

Em que pese à melhoria nutricional observada no país, a desnutrição continua presente enquanto problema de saúde pública e o surgimento de casos graves de desnutrição nos serviços brasileiros de saúde permitem indagações sobre a existência de outros fatores associados a este fenômeno (Hasselmann, 2002).

Modelos explicativos iniciais da desnutrição estabeleciam associações com a falta de alimento, porém, surgiram recentemente modelos mais complexos incluindo entre os

vários fatores de risco, aspectos psicossociais como a relação mãe-filho, para explicar tal fenômeno (Miranda et al., 1996).

Um estudo realizado em Porto Alegre (RS) com 61 cuidadoras de crianças com desnutrição moderada ou grave reforça a idéia de que a desnutrição tem relação com outros aspectos além da falta de alimento e baixo nível socioeconômico (Carvalho et al., 1992). Os autores verificaram que não houve incremento no peso das crianças que participaram de algum programa de apoio nutricional, bem como não houve aumento de peso entre as crianças cujas famílias mudaram de classificação socioeconômica no período entre a primeira e segunda avaliação.

Portanto, estudiosos do fenômeno desnutrição também devem estar atentos às relações afetivas que circundam a criança, especialmente em seu ambiente familiar, focalizando características maternas que possam influenciar na interação mãe/criança e conseqüentemente no surgimento e manutenção do vínculo entre ambos.

## **1.2. Apego e cuidado materno**

Embora a desnutrição ocorra na maioria das vezes em famílias com condições de vida precária, nem todas as crianças em condições desfavoráveis apresentam este problema de saúde, indicando a coexistência de outros fatores (Solymos, 1997). Estudos apontam que algumas mães conseguem manter um bom estado de saúde de seus filhos, apesar das condições sócio-econômicas e ambientais desfavoráveis (Hasselmann, 2002). Outros trabalhos sugerem a influência da prática de cuidado sobre o crescimento infantil independente do nível socioeconômico (Engle et al., 2000).

Aponta-se ainda para a relevância das características do ambiente doméstico e das relações afetivas que influenciam o vínculo mãe-filho. A construção de vínculos emocionais sólidos é uma necessidade básica dos seres humanos em razão da sobrevivência, dado que a sobrevivência do bebê humano só é possível devido aos cuidados recebidos (Bowlby, 1990). O vínculo é construído e mantido por comportamentos instintivos geradores da proximidade entre a mãe e a criança, como por exemplo, o sorriso. O bebê sorri ao ver o rosto da mãe, promovendo assim a sua proximidade. A mãe entende que esse sorriso indica que a criança a reconhece e a ama e isso a incentiva a ser mais cuidadosa e atenciosa com seu bebê, iniciando um processo de interação social que é reciprocamente reforçado (Atkinson, 2002).

O apego é uma subcategoria do vínculo que está associada ao sentimento de segurança. Quando um indivíduo está apegado ao outro, ele se sente seguro e confortado na presença deste, podendo usá-lo como uma base segura para explorar o mundo. Comportamentos de apego, como sorrir, fazer contato visual ou agarrar-se são inicialmente eliciados, quando o indivíduo necessita dos primeiros cuidados, amparo ou conforto (Bee, 1996; Atkinson, 2002).

Notar que o comportamento de apego da criança por sua mãe não se desenvolve porque esta lhe fornece alimento, como pensaram inicialmente psicólogos e psicanalistas (Bowlby, 1990; Bowlby, 1997; Nóbrega e Campos, 1993). Estudos feitos com animais demonstraram que as aves, por exemplo, alimentam-se sozinhas desde os primeiros dias de vida e mesmo assim permanecem seguindo suas mães com quem passam a maior parte do tempo (Atkinson, 2002; Bowlby, 1990).

Tem sido observado na literatura que bebês residentes em orfanato recebendo apenas alimentação e vestuário, porém sem qualquer tipo de afeto, desenvolveram a síndrome do hospitalismo, caracterizado por dificuldades para se desenvolver fisicamente, ter apetite e ganhar peso (Brum e Schermann, 2004).

O trabalho realizado por Mary Ainsworth, em 1978, na Uganda e nos Estados Unidos com crianças entre 12 e 18 meses, permitiu a classificação de três grupos de apego. O apego seguro ocorre quando a criança, apesar de protestar durante a ausência da mãe em determinados momentos, interage com ela no seu regresso, seja através de contato visual, aproximação e outros. No Apego inseguro esquivo as crianças evitam interação com a mãe e normalmente não se afligem com a sua ausência, sendo que no apego inseguro ambivalente as crianças são resistentes à mãe no momento da interação. Elas manifestam a necessidade do contato físico e ao mesmo tempo resistem, por exemplo, a criança pede colo e logo em seguida esperneia para descer (Atkinson, 2002, Berns, 2002).

Estudos mais recentes desenvolvidos por Main e Solomon, em 1986, criaram uma nova categoria de apego, por entenderem que determinadas crianças não se enquadravam em nenhuma das categorias anteriormente descritas. Acrescentou-se o apego desorganizado, no qual, as crianças mostram comportamentos contraditórios quando interagem com a mãe. Por exemplo, a criança se aproxima da mãe, mas não mantém contato visual no momento desta aproximação. Alguns se apresentam desorientados, sem emoções ou deprimidos. Esta



categoria de apego foi percebida em maior proporção entre as crianças maltratadas e entre aquelas cujos pais estavam sendo tratados em decorrência de doenças mentais (Atkinson, 2002).

Buscando entender as diferenças nas relações de apego, os pesquisadores focalizaram sua atenção no comportamento do principal cuidador, que na maioria das vezes é a própria mãe. Verificou-se, então, que a “sensibilidade de resposta” materna às necessidades da criança é fundamental para desenvolver o comportamento de apego seguro (Atkinson, 2002, Bowlby, 1990). Geralmente, o apego seguro surge, quando as mães adequam seus comportamentos às necessidades da criança, atendendo prontamente e afetuosamente aos seus chamados. O apego inseguro tem sido relacionado com mães que interagem com os filhos segundo suas próprias necessidades ou estado de humor, atendendo às solicitações da criança apenas quando sentem vontade de interagir (Atkinson, 2002). Desta forma, o cuidado materno ou modo maternal de tratar uma criança corresponde a uma interação social intensamente ativa, onde a mãe responde prontamente a seus sinais, chamados e necessidades. Isto é, o cuidado materno está associado à capacidade da mãe perceber, interpretar e responder de forma adequada às necessidades da criança (Bowlby, 1990). O surgimento e a manutenção do comportamento de apego relacionam-se à qualidade desta interação mãe-criança (Bowlby, 1990; Berns, 2002).

Um estudo caso controle realizado com crianças desnutridas entre 12 e 23 meses de idade na cidade de Botucatu (São Paulo) encontrou que os casos tinham escores de cuidado significativamente piores do que o observado entre os controles. As crianças desnutridas categorizadas nos grupos de cuidados intermediário e menos adequado tiveram o risco para a desnutrição duplicado (Carvalhoes e Benício, 2006). Este mesmo estudo apontou que crianças pertencentes a famílias de baixa renda e recebendo cuidado materno menos adequado tiveram um aumento de risco estatisticamente significante para a desnutrição, OR = 7,26 (95% IC 2,42 – 21,82).

Por outro lado, existem psicólogos do desenvolvimento que não consideram o comportamento de responsividade da mãe como principal responsável pelo comportamento de apego, mas sim o temperamento inato do bebê (Greene et al, 1983). Temperamento é entendido como a forma de reação emocional das pessoas a objetos e a outros seres humanos, incluindo humor, nível de atividade e intensidade de interação (Berns, 2002).

Esses estudiosos propõem que o tipo de responsividade materna está associado ao comportamento da criança, portanto, mães de bebês de temperamentos “difíceis” tenderiam a brincar menos tempo com eles (Greene et al., 1983). Outros acreditam que os distintos padrões de apego estão relacionados tanto ao comportamento de responsividade materno quanto ao temperamento e comportamento da criança ou à sua capacidade de usar a própria mãe como base segura para explorar o mundo, retornando à mesma em ocasiões de perigo ou angústia (Atkinson, 2002; Brum e Schermann, 2004; Schermann, 2001).

Portanto, aspectos ligados à qualidade do cuidado oferecido à criança, tais como, estado de saúde mental materna, têm suma relevância na questão do vínculo mãe/filho e conseqüentemente no bom desenvolvimento infantil.

### **1.3. Saúde mental materna**

Mais de 450 milhões de pessoas em todo o mundo apresentam distúrbios mentais e neurológicos (WHO, 2001b). Depressão e ansiedade estão entre os problemas de saúde mental que mais acometem a população mundial apresentando prevalências de 10,4% e 7,9% respectivamente nos serviços primários de saúde (WHO 2001a). Os distúrbios psiquiátricos menores definidos como ansiedade, depressão, doenças somáticas e neurastenia acometem mais freqüentemente as mulheres (Costa et al. 2002; Harpham et al., 2003).

Em um estudo realizado com 479 mulheres no município do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2001, encontrou-se uma prevalência de 54,6% de distúrbios psiquiátricos menores para mulheres entre 21 e 30 anos de idade e 53,3% para o grupo etário de 31 a 40 (Kac et al, 2006). Outro estudo conduzido entre dezembro de 1999 e janeiro de 2000, na Zona da Mata em Pernambuco, região caracterizada pela concentração de terra, população de baixa renda e poucas oportunidades de trabalho, encontrou-se que 44,17% das mulheres estudadas apresentavam problemas de saúde mental (Costa e Ludermir, 2005). Araújo et al. (2005) em trabalho realizado com 2055 mulheres na cidade de Feira de Santana na Bahia, com intuito de estimar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, bem como descrever os fatores associados à sua ocorrência, encontraram uma prevalência de 39,4%. Estes achados nos permitem indagar até que ponto a presença desses distúrbios poderia interferir na qualidade do cuidado e na natureza do vínculo desenvolvido com os filhos.

Alguns estudos apontam para a relevância das relações afetivas que influenciam o desenvolvimento do vínculo mãe-filho, destacando-se a saúde mental materna (Miranda et al.,

1996; Miranda et al., 2000). Um estudo longitudinal mexicano demonstrou que as famílias do grupo de crianças desnutridas se diferenciavam das famílias de crianças em bom estado nutricional, pelo ambiente emocional e amplitude de experiências oferecidas à criança (Cravioto e Delicardie, 1972). Entre as crianças do grupo controle, havia no ambiente familiar maior contato entre os adultos e crianças, mais estimulação verbal, sendo mais freqüente a demonstração de afeto. Outro estudo desenvolvido com mães de classe social baixa, comparou o comportamento psicossocial entre mães de crianças desnutridas e mães de crianças eutróficas. Foi observado que apesar da igualdade das precárias condições, os dois grupos apresentavam diferenças significativas nas funções psicossociais materna, verificando-se que as mães de crianças desnutridas demonstravam baixa auto-estima, pouco nível de energia, eram apáticas e por vezes agressivas (Kerr et al. 1978). Desta forma, justifica-se a investigação sobre os aspectos psicossociais no ambiente familiar, para melhor compreender sua relação com a desnutrição.

Fragilidades no vínculo mãe/filho podem promover falta de interesse das mães, por exemplo, em seguir as normas para um melhor preparo do alimento da criança, tais como práticas de higiene e diluição correta do leite em pó (Nóbrega e Campos, 1993). Desta forma, quando as condições emocionais da mãe estão comprometidas, o padrão de cuidado infantil pode ser afetado negativamente, enfraquecendo o vínculo e conseqüentemente aumentando o risco de doenças, desnutrição ou retardo de desenvolvimento (Carvalhaes, 2002; Nóbrega e Campos, 1993).

Considerando que a adequação do cuidado é influenciada pelas habilidades ou capacidades do cuidador, vários fatores têm sido apontados como determinantes desta capacidade: escolaridade e ambiente cultural; estado de saúde física e mental; autoconfiança e autonomia para gerência dos recursos disponíveis; carga de trabalho; tempo disponível, substitutos adequados no cuidado direto da criança; apoio familiar e comunitário (Engle et al., 1997). Estando a criança indisposta ou adoentada, por exemplo, é papel da mãe identificar tal estado infantil, fornecer cuidado, procurar ajuda e adotar práticas para tratamento e recuperação da criança, logo, se seu estado de saúde mental não está adequado, isso vai influenciar no desempenho destes procedimentos e conseqüentemente na disponibilidade e qualidade do cuidado empreendido (Rahman et al, 2004; Nóbrega e Campos, 1993). Assim, quando o estado emocional da mãe está comprometido, ela pode não conseguir ter prazer em interagir com seu filho, negligenciando no cuidado oferecido (Nóbrega e Campos, 1993).

Em países em desenvolvimento pouca atenção tem sido dada à relação entre estado de saúde mental materna e doenças físicas na infância, tornando-se necessárias investigações que esclareçam os processos implicados nesta associação (Rahman et al, 2004). Diante do exposto, este estudo procura verificar o papel do estado de saúde mental materna na desnutrição infantil.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo Geral**

Examinar a relação entre a saúde mental materna e a desnutrição aguda moderada ou grave em crianças menores de 06 anos no município de Salvador-BA.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Descrever o estado de saúde mental das mães das crianças dos grupos caso e controle;
- Identificar o padrão de práticas de cuidados disponibilizado para as crianças dos dois grupos;
- Estimar a associação entre estado de saúde mental materna e estado nutricional infantil.

## **3. Hipótese**

A presença de problemas de saúde mental materna pode influenciar negativamente a qualidade do cuidado materno e conseqüentemente torna-se um fator de risco para a desnutrição infantil.

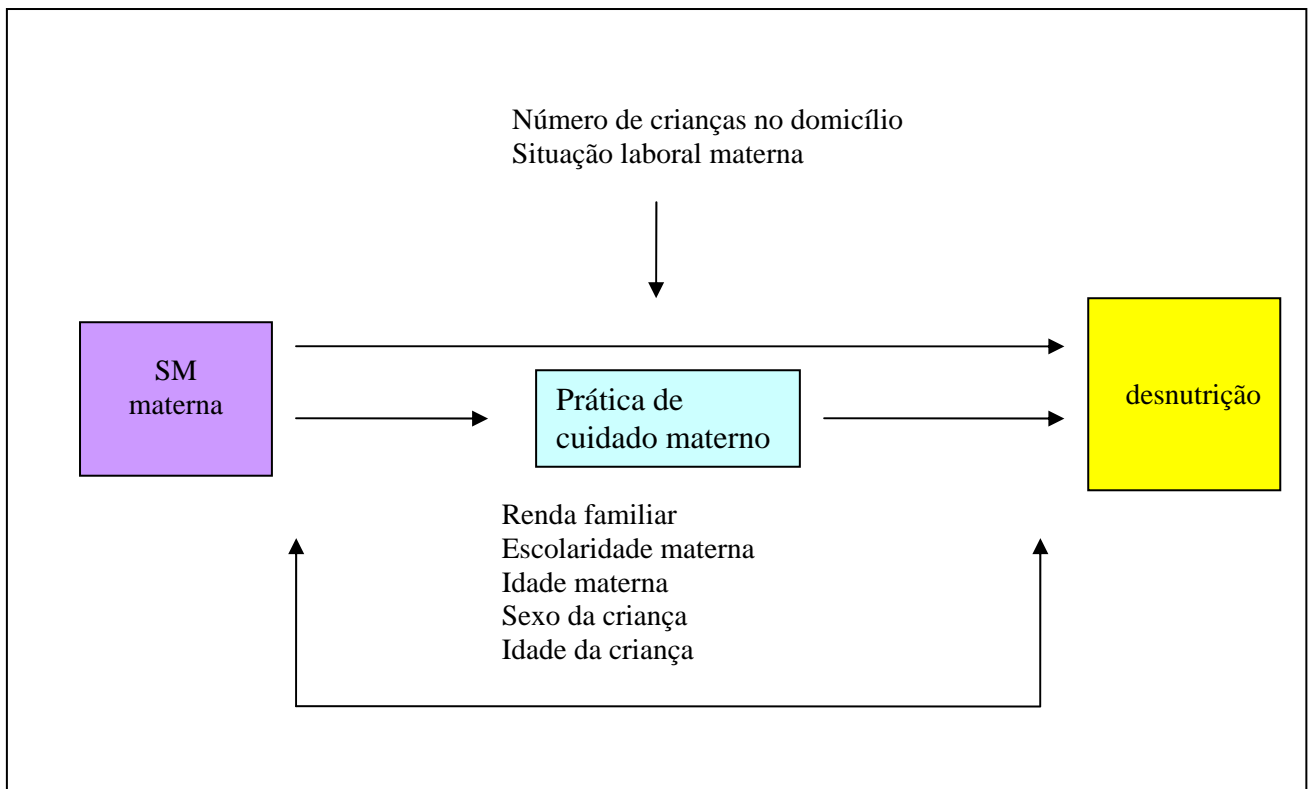
## **4. Modelo causal**

Baseado no que traz a literatura e buscando testar a hipótese acima enunciada, elaborou-se um modelo causal (figura 1) que será utilizado na condução da análise dos dados.

Acredita-se que o estado de saúde mental materna influenciará a qualidade do cuidado materno disponibilizado para a criança que conseqüentemente vai influenciar o estado nutricional infantil.

Neste modelo as variáveis que descrevem o número de crianças menores de cinco anos residentes no domicílio e a situação laboral materna aparecem como possíveis modificadoras de efeito. Quanto maior o número de crianças menores de cinco anos presente no domicílio, maior será a associação entre problema de saúde mental materna e desnutrição. Da mesma forma, a associação entre saúde mental materna e desnutrição infantil será aumentada se a mãe não trabalhar fora.

As variáveis renda familiar, escolaridade materna e idade materna são definidas como possíveis confundidoras. As duas primeiras têm uma associação negativa tanto com o estado de saúde mental materna quanto com o estado nutricional infantil. Quanto maiores a renda familiar e a escolaridade materna, menores são as prevalências de distúrbios psiquiátricos menores e de desnutrição infantil. Idade e saúde mental materna têm uma relação positiva entre si, quanto maior a idade materna, maiores serão as prevalências de distúrbios psiquiátricos. Entre idade materna e desnutrição há uma relação negativa. As maiores prevalências de desnutrição infantil estão associadas às mães mais jovens.



**Figura 1. Modelo causal**

## **5. Metodologia**

### Desenho de estudo

Estudo de caso controle integrando um projeto maior denominado “Fatores de Risco para a desnutrição moderada e grave no contexto urbano atual: um estudo de caso controle”, executado pelo Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), entre maio de 2004 e abril de 2006 com financiamento da FAPESB.

### Amostra

O tamanho da amostra deu ao estudo um poder de 80% para identificar, com nível de 5% de significância estatística, associações com *odds ratio* igual ou superior a 1,97 para exposição presente entre os controles de 21%.

### Sujeitos e local de estudo

Os participantes do estudo foram crianças menores de seis anos de idade residentes na cidade de Salvador-BA.

Os sujeitos foram identificados entre os usuários de determinados Centros de Saúde da cidade de Salvador e da Unidade Metabólica do Hospital Hosannah de Oliveira. Incluíram-se também crianças acompanhadas pelos agentes comunitários do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (quadro 1).

<b>Local</b>	<b>Centro de Saúde</b>	<b>PACS</b>
Arenoso		X
Brotas		X
Carlos Gomes	X	
Castelo Branco (Cecy Andrade)	X	X
Dendezeiros (Virgílio de Carvalho)	X	X
Itapuã (José Mariani)	X	X
Massaranduba (Ministro Alkimin)	X	X
Nordeste		X
Pau da Lima (Pires da Veiga)	X	
Pau Miúdo/Caixa D'água	X	X
Periperi,	X	X
Sete Portas	X	
Vale das Pedrinhas		X
Valéria (Frei Benjamin)	X	X

**Quadro 1. Locais de seleção das crianças do estudo.**

No início da pesquisa existiam 72 centros de saúde na cidade de Salvador, dentre eles 43 possuíam o Programa do Governo Federal de Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN) (MS/SIA/SUS, 2003). Entre as unidades de saúde que participavam do ICCN foram selecionadas aquelas com maior prevalência de desnutrição através do indicador antropométrico peso por idade ( $< -1DP$ ) e posteriormente aquelas que participavam do PACS.

### Identificação dos casos

Estudantes de nutrição ou profissionais treinados na aferição das medidas antropométricas, acompanharam o atendimento das nutricionistas dos centros de saúde e da Unidade Metabólica e as visitas domiciliares dos agentes comunitários.

As crianças diagnosticadas como desnutridas moderada ou grave (indicador peso por idade) pelos profissionais de saúde dos locais onde foram selecionados os sujeitos da pesquisa, foram novamente submetidas a uma completa avaliação antropométrica, pela equipe do projeto, empregando o indicador peso por altura, para confirmação do diagnóstico.

A avaliação antropométrica realizada pela equipe da pesquisa, consistia de aferição dupla tanto do peso quanto da altura das crianças, não se admitindo erro, no que diz respeito à altura igual ou superior a 0,5 cm, e no que se refere ao peso igual ou superior a 100 gramas.

### Identificação dos controles

Para a seleção das crianças controle, a mesma equipe do projeto acompanhou o atendimento das nutricionistas e pediatras dos mesmos centros de saúde onde os casos foram selecionados, bem como acompanhou os agentes comunitários em suas visitas domiciliares. Isto é, os controles foram selecionados nos mesmos locais onde os casos foram retirados.

As crianças diagnosticadas como eutróficas pelos profissionais das unidades de saúde (indicador peso por idade) tinham sua avaliação antropométrica confirmada por algum membro da equipe do projeto nos três indicadores (peso por idade, peso por altura e altura por idade), para afastar a possibilidade da criança apresentar qualquer deficiência nutricional.

### Pareamento

Para cada caso foi selecionado um controle pareado por idade e sexo. O pareamento pela idade seguiu a seguinte faixa etária: 0 a 5 meses, 6 a 11 meses, 12 a 23 meses, 24 a 35 meses, 36 a 47 meses, 48 a 59 meses e 60 a 71 meses.

### **Critérios de elegibilidade para a seleção de casos**

- Pertencer à faixa etária de 0-6 anos;



- Apresentar desnutrição aguda moderada ou grave, aferida pelo indicador peso por altura (escore z inferior a -2DP);
- Mãe ter marido ou companheiro e caso, estivesse separada, não podia ter mais de um ano de separação.

### **Critérios para a seleção de controles**

- Pertencer à faixa etária de 0-6 anos;
- Não apresentar desnutrição, aferida pelos indicadores peso por idade, peso por altura e altura por idade (escore z entre -1DP e + 2DP);
- Mãe ter marido ou companheiro e caso, estivesse separada, não podia ter mais de um ano de separação.

### Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA. A participação das crianças estava vinculada à concordância dos responsáveis através do termo de consentimento informado (anexo I), bem como ao acompanhamento das crianças por algum profissional de saúde das unidades, já que tal procedimento não seria adotado por membros da equipe da pesquisa.

### Procedimento de coleta de dados

Após o processo de identificação, seleção e pareamento da criança, explicou-se os objetivos da pesquisa ao responsável, solicitando a assinatura do termo de consentimento, agendando-se uma visita domiciliar para coleta de dados.

A aplicação domiciliar dos questionários foi feita, entre maio de 2004 e abril de 2006, por profissionais e estudantes de psicologia, devidamente treinados para utilização dos instrumentos. Estes foram aplicados às mães das crianças pertencentes tanto ao grupo caso quanto ao grupo controle.

## Confiabilidade

Em 29 crianças (16%) da amostra, dois entrevistadores fizeram simultaneamente a aplicação dos instrumentos, sendo um no papel de entrevistador e o outro no de observador atento, cada qual marcando as respostas em seus próprios formulários para posterior avaliação da confiabilidade dos dados coletados (confiabilidade inter-observador).

A concordância entre os dados coletados pelo observador e aplicador foi avaliada pelo índice Kappa. Este índice é recomendado quando o tipo de dado aferido está sob a forma de categorias (Pereira, 1995; Hasselmann et al., 1998).

## Instrumentos

### Avaliação Antropométrica

O peso das crianças foi obtido utilizando balanças micro-eletrônica, marca Filizola, modelo E- 150/3P com precisão de 100 gramas, cedidas pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição/Ministério da Saúde (INAM/MS). Para a medida do comprimento foi utilizado um infantômetro construído segundo o modelo da OMS.

A Organização Mundial de Saúde recomenda os seguintes indicadores antropométricos: altura por idade para avaliar comprometimento de longa duração do processo de crescimento e é utilizado na avaliação da desnutrição crônica; o peso por altura ao indicar um comprometimento mais pronunciado do peso, é usado na avaliação da desnutrição aguda, e por último, o peso por idade que não avalia a cronologia da perda de peso, apontando tanto fenômeno recente quanto antigo (Teixeira e Heller, 2004).

Foi utilizado neste trabalho para identificação dos casos, o indicador peso por altura (WHP), pois o índice WH baixo é considerado um indicador de definhamento e geralmente está relacionado com dificuldades de ganho ou perda de peso (US Department of health and human services, 1992).

Para a avaliação do estado nutricional das crianças caso, utilizou-se o indicador peso por altura recomendado pela OMS/NCHS que apresentassem escore z menor que -2DP. Para a classificação dos controles utilizou-se o mesmo padrão da OMS, identificando-se as crianças com escore z entre -1DP e + 2DP nos indicadores peso/idade, peso/altura e altura/idade.

### Questionário Sócio-econômico

Questionário sócio-demográfico pré-codificado que avalia composição familiar, condições sócio-econômicas, ambientais e de moradia (Santos, 2004; Matos, 2006) (anexo II).

### Self Report Questionnaire (SRQ-20)

Questionário estruturado com respostas bimodal (sim/não), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, utilizado para rastreamento de distúrbios psiquiátricos menores (depressão, ansiedade, distúrbios somatoformes e neurastenia). Quando a resposta for positiva, indica que o entrevistado apresentou o sintoma abordado naquele item durante a maior parte do tempo no último mês. Pode ser auto-aplicável ou através de entrevistador. Em populações de baixa renda é recomendado que um entrevistador o administre (Costa et al., 2002, WHO, 1994; Harpham et al., 2003; Costa e Ludermir, 2005). Composto por 20 itens, dentre os quais 04 abordam questões sobre sintomas físicos e 16 sobre sintomas psicoemocionais (Anexo III) (Fernandes e Almeida Filho, 1998).

O estudo de Mari e Williams (1986) aponta uma sensibilidade de 83% e uma especificidade de 80%. Enquanto, o estudo de Fernandes e Almeida Filho, em 1998, adotando um ponto de corte 5, isto é, a presença de pelo menos 05 respostas positivas indica a existência de problemas de saúde mental (esse ponto de corte inclui os casos limítrofes), verificou-se uma sensibilidade de 74% e um valor preditivo positivo de 64%.

### Home Observation for Measurement of the Environment Inventory (Inventário HOME de Observação Doméstica)

Inventário utilizado para avaliar a qualidade do ambiente doméstico. Foi desenvolvido e validado em 1979 por Caldwell e Bradley, da Universidade de Little Rock – Arkansas (Santos, 2004).

A sua aplicação dura em torno de 60 minutos, deve ser feita na residência da criança ou no local onde ela passa a maior parte do tempo. A criança deve estar bem acordada, não deve estar doente e a mãe deve estar presente. (Zamberlan, 1997).

O Home apresenta-se em duas versões: uma para o grupo etário de 0-3 e outra para o grupo de 3-6 anos, ambas constituídas por itens com respostas dicotômicas (sim/não) preenchidas a partir de observações feitas pelo entrevistador e de respostas fornecidas pela mãe, através de entrevistas.

As sub-escalas do HOME (0-3 anos) são: 1) Responsividade emocional e verbal materna; 2) Ausência de restrição e punição; 3) Organização do ambiente físico e temporal; 4) Disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados; 5) Envolvimento materno com a criança e 6) Oportunidade de variação na estimulação diária (Anexo IV) (Santos, 2004; Andrade et al., 2005).

Já as sub-escalas do HOME (3-6 anos) são: 1) Estimulação através de brinquedos, jogos e materiais de leitura; 2) Estimulação da linguagem; 3) Ambiente Físico: seguro, limpo e conduzido ao desenvolvimento; 4) Orgulho, afeto e carinho; 5) Estimulação de comportamento acadêmico e 6) Oferecendo modelos e encorajando maturidade social e 7) variedades de estimulação (Anexo V) (Santos, 2004).

### Definição das variáveis

#### **Variável dependente**

##### **Estado nutricional**

Variável dicotômica, classificando aqueles com escore z inferior a -2DP, no indicador peso por altura, como desnutridos (moderado ou grave) e eutróficos aqueles com o escore z entre -1DP e + 2DP nos indicadores peso por idade, peso por altura e altura por idade.

#### **Variáveis independentes**

##### **Saúde mental materna**

Presença de distúrbios psiquiátricos menores se tiver pelo menos oito respostas positivas no questionário SRQ-20 (Self Report Questionnaire) e ausência quando tiver até sete respostas positivas.

##### **Prática de cuidado materno**

Foram selecionados do Inventário Home itens relativos ao comportamento materno que indicassem interação positiva entre mãe e criança (quadro 2). Os comportamentos estudados foram aqueles que mensuravam a responsividade ou sensibilidade materna ao lidar com necessidades da criança, que expressavam amparo e aprovação,

envolvimento e oferta de estímulo para a autonomia e desenvolvimento dos filhos (Carvalhoes e Benício, 2006).

<b>HOME (0 a 3 anos) - a resposta é dicotômica (sim ou não)</b>
<b>a.</b> A mãe vocaliza espontaneamente em relação à criança pelo menos duas vezes durante a visita (exclui-se chamar atenção ou passar pito).
<b>b.</b> A mãe responde às vocalizações da criança com uma resposta vocal ou verbal.
<b>c.</b> A mãe diz à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome de uma pessoa ou objeto num estilo "didático".
<b>d.</b> A mãe inicia intercâmbio verbal com o observador - faz perguntas comentários espontâneos.
<b>e.</b> A mãe espontaneamente elogia as qualidades ou comportamentos da criança pelo menos duas vezes durante a visita.
<b>f.</b> Quando falando sobre ou para a criança a voz da mãe transmite um sentimento positivo.
<b>g.</b> A mãe acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita.
<b>h.</b> A mãe mostra alguma resposta emocional positiva frente a elogios feitos a criança pelo observador.
<b>i.</b> A mãe não grita com a criança durante a visita.
<b>j.</b> A mãe não expressa irritação, aborrecimento ou hostilidade aberta em relação à criança.
<b>l.</b> A mãe não esbofeteia a criança durante a visita.
<b>m.</b> A mãe não critica, passa "pito" ou "arrasa" verbalmente com a criança durante a visita.
<b>n.</b> A mãe tende a conservar a criança dentro de seu campo visual e a olhá-la freqüentemente.
<b>HOME (3 a 6 anos) - a resposta é dicotômica (sim ou não)</b>
<b>o.</b> Os pais encorajam a criança a relatar suas experiências ou despendem certo tempo ouvindo-as relatar suas experiências.
<b>p.</b> Quando falando acerca da criança ou se dirigindo a ela, a voz da mãe revela sentimentos positivos.
<b>q.</b> A criança tem permissão para escolher alguma coisa durante o almoço ou café da manhã.
<b>r.</b> Os pais mantêm a criança perto de si ou aconchegada de dez a quinze minutos por dia, por exemplo, durante a televisão, enquanto contam estórias ou durante a visita.
<b>s.</b> A mãe conversa com a criança pelo menos duas vezes durante a visita (passar pito ou fazer comentários de advertências não devem ser contados).
<b>t.</b> A mãe responde verbalmente às perguntas ou pedidos da criança.
<b>u.</b> A mãe em geral responde às vocalizações da criança.
<b>v.</b> A mãe elogia espontaneamente as qualidades da criança ou seu comportamento pelo menos duas vezes durante a visita.
<b>x.</b> A mãe acaricia, beija, ou aconchega a criança pelo menos uma vez durante a visita.
<b>z.</b> A criança pode bater num dos pais sem uma represália severa destes.

**Quadro 2. Itens do Home utilizados na construção da variável prática de cuidado materno.**

Para as crianças de 0 a 3 anos, foram selecionados os itens do Home correspondente à versão para este grupo etário, utilizados em estudo anterior (Carvalhoes e Benício, 2006). Realizou-se análise de consistência com estes itens, empregando o coeficiente Alpha de Cronbach, tendo como consequência a retirada de um dos itens usados pelo trabalho anterior para que o coeficiente alcançasse o valor de 0,70 no presente estudo.

Para as crianças de 3 a 6 anos, também foram selecionados itens sobre a interação mãe/criança do Inventário Home, correspondente a referida faixa etária. Calculou-se o coeficiente Alpha de Cronbach, restando 10 dos 11 itens inicialmente selecionados, cujo coeficiente atingiu o valor 0,62.

Dividiu-se o total de itens em tercís, considerando-se o primeiro tercíl como cuidado adequado e os segundo e terceiro tercís como cuidado inadequado (Carvalhoes e Benício, 2006). Desta forma, para a faixa etária de 0 a 3, considerou-se cuidado adequado se o número de respostas negativas não ultrapasse quatro. O cuidado inadequado foi classificado a partir de cinco respostas negativas. Já para a faixa de 3 a 6 anos, considerou-se cuidado adequado quando o número de respostas negativas não ultrapassasse três, a existência de quatro ou mais respostas negativas classificou o cuidado como inadequado.

### **Número de crianças no domicílio**

Refere-se ao número de crianças menores de cinco anos residindo no domicílio dos sujeitos do estudo. Foi dicotomizada em famílias com mais de 2 crianças menores de cinco anos de idade (1) e famílias com até 2 crianças neste grupo etário (0).

### **Situação laboral materna**

Variável dicotomizada em mãe que não trabalha fora do domicílio (1) e aquela que trabalha (0).

### **Renda familiar**

Famílias com renda até 01 salário mínimo (1) e famílias com renda superior a um salário mínimo (0).

### **Escolaridade materna**

Insuficiente se atingiu a 4ª série do ensino básico (1) e

Satisfatória se ultrapassou a 5ª série do ensino fundamental (0).

### **Idade materna**

Foi dicotomizada em até 30 anos de idade (1) e acima de 30 anos (0).

### Análise

A digitação dos dados foi feita no Programa EPI-Info 6.04 com dupla entrada por diferentes digitadores.

Para análise dos dados foi utilizado o programa STATA versão 7.0. Primeiramente foram examinadas as diferenças existentes entre os casos e controles e realizada a análise univariada condicional através da estimativa de *Mantel-Haenszel*. Em seguida utilizou-se a regressão logística condicional, onde foi realizado o chunk test, através do teste da Razão de Verossimilhança <sup>24</sup>, para demonstrar a presença de modificação de efeito (p-valor < 0,05). Continuou-se a análise verificando a presença de variáveis confundidoras por meio da técnica de *backward*, observando-se, se a medida de associação do modelo completo diferia da medida de associação do modelo reduzido em 10% ou mais.

## 6. Resultados

A Tabela 2 mostra a distribuição das variáveis do estudo nos grupos caso e controle. Percebeu-se que 35,8% das mães dos desnutridos apresentaram problemas de saúde mental comparado a 20,1% entre as mães das crianças eutróficas: OR = 2,17 (95% IC: 1,34 – 3,51). Também se registrou que 23,5% das famílias do grupo caso tiveram mais de duas crianças menores de 05 anos de idade residindo no domicílio comparado a 6,7% das crianças do grupo controle: OR = 4,33 (95% IC: 2,10 – 8,95). Verificou-se que 44,1% das famílias de crianças desnutridas possuíam renda até um salário mínimo, enquanto 25,7% das famílias de crianças eutróficas estavam nesta condição: OR = 2,43 (95% IC: 1,50 – 3,96). Observou-se entre as crianças desnutridas um percentual de 31,3% de mães com escolaridade até a 4ª série do ensino básico (insuficiente), enquanto 16,2% entre as mães de eutróficos possuíam essa mesma escolaridade: OR = 2,23 (95% IC: 1,35 – 3,68). Constatou-se que 44,7% dos casos receberam cuidado materno inadequado, ao lado de 20,1% das crianças controle: OR 3,1 (95% IC: 1,89 – 5,06).



Tabela 2 - Odds ratio bruto da associação entre desnutrição infantil e as outras variáveis do modelo.

Variáveis	Caso (n= 179)		Controle (n=179)		OR	95% IC
	n	%	n	%		
<b>Fatores de risco</b>						
<b>saúde mental materna</b>						
tem problema	64	35,8	36	20,1	2,17	(1,34 - 3,51)
não tem problema	115	64,2	143	79,9		
<b>número de crianças menores de 05 anos</b>						
> 2	42	23,5	12	6,7	4,33	(2,10 - 8,95)
<= 2	137	76,5	167	93,3		
<b>Situação laboral materna</b>						
Não trabalha fora de casa	145	81,0	139	77,7	0,82	(0,50 - 1,36)
Trabalha fora de casa	34	19,0	40	22,3		
<b>renda familiar</b>						
<= 1 SM	79	44,1	46	25,7	2,43	(1,50 - 3,96)
> 1 SM	100	55,9	133	74,3		
<b>escolaridade materna</b>						
insuficiente	56	31,3	29	16,2	2,23	(1,35 - 3,68)
satisfatória	123	68,7	150	83,8		
<b>idade materna</b>						
< = 30 anos	112	62,6	116	64,8	0,9	(0,58 - 1,40)
> 30 anos	67	37,4	63	35,2		
<b>Intermediária</b>						
<b>cuidado materno</b>						
inadequado	80	44,7	36	20,1	3,1	(1,89 - 5,06)
adequado	99	55,3	143	79,9		

Na Tabela 3, os sintomas presentes tanto no grupo caso quanto no controle foram: assustar-se com facilidade (57% para caso e 45,8% para controle); dorme mal – 38% entre as mães dos desnutridos e 26,3% entre as mães dos eutróficos; falta de apetite – 33,5% no grupo das crianças caso e 19% no grupo das crianças controle; tremores nas mãos se expressou em maior proporção nas mães do grupo controle (20,1%), comparado com 12,3% entre os desnutridos, entretanto, é importante salientar que o p-valor esteve numa faixa limítrofe ( $p < 0,05$ ). O sintoma relativo à dificuldade de realizar atividades com satisfação predominou (35,2%) entre as mães dos desnutridos, sendo 24,0% para o grupo controle. Um percentual de 15,6% referindo trabalho penoso foi encontrado para o grupo caso e 8,4% para controles; sentir-se cansada o tempo todo teve uma frequência de 39,1% entre as mães dos desnutridos

comparado a 28,5% das mães dos eutróficos. E por último, verificou-se para o item ter dificuldade de pensar com clareza um percentual de 31,3% entre as mães de crianças caso e 15,6% para as mães dos controles.

Tabela 3 – Distribuição percentual dos sintomas psíquicos avaliados pelo SRQ-20 nos grupos estudados.

Grupo de sintomas	Caso (n= 179)		Controle (n=179)		p valor*
	Nº	%	N	%	
<b>Humor depressivo/ansioso</b>					
Sente-se nervosa, tensa ou preocupada	125	69,8	120	67,0	0,570
Assusta-se com facilidade	102	57,0	82	45,8	0,034
Tem se sentido triste ultimamente	90	50,3	75	41,9	0,112
Tem chorado mais do que de costume	39	21,8	33	18,4	0,429
<b>Sintomas somáticos</b>					
Tem dores de cabeça freqüentes	85	47,5	82	45,8	0,751
Dorme mal	68	38,0	47	26,3	0,017
Tem sensações desagradáveis no estômago	48	26,8	40	22,3	0,326
Tem má digestão	27	15,1	26	14,5	0,882
Tem falta de apetite	60	33,5	34	19,0	0,002
Tem tremores nas mãos	22	12,3	36	20,1	0,045
<b>Decréscimo de energia vital</b>					
Cansa-se com facilidade	55	30,7	49	27,4	0,485
Tem dificuldade em tomar decisões	70	39,1	54	30,2	0,076
Tem dificuldades de realizar com satisfação suas atividades	63	35,2	43	24,0	0,021
Seu trabalho é penoso	28	15,6	15	8,4	0,035
Sente-se cansado o tempo todo	70	39,1	51	28,5	0,034
Tem dificuldade de pensar com clareza	56	31,3	28	15,6	< 0,001
<b>Pensamentos depressivos</b>					
É incapaz de desempenhar papel útil em sua vida	21	11,7	19	10,6	0,737
Tem perdido o interesse pelas coisas	41	22,9	30	16,8	0,145
Tem tido a idéia de acabar com a vida	10	5,6	9	5,0	0,814
Sente-se uma pessoa inútil, sem préstimo	23	12,8	21	11,7	0,747

\* Teste de chi2 de Pearson

Na análise de regressão logística condicional não se verificou a presença de variáveis de interação e de confundimento. Entretanto, confirma-se a atuação da variável prática de cuidado materno como intermediária, já que ao ser retirada do modelo a medida de associação sofreu um acréscimo: OR = 2,17 (95% IC: 1,26 – 3,73) (Tabela 4).

Tabela 4. Resumo dos achados da modelagem para confundimento na associação entre estado de saúde mental materna e estado nutricional através da regressão logística condicional.

Modelo	OR	IC (95%)	
completo *	1,96	1,13	3,44
<b>Variáveis excluídas do modelo</b>			
Prática de cuidado materno	2,17	1,26	3,73
Número de crianças no domicílio	2,01	1,16	3,48
Situação laboral materna	1,95	1,12	3,40
Renda familiar	1,84	1,07	3,16
Escolaridade materna	2,02	1,17	3,50
Idade materna	1,92	1,10	3,33

\* ajustado para todas as variáveis

Medida de associação bruta 2,17 (95% IC 1,34 – 3,51)

O modelo final, então foi:

$$\text{Logito (desnutrição)} = \beta_0 + \beta_1 \text{ estado de saúde mental materna} + \beta_2 \text{ prática de cuidado materno}$$

Na Tabela 5, encontram-se os resultados da confiabilidade inter-observador. Os itens seguintes tiveram o índice Kappa variando de bom (0.714-item h) a perfeito (1 – itens m, r e z) (Pereira, 1995): **h** - alguma resposta materna emocional positiva da mãe diante de elogios feitos pelo observador à criança; **m** - se a mãe não criticou ou arrasou verbalmente a criança durante a visita; **r** - se os pais mantêm a criança perto de si ou aconchegada de dez a quinze minutos por dia e **z** - se a criança pode bater num dos pais sem uma represália severa

destes. O item **x**, avaliando se a mãe acariciou, beijou, ou aconchegou a criança pelo menos uma vez durante a visita teve um Kappa regular (0,468) (Pereira, 1995).

Tabela 5 - Confiabilidade inter-observador de 13 itens da escala Home, empregados na construção da variável prática de cuidado materno.

Itens/ Variável			K	DP	p-valor
	++	+ -			
	-+	--			
<b>d</b>	6	0	0,6	0,343	0,064
	1	1			
<b>h</b>	5	1	0,714	0,256	0,035
	0	2			
<b>m</b>	7	0	1	0	0,005
	0	1			
<b>n</b>	6	1	0,6	0,343	0,064
	0	1			
<b>p</b>	18	2	-0,068	0,049	0,74
	1	0			
<b>q</b>	19	1	-0,05	0,035	0,819
	1	0			
<b>r</b>	20	0	1	0	< 0,001
	0	1			
<b>s</b>	7	8	-0,027	0,193	0,89
	3	3			
<b>t</b>	9	5	0,069	0,219	0,751
	4	3			
<b>u</b>	8	5	-0,01	0,218	0,965
	5	3			
<b>v</b>	1	3	0,062	0,237	0,78
	3	13			
<b>x</b>	10	2	0,468	0,203	0,035
	3	5			
<b>z</b>	2	0	1	0	< 0,001
	0	18			
<b>prática de cuidado materno</b>	14	6	0,14	0,189	0,449
	5	4			

\* Não foi possível calcular o índice Kappa para os itens a, b, c, e, f, g, i, j, l e o, porque não houve variação da resposta para um dos observadores ou por falta de variação de respostas entre os observadores.

## 7. Discussão

Este estudo demonstrou que a condição de saúde mental materna está associada com o estado nutricional dos filhos, indicando que a presença de problemas de saúde mental aumentou o risco em torno de duas vezes mais para a desnutrição aguda moderada ou grave em menores de 6 anos. A presença de distúrbio mental materno contribuiu para o déficit nutricional infantil independente do número de crianças menores de 5 anos no domicílio, da situação laboral materna, da renda familiar, da escolaridade e da idade materna, pois quando ajustada para estas variáveis a medida de associação não sofreu modificação. Porém quando ajustada para prática de cuidado materno houve uma redução da medida de associação entre saúde mental materna e desnutrição infantil.

Observou-se entre mães de crianças desnutridas percentuais mais elevados de baixa escolaridade e de problemas de saúde mental, com maiores proporções de crianças recebendo cuidados maternos inadequado. Nestas famílias de desnutridos predominou níveis de renda até um salário mínimo e maior número de crianças menores de 05 anos residindo no domicílio.

Entre as crianças controle, houve um predomínio de mães com escolaridade mais elevada e com ausência de problemas de saúde mental. Verificou-se ainda percentuais mais elevados de cuidado materno adequado, além de maior número de famílias com renda acima de um salário mínimo e com menor número de crianças menores de 05 anos compartilhando o domicílio.

A frequência de distúrbio mental materno no grupo das crianças controle deste estudo foi semelhante à de outros trabalhos realizados em países em desenvolvimento, como nos estudos de Carvalhaes e Benício (2002), Rahman et al. (2004) e Humphreys et al. (1996). Em relação à frequência no grupo caso a do presente estudo foi menor do que nos outros estudos, apresentando pouca diferença com o trabalho de Carvalhaes e Benício (2002), mas apresentando uma diferença mais expressiva em relação aos trabalhos de Rahman et al.(2004) e o de Humphreys et al. (1996).

Outros trabalhos confirmam o achado deste estudo sobre a associação positiva entre o estado de saúde mental materna e a desnutrição infantil, embora sejam verificadas algumas variações. Investigações realizadas em outros países em desenvolvimento com crianças menores de 18 meses apresentaram medidas de associação entre saúde mental materna e desnutrição infantil menores do que a apresentada no presente estudo, tanto no indicador altura por idade quanto no peso por idade (Harpham et al., 2005). Porém um estudo

caso controle desenvolvido por Rahman et al. (2004) com crianças de uma clínica de imunização do Paquistão apontou um OR maior do que o do presente trabalho no indicador peso por idade. Medida de associação semelhante ao do estudo atual foi verificada em outra investigação também realizada aqui no Brasil, em São Paulo, com crianças com até dois anos de idade usuárias de duas unidades de saúde (Miranda et al., 1996).

Não houve interação entre saúde mental e situação laboral materna. Alguns autores apontam que o fato da mãe não trabalhar fora de casa poderia lhe conferir um sentimento de frustração, por entender que sua única função seria cuidar da casa e dos filhos, atividade vista como obrigatória, sem qualquer tipo de gratificação ou prazer. Nesta perspectiva estaria privada de outras realizações pessoais, contribuindo de forma negativa para a interação mãe/criança (Nóbrega e Campos, 1993; Deslandes, 1994). Tem sido observado que se a mãe inicia seu trabalho a partir do quarto mês de nascimento da criança, este fator atua como proteção para a desnutrição e no caso de retorno ao trabalho antes deste período, não houve tendência de elevação do risco (Carvalhaes e Benício, 2002). Este último achado de Carvalhaes e Benício (2002) converge com o que encontramos no presente trabalho, visto que a situação laboral materna não modificou a medida da associação principal do estudo. Divergindo do achado atual, os resultados de estudo com crianças desnutridas em populações de baixa renda no Rio Grande do Sul demonstraram que as crianças pertencentes às famílias cujas mães não trabalhavam fora do domicílio tiveram um aumento de 70% no risco para a desnutrição crônica (Olinto et al., 1993).

Diferentemente dos dados aqui apresentados, Miranda et al. (1996), que também estudaram a associação entre saúde mental materna e desnutrição infantil, demonstraram haver interação entre saúde mental e idade materna e número de crianças presentes no domicílio. Dados convergentes com o do presente estudo aparecem no trabalho de Harpham (2005), pois tanto idade quanto escolaridade materna não se comportaram como confundidoras, bem como houve ausência de variável de interação na associação entre saúde mental materna e desnutrição infantil.

Achados de um estudo realizado com crianças desnutridas grave (indicador peso/idade) hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMPI) também apresentou a maioria dos sujeitos pertencentes à classe social mais baixa e mães com baixa escolaridade (Falbo et al., 2002).

Apesar do presente trabalho ter utilizado um indicador de desnutrição aguda e problemas de saúde mental geralmente não surgirem de forma súbita, característica que

fortalece no atual trabalho a idéia de que problemas de saúde mental materna podem causar desnutrição infantil. Devemos ser prudentes na análise dos resultados deste estudo, visto que, os dados relativos à desnutrição e à saúde mental materna foram coletados ao mesmo tempo, não sendo possível estabelecer a direção da associação. Se considerarmos a visão que enfatiza a influência do comportamento e temperamento infantil no padrão de cuidado materno (Greene et al., 1983; Berns, 2002), poderíamos pensar que uma criança com problemas de saúde pode levar a mãe a se sentir impotente e deprimida pela condição de saúde de seu filho e por se sentirem incapazes de fornecer o cuidado adequado a seus bebês. Um estudo de corte transversal realizado na Turquia com mães de bebês menores de um ano, verificou que bebês com problema de saúde aumentaram o risco de depressão materna e que mães que acreditavam que não dispensavam cuidado adequado aos seus filhos, também tiveram um risco elevado para a depressão (Inandi et al., 2002). Connolly e Kvalsvig, (1993) sugeriram que o baixo peso pode influenciar na prática de cuidados maternos. Desta forma, a condição de saúde do filho pode contribuir para os problemas de saúde mental materna, sendo necessário a realização de um estudo longitudinal para que essas questões sejam melhor elucidadas.

Uma discussão a ser feita diz respeito à limitação deste estudo em avaliar o efeito da ausência paterna na prática de cuidado materno, já que todas as famílias da amostra tinham em seu convívio o pai biológico da criança ou o companheiro de sua mãe, e se estes deixaram de residir com a mãe, essa separação não ultrapassava o período de 1 ano. Segundo Andrade (2003) crianças educadas sem a presença dos pais sofrem com mais frequência às conseqüências da instabilidade de cuidados, especialmente porque recebem cuidados de vizinhos, amigos e parentes no momento em que a mãe se ausenta para trabalhar e prover o sustento da família. Carvalhaes e Benício (2002) verificaram que a ausência de companheiro residente no domicílio quase triplicou o risco para a desnutrição. A ausência paterna prejudica o acesso a bens e serviços indispensáveis à sobrevivência infantil por parte das crianças, já que a mãe passa a depender financeiramente de outros membros da família que podem não priorizar a utilização dos recursos disponíveis para as necessidades da criança (Carvalhaes e Benício, 2002).

No intuito de melhorar a qualidade dos dados, foram adotadas as seguintes medidas neste trabalho: treinamento dos entrevistadores, estudo piloto e retomada das discussões após esta fase do estudo, dupla entrada na digitação dos dados e avaliação da confiabilidade entre observadores.



O presente trabalho não sofreu o efeito do viés de seleção, visto que, tanto caso quanto controle foram cadastrados nos mesmos centros de saúde e para minimizar o viés de diagnóstico e de inclusão/exclusão de sujeitos realizou-se treinamento da equipe responsável pela avaliação antropométrica, confirmação do diagnóstico dado pelos profissionais das unidades de saúde e repetição da aferição das medidas pela equipe da pesquisa.. Para a seleção dos controles foi feita a avaliação do estado nutricional das crianças através dos três indicadores (peso por altura, altura por idade e peso por idade) para afastar a possibilidade da criança apresentar qualquer tipo de deficiência nutricional.

Pelos achados deste estudo verificamos a existência de associação entre a saúde mental materna e desnutrição, entretanto, os caminhos pelos quais este processo se realiza não estão suficientemente esclarecidos, sendo esta uma pequena contribuição na elucidação de tal questão. Cabe um aprofundamento sobre o papel da prática do cuidado materno nesta relação e sobre quais fatores a influenciam, visto que a prática de cuidado materno é um fator fundamental para o desenvolvimento e saúde infantil.

## **8. Considerações finais**

Os achados deste estudo sugerem que o bem-estar psicológico materno pode influenciar a qualidade do cuidado dispensado aos filhos e conseqüentemente o estado de saúde destes.

Apesar da direção causal na associação entre saúde mental materna e desnutrição ainda não estar estabelecida, faz-se necessário políticas que promovam a saúde mental materna, tais como identificação do diagnóstico e tratamento ainda no serviço básico de saúde, bem como o fortalecimento de redes de apoio social nas comunidades em que estão inseridas.

Desta forma, além das medidas atuais de combate à desnutrição, como incentivo ao aleitamento materno, elevado desempenho no cuidado da diarreia, melhorias da situação econômica da população, do saneamento básico, infra-estrutura urbana e do acesso aos serviços de saúde, é importante o suporte e acompanhamento psicológico das mães de crianças desnutridas nos centros de saúde do país. A detecção e tratamento precoce do problema de saúde mental materna podem melhorar o estado nutricional e de saúde infantil, reduzindo assim as taxas de morbimortalidade nesta faixa etária.

## 9. Referências bibliográficas

- ANDRADE, S. A. *Qualidade da estimulação presente no microssistema familiar como fator potencial de desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica*. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia. Salvador – BA. Fev/2003.
- ANDRADE, S. A. SANTOS, D. N. BASTOS, A. C. PEDROMÔNICO, M. R. M. ALMEIDA FILHO, N. e BARRETO, M. L. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev. Saúde Pública*. 39 (4): 606-611.2005.
- ARAÚJO, T. M.; PINHO, P.S e ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 5 (3): 337-348, jul./set./2005.
- ASSIS, A. M. O.; BARRETO, M. L. e colaboradores. *Condições de vida, saúde e nutrição na infância em Salvador*. Universidade Federal da Bahia/Escola de Nutrição/Instituto de Saúde Coletiva/Ministério da Saúde. Salvador: 2000.
- ATKINSON, R. L. ATTKINSON, R.C. SMITH, E.E. BEM, D. J. e NOLEN-HOEKSEMA, S. *Introdução à Psicologia de Hilgard*. Tradução: Daniel Bueno. Artmed Editora. 2002. 13ª edição.
- BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. Artes médicas. 7ª edição. Porto Alegre: 1996.
- BERNS, R. M. *O desenvolvimento da criança*. Tradução: Cecília C. Bartalotti e Marcos Bagno. Edições Loyola. São Paulo. 2002.
- BOWLBY, J. *Apego – A natureza do vínculo*. Volume 1 da trilogia Apego e perda. Martins Fontes. 1990.
- BOWLBY, J. *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos*. Tradução Álvaro Cabral. Martins Fontes. 3ª edição. São Paulo: 1997.
- BRUM, E. H. M. e SCHERMANN, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (2): 457-467, 2004.

- CARVALHAES, M. A.e BENÍCIO, M. H. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev. Saúde Pública*. 36 (2): 188-197, 2002.
- \_\_\_\_\_. Malnutrition in the second year of life na psychosocial care: a case-control study in na urban área of Southeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (11): 2311-2318, nov, 2006.
- CARVALHO, N.M.; GIUGLIANI, E. R. J. SEFFRIN, C. F. e HARTMANN, R. M. Seguimento de crianças com desnutrição moderada ou grave em população periférica (Brasil). *Rev. Saúde Pública*. Vol. 26, nº 4. 223-228. 1992.
- CONNOLLY, K. J. e KVALSVIG, J. D. Infection, nutrition and cognitive performance in children. *Parasitology*. 107. S187-S200.1993.
- COSTA, A. G. e LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 (1): 73-79, jan.-fev, 2005.
- COSTA, J.S.D.; MENEZES, A.M.B.; OLINTO, M.T.A.; GIGANTE, D. P.; MACEDO, S.; BRITO, M.A.P. e FUCHS, S.C. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev. Bras. Epidemiol*. Vol.5, nº2, 2002.
- CRAVIOTO, J. e DELICARDIE, E. Environment correlates of severe clinical malnutrition and language development in survivors from Kwashiorkor or marasmus. In: Nutrition, the nervous system and behavior. *Pan American Health Organization*. pp. 73-94. 1972.
- DESLANDES, S.F. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. *Cad. Saúde Pública*, 10 (supl. 1); 177-187. 1994.
- ENGLE, P. L.; PELTO, G. e BENTLEY, P. Care for nutrition and development. *Journal of the Indian Medical Association*, 98: 530-536. 2000.
- ENGLE, P. L.; MENON, P. e HADDAD, L. Measuring the effects of care on children's nutrition. *International Food Policy Research Institute Report*, 19. 1997.
- FALBO, A. R. e ALVES, J.G.B. Desnutrição grave: alguns aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco

- (IMIP), Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (5): 1473-1477, set-out, 2002.
- FERNANDES, S.R.P. e ALMEIDA FILHO, N. Validação do SRQ-20 em amostra de trabalhadores de informática. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*; 89/90: 105-112, 1998.
- GREENE, J. G.; FOX, N. A. e LEWIS, M. The relationship between neonatal characteristics and three-month mother-infant interaction in high-risk infants. *Child Development*, 54, 1286-1296. 1983.
- GOULART, R.M.M. JUNIOR, I.F. e SOUZA, M.F.M. Recuperação nutricional de crianças desnutridas e em risco nutricional em programas de suplementação alimentar no Município de Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 23 (1): 147-156, jan.2007.
- HALPERN, R.; GIUGLIANI, E.R.J.; VICTORA, C.G.; BARROS, F. C. e HORTA, B. L. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria*. Vol. 76, nº 6. 2000.
- HARPHAM, T. HUTTLY, S. DE SILVA, M. J. e ABRAMSKY, T. Maternal mental health and child nutritional status in four developing countries. *J. Epidemiology. Community Health*. 2005; 59; 1060-1064.
- HARPHAM, T.; REICHENHEIM, M.; OSER, R.; THOMAS, E.; HAMID, N.; JASWAL, S.; LUDERMIR, A. e AIDOO, M. How to do (or not to do) ... Measuring mental health in a cost-effective manner. *Health and Policy Planning* 2003; 18: 344-349.
- HASSELMANN, M. H. *Violência Familiar e a Ocorrência de Desnutrição Grave na Infância: Um Estudo Caso-controle e suas Investigações Ancilares*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.2002.
- HASSELMANN, M. H.; LOPES, C. S. e REICHENHEIM, M. E. Confiabilidade das aferições de estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Rev. de Saúde Pública*, 32 (5): 437-446.1998.

- HUMPHREYS, D.; ARAYA, M.; CRUCHET, S.; ESPINOZA, J. e BRUNSER, O. Maternal neurotic symptoms and infants' risk of developing persistent diarrhea. *Rev. de Saúde Pública*, 30 (3): 213-7.1996.
- INANDI, T.; ELICI, O. C.; OZTURK, A.; EGRI, M.; POLAT, A. e SAHIN, T. K. Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology*. 31: 1201-1207. 2002.
- KAC, G.; SILVEIRA, E.A.; OLIVEIRA, L.C. e MARI, J.J. Fatores relacionados à prevalência de morbidades psiquiátricas menores em mulheres selecionadas em um Centro de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5): 999-1007, mai, 2006.
- KERR, M. A.D.; BOGUES, J.L. e KERR, D.S. Psychosocial functioning of mothers of malnourished children. *Pediatrics*. 62:778-784. 1978.
- KLEINBAUM, D. G. *Logistic Regression – a self-learning text*. Springer – Verlag. 1992.
- JUNIOR, A.L. C. e ZANNON, C. M.L.C. Desnutrição e desenvolvimento comportamental: questões metodológicas. *Estudos de Psicologia*. 2 (2), 263-276. 1997.
- MARI, J.J. e WILLIAMS, P. A Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*. 148, 23-26. 1986.
- MATOS, S. M. A. *Prevalência de Enteroparasitoses e sua relação com o estado antropométrico na infância, Salvador-BA*. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAUDE – *Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)*. Jul/2003. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br>
- MINISTÉRIO DA SAUDE/Sociedade civil bem-estar familiar no Brasil (BEMFAM). *Brasil – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Março, 1997.
- MIRANDA, C. T.; PAULA, C. S.; SANTOS, L.; NOBREGA, F. J.; HUNDEIDE, K e ORLEY, J. Association between mother-child interaction and mental health among mothers of malnourished children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 46: 314.2000.

- MIRANDA, C.T.; TURECK, G.; MARI, J.J.; ANDREOLI, S.B.; MARCOLIM, M.A.; GOIHMAN, S.; PUCCINI, R.; STROM, B. e BERLIN, J.A. Mental Health of the Mothers of Malnourished Children. *International Journal of Epidemiology*. 25, 128-33. 1996
- NOBREGA, F. J.; VITOLO, M. R.; BRASIL, A. L. D. e LOPEZ, F. A. Condição nutricional de mães e filhos: Relação com o peso ao nascimento, variáveis maternas e sócio-econômicas. *Jornal de Pediatria*. 67: 288-296. 1991.
- NOBREGA, F.J. e CAMPOS, A. L.R. Fraco vínculo mãe/filho: importante fator de risco de desnutrição. *ARS CVRANDI – A revista da clínica médica*, 47-56, jun.1993.
- OLINTO, M. T. A.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. e TOMASI, E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (supl. 1): 14-27. 1993.
- PEREIRA, M. G. Epidemiologia – Teoria e prática. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1995.
- RAHMAN, A.; HARRINGTON, R.; BUNN, J. Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child: care, health and development*. 28 (1): 51-56, jan. 2002.
- RAHMAN, A.; LOVEL, H.; BUNN, J.; IQBAL, Z. e HARRINGTON, R. Mother's mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child: Care, health and Development*. 30, 21-27. 2004.
- REICHENHEIM, M. E.; e HARPHAM, T. Maternal Mental Health in a squatter settlement in Rio de Janeiro. *British Journal of Psychiatry*. 159, 683-690. 1991.
- SANTOS, L.M. *Qualidade do ambiente, estado nutricional e desenvolvimento cognitivo na primeira infância*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal da Bahia. Salvador –BA. Dez. /2004.
- SCHERMANN, L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas em Psicologia da SBP*, vol. 9, nº 1, 55-61.2001.

- SOLYMOS, G. M. B. A experiência vivida de mães de desnutridos: um novo enfoque para intervenção em desnutrição infantil. *Psychiatry On-line Brazil Current Issues* (2) 12. 1997. Disponível em [www.priory.com/psych/desnut.htm](http://www.priory.com/psych/desnut.htm)
- TEIXEIRA, J.C. e HELLER, L. Fatores ambientais associados à desnutrição infantil em áreas de invasão, Juiz de Fora, MG. *Rev. Bras. Epidemiol.*, vol. 7, nº 3, 2004; 270-278.
- UNICEF. Desnutrição – ameaça à saúde. Situação da Infância Brasileira 2006.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service. Center of Disease Control. Epi Info versão 5.01b – Um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores. 1ª edição em língua portuguesa. 1992.
- WHO. *A user's guide to self-reporting questionnaires*. Geneva: Division of mental health, WHO, 1994.
- WHO. 2001a. *The world health report: mental health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2001b. *Atlas: Mental health resources in the world. Mental health determinants and populations*. Geneva: World Health organization.
- ZAMBERLAN, M. A. T. e BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Detecção de níveis de riscos psicossociais através do inventário HOME em ambientes de populações urbanas de baixa renda. In: *Interações familiares – teoria, pesquisa e subsídios à intervenção*. Editora UEL, Londrina, 1997



## 10. Anexos

### ANEXO I – Termo de consentimento



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA / INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA

Rua Pe. Feijó, 29, Canela - 40.110-170 SAS -Bahia- Brasil ■  
☎(005571) 245-0544 fax 237-5856

Salvador \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### Termo de Consentimento

O presente estudo tem como objetivo conhecer em maiores detalhes o papel dos fatores psico-sociais na determinação da desnutrição infantil no contexto urbano do município de Salvador/Ba. Serão incluídas neste estudo crianças com até 5 anos de idade, portadoras de desnutrição grave/moderada, diagnosticadas pelas Unidades de Saúde dos Distritos Sanitários Centro Histórico, Pau da Lima e Subúrbio Ferroviário. Todas estas crianças serão submetidas, em visita domiciliar, a uma completa avaliação antropométrica (medidas de peso e altura). Será aplicada a mãe de cada criança identificada para o estudo os questionários para se recolher informações referentes aos fatores nutricionais e psicossociais associados a desnutrição.

As famílias das crianças diagnosticadas como desnutridas, enquanto estiverem sob responsabilidade dos serviços aonde foram diagnosticadas, poderão contar com o apoio da equipe técnica do projeto que estará disponível em colaborar no processo de tratamento destas crianças.

Seu filho(a)\_\_\_\_\_foi selecionado (a) para participar do estudo, que inclui avaliação nutricional e exame psico-social familiar. Todas estas informações serão estritamente confidenciais e só serão utilizadas para o presente estudo, e em nenhum momento seu filho será identificado.

Após ser informado (a) da natureza do estudo e de entender que a participação do meu filho (a) é voluntária e que tenho todo o direito de retirá-lo a qualquer momento concordo com a sua participação neste estudo

Nome do responsável-----

Assinatura-----

ANEXO II – questionário sócio-econômico



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 FAPESB- FATORES DE RISCO PARA A DESNUTRIÇÃO MODERADA E GRAVE NO CONTEXTO  
 URBANO ATUAL: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE  
 Questionário Sócio-Econômico

- |    |                                   |      |
|----|-----------------------------------|------|
| 1. | Nome da criança _____             | 1.   |
| 2. | Código da criança .               | V 2. |
| 3. | Data da entrevista ____/____/____ | V 3. |
| 4. | Entrevistadora _____              | V 4. |

**A – IDENTIFICAÇÃO DA HABITAÇÃO**

- |    |  |      |
|----|--|------|
| 4. | Endereço: _____<br>Nº _____<br>Nome do prédio _____ N° apto _____ bloco _____<br>Ponto de referência _____ | V 4. |
| 5. | Bairro _____   | V 5. |
| 6. | Fone(s) p/ contato _____   | V 6. |

**B – OBSERVAÇÕES SOBRE MORADIA E AMBIENTE**

- |     |   |       |
|-----|---|-------|
| 7.  | <b>Pavimentação</b> ( <i>observar</i> )<br>1. rua e calçada pavimentadas                      2. somente a rua é pavimentada<br>3. somente a calçada é pavimentada                4. nem rua nem calçada pavimentadas<br>5. caminho/escada pavimentada                    6. caminho/escada não pavimentado | V 7.  |
| 8.  | <b>Presença, perto da habitação (30 m), de alguma vala de esgoto a céu aberto</b><br>( <i>observar</i> )      1. sim                      2. não  | V 8.  |
| 9.  | <b>Presença, perto da habitação (30 m), de córrego, riacho, brejo, lago</b> ( <i>observar</i> )<br>1. sim                      2. não<br>( <i>Atenção: se SIM, lembre-se de responder à pergunta 175</i> )  | V 9.  |
| 10. | <b>Presença, perto da habitação (30 m), de algum ponto de lixo, ou acúmulo de lixo</b><br>( <i>Atenção: não representa o lixo produzido apenas naquele domicílio</i> ) ( <i>observar</i> )<br>1. sim                      2. não  | V 10. |
| 11. | <b>Presença de lixo do domicílio, acumulado no quintal ou no passeio sem<br/>         acondicionar</b> ( <i>observar</i> )<br>1. sim                      2. não  | V 11. |
| 12. | <b>Tipo de habitação</b> ( <i>observar</i> )    1. casa    2. apartamento    3. barraco    4. quarto  | V 12. |

<b>13. Material e o acabamento predominante (mais de 50%) das paredes externas da habitação (observar)</b> 1.blocos, ou parede em concreto pré-moldada, com revestimento 2.blocos, ou parede em concreto pré-moldada, sem revestimento 3.reaproveitamento de madeira, lata ou papelão 4.taipa	V 13.
<b>14. Tipo de cobertura da habitação (observar)</b> 1.laje de concreto, seguida de telha de cerâmica ou cimentoamianto (eternit) 2.laje de concreto      3.telha de cerâmica      4.telha de cimentoamianto (eternit) 5.zinco      6.madeirite, compensado      7.plástico, palha	V 14.

### C – INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTADA

(ATENÇÃO: o questionário deve ser aplicado à mãe biológica ou mãe de criação ou madrasta da criança, ou à pessoa com quem a criança mora e quem dela cuida habitualmente)

<b>15. A Sra é a mãe biológica da criança?</b> 1.sim      2.não (se SIM, pular a questão 16, responder 66 à questão 17 e passar à questão 18)	V 15.
<b>16. A Sra é a _____ da criança</b> (mãe de criação, madrasta, avó, etc.)	V 16.
<b>17. O que aconteceu com a mãe biológica da criança?</b> 1.não mora mais no domicílio      2.faleceu      9.NS/NR      66.não se aplica	V 17.
<b>18. Nome da Sra _____</b>	V 18.
<b>19. Estado civil (ler as opções)</b> 1.solteira      2. casada      3.união livre      4 separada/divorciada      5.viúva	V 19.
<b>20. Data de Nascimento (dd/mm/aa) (comprovar com documento) ____/____/____</b>	V 20.
<b>21. Quantas gestações a Sra teve?</b>	V 21.
<b>22. Em sua opinião, como é que a Sra definiria a sua cor? _____</b>	V 22.
<b>23. Durante quantos anos a Sra frequentou a escola?(até curso de graduação incluído)</b>	V 23.
<b>24. Até que série a Sra estudou?</b> 1. não sabe ler nem escrever      2. sabe ler e escrever (ensino informal) 3. primário incompleto      4. primário completo 5. ginásio incompleto (estudou entre a 5ª e 8ª série)      6. ginásio completo (8ª série completo) 7. 2º grau incompleto      8. 2º grau completo 9. superior incompleto      10. superior completo	V 24.
<b>25. Em sua casa, a Sra faz os trabalhos domésticos?</b> 1.faz só      2.faz com ajuda (de empregada ou diarista) faz com ajuda (de outro tipo de pessoas, especificar)_____      3.não faz	V 25.

<b>26. Neste momento, a Sra tem algum tipo de renda?</b> 1.sim (trabalho, com ou sem carteira) 2.sim (aposentadoria, pensão, pensão alimentícia, aluguel) 3.sim (seguro de desemprego) 4.sim (doação) 5.não	V 26.
<b>27. se 1.SIM, onde a Sra exerce o trabalho?</b> 1.trabalha fora de casa      2.trabalha em casa      6.não trabalha	V 27.
<b>28. Quantos dias a Sra trabalha por semana?</b> 1. trabalha 3 dias ou menos por semana, uma parte do dia 2. trabalha 3 dias ou menos por semana, o dia todo 3. trabalha 4 dias ou mais por semana, uma parte do dia 4. trabalha 4 dias ou mais por semana, o dia todo 6. não se aplica	V 28.

#### D – INFORMAÇÕES SOBRE MORADIA E AMBIENTE

<b>29. Há quanto tempo a Sra mora no atual domicílio?</b> 1. menos de 6 meses      2. de 6 meses até menos de 2 anos 3. de 2 anos até menos de 5 anos      4. 5 anos ou mais	V 29.
<b>30. A habitação é:</b> 1.própria      2.alugada      3.sublocada/cedida	V 30.
<b>31. Quantas pessoas moram no seu domicílio (incluindo a pessoa entrevistada)?</b>	V 31.
<b>32. Quantas crianças tem de até 5 anos de idade (inclusive)?</b>	V 32.
<b>33. Quantas crianças tem de 6 a 15 anos?</b>	V 33.
<b>A Sra mantém em casa algum desses animais? (indicar o número; 0 se não)</b>	
<b>34. cão</b>	V 34.
<b>35. indicar a idade, em MESES, do cão (se mais de 1, do cão mais novo; 66 não se aplica)</b>	V 35.
<b>36. gato</b>	V 36.
<b>37. galinha</b>	V 37.
<b>38. pássaro</b>	V 38.
<b>39. outro(s) (especificar tipo e número) _____</b>	V 39.
<b>40. Quantos cômodos tem a habitação? (excluir banheiro e varanda)</b>	V 40.
<b>41. Quantos cômodos são usados para dormitório?</b>	V 41.
<b>42. A cozinha é usada em comum com alguma outra família?</b> 1.sim    2 não	V 42.
<b>43. Verificar se o local da cozinha é independente (observar)</b> 1.sim    2 não	V 43.
<b>44. Largura máxima do local da cozinha (em m; observar)</b>	V 44.
<b>45. Comprimento da superfície que a Sra usa para a preparação dos alimentos (em cm; observar)</b>	V 45.

<p><b>46. Material e o acabamento predominante (mais de 50%) das paredes internas do cômodo em que acontece a entrevista (observar)</b></p> <p>1.blocos, ou parede pré-moldada em concreto, com revestimento  2.blocos, ou parede pré-moldada em concreto, sem revestimento  3.reaproveitamento de madeira, lata ou papelão  4.taipa</p>	V 46.
<p><b>47. Tipo predominante (mais de 50%) de piso do cômodo em que acontece a entrevista (observar)</b></p> <p>1.cerâmica ou mármore ou linóleo      2.cimentado      3.madeira (taco ou tabuado)  4.carpete      5.madeira sobre palafitas      6.terra batida</p>	V 47.
<p><b>48. De onde vem a água usada na sua habitação?</b></p> <p>1.água da Embasa (incluindo ‘gato’) com canalização interna  2.água da Embasa (incluindo ‘gato’) <u>exclusivamente</u> com ponto de água externo  3.água de chafariz  outro (<i>especificar</i>) _____</p>	V 48.
<p><b>49. Quantas torneiras <u>internas</u> em funcionamento há na habitação?</b></p>	V 49.
<p><b>50. Quantas vezes a habitação ficou sem água nos últimos 15 dias?</b></p> <p>1.nunca faltou      2.chega uma vez no dia e depois vai embora  3.faltou menos de 8 dias      4.faltou 8 dias ou mais</p>	V 50.
<p><b>51. Como a Sra reserva a água de beber na habitação?</b></p> <p>1.em recipiente com tampa      2.em recipiente sem tampa      3.não guarda</p>	V 51.
<p><b>52. As pessoas da família, para fazerem suas necessidades, usam: (ler as opções)</b></p> <p>1.um banheiro, dentro da casa      2.mais de um banheiro, dentro da casa  3.banheiro fora de casa      4.banheiro de parentes ou vizinhos      5.banheiro coletivo  outro (<i>especificar</i>) _____</p>	V 52.
<p><b>53. Características do sanitário ou latrina que sua família usa: (ler as opções)</b></p> <p>1.vaso sanitário com a descarga de água (funcionando)  2.vaso sanitário sem a descarga de água (ou com a descarga de água não funcionando)  3.casinha com buraco ou vaso sanitário sem uso de água</p>	V 53.

**Onde a(s) criança(s) da casa, de até 4 anos, costuma(m) defecar?**

Idade (meses)	Modalidade	Eliminação I (se a resposta de Modalidade for 2) <b>Onde a Sra esvazia o urinol?</b>	Eliminação II (se a resposta de Modalidade for 3) <b>Onde a Sra joga fora a fralda?</b>	Limpeza 1 (se a resposta de Modalidade for 4 ou 5) <b>Onde a Sra costuma deixar de molho ou lavar a fralda, ou a roupa com dejeções?</b>	Limpeza 2 (se a resposta de Modalidade for 4 ou 5) <b>Onde a Sra costuma jogar as águas de lavagem da fralda, ou da roupa com dejeções?</b>
	1.vaso sanitário 2.urinol 3.fralda descartável 4.fralda de pano 5.na roupa 6.no chão outro ( <i>especificar</i> )	1.vaso sanitário 2.lixo 3.quintal 6.não se aplica outro ( <i>especificar</i> )	1.lixo da cozinha 2.lixo do banheiro 3.quintal 6.não se aplica outro ( <i>especificar</i> )	1. balde ou bacia no banheiro 2. balde ou bacia na cozinha 3.pia no banheiro 4.pia na cozinha	1.vaso sanitário 2.quintal 3.rua 6.não se aplica

				5.lavanderia, tanque 6.não se aplica outro ( <i>especificar</i> )	outro ( <i>especificar</i> )
V54.	55. V	56. V	57. V	58. V	59. V
V60.	V61.	V62.	V63.	V64.	V65.
V66.	V67.	V68.	V69.	V70.	V71.
V72.	V73.	V74.	V75.	V76.	V77.
V78.	V79.	V80.	V81.	V82.	V83.

<p><b>84. Para onde vão os dejetos sanitários (fezes e urina) da habitação?</b> (<i>perguntar e comprovar</i>)</p> <p>1.rede de esgoto      2.rede de drenagem      3.escadaria drenante 4. fossa séptica fechada 5.fossa séptica com lançamento na rede de esgoto 6.fossa séptica com lançamento na rede de drenagem ou escadaria drenante 7.fossa séptica com lançamento em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho 8.buraco escavado 9.diretamente em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho, mar</p>	V 84.	
<p><b>85. Se a resposta for ‘9.canal, vala, etc’, indicar a distância aproximativa da habitação, em metros, do canal, vala, riacho, mar</b></p>	V 85.	m
<p><b>86. Para onde vão as águas servidas (pias, chuveiro) da habitação?</b> (<i>perguntar e comprovar</i>)</p> <p>1.rede de esgoto      2.rede de drenagem      3.escadaria drenante 4. fossa séptica fechada 5.fossa séptica com lançamento na rede de esgoto 6.fossa séptica com lançamento na rede de drenagem ou escadaria drenante 7.fossa séptica com lançamento em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho 8.buraco escavado 9.diretamente em canal ou vala a céu aberto, rua, riacho, mar</p>	V 86.	
<p><b>87. Se a resposta for ‘9.canal, vala, etc’, indicar a distância aproximativa da habitação, em metros, do canal, vala, riacho, mar</b></p>	V 87.	m
<p><b>88. Onde a Sra guarda o lixo gerado no banheiro, antes dele ser jogado fora?</b></p> <p>1.vasilha com tampa (com ou sem saco) 2.vasilha sem tampa (com ou sem saco), ou saco sem vasilha 3.joga direto na privada ou latrina</p>	V 88.	
<p><b>89. (se a prática de eliminação dos dejetos é o ‘balão’) Destino do ‘balão’</b> (<i>especificar</i>)</p>	V 89.	
<p><b>90. Onde a Sra guarda o lixo produzido na sua habitação, antes dele ser jogado fora?</b></p> <p>1.vasilha com tampa (com ou sem saco) 2.vasilha sem tampa (com ou sem saco), ou saco sem vasilha</p>	V 90.	
<p><b>91. Quando a Sra tira o lixo da casa, aonde a Sra o leva?</b></p> <p>1.coloca na frente da casa/prédio para o caminhão coletor 2.coloca em ponto de lixo ou em áreas abertas na sua rua 3. coloca em ponto de lixo ou em áreas abertas em outra rua do seu bairro 4.enterra ou queima      4.joga no quintal      6.joga no rio ou esgoto</p>	V 91.	
<p><b>92. O lixo é coletado na sua rua?</b></p> <p>1.sim      2 não</p>	V 92.	

<b>93. Com que frequência ocorre a coleta do lixo?</b> 1.diária      2.dia sim dia não      3.uma vez por semana 4.menos que uma vez por semana      5.de vez em quando      6.não é feita	<b>V 93.</b>
<b>94. Quando chove muito, o que acontece na habitação?</b> 1.alaga a casa toda ou parte da casa      2.alaga a rua em frente à casa 3.não ocorre alagamento	<b>V 94.</b>
<b>Verificar a presença na habitação dos seguintes itens (perguntar, e indicar o número de peças para cada item, 0 se nenhuma):</b>	
<b>95.</b> geladeira sem freezer	<b>V 95.</b> <b>96.</b> Geladeira com freezer, ou freezer separado
<b>97.</b> TV colorida	<b>V 97.</b> <b>98.</b> TV preto e branco
<b>99.</b> radio	<b>V 99.</b> <b>100.</b> forno de microondas
<b>101.</b> máquina de lavar roupa	<b>V 101.</b> <b>102.</b> máquina de lavar louça
<b>103.</b> telefone fixo (número de linhas)	<b>V 103.</b> <b>104.</b> telefone celular
<b>105.</b> aparelho de videocassete	<b>V 105.</b> <b>106.</b> filmadora vídeo
<b>107.</b> computador	<b>V 107.</b> <b>108.</b> carro para uso privado
	<b>109.</b> ano do carro ( <i>do mais novo, se mais de 1</i> )
<b>110. Presença de fezes, no quintal ou outras áreas da habitação (observar)</b> 1.sim      2.não	<b>V 110.</b>
<b>111. se SIM, as fezes são aparentemente humanas? (observar)</b> 1.sim      2.não	<b>V 111.</b>

## E – INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

### E1 – INFORMAÇÕES GERAIS

(ATENÇÃO: se a entrevistada não for a mãe biológica da criança, as perguntas de 117 a 120 poderão ser respondidas com '66' ('não se aplica'), caso a entrevistada não saiba ou não lembre o acontecido com relação à mãe biológica)

<b>112.</b> NOME da criança _____	<b>V 112.</b>
<b>113. Sexo</b> 1.masculino      2.feminino	<b>V 113.</b>
<b>114. Data de nascimento</b> (dd/mm/aa) ( <i>comprovar com documento</i> ) ____/____/____	<b>V 114.</b>
<b>115. O pai biológico de (NOME) mora no mesmo domicílio com a Sra?</b> 1.sim      2.não	<b>V 115.</b>
<b>116. (se NÃO) A Sra tem marido ou companheiro?</b> 1.sim      2.não	<b>V 116.</b>
<b>117. A Sra fez pré-natal durante a gestação de (NOME)?</b> 1.sim      2.não      66. não se aplica	<b>V 117.</b>
<b>118. Em que mês da gestação fez a primeira consulta pré-natal?</b> 66.não se aplica	<b>V 118.</b>
<b>119. Quantas consultas foram feitas?</b> 66.não se aplica	<b>V 119.</b>
<b>120. Como (NOME) nasceu?</b> 1.parto natural      3.parto cesáreo      2.parto com aplicação de forceps      66.não se aplica	<b>V 120.</b>

121. Ao nascer, quanto (NOME) pesava?	9.NS/NR	V 121. _____ g
122. Ao nascer, quanto (NOME) media?	9.NS/NR	V 122. _____ cm
123. No momento, (NOME) tem algum dente nascendo? 1.sim 2.não		123.
124. Qual o intervalo interpartal com irmã (o) contigualmente mais jovem?		V 124.
125. Qual o intervalo interpartal com irmã (o) contigualmente mais velho?		V 125.
126. Qual o número de ordem de nascimento de (NOME)?		V 126.
<b>VACINAS QUE (NOME) JÁ TOMOU</b> ( <i>solicitar carteira de vacinação</i> )		
127. Antipolio (número de doses; 0 se nenhuma)		V 127.
128. DPT (número de doses; 0 se nenhuma)		V 128.
129. Sarampo (número de doses; 0 se nenhuma)		V 129.
130. BCG (número de doses; 0 se nenhuma)		V 130.
131. Hepatite B (número de doses; 0 se nenhuma)		V 131.
132. Presença da cicatriz vacinal de BCG ( <i>verificar</i> )	1.sim 2.não	V 132.
133. Quem é a pessoa que habitualmente prepara os alimentos de (NOME)? ( <i>especificar</i> ) _____		V 133.

## E2 – INFORMAÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS

134. (NOME) tem algum convênio de saúde?	1.sim 2.não	V 134.
135. Nos últimos 12 meses, (NOME) foi internado/a? 1.sim 2.não 7-NS 8-NR		V 135.
136. Se SIM, Quantas vezes? _____		V 136.
137. se SIM, por qual (quais) motivo(s)? _____		137.

## E3 – OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA

138. (NOME) ainda mama no peito? ( <i>se SIM, responder à questão 139;</i> <i>se NÃO, colocar 6 para a questão 139 e passar à questão 140</i> )	1.sim 2.não	V 138.
139. (NOME) toma o leite só ou com algum outro alimento? 1. só 2. com outro alimento 6. não se aplica ( <i>se '1. só', colocar 6 para as questões 140, 143, 144, 145 e 146, 6666 para as questões 141 e 142 e passar à questão 147;</i> <i>se '2. com outro alimento', colocar 6 para a questão 140, responder à questão 141, colocar 6666 para a questão 142 e 6 para a 143, e passar à questão 144</i> )		V 139.
140. (NOME) tomou o peito durante algum tempo? 1.(NOME) tomou 2.(NOME) nunca tomou 6. não se aplica 9.NS/NR		V 140.



(se '1. tomou', responder às questões 141 e 142, colocar 6 para a questão 143 e passar à questão 144;  
se '2. nunca tomou', colocar 6666 para as questões 141 e 142 e passar à questão 143

<b>141. Até que idade (NOME) recebeu leite materno SEM outro alimento?</b> _____ dias ou _____ meses ou _____ anos (6666. não se aplica)	<b>V 141.</b>  (converter em dias)																																
<b>142. Até que idade (NOME) recebeu leite materno COM outro alimento?</b> _____ dias ou _____ meses ou _____ anos (6666. não se aplica)	<b>V 142.</b>  (converter em dias)																																
<b>143.</b> Porque (NOME) nunca tomou o peito? 1.a mãe não teve leite    2.trabalho da mãe    3.doença da mãe 4.doença da criança    6. não se aplica    9.NS/NR outro (especificar) _____	<b>V 143.</b>																																
<b>144. Qual foi o primeiro leite diferente do leite materno que (NOME) recebeu?</b> 1. leite em pó integral    2. leite em pó modificado 3. leite líquido integral    6. não se aplica    9.NS/NR	<b>V 144.</b>																																
<b>145. Foi adicionada farinha (engrossante) a esse leite?</b> 1.sim    2.não    6. não se aplica    9.NS/NR	<b>V 145.</b>																																
<b>146. Foi adicionado açúcar a esse leite?</b> 1.sim    2.não    6. não se aplica    9.NS/NR	<b>V 146.</b>																																
<p>Sobre introdução de alimentos na dieta da criança; informar a idade da introdução em meses (ATENÇÃO: só para as crianças menores de 2 anos; 66 se criança de 2 anos ou mais; 0 se não; 99 NS/NR)</p> <table border="0"> <tr> <td><b>147.</b> água/chá</td> <td><b>V 147.</b></td> <td><b>148.</b> suco de frutas</td> <td><b>V 148.</b></td> </tr> <tr> <td><b>149.</b> papa de frutas</td> <td><b>V 149.</b></td> <td><b>150.</b> papa de verduras</td> <td><b>V 150.</b></td> </tr> <tr> <td><b>151.</b> caldo de carne</td> <td><b>V 151.</b></td> <td><b>152.</b> gema de ovo</td> <td><b>V 152.</b></td> </tr> <tr> <td><b>153.</b> clara de ovo</td> <td><b>V 153.</b></td> <td><b>154.</b> ovo inteiro</td> <td><b>V 154.</b></td> </tr> <tr> <td><b>155.</b> Óleo</td> <td><b>V 155.</b></td> <td><b>156.</b> arroz</td> <td><b>V 156.</b></td> </tr> <tr> <td><b>157.</b> Carne</td> <td><b>V 157.</b></td> <td><b>158.</b> caldo de feijão</td> <td><b>V 158.</b></td> </tr> <tr> <td><b>159.</b> feijão</td> <td><b>V 159.</b></td> <td><b>160.</b> farinha de mandioca</td> <td><b>V 160.</b></td> </tr> <tr> <td><b>161.</b> comida caseira</td> <td><b>V 161.</b></td> <td><b>162.</b> peixe</td> <td><b>V 162.</b></td> </tr> </table>		<b>147.</b> água/chá	<b>V 147.</b>	<b>148.</b> suco de frutas	<b>V 148.</b>	<b>149.</b> papa de frutas	<b>V 149.</b>	<b>150.</b> papa de verduras	<b>V 150.</b>	<b>151.</b> caldo de carne	<b>V 151.</b>	<b>152.</b> gema de ovo	<b>V 152.</b>	<b>153.</b> clara de ovo	<b>V 153.</b>	<b>154.</b> ovo inteiro	<b>V 154.</b>	<b>155.</b> Óleo	<b>V 155.</b>	<b>156.</b> arroz	<b>V 156.</b>	<b>157.</b> Carne	<b>V 157.</b>	<b>158.</b> caldo de feijão	<b>V 158.</b>	<b>159.</b> feijão	<b>V 159.</b>	<b>160.</b> farinha de mandioca	<b>V 160.</b>	<b>161.</b> comida caseira	<b>V 161.</b>	<b>162.</b> peixe	<b>V 162.</b>
<b>147.</b> água/chá	<b>V 147.</b>	<b>148.</b> suco de frutas	<b>V 148.</b>																														
<b>149.</b> papa de frutas	<b>V 149.</b>	<b>150.</b> papa de verduras	<b>V 150.</b>																														
<b>151.</b> caldo de carne	<b>V 151.</b>	<b>152.</b> gema de ovo	<b>V 152.</b>																														
<b>153.</b> clara de ovo	<b>V 153.</b>	<b>154.</b> ovo inteiro	<b>V 154.</b>																														
<b>155.</b> Óleo	<b>V 155.</b>	<b>156.</b> arroz	<b>V 156.</b>																														
<b>157.</b> Carne	<b>V 157.</b>	<b>158.</b> caldo de feijão	<b>V 158.</b>																														
<b>159.</b> feijão	<b>V 159.</b>	<b>160.</b> farinha de mandioca	<b>V 160.</b>																														
<b>161.</b> comida caseira	<b>V 161.</b>	<b>162.</b> peixe	<b>V 162.</b>																														
<b>163. Que tipo de água de beber é oferecido a (NOME)?</b> 1.água de torneira    2. água filtrada    3. água fervida    4.água mineral outro (especificar) _____	<b>V 163.</b>																																
<b>164. (NOME) usa mamadeira?</b> 1.sim    2.não (se NÃO, responder 6 às questões de 165 a 168 e passar à questão 169)	<b>V 164.</b>																																
<b>165. Com que tipo de água são preparadas as refeições de mamadeira?</b> 1.água de torneira    2. água filtrada 3. água fervida    4.água mineral    6. não se aplica outro (especificar) _____	<b>V 165.</b>																																

<b>166. Normalmente, (NOME) toma todo o conteúdo da mamadeira de uma vez só?</b> 1.sim      2.não      6. não se aplica <i>(se SIM, responder 6 à questão seguinte)</i>	<b>V 166.</b>
<b>167. O que a Sra faz com o restante da mamadeira?</b> 1. joga fora 2. guarda na geladeira para dar a (nome) outra vez 3. guarda no isopor para dar a (nome) outra vez 4. guarda fora da geladeira ou do isopor 5. dá para outra pessoa 6. não se aplica	<b>V 167.</b>
<b>168. Que tipo de cuidado a Sra tem com a mamadeira?</b> <i>(ler as opções)</i> 1.lava com água, sabão (ou detergente) e escova 2.lava com água e sabão (ou detergente) 3.lava com água      4.ferve      5.usa esterilizador 6.não se aplica      7.nenhum cuidado	<b>V 168.</b>
<b>169. (NOME) frequenta alguma creche/escolinha?</b> 1.sim, de manhã      2.sim, de tarde      3.sim, o dia inteiro      4.não <i>(se não, responder 6 às questões de 170 a 174 e passar à questão 175)</i>	<b>V 169.</b>
<b>Qual(quais) das refeições diárias (NOME) faz na creche / escolinha?</b>	
<b>170.</b> café da manhã      1. sim      2. não      6. não se aplica	<b>V 170.</b>
<b>171.</b> merenda das 10 horas      1. sim      2. não      6. não se aplica	<b>V 171.</b>
<b>172.</b> almoço      1. sim      2. não      6. não se aplica	<b>V 172.</b>
<b>173.</b> merenda das 15 horas      1. sim      2. não      6. não se aplica	<b>V 173.</b>
<b>174.</b> jantar      1. sim      2. não      6. não se aplica	<b>V 174.</b>
<b>175.</b> <i>(caso tenha sido observado, perto da habitação, algum córrego, riacho, brejo, etc.- ver questão 9)</i> <b>(NOME) entra em contato com essa(s) água(s)?</b> 1.sim      2.não      6.não se aplica	<b>V 175.</b>
<b>176. Em que lugar (lugares) (NOME) passa a maior parte do tempo?</b> <i>(indicar no máximo 3 lugares)</i> 1.casa      2 creche      3.rua      4.casa de parentes      5.casa de vizinhos outro <i>(especificar)</i> _____	<b>V 176.</b>
<b>177.</b> Sua família está sendo contemplada com algum destes Programas? 1. ICCN (Incentivo ao Combate das Carências Nutricionais) <i>(Programa de leite ou óleo)</i> 2. Programa de Complementação Alimentar <i>(Prato Amigo)</i> 3. Nossa Sopa <i>(sopão)</i> 4. não	<b>V 177.</b>
<b>178.</b> Sua residência foi contemplada com algum destes Programas? 1.Viver melhor      2. Programa Bahia Azul      3. não	<b>V 178.</b>

## F – INFORMAÇÕES SOBRE O SUSTENTO ECONÔMICO DA FAMÍLIA

**De onde provem o sustento econômico da sua família?** (preencher o quadro abaixo)

- Em caso de fontes múltiplas de renda para a mesma pessoa, registrar na col.4 as fontes e na col.5 a renda global;
- em caso de doação, registrar na col.3 o membro da família que a recebe, escrever 'doação' na col.4, indicando entre parênteses a origem da doação (entidade filantrópica, ex-marido ou ex-companheiro, etc) e registrar na col.5 o valor aproximativo da doação;
- em caso de pensão alimentícia, registrar na col.3 o membro da família que a recebe e, na col.4, escrever 'pensão alimentícia';
- em caso de bolsa alimentação, bolsa trabalho infantil e vale gás, registrar na col.3 o membro da família que a recebe e, na col.4, escrever 'bolsa alimentação', 'bolsa trabalho infantil' ou 'vale gás';
- em caso de bolsa escolar, registrar na col.3 o membro da família que a recebe e, na col.4, escrever 'bolsa escolar'.

**Relação com a ENTREVISTADA:** 1 marido/companheiro, 2 mãe/pai, 3 filho/a, 4 irmão/irmã, 5 sogro/a, 6 genro/nora, 7 cunhado/a, 8 neto/a, 9 enteado/a, 10 a entrevistada.

1.Idade (anos)	2.Sexo (M,F)	3.Relção (com a ENTREVISTADA) (especificar) (código)	4.Tipo de trabalho ou outra condição (especificar) (código)	5.R\$ por mês (último mês)
V 179.	V 180.	V 181.	V 182.	V 183.
V 184.	V 185.	V 186.	V 187.	V 188.
V 189.	V 190.	V 191.	V 192.	V 193.
V 194.	V 195.	V 196.	V 197.	V 198.
V 199.	V 200.	V 201.	V 202.	V 203.
V 204.	V 205.	V 206.	V 207.	V 208.
V 209.	V 210.	V 211.	V 212.	V 213.
V 214.	V 215.	V 216.	V 217.	V 218.
<b>Total R\$</b>				V 219.

220. Das pessoas acima mencionadas, quem é o(a) principal responsável do sustento familiar? _____	V 220.
221. Quem é o(a) segundo(a) responsável? _____ (se não tiver segundo(a) responsável, escrever 99 na casela)	V 221.

$$\boxed{220 = 10} + \boxed{221 = 99} \longrightarrow \boxed{222 = 99}$$

$$\boxed{220 = 10} + \boxed{221 \neq 99} \longrightarrow \boxed{222 = 89} \quad \text{E}$$

**ENTREVISTAR A PESSOA INDICADA  
EM 221 E COMPLETAR A SEÇÃO 'F'  
COM OS DADOS DELE / DELA**

$$\boxed{220 \neq 10} + \boxed{221 = 99} \longrightarrow \boxed{222 = 79}$$

$$\boxed{220- \neq 10} + \boxed{221 = 10} \longrightarrow \boxed{222 = 69} \quad \text{E}$$

**ENTREVISTAR A PESSOA INDICADA  
EM 220 E COMPLETAR A SEÇÃO 'F'  
COM OS DADOS DELE / DELA**

$$\boxed{220 \neq 10} + \begin{matrix} \boxed{221 \neq 99} \\ \boxed{221 \neq 10} \end{matrix} \longrightarrow \boxed{222 = 59}$$

A) A resposta à pergunta 220 foi 'a entrevistada' e a resposta à pergunta 221

- ◆ foi '99': responder '99' à pergunta 222 e não completar a seção F;
- ◆ foi diferente de '99': responder '89' à pergunta 222 e completar a seção F com os dados relativos ao membro da família indicado na resposta 221;

B) A resposta à pergunta 220 foi diferente de 'a entrevistada' e a resposta à pergunta 221

- ◆ foi '99': responder '79' à pergunta 222 e completar a seção F com os dados relativos ao membro da família indicado na resposta 220;
- ◆ foi diferente de '99':
  - se foi 'a entrevistada': responder '69' à pergunta 222 e completar a seção F com os dados relativos ao membro da família indicado na resposta 220;
  - não foi 'a entrevistada': responder '59' à pergunta 222 e completar a seção F com os dados relativos ao membro da família indicado na resposta 220

222. (ATENÇÃO: responder a esta questão com base nas instruções acima)  
**Responsabilidade do sustento econômico da família**

V 222.

223. **Quem responde às questões de 224 a 231 é a pessoa interessada?** 1.sim 2.não

V 223.

224. **se NÃO, de quem se trata?** (especificar usando a terminologia e os códigos do quadro situado no início desta seção) \_\_\_\_\_

V 224.

225. **Sexo** 1.masculino 2.feminino

V 225.

226. **Data de Nascimento** (dd/mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou

V 226.

227. **Idade**

V 227.

228. **Em sua opinião, como é que o Sr / a Sra definiria a sua cor?**  
(especificar) \_\_\_\_\_

V 228.

229. **Durante quantos anos o Sr/ a Sra frequentou a escola?** (até curso de graduação incluído)

V 229.

230. **Até que série o Sr / a Sra estudou?**

V 230.

- |   |  |
|---|--|
| 1. não sabe ler nem escrever                          | 2. sabe ler e escrever (ensino informal) |
| 3. primário incompleto                                | 4. primário completo                     |
| 5. ginásio incompleto (estudou entre a 5ª e 8ª série) | 6. ginásio completo (8ª série completo)  |
| 7. 2º grau incompleto                                 | 8. 2º grau completo                      |
| 9. superior incompleto                                | 10. superior completo                    |

231. Neste momento, qual é a sua ocupação principal? (indicar, se for o caso, aposentado/a, pensionista, desempregado, desempregado com seguro de desemprego) \_\_\_\_\_ V 231.

## G – INFORMAÇÕES SOBRE O PAI BIOLÓGICO DA CRIANÇA

ATENÇÃO: esta seção deverá ser preenchido caso as informações da seção F se refiram a uma pessoa que não é o pai biológico da criança. Essas informações deverão ser recolhidas junto com a pai biológico; as perguntas poderão ser feitas à entrevistada apenas se o pai não morar mais no mesmo domicílio

232. Quem responde às questões de 232 a 239 é o pai biológico da criança? 1.sim 2.não V 232.

233. se NÃO, de quem se trata? (especificar usando a terminologia e os códigos do quadro situado no início da seção F) \_\_\_\_\_ V 233.

234. Data de Nascimento (dd/mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou V 234.

235. Idade V 235.

236. Em sua opinião, como é que o Sr definiria a sua cor? (especificar) \_\_\_\_\_ V 236.

237. Durante quantos anos o Sr frequentou a escola? (até curso de graduação incluído) V 237.

238. Até que série o Sr estudou? V 238.

- |   |  |
|---|--|
| 1. não sabe ler nem escrever                          | 2. sabe ler e escrever (ensino informal) |
| 3. primário incompleto                                | 4. primário completo                     |
| 5. ginásio incompleto (estudou entre a 5ª e 8ª série) | 6. ginásio completo (8ª série completo)  |
| 7. 2º grau incompleto                                 | 8. 2º grau completo                      |
| 9. superior incompleto                                | 10. superior completo                    |

239. Neste momento, qual é a sua ocupação principal? (indicar, se for o caso, aposentado/a, pensionista, desempregado, desempregado com seguro de desemprego) \_\_\_\_\_ V 239.

## H – INFORMAÇÕES SOBRE O MARIDO / COMPANHEIRO DA ENTREVISTADA

ATENÇÃO: esta seção deverá ser completado verificando-se, juntas, as duas condições seguintes:

1.o marido ou companheiro que a entrevistada atualmente possa ter não é o pai biológico da criança (ou seja, a criança está morando com um adulto- o marido ou o companheiro da mãe- que não é seu pai biológico; ver a resposta às perguntas 115 e 116) e

2.as informações que se referem a essa pessoa não constam na seção F.

240. Quem responde às questões de 240 a 247 é o marido/companheiro da entrevistada? 1.sim 2.não V 240.

241. se NÃO, de quem se trata? (especificar usando a terminologia e os códigos do quadro situado no início da seção F) \_\_\_\_\_ V 241.

242. Data de Nascimento (dd/mm/aa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou V 242.

243. Idade V 243.

244. Em sua opinião, como é que o Sr definiria a sua cor? (especificar) \_\_\_\_\_ V 244.

245. Durante quantos anos o Sr frequentou a escola? (até curso de graduação incluído) V 245.

246. Até que série o Sr estudou? V 246.

- |   |  |
|---|--|
| 1. não sabe ler nem escrever                          | 2. sabe ler e escrever (ensino informal) |
| 3. primário incompleto                                | 4. primário completo                     |
| 5. ginásio incompleto (estudou entre a 5ª e 8ª série) | 6. ginásio completo (8ª série completo)  |

7. 2º grau incompleto 9. superior incompleto	8. 2º grau completo 10. superior completo	
<b>247. Neste momento, qual é a sua ocupação principal?</b> <i>(indicar, se for o caso, aposentado/a, pensionista, desempregado, desempregado com seguro de desemprego)</i> _____ _____		<b>V 247.</b>

ANEXO III – Self Report Questionnaire



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

FAPESB – FATORES DE RISCO PARA A DESNUTRIÇÃO MODERADA E GRAVE NO CONTEXTO URBANO ATUAL: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE

SRQ

1. Nome _____	V 1.
2. Código da criança _____	V 2.
3. Data da entrevista ____/____/____	V 3.
4. Entrevistador _____	V 4.

**A – MÓDULO I**

Responda às perguntas abaixo, com SIM ou Não, em relação a como você se sentiu a maior parte do tempo, no último mês.

5. Tem dores de cabeça freqüentes ? 1- Sim 2- Não	V 5.
6. Tem falta de apetite ? 1- Sim 2- Não	V 6.
7. Dorme mal ? 1- Sim 2- Não	V 7.
8. Assusta-se com facilidade ? 1- Sim 2- Não	V 8.
9. Tem tremores na mão ? 1- Sim 2- Não	V 9.
10. Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a) ? 1- Sim 2- Não	V 10.
11. Tem má digestão ? 1- Sim 2- Não	V 11.
12. Tem dificuldade em pensar com clareza ? 1- Sim 2- Não	V 12.
13. Tem se sentido triste ultimamente ? 1- Sim 2- Não	V 13.
14. Tem chorado mais do que de costume ? 1- Sim 2- Não	V 14.
15. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias ? 1- Sim 2- Não	V 15.
16. Tem dificuldades para tomar decisões ? 1- Sim 2- Não	V 16.
17. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)? 1- Sim 2- Não	V 17.
18. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida ? 1- Sim 2- Não	V 18.

<b>19. Tem perdido o interesse pelas coisas ?</b> 1- Sim      2- Não	<b>V 19.</b>
<b>20. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo ?</b> 1- Sim      2- Não	<b>V 20.</b>
<b>21. Tem tido a idéia de acabar com a vida ?</b> 1- Sim      2- Não	<b>V 21.</b>
<b>22. Sente-se cansado (a) o tempo todo ?</b> 1- Sim      2- Não	<b>V 22.</b>
<b>23. Tem sensações desagradáveis no estômago ?</b> 1- Sim      2- Não	<b>V 23.</b>
<b>24. Você se cansa com facilidade ?</b> 1- Sim      2- Não	<b>V 24.</b>



ANEXO IV - Home Observation for Measurement of the Environment Inventory (versão 0 a 3 anos de idade)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 FAPESB- FATORES DE RISCO PARA A DESNUTRIÇÃO MODERADA E GRAVE NO  
 CONTEXTO URBANO ATUAL: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE  
 HOME (0 A 3 ANOS)

1. Nome _____	V 1.
2. Código da criança	V 2.
3. Data da entrevista ____ / ____ / ____	V 3.
4. Entrevistadora _____	V 4.

**A – MÓDULO I**

5. Relação da pessoa entrevistada com a criança _____	V 5.
6. Local da entrevista _____	V 6.
7. Pessoas presentes no lar no momento da entrevista _____	V 7.
8. Comentários _____ _____ _____	V 8.

**B – MÓDULO II - RESPONSABILIDADE EMOCIONAL E VERBAL DA MÃE**

9. A mãe vocaliza espontaneamente em relação à criança pelo menos duas vezes durante a visita (exclui-se chamar a atenção ou passar pito). 1 – Sim    2- Não	V 9.
10. . A mãe responde às vocalizações da criança com uma resposta vocal ou verbal. 1 – Sim    2- Não	V 10.
11. A mãe diz à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome de uma pessoa ou objeto num estilo “didático”. 1 – Sim    2- Não	V 11.
12. A fala da mãe é distinta, clara e audível para o entrevistador-observador.	V 12.

1 – Sim      2- Não	
13. A mãe inicia intercâmbio verbal com o observador – faz perguntas e comentários espontâneos 1 – Sim      2- Não	V 13.
14. A mãe expressa idéias livres e facilmente, e usa frases de tamanho adequado para conversar (por exemplo, apresenta mais do que meras e breves respostas). 1 – Sim      2- Não	V 14.
15. A mãe permite à criança ocasionalmente envolver-se em jogos e brincadeiras que sujam o ambiente ou a própria criança. 1 – Sim      2- Não	V 15.
16. A mãe espontaneamente elogia as qualidades ou comportamentos da criança pelo menos duas vezes durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 16.
17. Quando falando sobre ou para a criança a voz da mãe transmite um sentimento positivo. 1 – Sim      2- Não	V 17.
18. A mãe acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 18.
19. A mãe mostra alguma resposta emocional positiva frente a elogios feitos à criança pelo observador. 1 – Sim      2- Não	V 19.
<b>C – MÓDULO III – AUSÊNCIA DE RESTRIÇÃO E PUNIÇÃO</b>	
20. A mãe não grita com a criança durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 20.
21. A mãe não expressa irritação, aborrecimento ou hostilidade aberta em relação à criança. 1 – Sim      2- Não	V 21.
22. A mãe não esbofeteia a criança durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 22.
23.* A mãe relata apenas uma ocorrência de punição física que tenha ocorrido durante a semana passada. 1 – Sim      2- Não	V 23.
24. A mãe não critica, passa “pito” ou “arrasa” verbalmente com a criança durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 24.
25. A mãe não interfere com as ações da criança ou restringe seus movimentos mais do que três vezes durante a visita.	V 25.

1 – Sim 2- Não	
26. Pelo menos 10 livros estão presentes e visíveis no lar. 1 – Sim 2- Não	V 26.
27. * A família tem um animal de estimação. 1 – Sim 2- Não	V 27.
* Itens na categoria I e II que podem requerer questões diretas.	
<b>D – MÓDULO IV – ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E TEMPORAL</b>	
28. Quando a mãe se ausentava, o cuidado à criança é fornecido por pelo menos uma de três substitutas regulares. 1 – Sim 2- Não	V 28.
29. Alguém leva a criança à quitanda, supermercado, etc., pelo menos uma vez por semana. 1 – Sim 2- Não	V 29.
30. . A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana. 1 – Sim 2- Não	V 30.
31. A criança é levada regularmente ao médico ou clínica para verificação de saúde ou cuidados preventivos. 1 – Sim 2- Não	V 31.
32. A criança tem um lugar especial no qual pode guardar seus brinquedos e pequenos “tesouros”. 1 – Sim 2- Não	V 32.
33. O ambiente de brinquedo, de jogos da criança parece seguro e livre de acidentes. 1 – Sim 2- Não	V 33.
<b>E – MÓDULO V – DISPONIBILIDADE DE MATERIAIS DE BRINQUEDOS E JOGOS APROPRIADOS</b>	
34. A criança tem brinquedos ou outros objetos que envolvam atividade muscular. 1 – Sim 2- Não	V 34.
35. A criança tem brinquedos de empurrar ou puxar. 1 – Sim 2- Não	V 35.
36. A criança tem uma patinete, um andador, um triciclo, qualquer carrinho que a criança impulsiona com os pés. 1 – Sim 2- Não	V 36.
37. A mãe fornece brinquedos ou sugere atividades interessantes para a criança durante a entrevista. 1 – Sim 2- Não	V 37.
38. A mãe fornece objetos apropriados para a aprendizagem e de acordo com a idade da criança:	V 38.

brinquedos de pelúcia ou jogos de faz de conta. 1 – Sim      2- Não	
39. A mãe fornece material de aprendizagem apropriado à idade da criança: móveis, mesas e cadeiras, cadeirões, chiqueirinho. 1 – Sim      2- Não	V 39.
40. A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação viso-motora – por exemplo: peças para serem introduzidas ou retiradas de orifícios, caixas, contas para enfiar, etc. 1 – Sim      2- Não	V 40.
41. A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação viso-motora e que permitam combinações: jogos de empilhar ou encaixar blocos, etc. 1 – Sim      2- Não	
42. A mãe fornece brinquedos que estimulam à leitura e à música. 1 – Sim      2- Não	
<b>F – MÓDULO VI – ENVOLVIMENTO MATERNO COM A CRIANÇA</b>	
43. A mãe tende a conservar a criança dentro do seu campo visual e a olhá-la freqüentemente. 1 – Sim      2- Não	V 43.
44. A mãe fala à criança enquanto realiza seu trabalho de casa. 1 – Sim      2- Não	V 44.
45. A mãe conscientemente encoraja o desenvolvimento da criança. 1 – Sim      2- Não	V 45.
46. A mãe investe em brinquedos mais complexos através de sua atenção. 1 – Sim      2- Não	V 46.
47. A mãe estrutura os períodos de brincar da criança. 1 – Sim      2- Não	V 47.
48. A mãe fornece brinquedos que desafiam a criança a desenvolver novas habilidades. 1 – Sim      2- Não	V 48.
<b>G – MÓDULO VII – OPORTUNIDADE DE VARIAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DIÁRIA</b>	
49. O pai fornece algum cuidado à criança a cada dia. 1 – Sim      2- Não	V 49.
50. A mãe lê histórias para a criança pelo menos três vezes por semana. 1 – Sim      2- Não	V 50.
51. . A criança come pelo menos uma refeição por dia com a mãe e o pai. 1 – Sim      2- Não	V 51.

52. A família visita ou recebe a visita de parentes. 1 – Sim      2- Não	V 52.
53. A criança possui três ou mais livros. 1 – Sim      2- Não	V 53.

ANEXO V - Home Observation for Measurement of the Environment Inventory (versão 3 a 6 anos de idade)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
 FAPESB- FATORES DE RISCO PARA A DESNUTRIÇÃO MODERADA E GRAVE NO  
 CONTEXTO URBANO ATUAL: UM ESTUDO DE CASO CONTROLE  
 HOME (3 A 6 ANOS)

1. Nome _____	V 1.
2. Código da criança _____	V 2.
3. Data da entrevista ____ / ____ / ____	V 3.
4. Entrevistadora _____	V 4.

**A – MÓDULO I**

5. Relação da pessoa entrevistada com a criança _____	V 5.
6. Local da entrevista _____	V 6.
7. Pessoas presentes no lar no momento da entrevista _____	V 7.
8. Comentários _____ _____ _____	V 8.

**B – MÓDULO II - ESTIMULAÇÃO ATRAVÉS DE BRINQUEDOS, JOGOS E MATERIAIS DE LEITURA**

OBS: De 09 a 15 – Os seguintes objetos estão presentes no lar e quer pertençam à criança, quer sejam objeto de estudo, ela tem permissão para brincar com estes objetos.

9. Brinquedos para aprender cores, tamanho e forma (carimbos, jogos escolares, pinos, etc.). 1 – Sim      2- Não	V 9.
10. Três ou mais quebras cabeças. 1 – Sim      2- Não	V 10.
11. Toca discos e pelo menos 5 discos de criança.	V 11.

1 – Sim      2- Não	
12. Jogos ou brinquedos que permitem livre expressão: massinha, pintura a dedos, lápis coloridos, tinta e papel. 1 – Sim      2- Não	V 12.
13. Jogos ou brinquedos que necessitam de movimentos refinados: pintura por número, pintura de água, revistas para colorir com lápis de cor, bonecas de papel. 1 – Sim      2- Não	V 13.
14. Jogos ou brinquedos que facilitam a aprendizagem de números: blocos com números, livros e cartas de jogar. 1 – Sim      2- Não	V 14.
15. Tem dez livros de crianças. 1 – Sim      2- Não	V 15.
16. Pelo menos dez livros estão presentes e visíveis no lar. 1 – Sim      2- Não	V 16.
17. A família compra jornal diariamente e o lê. 1 – Sim      2- Não	V 17.
18. A família assina pelo menos uma revista. 1 – Sim      2- Não	V 18.
19. A criança é encorajada a aprender formas. 1 – Sim      2- Não	V 19.
<b>C – MÓDULO III – ESTIMULAÇÃO DA LINGUAGEM</b>	
20. Brinquedos para apresentar sobre animais, jogos e circo, quebra-cabeça com animais. 1 – Sim      2- Não	V 20.
21. A criança é encorajada a aprender o alfabeto. 1 – Sim      2- Não	V 21.
22. Os pais ensinam à criança alguns bons modos simples, por exemplo, a dizer: “por favor”, “obrigado” ou “desculpe-me”. 1 – Sim      2- Não	V 22.
23. A mãe usa gramática e pronúncias corretas. 1 – Sim      2- Não	V 23.
24. Os pais encorajam a criança a relatar suas experiências ou dispõem certo tempo ouvindo-as relatar suas experiências. 1 – Sim      2- Não	V 24.

25. Quando falando acerca da criança ou se dirigindo a ela, a voz da mãe revela sentimentos positivos. 1 – Sim      2- Não	V 25.
26. A criança tem permissão para escolher alguma coisa durante o almoço ou café da manhã. 1 – Sim      2- Não	V 26.
<b>D – MÓDULO IV – AMBIENTE FÍSICO: SEGURO, LIMPO E CONDUZIDO AO DESENVOLVIMENTO</b>	
27. A moradia não apresenta perigo estrutural, potencial ou risco de saúde (por exemplo: reboco caindo, uma telha rachada ou faltando madeira, ratos, etc.) 1 – Sim      2- Não	V 27.
28. O ambiente externo para jogos parece seguro e livre de perigo (a ausência de uma área externa de jogos recebe automaticamente um “não”). 1 – Sim      2- Não	V 28.
29. O interior do apartamento não é escuro ou perceptualmente monótono. 1 – Sim      2- Não	V 29.
30. A vizinhança tem árvores, grama, pássaro e é esteticamente agradável. 1 – Sim      2- Não	V 30.
31. Há pelo menos 9 a 10 metros quadrados de espaço por pessoa na casa. 1 – Sim      2- Não	V 31.
32. Em termos de espaço de chão disponível, os quartos não estão amontoados com mobílias. 1 – Sim      2- Não	V 32.
33. Todos os quartos visíveis são relativamente limpos e não muito ocupados com objetos. 1 – Sim      2- Não	V 33.
<b>E – MÓDULO V – ORGULHO, AFETO E CARINHO</b>	
34. Os pais mantêm a criança perto de si ou aconchegada de dez a quinze minutos por dia, por exemplo, durante a televisão, enquanto contam histórias ou durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 34.
35. A mãe conversa com a criança pelo menos duas vezes durante a visita (passar pito ou fazer comentários de advertência não devem ser contados). 1 – Sim      2- Não	V 35.
36. A mãe responde verbalmente às perguntas ou pedidos da criança.	V 36.



1 – Sim      2- Não	
37. A mãe em geral responde às vocalizações da criança. 1 – Sim      2- Não	V 37.
38. A mãe elogia espontaneamente as qualidades da criança ou seu comportamento pelo menos duas vezes durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 38.
39. A mãe acaricia, beija ou aconchega a criança pelo menos uma vez durante a visita. 1 – Sim      2- Não	V 39.
40. A mãe prepara situações que permita à criança exibir-se durante a entrevista. 1 – Sim      2- Não	V 40.
<b>F – MÓDULO VI – ESTIMULAÇÃO DE COMPORTAMENTO ACADÊMICO</b>	
41. A criança é encorajada a aprender cores. 1 – Sim      2- Não	V 41.
42. A criança é encorajada a aprender padrões lingüísticos (quadrinhos infantis, orações, canções, comerciais de TV, etc.). 1 – Sim      2- Não	V 42.
43. A criança é encorajada a aprender relações espaciais (para cima, para baixo, em cima, embaixo, grande, pequeno, etc.). 1 – Sim      2- Não	V 43.
44. A criança é encorajada a aprender números. 1 – Sim      2- Não	V 44.
45. A criança é encorajada a aprender a ler algumas palavras. 1 – Sim      2- Não	V 45.
<b>G – MÓDULO VII – OFERECENDO MODELOS E ENCORAJANDO MATURIDADE SOCIAL</b>	
46. Alguma espera na obtenção do alimento é exigida (por exemplo: não choramingar ou exigir comida, a menos que esteja cerca de meia hora antes do horário da refeição). 1 – Sim      2- Não	V 46.
47. A família tem TV e este equipamento é usado com bom senso, isto é, não é deixado ligado continuamente ( A não existência de TV recebe um automático “não” – qualquer esquema de ligar a TV recebe um “sim”). 1 – Sim      2- Não	V 47.
48. A mãe apresenta o entrevistador à criança.	V 48.

1 – Sim      2- Não	
49. A criança pode expressar sentimentos negativos sem uma represália por parte dos pais. 1 – Sim      2- Não	V 49.
50. A criança pode bater num dos pais sem uma represália severa destes. 1 – Sim      2- Não	V 50.
<b>H- MÓDULO VIII – VARIEDADES DE ESTIMULAÇÃO</b>	
51. Instrumento musical de brinquedo ou real (incluem pianos, tambores, xilofones, violões, etc.). 1 – Sim      2- Não	V 51.
52. Qualquer membro da família leva a criança para sair (por exemplo, piquenique, às compras) pelo menos uma vez a cada quinze dias. 1 – Sim      2- Não	V 52.
53. A criança foi levada por algum membro da família numa viagem de mais de 75 Km de distância do lar, no ano anterior (75 Km de distância radical total). 1 – Sim      2- Não	V 53.
54. A criança foi levada por algum membro da família a uma excursão científica, ou passeio a Museu Histórico ou de arte no passado. 1 – Sim      2- Não	V 54.
55. A mãe tenta fazer com que a criança recolhe e guarde seus brinquedos, após usá-los, sem ajuda. 1 – Sim      2- Não	V 55.
56. A mãe usa sentenças complexas do ponto de vista estrutural, bem como polissilábicas em suas conversas. 1 – Sim      2- Não	V 56.
57. A “produção artística” da criança é colocada em exibição em algum lugar da casa (qualquer coisa que a criança produza). 1 – Sim      2- Não	V 57.