

**SAÚDE MENTAL MATERNA E DESNUTRIÇÃO CRÔNICA INFANTIL:  
O PAPEL DO SUPORTE SOCIAL**

Jorge Lopes Cavalcante Neto<sup>a</sup>

Cláudio Torres de Miranda<sup>b</sup>

**Resumo**

Investigar o papel do suporte social na condição de transtorno mental comum (TMC) em mães de crianças com desnutrição crônica. Estudo caso-controlado feito em uma comunidade de baixa renda. O suporte social foi avaliado com o *Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey* e o TMC, com o *Self-Reporting Questionnaire*, além de variáveis sociodemográficas e o índice altura-idade (-2 desvios padrão) na determinação do estado nutricional. Utilizou-se: o teste do  $\chi^2$ , *Odds Ratio* com intervalo de confiança de 95% e o teste *t* de Student ( $p < 0,05$ ). A amostra foi de 125 duplas mãe-criança, com 55 casos (desnutridos) e 70 controles (eutróficos). Na análise univariada, o suporte social global não se associou com a desnutrição infantil; já o TMC, a ausência do marido ou companheiro no mercado de trabalho, residir com mais de quatro pessoas e ausência do pai biológico apresentaram medidas de risco significativas. Entre as dimensões do *Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey*, a interação social positiva diferiu significativamente entre os grupos. A categoria interação social positiva parece ampliar nas mães a concepção do cuidado adequado com a prole. Contudo, ainda restam lacunas a serem preenchidas.

**Palavras-chave:** Apoio social. Estresse psicológico. Transtornos da nutrição infantil. Saúde mental. Comportamento materno. Relações interpessoais.

---

<sup>a</sup>Curso de Educação Física, Departamento de Ciências Humanas, Campus IV; Universidade do Estado da Bahia – UNEB – Jacobina (BA), Brasil.

<sup>b</sup>Faculdade de Medicina; Universidade Federal de Alagoas – UFAL – Maceió (AL), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Jorge Lopes Cavalcante Neto – Avenida Alípio Barbosa da Silva, 51 – Pontal da Barra – CEP: 57010-810 – Maceió (AL), Brasil – E-mail: jorgelcneto@hotmail.com

Artigo baseado na Dissertação de Mestrado de Jorge Lopes Cavalcante Neto, sob orientação do professor Dr. Cláudio Torres de Miranda, do programa de pós-graduação em Nutrição Humana, da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

## MATERNAL MENTAL HEALTH AND CHRONIC MALNUTRITION FOR CHILDREN: THE ROLE OF SOCIAL SUPPORT

### **Abstract**

To investigate the role of social support in the condition of common mental disorders (CMD) in mothers of children with chronic malnutrition. Case-control study carried out in a low-income community. Social support was assessed with the Medical Outcomes Study - Social Support Survey Questions, and the TMC was evaluated with the Self-Reporting Questionnaire, besides socio-demographic variables and the index height-age (-2 standard deviations) in determining the nutritional status. In this study,  $\chi^2$  test, Odds Ratio with confidence interval of 95% and the Student's t-test ( $p < 0.05$ ) were used. The sample consisted of 125 mother-child pairs (55 cases – malnourished children; 70 controls – eutrophic ones). In univariate analysis, overall social support was not associated with child malnutrition; CMD, the absence of the husband or partner in the labor market, living with more than four people and the absence of biological father showed significant risk measures. Among the dimensions of the Medical Outcomes Study - Social Support Survey Questions, positive social interaction differed significantly between groups. The positive social interaction category seems to enlarge the mothers' concept of proper care with the offspring. However, there are still gaps to be fulfilled.

**Keywords:** Social support. Stress, psychological. Child nutrition disorders. Mental health. Maternal behavior. Interpersonal relations.

## SALUD MENTAL MATERNA Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL: EL PAPEL DEL APOYO SOCIAL

### **Resumen**

Investigar el papel del apoyo social en la condición de trastorno mental común (TMC) en madres de niños con desnutrición crónica. Estudio caso-control realizado en una comunidad de baja renta. El apoyo social fue evaluado con Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey y el TMC, con el Self-Reporting Questionnaire, además de las variables sociodemográficas y el índice de altura-edad (-2 desviaciones estándar) en la determinación del estado nutricional. Se utilizaron: el test del  $\chi^2$ , Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95% y el test t ( $p < 0,05$ ). La muestra fue de 125 parejas madre-niño, con 55 casos (desnutridos) y 70 controles (eutróficos). En el análisis univariado, el apoyo social global no se

asoció con la desnutrición infantil; mientras que el TMC, la ausencia de un esposo o pareja en el mercado laboral, vivir con más de cuatro personas y la ausencia del padre biológico presentaron medidas significativas de riesgo. Entre las dimensiones del Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey, la interacción social positiva fue diferente significativamente entre los grupos. La categoría interacción social positiva parece ampliar en las madres la concepción de la atención adecuada de la prole. Sin embargo, sigue habiendo huecos a rellenar.

**Palabras clave:** Apoyo social. El estrés psicológico. Trastornos de la nutrición infantil. Salud mental. El comportamiento materno. Relaciones interpersonales.

### INTRODUÇÃO

A desnutrição crônica infantil tem diminuído drasticamente nas últimas duas décadas no Brasil.<sup>1,2</sup> Contudo, observa-se que, apesar das prevalências reduzidas em todo o contexto nacional, algumas regiões concentram frequências elevadas.<sup>3</sup> Embora o Nordeste tenha elencado significativa redução da prevalência de déficits estaturais em crianças menores de 5 anos, reduzindo de 22,2% em 1996 para 5,9% em 2006,<sup>1</sup> o Estado de Alagoas ainda concentra uma prevalência de 10,3%<sup>4</sup> e a capital Maceió, uma prevalência de 8,6%<sup>5</sup> de déficits estaturais em crianças menores de 5 anos. Valores próximos aos encontrados em regiões economicamente menos favorecidas, como o Estado do Acre na região Norte do país, que apresentou em estudo recente uma prevalência de 9,9%,<sup>6</sup> o que aponta que há casos em Alagoas superiores aos previstos para os estados da região Nordeste do país, que podem ser explicados pelos moções de pobreza presentes na região alagoana.

O quadro de desnutrição crônica infantil, caracterizado pelos déficits estaturais, está intimamente relacionado à condição de pobreza e miséria, explicado por meio de uma multicausalidade, incluindo-se aspectos sociodemográficos desfavoráveis, entre eles, a baixa escolaridade materna, as condições precárias de renda e moradia e o número excessivo de filhos.<sup>7,8</sup> Somado a tais condições, o estado de saúde materno demonstra ser um importante fator no entendimento da etiologia da desnutrição crônica infantil.<sup>9</sup>

Esse estado de saúde parece despertar maior atenção, quando, além das características somáticas, estão presentes desordens de cunho mental, como o transtorno de ansiedade e a depressão.<sup>9-14</sup> Nessa lógica, implicações dessa natureza, como no caso dos transtornos mentais comuns (TMC), definidos como a reunião de sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes,<sup>15</sup> têm gerado relevante impacto na compreensão de um modelo teórico acerca do papel materno no contexto da desnutrição infantil. Atualmente,

diversos estudos evidenciam uma associação entre tais variáveis, apontando a presença de um transtorno mental comum materno como um fator de risco para desnutrição infantil.<sup>9-12</sup> Entretanto, ainda restam lacunas no entendimento dos possíveis aspectos responsáveis direta ou indiretamente por essa associação, o que nos permite elaborar a hipótese de que, na presença de um transtorno mental comum materno, existiriam fatores corresponsáveis pela associação com a desnutrição da criança.

Tendo como base alguns estudos<sup>16-18</sup> que pesquisaram fatores de proteção, como a alta escolaridade materna, a presença do marido ou companheiro auxiliando a mulher nas despesas familiares e no cuidado com a criança e ainda possuir condições adequadas de moradia, interagindo na associação do transtorno mental comum materno com a desnutrição infantil, é provável apontar cofatores atuando nessa associação, o que, pelos menos empiricamente, estaria anulando o potencial fator de risco materno, mesmo na presença de um transtorno mental comum, para a desnutrição da criança.<sup>16-18</sup> Com isso, o suporte social, que corresponde ao fornecimento vindo do ambiente<sup>19</sup> ou o grau com que relações interpessoais atendem a determinadas necessidades,<sup>20</sup> estaria funcionando como um fator de proteção naquelas mulheres que, apesar de apresentarem um rastreamento positivo para transtorno mental comum por meio de questionários de cunho epidemiológico, como o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), não possuíam seu filho com o quadro de desnutrição.<sup>17,18</sup>

Podemos entender melhor esses apontamentos com informações<sup>21</sup> que evidenciam a associação entre saúde mental e suporte social por meio de duas teorias: a primeira, colocando o suporte social como influenciador direto da saúde mental, e a segunda, em que o suporte social seria um mediador do estresse; nesse caso, indivíduos que contassem com alto apoio social reagiriam melhor frente a situações estressantes.

Apesar de ainda existir pouco suporte teórico que subsidie a discussão levantada no presente estudo, percebe-se que o suporte social funciona como um fator de proteção para os TMC e que uma mãe com maior disposição de suporte social estaria mais capacitada para o cuidado e a atenção com sua prole, prevenindo-a de possíveis implicações nutricionais, como a desnutrição crônica. Nessa lógica, o objetivo do presente estudo foi investigar se existe associação entre o suporte social na condição de transtorno mental comum materno e a desnutrição crônica infantil.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo caso-controle, realizado no período de setembro de 2009 a setembro de 2010, em uma comunidade de baixa renda, localizada na sétima região administrativa da

cidade de Maceió, Estado de Alagoas, Região Nordeste do Brasil, considerada a região com o pior indicador de desenvolvimento humano da capital alagoana.<sup>22</sup>

Com ajuda do pacote Epi Info, o dimensionamento da amostra foi estabelecido considerando-se o baixo suporte social como fator de risco, com um risco alfa de 5% e risco beta de 20% e considerando-se que a prevalência de baixo suporte social em mães de desnutridos é 3 vezes maior do que a de mães de eutróficos; nesse caso, seriam necessários 62 casos e 62 controles. Considerando-se uma porcentagem de 10% a mais na amostra, devido à margem de erro e possíveis perdas do estudo, a amostra necessária seria então de 70 casos e 70 controles para a pesquisa. Contudo, entre os casos, não foi possível completar o quantitativo esperado, como descrito a seguir.

A seleção dos casos foi feita em um Centro de Recuperação e Educação Nutricional (CREN-Maceió), que atende em regime de semi-internato cerca de 70 crianças entre 18 e 60 meses de idade com o quadro de desnutrição crônica (estatura para idade  $< -2$  desvios padrão).

Das 70 crianças assistidas no CREN, 6 foram excluídas do estudo por também possuírem irmão assistido no local, além de 9 crianças, devido ao não consentimento de suas mães para a participação na pesquisa. Foram, então, recrutadas no CREN 55 crianças na faixa etária entre 24 e 60 meses, assistidas em regime de semi-internato no local, classificadas em moderadas (ponto de corte  $\leq -2$  a  $\geq -3$ ) ou graves (ponto de corte  $\leq -3$ ), a partir do referencial da Organização Mundial da Saúde.<sup>23</sup> As medidas antropométricas foram realizadas pela equipe de nutricionistas do CREN e os dados das crianças foram fornecidos de forma secundária, por meio do banco de dados da instituição.

Os controles foram recrutados aleatoriamente em uma creche próxima ao CREN, apresentando classificação de eutrofia em escores Z (ponto de corte  $\geq -1$  a  $\leq 1$ ) para os três índices antropométricos (altura-idade; peso-idade; peso-altura)<sup>22</sup> e faixa etária de 24 a 60 meses. Foram excluídos do estudo os controles que possuísem algum irmão com o quadro de desnutrição na família ou que apresentassem alguma enfermidade que colocasse em risco a classificação de seu estado nutricional. Do total de 146 crianças recrutadas para a avaliação antropométrica, 96 foram consideradas eutróficas para os três índices antropométricos. Destas, 70 mães se disponibilizaram a participar do estudo, o que correspondeu à amostra de controles necessária prevista para o estudo.

As medidas antropométricas das crianças elegíveis para o grupo controle foram feitas pela equipe de nutricionistas do CREN em uma sala de aula da creche, reservada especificamente para as medidas, após prévia autorização da direção do local.

Após a realização das medidas antropométricas de peso e estatura com as crianças da creche e devidas classificações do estado nutricional, feitas respectivamente com o auxílio de uma balança digital da marca Filizola®, de um estadiômetro móvel da marca TBW® e dos softwares Antro e Epi Info, suas respectivas mães, assim como as mães dos casos, foram convidadas a participar voluntariamente do estudo, após ciência dos objetivos e características do mesmo, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizaram-se entrevistas individuais com as mães das crianças recrutadas no estudo, com a aplicação dos seguintes instrumentos: o questionário *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), já validado<sup>24</sup> para identificar os prováveis casos de TMC, seguindo-se o ponto de corte ( $\geq 8$  respostas positivas), com sensibilidade de 83% e especificidade de 80%.<sup>25</sup>

Para a identificação do suporte social, foi aplicado o questionário *Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey* (MOSS-SSS), validado no Brasil,<sup>26</sup> contendo 19 questões, com 5 dimensões funcionais de apoio social: apoio emocional, afetivo, tangível (provisão de recursos práticos e ajuda material), de informação e de companhia ou interação social. As possíveis respostas seguem uma frequência: nunca, raramente, às vezes, quase sempre, ou sempre, o que permite obter uma pontuação que varia, respectivamente, de 1 a 5.

Com o somatório desses resultados, é possível obter o valor do suporte social global. A pontuação mínima que pode ser alcançada corresponde a 19 pontos; já a máxima corresponde a 95 pontos.<sup>26</sup> O ponto de corte utilizado foi o valor de 52 pontos para o somatório das dimensões. Dessa forma, considerou-se baixo apoio social o valor menor ou igual a 52 pontos e como alto apoio social, valores acima de 52 pontos, na descrição da variável suporte social global. Também foram realizadas análises dos escores individuais de cada categoria entre casos e controles.

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

Em relação à situação socioeconômica, a amostra foi dividida inicialmente em três classes (C, D e E), dicotomizadas *a posteriori*, para a análise, em duas classes (C+D e E).

Essa classificação foi obtida a partir de uma pontuação baseada no poder econômico das famílias e no grau de escolaridade do chefe da casa, por meio do quadro da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP).<sup>27</sup>

Após a coleta dos dados, utilizou-se o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 15.0 para Windows, para a análise dos mesmos. Utilizou-se o teste do  $\chi^2$  e foi calculada a razão de chances (*Odds Ratio* – OR) com intervalo de confiança de 95% (IC95%), tendo a desnutrição crônica infantil como variável dependente e saúde mental, suporte social global e variáveis sociodemográficas como variáveis independentes. Para a comparação das médias dos escores de cada categoria do suporte social entre casos e controles para a desnutrição e para o transtorno mental comum, foi utilizado o teste *t* de Student. Em todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

O protocolo de pesquisa do presente estudo seguiu as prerrogativas da Declaração de Helsinque e da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/12) para pesquisas com seres humanos e o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) com parecer nº 012090/2009-79, não tendo nenhum conflito de interesse.

## RESULTADOS

A amostra final do estudo foi composta por 125 duplas mãe-criança, sendo 55 casos (desnutridos) e 70 controles (eutróficos). A média de idade das mães foi de 31,7 anos (desvio padrão – DP= $\pm 10,05$ ); já a idade média das crianças foi de 50 meses (DP= $\pm 12,9$ ). Quanto ao gênero 54,4% das crianças eram do sexo feminino.

A Tabela 1 evidencia os principais fatores de risco investigados no estudo. Observa-se que, entre os fatores considerados, o TMC (2,28; IC95% 1,11–4,71), a situação laboral do marido ou companheiro (3,18; IC95% 1,14–9,04), o número de residentes no domicílio (2,67; IC95% 1,17–6,11) e a ausência do pai biológico da criança no domicílio (3,14; IC95% 1,01–9,95) apresentaram medidas de risco significativas, quando comparados entre casos e controles.

A Tabela 2 descreve as médias e os desvios padrão das cinco categorias de suporte social avaliadas com o MOSS-SSS entre casos e controles. Chama atenção, entre as cinco categorias, que o apoio de interação social positiva apresentou diferença significativa, tendo os controles um maior escore para tal domínio, observando-se também uma tendência na esfera de apoio afetivo.

**Tabela 1** – Análise univariada da associação dos fatores de risco investigados entre casos e controles (n=125)

Variáveis	Desnutridos	Eutróficos	OR (IC95%)	Valor p*
	n (%)	n (%)		
Suporte social global				
Alto	44 (42,7)	59 (57,3)	1,3 (0,53–3,37)	0,53
Baixo	11 (50,0)	11 (50,0)		
TMC				
Positivo	34 (54,0)	29 (46,0)	2,28 (1,11–4,71)	0,03*
Negativo	21 (33,9)	41 (66,1)		
Idade das mães				
≤29 anos	25 (43,1)	33 (56,9)	0,93 (0,43–2,02)	0,86
>29 anos	30 (44,8)	37 (55,2)		
Trabalho materno				
Trabalha	18 (56,3)	14 (43,8)	1,95 (0,80–4,75)	0,15
Não trabalha	37 (39,8)	56 (60,2)		
Trabalho do marido ou companheiro				
Trabalha	28 (36,4)	49 (63,6)	3,18 (1,14–9,04)	0,04*
Não trabalha	27 (56,3)	21 (43,8)		
Número de cômodos				
≤3	24 (44,4)	30 (55,6)	1,03 (0,48–2,24)	0,93
>3	31 (43,7)	40 (56,3)		
Residentes no domicílio				
≤4	15 (30)	35 (70)	2,67 (1,17–6,11)	0,01*
>4	40 (53,3)	35 (46,7)		
Escolaridade materna (anos)				
<4	35 (46,7)	40 (53,3)	1,31 (0,60–2,89)	0,58
≥4	20 (40)	30 (60)		
Número de filhos				
<2	32 (51,6)	30 (48,4)	1,86 (0,83–4,04)	0,10
≥2	23 (36,5)	40 (63,5)		
Pai biológico				
Presente	29 (37,2)	49 (62,8)	3,14 (1,01–9,95)	0,047*
Ausente	13 (65)	7 (35)		
Classe social				
C+D	47 (42,3)	64 (57,7)	0,55 (0,16–1,90)	0,44
E	08 (57,1)	6 (42,9)		

\*Nível de significância  $p < 0,05$  com a utilização do teste do  $\chi^2$ .

**Tabela 2** – Médias e desvio padrão das cinco categorias de suporte social do *Medical Outcomes Study Questions - Social Support Survey* entre casos e controles (n=125)

Categorias de suporte social	Amostra total (n=125)	Casos (n=55)	Controles (n=70)	Teste t de Student	Valor p*
Apoio material	73,24±24,36	73,18±24,46	73,28±24,46	-0,024	0,981
Apoio afetivo	82,94±21,74	78,9±22,81	86,28±20,41	-1,960	0,052
Apoio de interação social positiva	74,88±24,36	68,45±25,38	79,92±22,44	-2,678	0,008*
Apoio de informação	74,52±23,15	74,45±22,62	74,57±23,72	-0,028	0,978
Apoio emocional	69,20±24,04	69,63±25,14	68,85±23,31	0,179	0,858

\*Nível de significância  $p < 0,05$  com a utilização do teste t de Student.



## DISCUSSÃO

Ao referir estudos anteriores do tipo caso-controle que investigaram a associação entre a saúde mental materna e a desnutrição infantil, percebe-se que as medidas de risco foram semelhantes às de um estudo realizado no Paquistão<sup>28</sup> (OR=3,9; IC95% 1,9–7,8). Já no contexto nacional, os valores se apresentam bem mais próximos do evidenciado no presente estudo, como no trabalho realizado no Embú, na região metropolitana de São Paulo, Brasil<sup>10</sup> (OR=2,8; IC95% 1,2–6,9), e em um estudo realizado em Salvador, na região Nordeste do Brasil<sup>21</sup> (OR=2,1; IC95% 1,23–3,58).

Dados de um estudo epidemiológico brasileiro<sup>29</sup> apontam o número de residentes no domicílio como um fator de risco para a desnutrição infantil, uma vez que condições precárias de moradia e a divisão desproporcional na disposição de recursos para os diferentes membros da família parece ser precária quando esse número é excessivo.

Estudos prospectivos<sup>17,30</sup> descrevem a não participação do marido ou companheiro no mercado de trabalho como importante fator de risco para a desnutrição infantil, já que a mãe, como chefe da casa, teria que dispor sozinha do total de despesas gastas no domicílio, quando seu marido ou companheiro não estivesse inserido no mercado de trabalho.

Já a presença do pai biológico da criança no domicílio tem sido apontada em alguns trabalhos<sup>16,31</sup> como importante fator de proteção para a desnutrição infantil, colocando em evidência a função protetora ou de auxílio paterno frente às funções domiciliares e de cuidado com a criança desempenhadas pela mãe. Corroborando os achados de um estudo jamaicano<sup>1</sup> e um brasileiro,<sup>16</sup> o presente trabalho demonstrou que a ausência do pai biológico no domicílio gera importantes implicações para a criança, triplicando o risco de a mesma apresentar desnutrição quando o genitor masculino estava ausente no mesmo domicílio da criança.

Como uma possível hipótese explicativa e apoiando-se nos pressupostos de Benczik,<sup>32</sup> o desenvolvimento infantil, incluindo-se o adequado estado nutricional, se dá com o compartilhamento dos cuidados maternos e paternos, mas culturalmente é a figura masculina (representada basicamente pelo pai) que simboliza na criança a imagem de “forte”, “robusto” e “grande” idealizada pelo consumo adequado de proteínas e energia por meio das refeições. Assim, a ausência do pai biológico no domicílio da criança seria um fator de risco para a desnutrição infantil, devido à ausência desse modelo cultural e também biológico representado pelo pai.<sup>32</sup>

Considerando-se o estado nutricional da criança, neste estudo, casos e controles não diferiram significativamente para a variável de suporte social global, contrastando com resultados da literatura.<sup>17</sup> Por outro lado, os achados do presente estudo estão em concordância com os do estudo jamaicano<sup>31</sup> e com estudos brasileiros,<sup>16,18</sup> os quais também não encontraram associação entre o suporte social global materno e a desnutrição infantil. Com isso, os achados do presente estudo indicam que as famílias de casos e controles dispõem de formas similares de suporte social na comunidade em que residem.

Contudo, apesar de casos e controles disporem de formas similares de suporte social, a categoria interação social positiva parece ampliar nas mães a concepção do cuidado adequado com a sua prole. Tal categoria envolve o maior acesso à informação oriunda muitas vezes de conversas informais com parentes, vizinhos, amigos e da própria equipe de saúde da comunidade. Talvez, essas mães, por compartilharem de maior interação social positiva, desenvolvam um recurso protetor também maior frente a situações estressantes, o que tornaria o vínculo mãe-filho mais adequado. Entretanto, vale ressaltar como limitação do estudo não ter investigado variáveis referentes às especificidades dos domínios do suporte social. Sugere-se a realização de estudos que possam ampliar as lacunas existentes a respeito do suporte social na condição de TMC na associação com a desnutrição crônica infantil.

## REFERÊNCIAS

1. Lima ALL, Silva ACF, Konno SC, Conde WL, Benicio MHDA, Monteiro CA. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):17-27.
2. Monteiro CA, Benício MHD, Konno SC, Da Silva ACF, De Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):35-43.
3. Ferreira HS, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(1):51-8.
4. Ferreira HS, Luciano SCM. Prevalence of extreme anthropometric measurements in children from Alagoas, Northeastern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):1-4.
5. Silveira KBR, Alves JFR, Ferreira HS, Sawaya AL, Florêncio TMMT. Association between malnutrition in children living in favelas, maternal nutritional status, and environmental factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(3):215-20.

6. Souza OF, Benício MHD, Castro TG, Muniz PT, Cardoso MA. Desnutrição em crianças menores de 60 meses em dois municípios no Estado do Acre: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(1):211-21.
7. Sawaya AL. Desnutrição: conseqüências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional. *Estud Av.* 2006;20:147-58.
8. Alves FR, Alves SR, Garáfolo A, Modesto PC. Binômio desnutrição e pobreza: uma meta a ser vencida pelos países em desenvolvimento. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2011;35(3):744-57.
9. Carvalhaes MABL, Benício MHDA. Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(2):188-97.
10. Miranda CT, Turecki G, Mari JJM, Andreoli SB, Marcolim MA, Goihman S, et al. Mental health of the mothers of malnourished children. *Int J Epidemiol.* 1996;25(1):128-33.
11. Rahman A, Iqbal Z, Bunn J, Lovel H, Harrington R. Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(9):946-52.
12. Santos DS, Santos DN, Silva RCR, Hasselmann MH, Barreto ML. Maternal common mental disorders and malnutrition in children: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(7):543-8.
13. Paffer AT, Ferreira HS, Cabral-Junior CR, Miranda CT. Prevalence of common mental disorders in mothers in the semiarid region of Alagoas and its relationship with nutritional status. *São Paulo Med J.* 2012;130(92):84-91.
14. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2005;5(3):337-48.
15. Mari JJ, Jorge MR. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. *Psychiatry On-line.* 1997;2. Extraído de [<http://www.polbr.med.br/arquivo/tpqcm.htm>], acesso em [14 de junho de 2011].
16. Carvalhaes MABL, Benício MHDA, Barros AJD. Social support and infant malnutrition: a case-control study in an urban area of Southeastern Brazil. *Br J Nutr.* 2005;94:383-9.
17. Rahman A, Creed F. Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: Prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *J Affect Disord.* 2007;100(1-3):115-21.
18. Surkan PJ, Ryan LM, Vieira LMC, Berkman LF, Peterson KE. Maternal social and psychological conditions and physical growth in low-income children in Piauí, Northeast Brazil. *Social Science & Medicine.* 2007;64:375-88.
19. Parke RS. *Fatherhood.* London: Harvard University Press; 1996.

20. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32:705-14.
21. Olstad R, Sexton H, Sogaard AJ. The Finnmark study: social support, social network and mental distress in a prospective population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:519-25.
22. Barbosa JM, Cabral PC, de Lira PI, Florêncio TM. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda no Nordeste brasileiro. *Arch Latinoam Nutr*. 2009;59:22-9.
23. World Health Organization. Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards based on length/height, weight and age. *Acta Paediatr Suppl*. 2006;450:76-85.
24. Beusenbergh M, Orley J. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994. Extraído de [[http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_94.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_94.8.pdf)], acesso em [4 de junho de 2012].
25. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.
26. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública*. 2001;17:887-96.
27. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2003. Extraído de [<http://www.marketanalysis.com.br/arquivos-download/biblioteca/cceb-1.pdf>], acesso em [5 de junho de 2012].
28. Rahman A, Lovel H, Bunn J, Iqbal Z, Harrington R. Mothers' mental health and infant growth: a case-control study from Rawalpindi, Pakistan. *Child Care Health Dev*. 2004;30(1):21-7.
29. Guimarães LV, Latorre MRDO, Barros MBA. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):605-15.
30. Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes – why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health*. 2008;13(4):579-83.
31. Baker-Henningham H, Powell C, Walker S, Grantham-McGregor S. Mothers of undernourished Jamaican children have poorer psychosocial functioning and this is associated with the stimulation provided in home. *Eur J Clin Nutr*. 2003;57(6):786-92.
32. Benczik EBP. A importância da figura paterna para o desenvolvimento infantil. *Rev Psicopedag*. 2011;28(85):67-75.

Recebido em 31.01.2014 e aprovado em 02.06.2014.