

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

CLAUDIANA NUNES RODRIGUES

**SAÚDE DA CRIANÇA E SUAS INTERFACES COM O
PERÍODO GESTACIONAL**

Cuité/PB

2015

CLAUDIANA NUNES RODRIGUES

SAÚDE DA CRIANÇA E SUAS INTERFACES COM O PERÍODO GESTACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para obtenção de título de Bacharel em Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof. Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

R696s Rodrigues, Claudiana Nunes.

Saúde da criança e suas interfaces com o período gestacional. / Claudiana Nunes Rodrigues. – Cuité: CES, 2015.

67 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso.

1. Gravidez. 2. Estado nutricional - criança. 3. Saúde da criança. I. Título.

CDU 618.1/.2

CLAUDIANA NUNES RODRIGUES

SAÚDE DA CRIANÇA E SUAS INTERFACES COM O PERÍODO GESTACIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel em
Nutrição, com linha específica em Saúde Coletiva.

Aprovado em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso
Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Educação e Saúde
Orientador

Prof. Msc. Janaína Almeida Dantas Esmero
Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Educação e Saúde
Examinador

Prof. Dr. Gigliola Marcos Bernardo de Lima
Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Educação e Saúde
Examinador

Cuité/PB

2015

**A minha família, especialmente aos meus pais,
Dedico.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por está sempre me iluminando e me contemplando com suas bênçãos e a Jesus por está sempre intercedendo por mim. Segundo aos meus pais, Marileide Nunes Rodrigues e Ernani Ramos Rodrigues, por terem me dado todo apoio para estudar Nutrição na Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação e Saúde/UFCG-CES, e por serem responsáveis pelo que hoje eu sou.

Agradeço também aos que de alguma forma, direta ou indireta, contribuíram para minha formação acadêmica, sobretudo as minhas irmãs, Claudia e Cauany, aos meus tios e tias, especialmente a Lucinete, as minhas primas e primos, aos meus avós, a minha sogra Luciene e, em especial, a José Artur Fernandes de Lima que tanto me apoiou durante todo o curso.

A todo apoio dos meus amigos da minha cidade natal (Diena, Djailma, Juliana, Rafaela, Renata, Ewerton) e os que me tornei amiga na cidade Cuité-PB (Ana Cristina, Cristiane, Iohrana, Izabela, Jonathan e Rita de Cássia). Meus amigos vocês são a família que Deus me permitiu escolher para fazer parte da minha vida compartilhando de todos os meus sentimentos. Eu amo vocês!

A todos que fizeram parte da pesquisa intitulada “*Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité – Paraíba*”, a qual deu origem ao presente estudo (Alan, Artur, Jéssica e, de maneira especial, a Ana Cristina Martins Silveira). E, principalmente, às mulheres que aceitaram a participar da presente pesquisa, juntamente com seus filhos.

Ao laboratório de avaliação nutricional da UFCG-CES por ter disponibilizado a balança antropométrica, e ao PET-Nutrição, especialmente a Viviany Moura Chaves por ter contribuído grandemente para avaliação dos dados do presente estudo.

Por fim, aos meus professores, por toda paciência, dedicação e excelente ensino e por terem contribuído, significativamente, para o que sou e pela bagagem de conhecimento que hoje carrego, sobretudo, a professora Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso por me dar à oportunidade de fazer todo esse estudo acontecer e por toda orientação.

É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática.

Paulo Freire

RESUMO

RODRIGUES, C. N. **Saúde da criança e suas interfaces com o período gestacional**. 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

A Organização das Nações Unidas com o apoio de 191 nações estabeleceram os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), onde reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes faz parte desses objetivos (BRASIL, 2014). Com isso, a presente pesquisa teve por finalidade analisar as condições de saúde de crianças nascidas de gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte. Trata-se de um estudo transversal e de análise quantitativa com todas as crianças nascidas de gestantes participantes de um estudo anterior, realizado em 2013, intitulado “*Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité – Paraíba*”. Os dados referentes às crianças foram coletados em domicílio no mês de julho de 2015. Foi aplicado um questionário estruturado às mães e os dados coletados foram digitados no programa Access do pacote Office for Windows e as análises foram realizadas utilizando o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 13.0. De 45 mulheres, 34 participaram do presente estudo. Em relação aos filhos dessas mulheres 18 crianças eram do sexo feminino. Quanto a caracterização das mães, pode-se observar que nenhuma tinha o hábito de fumar durante a gestação e 1 relatou o hábito de ingerir bebida alcoólica. A maioria realizou ≥ 6 consultas pré-natal e, as intercorrências gestacionais mais citadas foram pressão alta e pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Sobre as orientações fornecidas pela Equipe de Saúde da Família referentes aos cuidados com a criança 64,7% julgaram suficientes. Todos os partos foram realizados em ambientes públicos, sendo 61,8% cesarianos. A maioria dessas mães apresentou Índice de Massa Corporal pré-gestacional e gestacional adequado, e sobre o ganho de peso gestacional a média foi de 14,47kg. Quanto à caracterização das crianças, 96,8% nasceram “a termo”; 82,4% nasceram com o peso adequado; 88,2% foram classificadas com o índice Apgar no 5º minuto normal; 88,2% realizaram o teste do pezinho; e 94,1% foram imunizadas. Não houve associação significativa ($p < 0,05$) entre a variável “peso ao nascer” com a renda, escolaridade, estado nutricional e o número de consultas pré-natal. Sobre a prevalência do aleitamento materno e alimentação complementar pode-se constatar que 85,3% receberam orientação sobre amamentação durante a gestação e, o profissional mais aludido no oferecimento dessas informações foi o enfermeiro. Com relação ao conceito de alimentação complementar na visão das mulheres a “Alimentação que complementa o leite materno” foi mencionado apenas 14 vezes. Salienta-se que 78,8% receberam alguma orientação sobre que tipo de alimentação o filho deveria consumir após os seis meses de idade e a fonte dessa informação mais uma vez foi o profissional enfermeiro. Foi encontrada baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo (38,2%). Conhecer os fatores que influenciam nas condições de saúde das crianças é essencial para fomentar ações que proporcionem melhorias em termos de saúde, de forma que atinja o pleno desenvolvimento infantil e garantam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Palavras chave: Gravidez. Criança. Estado nutricional.

ABSTRACT

RODRIGUES, N. C. **Children's health and its interface with pregnancy period.** 2015. 72f. Final Term Paper (Nutrition Degree) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

The United Nations with the support of 191 nations have established the Millennium Development Goals (MDGs), in which reducing child mortality and improving maternal health are part of these goals (BRASIL, 2014). Therefore, this study aimed to analyze the health status of children born to pregnant women assisted by the Family Health Strategy of a small city. It is about a cross-sectional study and quantitative analysis with all the children born to pregnant women participants from a previous study, held in 2013, entitled "*Nutritional status, anemia and Prevalence of Intestinal Parasites in Pregnant Women of the City of Cuité - Paraíba*". Data referring to children were collected at home in July 2015. A structured questionnaire was applied to mothers and data collected was entered into the Access program of Office Package for Windows and analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences program (SPSS) for Windows 13.0. 34 out of 45 women took part of this study. Concerning these women's children, 18 were female gender. Regarding the mothers, it was seen that none had the habit of smoking during pregnancy and one of them reported the habit of drinking alcohol. Most of them held ≥ 6 prenatal visits, and the most cited pregnancy complications were high blood pressure and pre-eclampsia / eclampsia. On the guidelines provided by the Family Health Team relating to child care, 64.7% deemed sufficient. All births were carried out in public places, 61.8% of them being cesarean. Most of these mothers showed appropriate body mass index before pregnancy and during gestational period, and in relation to gestational weight gain, the average was 14,47kg. As for the children, 96.8% were born full term; 82.4% were born with appropriate weight; 88.2% were classified with the Apgar score in the 5th minute standard; 88.2% carried out the heel prick test; and 94.1% were immunized. There was no significant association ($p < 0.05$) between the "birth weight" variant with income, education, nutritional status and the number of prenatal visits. On the prevalence of breastfeeding and complementary feeding it can be noted that 85.3% received guidance on breastfeeding during pregnancy, and the best suited professional in providing such information was the nurse. Regarding the concept of complementary feeding in women's vision, "Food that complements breast milk" was mentioned only 14 times. Notice that 78.8% received some guidance on what kind of food the child should have after six months old and the source of this information was once again the nurse. Low prevalence of exclusive breastfeeding (38.2%) was found. Knowing the factors that influence children's health conditions is essential to encourage actions that provide improvements in health, in order to reach the full child development and ensure the Millennium Development Goals.

Keywords: Pregnancy. Child. Nutritional Status.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Benefícios imediatos e em longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente.....	22
Quadro 2 – Conceito de alimentação complementar na visão das mulheres avaliadas. Cuité-PB, 2015.....	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Percentual de mulheres de acordo com as Unidades de Saúde nas quais são atendidas. Cuité-PB, 2015.....	34
Tabela 2 – Consultas pré-natais realizadas pelas mulheres que compõem a amostra do estudo. Cuité-PB, 2015.....	37
Tabela 3 – Estado nutricional, antes e durante o período gestacional das mulheres que compõem a amostra do estudo. Cuité-PB, 2015.....	41
Tabela 4 – Relação do peso ao nascer com variáveis relacionadas à saúde e às condições socioeconômicas da mãe durante a gestação. Cuité-PB, 2015.....	45
Tabela 5 – Tipo de alimentação das crianças que compõem a amostra do estudo nos primeiros seis meses de idade. Cuité-PB, 2015.....	50
Tabela 6 – Tempo de permanência de amamentação das crianças do estudo. Cuité-PB, 2015.....	51

LISTA DE SÍMBOLOS

g - grama

kg - quilograma

% - por cento

\geq - igual ou maior

$>$ - maior

$<$ - menor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 Saúde materno infantil no contexto atual.....	15
3.2 Fatores que interferem na saúde do grupo materno infantil.....	17
3.3 A importância do aleitamento materno.....	21
3.4 Serviços de saúde direcionados para o grupo materno infantil no brasil.....	24
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Tipo de estudo.....	31
4.2 População e amostra.....	31
4.3 Coleta de dados.....	31
4.4 Análise de dados.....	32
4.5 Aspectos éticos.....	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
5.1 Caracterização da amostra.....	34
5.2 Caracterização das mães.....	35
5.2.1 Caracterização das mães durante a gestação.....	35
5.2.2 Caracterização das mães assistidas pós gestação.....	38
5.3 Caracterização das crianças que compõem o estudo.....	42
5.4 Relação do peso ao nascer com as condições de saúde e socioeconômicas da mãe durante a gestação.....	44
5.5 Prevalência do aleitamento materno e alimentação complementar.	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A – Questionário aplicado às mães das crianças.....	64
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
ANEXO A – Carta de Anuência.....	67

1 INTRODUÇÃO

Ao analisar os maiores problemas mundiais, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2000, com o apoio de 191 nações estabeleceu as metas do milênio que ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), os quais devem ser atingidos por todos os países até o presente ano de 2015. Reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes são dois objetivos que compõem as oito metas estabelecidas pela ONU. No Brasil, a ODM é conhecida como “8 jeitos de mudar o mundo” (BRASIL, 2014).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE houve um declínio gradativo na taxa bruta de natalidade por mil habitantes no Brasil, de 20,86 em 2000 para 14,79 em 2013 (IBGE, 2013). Já a taxa bruta de mortalidade por mil habitantes nesses mesmos anos foi de 6,67 e 6,04, respectivamente (IBGE, 2013), não apresentando diferença significativa quando comparado à taxa bruta de natalidade. Com relação à taxa de fecundidade total, em 2000 era de 2,39 e declinou, paulatinamente, para 1,77 em 2013 (IBGE, 2013). Segundo o DataSus, a razão de mortalidade materna (número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos) neste país apresentou uma variação de 73,3 em 2000 para 64,8 em 2011 (DATASUS, 2012).

De fato, o Brasil está reduzindo a mortalidade materna – apresentou queda de 51% de 1990 a 2010 – no entanto, ainda não alcançou a ODM (DEVELOPMENT GOALS; WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD BANK; UNICEF; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2012). Estimativas das Nações Unidas revelam que menos mulheres estão morrendo por causas relacionadas à gravidez, mas ainda são mil mortes diárias em todo o mundo e será preciso fazer mais para se atingir os objetivos estabelecidos (DEVELOPMENT GOALS; WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD BANK; UNICEF; UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2010).

Assim como a mortalidade materna, a taxa de mortalidade neonatal (número de óbitos na idade de 0 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos) também apresentou declínio, o qual foi de 16,7 em 2000 para 10,6 em 2011, gradativamente. Da mesma forma, na região nordeste, no entanto, a queda foi de 21,3 para 12,7 nesses mesmos anos respectivamente, quase iguais ao estado da Paraíba onde a variação

foi de 21,7 em 2000 para 12,3 em 2011, ambos maiores que a taxa nacional (DATASUS, 2012).

Houve diminuição também da taxa de mortalidade infantil em menores de 1 ano de idade (número de óbitos infantis por 1.000 nascidos vivos) em todo o país, apresentando taxas de 26,1 e 15,3 em 2000 e 2011, respectivamente. Nessa mesma época, na região Nordeste o declínio foi de 35,9 para 18,0 e no estado da Paraíba de 39,2 para 17,5, todos de forma paulatina (DATASUS, 2012). Vale salientar que, segundo o IBGE (2013), a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos no Brasil em 2013 foi 15,02, semelhante ao ano 2011.

Houve declínio também na taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos de idade, de 30,1 em 2000 para 17,7 em 2011. Quanto a essa variável, a região Nordeste apresentou uma variação de 41,2 para 20,7 e no estado da Paraíba de 44,3 para 19,9, nesses mesmos anos, respectivamente. Todos de forma paulatina e ambos também maiores que a taxa nacional (DATASUS, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde ao longo dos anos, vem construindo uma base jurídica e um conjunto de políticas públicas de saúde voltadas à saúde materno-infantil, com o intuito de garantir os direitos das gestantes e do bebê, no entanto, o direito à sobrevivência e à saúde a toda mãe e a toda criança ainda não foi garantido em sua totalidade e a redução das taxas de morbimortalidade ainda é um relevante desafio à saúde pública do Brasil (NETO et al., 2008; UNICEF, 2011). Geib et al. (2010) mostra que a mortalidade infantil pode ser determinada por fatores sociais e biológicos. Baixa escolaridade materna, vitalidade ao nascer, ausência de aleitamento materno são exemplos desses fatores.

Diante deste cenário, observa-se a relevância de estudos que explanem os fatores que exercem influência sobre os indicadores de saúde do grupo materno-infantil para contribuir com a melhoria das condições de vida deste grupo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as condições de saúde de crianças nascidas de gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as condições de saúde e socioeconômicas das mães no período gestacional;
- Caracterizar as condições de saúde da criança;
- Analisar o peso ao nascer e relacionar com fatores socioeconômicos e de saúde maternos durante a gestação e o número de consultas pré-natal;
- Caracterizar a alimentação das crianças antes e após os 6 meses de idade e analisar a relação com idade e escolaridade da mãe no período gestacional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde materno infantil no contexto atual

O Brasil tem apresentado um novo contexto epidemiológico e demográfico nos últimos anos onde a mortalidade infantil, a taxa de natalidade e fecundidade apresentaram quedas importantes, enquanto que a expectativa de vida tem apresentado relevante aumento. Em contraste, no ano de 2005, neste país, 1.620 mulheres e 34.382 recém-nascidos morreram por complicações na gravidez, aborto, parto e pós-parto, ao mesmo tempo houve aumento no número de partos prematuros, aumento no índice de obesidade infantil e no número de crianças com doenças crônicas no mundo inteiro. Além disso, aumentou o acesso ao pré-natal e as taxas de aleitamento materno (BRASIL, 2007; MOREIRA, 2010).

Cerca de 130 milhões de crianças nascem no planeta, das quais 4 milhões morrem no período neonatal e um número parecido nascem mortas, vão a óbito no útero durante os últimos três meses de gestação. Vale destacar que os óbitos perinatais ocorrem, em sua maioria, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (BRASIL, 2012). Esses dados revelam o quão é importante o direcionamento de olhares para o grupo materno infantil, bem como investigar as causas dessas mortes para reduzir esse número ao máximo.

De fato a taxa de mortalidade infantil em crianças com menos de 1 ano de idade diminuiu no Brasil e na região Nordeste, a qual apresentou a maior queda de 1990 a 2006, todavia, 50% maior que a média nacional, sendo Alagoas, Maranhão, Pernambuco e Paraíba os estados que apresentaram o maior índice de mortalidade infantil (UNICEF, 2008).

No estudo feito por Lansky et al. (2014) foram identificadas 24.061 crianças nascidas vivas e 268 óbitos neonatais no ano 2011 para 2012 no Brasil, perfazendo uma taxa de mortalidade neonatal ponderada de 11,1 óbitos por mil nascidos vivos, com 14,5 por mil nascidos vivos na região Nordeste, evidenciando aumento em relação a 2011. Os óbitos se concentraram nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil e entre recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer. Dentre as causas socioeconômicas e demográficas dos óbitos no país, destacam-se: classe social baixa, adolescentes, idade acima de 35 anos e baixa escolaridade.

Alguns autores investigaram os determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil e tornou público que o determinante social de maior relevância é a baixa escolaridade materna (menor que oito anos) e os determinantes biológicos são: o hábito tabágico gestacional, a vitalidade ao nascer, o baixo peso ao nascer, ausência de aleitamento materno e antecedente de filhos mortos (GEIB et al., 2010).

Com relação ao tipo de parto, um estudo realizado por Cardoso, Alberti e Petroianu (2010) mostra que existe maior morbidade neonatal em recém-natos por via vaginal do que por via cesariana, fato confirmado por Lansky et al. (2014). Já a morbidade materna é maior em puérperas que fizeram cesarianas, provavelmente, associado a problemas de anestesia, hemorragias, sépses, alterações tromboembólicas, complicações sistêmicas ou agravamento de patologias anteriores (BRASIL, 2012).

Quanto ao estado nutricional das crianças, houve significativa diminuição na quantidade de menores de 2 anos de idade com desnutrição no Brasil, no qual a proporção de crianças com baixo peso para a idade caiu de 12,7% em 2000 para 3,5% em 2006, representando uma redução de 72,4%, dando espaço para o excesso de peso, ratificando uma verdadeira transição nutricional (UNICEF, 2008). Quanto ao estado nutricional das mulheres atualmente, cresce o número de mulheres em idade reprodutiva que estão acima do peso (CALLEGARI et al., 2014).

Contudo, a redução da mortalidade infantil no Brasil está associada a melhorias nas condições de vida das crianças e na atenção à saúde, incluindo a segurança alimentar e nutricional, vacinação, saneamento básico e o modelo de atenção à saúde (UNICEF, 2008). Entretanto, com base nos indicadores estatísticos, muito ainda há de ser feito para atingir a metas da ODM. O estudo de Lansky et al. (2006) indica que os fatores de risco mais significantes para a morte fetal e neonatal também afetam a mortalidade materna e que a mortalidade perinatal (o período entre o final da gravidez, o trabalho de parto e o momento do nascimento) não recebeu a atenção merecida do sistema de saúde e está relacionado com causas evitáveis como, qualidade da assistência hospitalar ao parto, a estrutura dos serviços e do processo de assistência.

3.2 Fatores que interferem na saúde do grupo materno infantil

A gestação é fenômeno fisiológico composto por 40 semanas nas quais ocorrem vários eventos adaptativos fisiológicos, metabólicos e nutricionais. Deve ser vista tanto pelas gestantes quanto pelas equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional (VITOLLO, 2008; BRASIL, 2012).

Segundo Accioly, Saunders e Lacerda (2009) o resultado da gestação é analisado por alguns indicadores, como mortalidade materna, mortalidade perinatal e peso ao nascer, os quais estão associados a vários fatores, como por exemplo, a mortalidade materna revela precariedade nas condições socioeconômicas, baixo nível de informação e escolaridade, fatos de violência na família e, principalmente, dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade (PARADA, 2008).

Existem fatores de riscos gestacionais que devem ser identificados o mais rápido possível para reduzir a morbimortalidade materno-infantil. A seguir estão citados alguns fatores de risco relacionados com as características individuais e as condições sociodemográficas desfavoráveis, à história reprodutiva anterior e relacionados com as condições clínicas pré-existentes da gestante (BRASIL, 2012):

- Características individuais e as condições sociodemográficas desfavoráveis: idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; altura menor do que 1,45m; Índice de Massa Corporal (IMC) que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade; baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); anormalidades nos órgãos reprodutivos; exposição a riscos ocupacionais; situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, especialmente quando se refere a adolescente; conflitos familiares; condições ambientais desfavoráveis dependência de drogas lícitas e ilícitas.
- História reprodutiva anterior da gestante: histórico de recém-nascido com restrição de crescimento, macrossomia fetal; nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); pré-termo ou com má-formação; síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; cirurgia uterina anterior; três ou mais cesarianas; síndrome hemorrágica ou hipertensivas; esterilidade/infertilidade; histórico de aborto.

- Condições clínicas preexistentes: cardiopatias, nefropatias graves, endocrinopatias (especialmente diabetes e tireoidopatias), hipertensão arterial, neoplasias, doenças auto-imunes e infecciosas, etc.

Além disso, a exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual (como desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, gravidez prolongada, diabetes gestacional, amniorrexe prematura, insuficiência istmo-cervical, óbito fetal, hemorragias da gestação e aloimunização) e intercorrências clínicas, como doenças infectocontagiosas vividas durante a gestação atual (doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose, etc.), doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez na atual gestação (cardiopatias, endocrinopatias), compõem grupos de fatores de riscos que surgem na gestação transformando-a em gestação de alto risco (BRASIL, 2012).

De acordo com Vitolo (2008), o segundo e terceiro trimestre são fases em que o meio externo influencia diretamente no estado nutricional do feto, onde o crescimento e o desenvolvimento normal são determinados tanto pelo fator emocional e estilo de vida quanto pelo ganho de peso adequado, pela ingestão energética e de nutrientes. De acordo com Nomura et al. (2012), o estado nutricional materno está associado a anormalidades no crescimento fetal e o controle do ganho de peso corporal durante a gestação além de ser importante para a saúde materna é fundamental para o resultado do parto, pois, o excesso de peso materno incita risco para alguns problemas de saúde, como diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios, além disso, está relacionado também com nascimento prematuro, defeitos no sistema nervoso da criança e ao crescente número de partos cesáreos (BRASIL, 2012).

Alguns autores revelam que o peso ao nascer da criança reflete as condições nutricionais e metabólicas da mãe no período da gestação e o desenvolvimento fetal intrauterino, indicando o quão é fundamental para a garantia da saúde do grupo materno infantil o controle do ganho de peso da mãe e a vigilância de sua saúde durante a gestação. O inadequado peso fetal pode contribuir para maior morbimortalidade neonatal, susceptibilidade a infecção, desnutrição no primeiro ano de vida, desconforto respiratório, traumas durante o parto, além disso, é fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis (TOURINHO, REIS, 2012).

O ambiente intrauterino é um fator que pode estar relacionado com as condições de saúde do feto estendendo até a vida adulta. Como destacado por Gomes (2010) “As doenças e agravos da vida adulta têm sido bem relacionadas com o ambiente intrauterino e os primeiros meses de vida” e corroborado por Vitolo (2008) que afirma que existem evidências de que o crescimento intrauterino exerce importante efeito sobre a saúde na vida adulta. Com isso, percebe-se a essencialidade do desenvolvimento de ações com caráter tanto resolutivo quanto preventivo para o público materno-infantil, tendo em vista a longevidade de alguns problemas que podem vir acometer esse grupo.

O período gestacional é uma fase em que aumenta as necessidades nutricionais, devido aos ajustes fisiológicos das gestantes e a necessidade de nutrientes especiais direcionados para o crescimento fetal. Portanto, o inadequado estado nutricional da gestante, antes e durante a gravidez, influencia no crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Além disso, as condições de saúde do embrião dependerão das condições nutricionais pré-gestacionais maternas e, sobretudo, das reservas energéticas e de micronutrientes (BRASIL, 2012; VITOLO, 2008). Diante disto, observa-se a importância do conhecimento sobre o estado nutricional pré-gestacional para o prognóstico da gestação (FAZIO et al., 2011).

Para o crescimento ideal do feto é preciso que a gestantes mantenha uma alimentação balanceada e, com isso, ganhe o peso adequado, pois, desvios no ganho de peso ponderal padrão juntamente com outros fatores maternos e ambientais podem ocasionar retardo do crescimento intrauterino e crescimento excessivo do infantil (TOURINHO; REIS, 2012).

Outro fator de risco relevante são as síndromes hipertensivas na gestação, as quais estão relacionadas com complicações perinatais e o surgimento de diabetes gestacional. Um estudo feito por Oliveira et al. (2006), mostra que a hipertensão gestacional é fator de risco para infecção neonatal, prematuridade e neonatos pequenos para a idade gestacional e a hipertensão arterial crônica é fator de risco para síndrome de aspiração de mecônio, síndrome de angústia respiratória, além de prematuridade, o que indica que as gestantes devem ser acompanhadas para o controle dessas intercorrências e assim evitar complicações na criança.

O diabetes mellitus gestacional também está associado à complicações maternas e perinatais. Dentre as complicações maternas, temos: macrossomia, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, síndrome de dificuldade respiratória, hipocalcemia,

síndrome de policitemia neonatal, além do aumento do risco de obesidade na infância e adolescência e diabetes na idade adulta da criança. Dentre as complicações perinatais, temos: maior frequência de pré-eclâmpsia, elevados índices de partos cesáreos e a diabetes mellitus tipo 2 após o parto (VALDES, 2010).

O estudo de Nomura et al (2012) também mostra associação da hipertensão arterial com recém-nascido pequeno para a idade gestacional, assim como a presença de diabetes mellitus com recém-nascido grande para a idade gestacional.

Outros fatores que estão intimamente relacionados com as condições de saúde materno-infantil são: o consumo de álcool e o hábito tabágico durante a gravidez, os quais oferecem riscos à saúde influenciando no crescimento do feto e aumentando os riscos de nascimento prematuro. Mas especificamente, o consumo materno de álcool está associado com teratogenicidade e com um padrão específico de anormalidades no recém-nascido, ocasionando um quadro conhecido como síndrome alcoólica fetal, já o tabagismo afeta o crescimento fetal, retardando-o, além de aumentar o risco de prematuridade e mortalidade perinatal (VITOLLO, 2008; BRASIL, 2012; MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

Por não existir um valor considerado seguro para o consumo sem causar danos ao desenvolvimento fetal ou até mesmo o surgimento de intercorrências obstétricas é recomendado total abstinência de substâncias lícitas (OLIVEIRA; SIMÕES, 2007).

O contexto de cada gestação influencia no seu desenvolvimento, bem como no processo de amamentação e nos cuidados com o binômio mãe-filho. As características, o modo de agir, os valores, os pensamentos, etc., bem como a formação psicossocial das crianças depende da sua interação com os membros de sua família e o meio social em que se vive. É na relação com os adultos que a criança assimila habilidades (sentar, andar, falar, etc.) que foram construídas pela história social ao longo do tempo. Tudo isso indica a importância de um contexto favorável para o desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Um estudo feito por Filho et al. (2011) revela que o ambiente doméstico no qual está inserido a criança na faixa de dois anos de idade é fundamental para o desenvolvimento das mesmas. Ele indica algumas causas que podem contribuir

para o atraso no desenvolvimento da criança tais como, hiperlotação na casa e baixa intensidade de estímulos favoráveis.

Torna-se, portanto, fundamental conhecer o que interfere na saúde do grupo materno infantil para o direcionamento das ações em saúde em todos os níveis da atenção à saúde e, como isso, atingir os objetivos da ODM.

3.3 A importância do aleitamento materno

Nos últimos anos a importância do aleitamento materno vem sendo bastante difundido na população, especialmente para o grupo específico de gestantes, sobretudo na Atenção Básica à Saúde. Sobre esse tema é válido iniciar com seguinte definição sobre amamentação:

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009, p. 11).

O quadro 1, na página seguinte, mostra os benefícios imediatos e em longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente.

O aleitamento materno deve ser exclusivo durante 6 meses, sem a oferta de água, chás ou qualquer outro tipo de alimento. Ao completar 6 meses, o leite materno deve ser complementado por outros alimentos, os quais devem ser introduzidos na alimentação de maneira lenta e gradual para adaptação da criança aos novos sabores, as novas texturas e consistências, mantendo-o por dois anos ou mais (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013). A OMS define aleitamento materno exclusivo quando a criança recebe apenas o leite materno, diretamente da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, exceto gotas ou xaropes que contém vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009).

Quadro 1 – Benefícios imediatos e em longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente.

Benefícios imediatos (amamentação exclusiva iniciada o mais cedo possível)		Benefícios em longo prazo	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
<ul style="list-style-type: none"> - Previne a morbidade e a mortalidade neonatais; - O aleitamento materno logo após o parto está associado à maior duração da amamentação e do aleitamento materno exclusivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula a liberação da ocitocina, que provoca a contração uterina; - Possível efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminui o risco de: otite média aguda, gastroenterite inespecífica, hospitalização por infecção do trato respiratório inferior, dermatite atópica, obesidade, diabetes tipo 1 e 2, leucemia da infância, síndrome da morte súbita infantil, enterocolite necrosante; - Melhor desenvolvimento motor. 	<ul style="list-style-type: none"> - A amenorreia lactacional ajuda a postergar futuras gestações e protege as reservas de ferro materno; - Diminui o risco de: diabetes tipo 2, câncer de ovário, câncer de mama; - Perda mais rápida de peso após a gravidez.

Fonte: Brasil, 2011.

Não é vantajoso introduzir alimentos complementares antes do 6 meses de idade na alimentação da criança, pois pode trazer prejuízos à saúde do infantil, uma vez que a oferta precoce de outros alimentos está associado com maior número de episódios de diarreia, mais hospitalizações, menor duração do aleitamento materno, risco de desnutrição caso a composição nutricional dos alimentos forem inferiores que o leite materno, menor absorção de nutrientes importantes presentes no leite

materno, como o ferro e o zinco, menor eficácia da lactação como método anticoncepcional. Além disso, o aleitamento materno evita doenças respiratórias, além de diminuir os riscos de alergias, desnutrição, hipertensão, colesterol alto, carências específicas de micronutrientes como ferro, zinco e vitamina A; previne cárie dentária; proporciona melhor desenvolvimento da cavidade bucal, entre outros. Tudo isso está relacionado intimamente ao fato de que o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento adequado do infantil, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009; BRASIL, 2013).

Palmeira, Santos e Vianna (2011) demonstraram que a interrupção precoce do consumo do leite materno e a introdução inadequada de alimentos expressam riscos para a segurança alimentar e nutricional da criança, até por que o leite humano é estéril e evita a ingestão de patógenos por meio de alimentos e/ou líquidos contaminados (BRASIL, 2011).

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno são ações prioritárias no Brasil e fazem parte das estratégias para redução da mortalidade infantil, com o intuito de atingir a meta da ODM. É fato que a promoção da amamentação durante a gestação exerce uma influência bastante positiva nas prevalências de aleitamento materno, principalmente entre as primíparas. Destaca-se que as ações de promoção do aleitamento materno e de promoção da alimentação complementar saudável foram capazes de diminuir, respectivamente, 13% e 6% a ocorrência de mortes em crianças menores de cinco anos em todo mundo (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Em condições na qual a criança não recebe de nenhuma maneira o leite materno por motivos superiores ou de contra indicações como, mães infectadas pelo HIV ou pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus linfotrópico humano de linfócitos T), uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, criança portadora de galactosemia, doença do xarope de bordô e fenilcetonúria, ou situações em que a amamentação deve ser temporariamente interrompida por causa da situação de saúde da mãe como, presença de infecção herpética, varicela, doenças de chagas, abscesso mamário ou consumo de drogas de abuso, tornando impossível a lactação, os profissionais de saúde devem orientar as mães a utilizarem de maneira correta as Fórmulas Infantis Modificadas para a Idade disponíveis para a alimentação das crianças, de acordo com as condições de saúde da mesma, além das condições socioeconômicas e culturais da família (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar que não se orienta interromper a amamentação em casos em que a mãe apresenta: tuberculose, hanseníase, hepatite B e C, consumo de álcool e tabaco (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado por Venancio et al. (2010) o qual tinha o objetivo de apresentar os indicadores de aleitamento materno obtidos na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, diz que houve uma significativa melhora na situação do aleitamento materno no conjunto das capitais brasileiras na última década, no entanto, ainda faz-se necessário um grande esforço para que o Brasil atinja os índices recomendados pela OMS.

A pesquisa de Wenzel e Souza (2011) a qual tinha o objetivo de quantificar a frequência do aleitamento materno no Brasil, macro-regiões e áreas urbanas e rurais, revelou que as regiões com maiores prevalências foram o norte e o nordeste do país. Apesar de o nordeste ter apresentado uma das maiores prevalências, pesquisas mostram que em 2006 esta região apresentou taxa de aleitamento materno exclusivo bastante baixa em crianças de até 4 meses, a menor taxa entre as regiões do Brasil (UNICEF, 2008).

Desta forma é fundamental o desenvolvimento de ações de promoção ao aleitamento materno para que cada vez mais aumente o número de crianças consumindo leite materno exclusivamente nos primeiros seis meses de vida e uma alimentação complementar nutricionalmente adequada.

3.4 Serviços de saúde direcionados para o grupo materno infantil no Brasil

O ápice dos estudos sobre os cuidados referentes ao grupo materno-infantil deu-se de forma concomitante a época do capitalismo, durante o processo de industrialização, onde o propósito era a perpetuação da força do trabalho. Uma das primeiras medidas implantadas foi a institucionalização do parto, a partir de então, avançaram no âmbito científico e tecnológico sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido, permitindo uma melhoria das condições de saúde do referido grupo (NETO et al., 2008).

A década de 1930 a 1940 foi marcada pelo primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, onde foram implantados vários programas e o desenvolvimento de atividades voltadas para esse grupo com o

intuito de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

A década de 1950 a 1970 foi marcada pela criação da Coordenação de Proteção Materno-Infantil, bem como do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança (BRASIL, 2011).

A década de 1980 a 1990 foi marcada pela elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança, o qual tinha o objetivo de melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. Por conseguinte, esse programa foi dividido em dois: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. As principais ações do primeiro programa citado foram: assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário; promoção ao parto normal. As principais ações do segundo programa citado foram: crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido (BRASIL, 2011).

O incentivo ao aleitamento materno acontece desde a década de 70 e prolonga até os dias atuais, mas foi na década de 90 que as ações inerentes ao Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno foram incorporadas pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – ATSCAM, setor do Ministério da Saúde que hoje é responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança de zero a nove anos de idade, desenvolvendo ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado” (BRASIL, 2011).

Segundo Neto et al. (2008) os movimentos sociais na década de 1980, que resultaram na consolidação de várias leis e programas de saúde direcionados ao público materno-infantil, influenciaram na organização dos sistemas e serviços de saúde, de tal forma que refletiu na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal e no maior acesso à consulta pré-natal e ao parto hospitalar nos anos 1990 e 2000.

Na década de 2000 foram desenvolvidas várias ações e políticas públicas destinadas ao grupo populacional em estudo e firmado o compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM (BRASIL, 2011). E ao longo desses 70 anos, foram publicadas leis e portarias com o intuito de garantir o direito da criança à saúde no que se refere ao aleitamento materno (BRASIL, 2011).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) as principais ações do governo federal que garantem a saúde do grupo materno infantil e os objetivos da ODM são: a Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, o Programa Nacional de Imunização, além disso, tem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o Plano de Ação para o Controle do Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, dentre outras (BRASIL, 2014).

No SUS, os serviços de Atenção Básica são compostos por Unidades Básicas de Saúde (UBS) e por Equipes de Saúde da Família (ESF), os quais respondem pela coordenação do cuidado no território, organizando suas ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Com o intuito de expandir a abrangência das ações de Atenção Básica foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) o qual proporciona assessoria e apoio a ESF (BRASIL, 2012).

O relatório nacional de acompanhamento do ODM de 2014 torna público que para atender as necessidades das crianças, o Brasil, além de possuir um sistema único de saúde, promoveu uma grande expansão da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família, a qual foi delineada para prestar assistência contínua nas especialidades básicas da população por meio de Equipes de Saúde da Família, formada por multiprofissionais responsáveis pelas ações básicas, características da Atenção Primária. Para as gestantes, o SUS tem adotado medidas como a regulamentação da vigilância de óbitos maternos e de políticas voltadas para melhoria da saúde materna, dentre as quais se destaca recentemente a Rede Cegonha (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha foi criada em 2011, como intuito de minimizar a taxas de morbimortalidade materno-infantil, ainda elevada neste país, e estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil. Pré-natal, parto, nascimento, puerpério e atenção integral da saúde da criança são componentes das ações desenvolvidas nessa rede (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

A Atenção Básica deve ser preferencialmente a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, onde as equipes devem acolher dignamente tanto a mãe quanto o recém-nascido e coordenar o cuidado das gestantes mesmo quando elas precisam de atenção em outros serviços, como na Rede de Média e Alta Complexidade, na Rede de Urgência e Emergência, na Rede de Atenção Psicossocial, na Rede Oncológica, dentre outros serviços (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

A atenção pré-natal e puerperal objetiva acolher a mulher desde o início da gestação até o fim, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno-infantil, além do crescimento e desenvolvimento adequados da criança (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

Quando se confirma a gravidez inicia-se o acompanhamento gestacional com o cadastro das gestantes no SisPreNatal e, a partir de então, as gestantes devem ser orientadas quanto ao pré-natal. As condutas e diagnósticos devem ser anotados na ficha de pré-natal e no Cartão da Gestante (BRASIL, 2012). O Cartão da Gestante é um instrumento de registro que a gestante deve receber na primeira consulta pré-natal, o qual deve ficar sempre com a ela e deve ser levado nas próximas consultas (BRASIL, 2006, BRASIL, 2008), pois é o principal meio de comunicação entre as equipes de assistência pré-natal e ao parto, quanto aos problemas identificados e às condutas adotadas pelos profissionais de saúde (VIELLAS et al., 2014).

As gestantes que apresentam fatores de riscos que não podem ser acompanhados pela Atenção Básica no serviço de saúde, devido à necessidade de um acompanhamento especial por causa da magnitude do problema e a influência no estado de saúde da criança, devem ser encaminhadas para o acompanhamento pré-natal de alto risco ou pelo acompanhamento à urgência/emergência obstétrica (BRASIL, 2012).

No pré-natal há uma atenção voltada para a Nutrição, objetivando a redução da prevalência dos distúrbios nutricionais que costumam surgir durante a gestação, atentando-se para o consumo insuficiente ou em excesso de energia,

macronutrientes e micronutrientes (NIQUINI, 2013). Durante o acompanhamento deve ser estimulado o consumo de uma alimentação adequada e saudável, realizar Avaliação Nutricional e ser orientado quanto á importância do acompanhamento do ganho de peso na gestação. Já no puerpério deve ser feito o acompanhamento da perda de peso adequada (BRASIL, 2013).

Existem alguns indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê os quais têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal, como a assistência pré-natal adequada com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco; um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação com garantia de vagas para gestantes e bebês, regulação dos leitos obstétricos e plano de vinculação da gestante à maternidade); e qualificação da assistência ao parto, incluindo humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas e acolhimento com classificação de risco (BRASIL, 2012).

Existe um importante instrumento capaz de reduzir o índice de morbimortalidade materno-infantil, é a avaliação pré-concepcional para identificar fatores de riscos ou doenças que possam interferir no desenvolvimento normal de uma gestação futura, no entanto, a procura espontânea para essa consulta é pouca (BRASIL, 2012). Esta realidade indica a necessidade de focar ações direcionadas ao planejamento familiar e assim evitar vários problemas de saúde para o binômio mãe e filho.

Estudo mostra que o Brasil foi bem sucedido na ampliação do acesso à assistência pré-natal, atingindo praticamente todas as gestantes brasileiras e a maioria das consultas foi realizada no serviço público (VIELLAS et al., 2014), o que é favorável para a saúde da mãe e do filho, pois o pré-natal oferecido pela ESF apresenta vários indicadores de cobertura melhores do que o seu correspondente no setor privado, segundo Cesar et al. (2012).

Estudos mostram ainda que os serviços de pré-natal e puerperal da atenção básica apresentam uma estrutura adequada no que diz respeito a espaço físico, apoio laboratorial, medicamentos, equipamentos, recurso de gestão da informação (PARADA, 2008; SILVA et al., 2013), no entanto, o acesso ao pré-natal não se limita apenas a estrutura, inclui essencialmente a humanização dos cuidados por parte dos profissionais de saúde, com acolhimento, capacidade de escuta e comunicação (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

O acompanhamento da gestação deve iniciar o mais precocemente possível e deve continuar após o nascimento do bebê. Até o 42º dia após o nascimento deve ser realizada a consulta de puerpério (BRASIL, 2012), e é na Unidade de Saúde da Família que se deve iniciar o acompanhamento do infantil, assegurando a atenção integral à saúde da criança, onde deve ser feito a identificação de riscos nutricionais, o monitoramento do crescimento e a possibilidade de manter ou retomar o aleitamento materno exclusivo.

O ministério da saúde recomenda que a crianças em seu primeiro ano de vida realize sete consultas de rotina, uma na 1ª semana e as outras no 1º, no 2º, no 4º, no 6º, no 9º e no 12º mês de vida. E, em seu segundo ano de vida, duas consultas, uma no 18º e no 24º mês. A partir do segundo ano de vida as consultas devem ser anuais, próximas ao mês de aniversário. Aquelas crianças que necessitarem uma maior atenção devem ser vistas com maior frequência (BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE et al., 2006; INSTITUTE..., 2012 apud BRASIL, 2012).

Para prevenção e controle da deficiência de vitamina A e ferro foi criado o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, respectivamente. O primeiro consiste em fazer a suplementação da vitamina A em diferentes concentrações nas crianças de 6 a 11 meses e de 12 a 59 meses de idade, bem como em puérperas no pós-parto imediato, para evitar a hipovitaminose A. O segundo consiste em fazer a suplementação de ferro em crianças de 6 a 24 meses, gestantes a partir da 20ª semana de gestação e mulheres até o terceiro mês pós-parto e pós-aborto, para evitar a anemia ferropriva (BRASIL, 2013).

[...] é necessário que os serviços de saúde estabeleçam estratégias que viabilizem o ingresso precoce das gestantes no pré-natal, que garantam a oferta e acesso aos serviços e, principalmente, que promovam melhorias na qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal (Nagahama; Santiago, 2006, p. 178).

Sendo assim, observa-se a necessidade de um olhar diferenciado para o grupo populacional materno-infantil por parte dos governantes e dos profissionais de saúde, na tentativa de buscar a solução dos problemas relacionados com a saúde,

sempre levando em consideração as condições socioeconômicas deste grupo para conseguir atingir os objetivos do “8 jeitos de mudar o mundo”.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo exploratório, com criação de categorias das variáveis qualitativas (feita pelos pesquisadores), e de análise quantitativa, com crianças nascidas de gestantes participantes de um estudo feito no período de agosto a novembro de 2013 intitulado “*Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité – Paraíba*”, o qual tinha a finalidade de conhecer o perfil socioeconômico, nutricional, hematológico e a prevalência das parasitoses intestinais em gestantes acompanhadas pelo Programa Saúde da Família do município de Cuité/PB.

4.2 População e amostra

Puderam compor a amostra todas as crianças nascidas das 45 gestantes acompanhadas pelas cinco Equipes de Saúde da Família da zona urbana de Cuité participantes do estudo feito no ano 2013. No entanto, na presente pesquisa feita no ano vigente, participou apenas 34 mulheres juntamente com seus filhos.

4.3 Coleta de dados

Os dados referentes às crianças foram coletados em domicílio, no mês de julho de 2015, no ambiente doméstico dos 34 participantes, onde foi aplicado um questionário estruturado (Apêndice A) às mães das crianças, o qual foi elaborado pelos pesquisadores.

Foi feito um levantamento dos endereços de cada mãe, permitindo assim, o acesso aos domicílios delas e acesso às crianças que compuseram a amostra deste estudo. Para tanto, foi solicitado auxílio aos Agentes Comunitários de Saúde das Equipes de Saúde da Família em cada Unidade de Saúde do município de Cuité-PB.

O questionário aplicado no âmbito domiciliar contemplou perguntas relacionadas às condições de saúde da criança, ao nascer e após o nascimento, incluindo dados como peso e altura. Além disso, continha informações gerais sobre

a mãe, dados relacionados ao parto e informações nutricionais da criança. No momento da entrevista, foi pedido à mãe o Cartão da Criança e o Cartão de Gestante para coletar algumas informações importantes para este estudo.

Para a aferição do peso foi utilizado balança portátil fabricada pela empresa *Balmak®*, da linha de balanças ACTLIFE. Para tomada da altura foi utilizada fita métrica fixada na parede sem rodapé. Para àquelas menores de um ano foi utilizado o estadiômetro portátil de madeira da marca *cescorf*, todos disponibilizados pelo Laboratório de Avaliação Nutricional da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, campus Cuité-PB.

Para classificação do estado nutricional das crianças, foram avaliados os índices antropométricos recomendados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde (peso-para-idade, peso-para-estatura, índice de massa corporal-para-idade, estatura-para-idade), fazendo uso das curvas publicadas pela OMS em 2006 para crianças menores de cinco anos de idade.

Para o índice de massa corporal (IMC) foi estimado utilizando-se a fórmula: peso (Kg)/[altura (m)]², e classificado como: “Desnutrição”, quando o IMC era abaixo de 18,5kg/m²; “Adequado”, quando o IMC estava entre 18,5 a 24,9 kg/m²; “Sobrepeso”, quando o IMC era igual ou acima de 25,0 e menor que 29,9 kg/m²; e “Obesidade”, quando o IMC era igual ou acima de 30,0 kg/m². Quanto ao peso ao nascer, foi considerada a categorização da OMS, onde crianças com peso menor que 1.500g são classificadas como “Muito baixo peso”; crianças com peso menor que 2.500g são consideradas “Baixo peso”; crianças com peso de 2.500g a 4.000g são consideradas “Adequado”; e crianças com peso maior que 4.000g classificadas como “Acima do peso” (BRASIL, 2011).

Para análise das informações referentes aos dados socioeconômicos e de saúde da mãe da criança durante a gestação foram utilizados os dados obtidos outrora na pesquisa mencionada anteriormente.

4.4 Análise de dados

Os dados coletados foram digitados no programa *Access* do pacote *Office for Windows* e as análises foram realizadas utilizando o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *for Windows* 13.0, onde foram geradas as tabelas. As variáveis categóricas foram expressas em percentuais. O teste qui-quadrado foi

utilizado para investigar a associação entre as variáveis, sendo considerado com significância estatística $p < 0,05$. As análises foram feitas com variáveis univariadas e bivariadas.

Vale destacar que os dados referentes às mulheres que fizeram parte da amostra do estudo feito em 2013 e não participaram da atual pesquisa por algum motivo, foram excluídas do banco de dados para que seus dados não fossem analisados, já que não faziam parte da amostra atual.

4.5 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu as normas previstas pela resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual regulamenta pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil.

A cada entrevistada foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), com informações importantes sobre o estudo, para fins de regulamentação da participação na pesquisa. O estudo foi submetido ao Comitê de ética em pesquisa pela plataforma Brasil e aprovado sob número 43745515.0.0000.5575. O anexo B mostra a carta de anuência municipal onde consta a autorização para realização da pesquisa no município.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização da amostra

A pesquisa “*Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité – Paraíba*” realizada nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2013 e serviu de base para o presente estudo, foi composta por uma amostra de 45 mulheres gestantes que aceitaram participar da pesquisa de um total de 66 mulheres em atendimento pré-natal nas 5 Unidades de Saúde da Família presentes na zona urbana do município Cuité-PB.

Destas 45 mulheres, 34 participaram do presente estudo, as quais estavam localizadas nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família disposta na tabela 1.

Tabela 1 – Percentual de mulheres de acordo com as Unidades de Saúde nas quais são atendidas. Cuité-PB, 2015.

Unidade de Saúde	N	Percentual
Ezequias Venâncio	9	26,5
Luiza Dantas	8	23,5
Diomedes Lucas de Carvalho	7	20,6
Abílio Chacon	6	17,6
Raimunda Domingos de Moura	4	11,8
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Das gestantes que não participaram, 4 não moravam mais em Cuité-PB, 3 estavam viajando no período da pesquisa, 3 não foram localizadas e 1 morava na zona rural, sendo inviável o contato assim como o convite para participação na presente pesquisa. Vale salientar que algumas mulheres, como trocaram de localidade de moradia dentro da própria cidade, estavam sendo acompanhadas por outras Unidades de Saúde da Família, diferentes das Unidades que estava sendo acompanhadas durante o período de sua gestação.

Em relação aos filhos nascidos das mulheres pesquisadas, 18 crianças eram do sexo feminino e encontravam-se na faixa etária de 8 meses a 1 ano e 4 meses de idade durante a coleta de dados.

5.2 Caracterização das mães

5.2.1 Caracterização das mulheres durante a gestação

Ao analisar as informações obtidas na coleta de dados feita em 2013 das 34 mulheres que participaram o presente estudo na época da gestação, constatou-se que a maioria (38,2%, n= 13) encontrava-se na faixa etária de 25 a 30 anos, 23,5% (n= 8) tinha de 20 a 25 anos, 20,6% (n= 7) menor que 20 anos e 17,6% (n= 6) ≥30 anos. No tocante ao estado civil, a maioria delas (63,6%, n= 21) era casada ou possuía união estável e 36,4% (n= 12) referiram ser solteiras. Com relação a esse último dado um questionário encontrava-se em branco.

Além disso, sobre o perfil socioeconômico e demográfico, constatou-se que nessa época 67,6% (n= 23) possuíam renda mensal abaixo de um salário mínimo; 73,5% (n= 25) cursaram o ensino médio ou o ensino superior e 2,9% (n= 1) não possuía estudos; 64,7% (n= 22) residiam em domicílios com até 3 moradores e 35,2% (n= 12) residiam em domicílios com 4 a 6 pessoas. Um percentual de 67,6% (n= 23) das gestantes residia em domicílios com esgotamento sanitário adequado (rede pública ou fossa séptica) e 88,2% (n= 30) moravam em casas de alvenaria com reboco.

Com relação aos dados obstétricos, 41,2% (n= 14) tiveram apenas 1 gestação, 38,2% (n= 13) tiveram 2, 11,8% (n= 4) tiveram 3 e 8,8% (n= 3) tiveram 4 gestações. Das 34 mulheres, 11,8% (n= 4) tiveram 1 aborto e 2,9% (n= 1) tiveram 2 abortos.

Após análise dos questionários do presente estudo, pôde-se observar que todas as entrevistadas não tinham o hábito de fumar durante a gestação e apenas 1 pessoa relatou o hábito de ingerir bebida alcoólica. Tendo em vista os malefícios e o alto índice dessas práticas durante gestação nos dias atuais, percebeu-se uma realidade positiva no município Cuité-PB. No entanto, quanto ao hábito de ingerir bebida alcoólica, embora a maioria não apresentasse esse hábito, os resultados

mostram que deve haver uma atenção voltada para essa realidade, a fim de reduzir esse valor à zero.

Um estudo com 14 mulheres frequentadoras dos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde/Unidade de Saúde da Família do município de São Carlos-SP, Brasil, mostrou que 6 delas manteve o hábito tabágico no período gestacional (FONTANELLA; SECCO, 2012). Zhang et al. (2011) mostraram que 23,3% de 2.484 mulheres do município de Rio Grande, localizado no Sul do Brasil apresentaram o hábito tabágico durante a gestação e que quase um terço estiveram expostas de forma passiva ao fumo.

É muito importante empoderar as futuras mães quanto aos prejuízos do uso do tabaco durante a gestação, sobretudo, para evitar comprometimento no peso dos seus filhos, pois há uma tendência de mães que fumam durante a gestação darem origem à bebês com pesos menores em comparação com os das mães que não apresentam esse hábito (CAPELLI et al., 2014).

Quanto ao consumo de bebida alcoólica, uma pesquisa realizada no ambulatório de pré-natal de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, mostrou que 4 gestantes, de um total de 50, tinham o hábito de ingerir bebida alcoólica enquanto grávidas (OLIVEIRA; SIMÕES, 2007).

O estudo de Santos et al. (2014) mostra que 16,7% das puérperas que faziam parte da sua amostra fizeram uso do tabaco durante a gestação e 8,3% de bebida alcoólica.

Em relação ao número de consultas pré-natal pode ser visto na tabela 2, na página seguinte, que a maioria das mulheres realizou 6 ou mais consultas ao longo da gestação. É recomendando pelo Ministério da Saúde que seja realizado, no mínimo, seis consultas pré-natais: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Indica-se, ainda, que a primeira consulta aconteça até 120 dias de gestação (BRASIL, 2006).

No Brasil, aproximadamente 53% das gestantes fizeram mais de 6 consultas durante o pré-natal, enquanto nas regiões sudeste e sul, respectivamente, 67% e 68% das mulheres fazem sete ou mais consultas pré-natais, já no norte e nordeste esse número é de 29% e 35%, respectivamente, o que pode refletir nas condições de saúde da mãe e da criança, tendo em vista que o acompanhamento pré-natal é essencial para a saúde materno infantil porque aumenta as condições para gestação, parto e puerpério saudáveis (UNICEF, 2008).

Tabela 2 – Consultas pré-natais realizadas pelas mulheres que compõem a amostra do estudo. Cuité-PB, 2015.

Número de consultas pré-natal	N	Percentual
≥6 consultas	29	85,3
<6 consultas	4	11,8
Não lembra ou não possui o cartão	1	2,9
Total	34*	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

* Dados coletados no Cartão da Gestante, no entanto, 3 mulheres relataram a quantidade de consultas pré-natal de acordo com sua lembrança, devido não dispor deste documento.

Santos et al. (2014) encontraram em seu estudo um percentual de 83,3% (n= 20) de 24 puérperas que realizaram mais de 6 consultas durante o pré-natal. Outro estudo, porém com uma amostra maior (360 puérperas), revelou que 75% das gestantes realizaram seis ou mais consultas (POLGLIANE et al., 2014).

Viellas et al. (2014) revela em seu estudo que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 16^a semana gestacional, conforme recomendado pelo ministério da Saúde. Em Botucatu-SP 75,9% das mulheres fizeram pelo menos 6 consultas pré-natais (PARADA, 2008), mostrando-se superior a encontrada em nível de Brasil (73,1%), como mostra Viellas et al. (2014).

Segundo Martins (2014) o período pré-natal demanda cuidados especiais tendo em vista o adequado desenvolvimento da gravidez, a obtenção de um parto sem complicações e o nascimento de uma criança sem problemas de saúde. O estudo de Lansky et al. (2014) revela que a atenção inadequada no pré-natal e durante o trabalho de parto está associada à altas taxas de mortalidade neonatal.

É notória a essencialidade do maior número de consultas possíveis durante a gestação para o acompanhamento e controle da saúde materno infantil. No entanto, a realidade do país indica que ações de estímulo ao acompanhamento pré-natal devem ser bastante exploradas nas regiões norte e nordeste tendo em vista o baixo índice de consultas. O estudo de Caminha et al. (2014) mostra o quanto é importante a realização do pré-natal ao encontrar que a maioria das crianças que

nasceram com peso igual ou acima de 2500g eram filhas de mães que tiveram igual ou maior que 6 consultas pré-natais.

Procurando investigar a presença de intercorrências gestacionais, foi questionado às participantes sobre a presença de algum problema durante a gravidez, parto ou após o parto e foi obtido relatos de intercorrências em 38,2% (n= 13) delas. Dentre os problemas, os mais frequentes foram: pressão alta (11,8%, n= 4), pré-eclâmpsia/eclâmpsia (5,9%, n= 2) e deslocamento da placenta (5,9%, n= 2). Destaca-se, no entanto, que esta informações não foi obtida por meio de diagnóstico médico, mas por informações da própria gestante.

Vale salientar que a pré-eclâmpsia é uma síndrome hipertensiva gestacional, onde ocorre hipertensão, com 20 semanas de gestação, acompanhadas de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto (BRASIL, 2012). Portanto, este é um assunto que merece bastante atenção, especialmente por que intercorrências maternas na gestação estão associadas a óbito neonatal (LANSKY et al., 2014).

Santos et al. (2012) identificou 9,8% de pré-eclâmpsia numa amostra de 204 gestantes matriculadas em ambulatório de pré-natal de baixo risco, em maternidade pública. Em 1997 a 2005 ocorreram 109 mortes maternas por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, sendo a primeira causa de óbito no estado do Paraná, Sul do Brasil (SOARES et al., 2009). No ano 2005, de 890 partos realizados na Maternidade do Hospital das Clínicas da UFG, 129 gestantes apresentaram Síndrome Hipertensiva Gestacional, das quais 63 casos eram pré-eclâmpsia (ASSIS; VIANA; RASSI, 2008). Já em Campina Grande-PB, a hipertensão arterial gestacional foi observada em 8,5% da amostra estudada por Assunção et al. (2007). É fato a alta incidência de pré-eclâmpsia na gravidez atualmente. De acordo com Souza, Dubiela e Júnior (2010), se não tratada corretamente pode trazer sérios problemas tanto para a saúde da mãe quanto para o bebê, acarretando até a morte de um dos dois ou ambos.

5.2.2 Caracterização das mães assistidas pós gestação

Durante a entrevista foi possível constatar que das 34 mulheres apenas 4 não possuíam mais o Cartão da Gestante. Esse dado sinaliza que as mulheres participantes do estudo se preocupam em guardar as informações contidas no

cartão, as quais são muito importantes, inclusive para avaliar as condições de saúde do binômio mãe e filho, durante a gestação e no nascimento do bebê.

Quando questionadas se as orientações fornecidas pela equipe da Unidade de Saúde da Família sobre os cuidados com a criança foram suficientes, 64,7% (n= 22) das mulheres responderam que sim. Entre os fatores usados para considerar as informações suficientes estão: o fato de julgarem que as informações esclareceram as dúvidas, que aprenderam informações novas, ou porque acreditam que os profissionais explicaram de maneira clara e foi possível o entendimento. No entanto, 35,3% (n= 12) consideraram que as informações não foram suficientes porque, segundo elas, faltaram informações importantes e/ou porque estas não são transmitidas de maneira contínua, dentre outras questões, o que aponta para a necessidade de reavaliar ações referentes ao pré-natal e puerpério por parte das equipes, no âmbito da Atenção Básica.

O cuidado após o parto com o bebê é um dos temas que devem ser abordados nas ações educativas realizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2006). Pierre e Clapis (2010) dizem que há uma necessidade de capacitar os profissionais das Unidades de Saúde da Família em planejamento familiar, além de incrementar a oferta de ações educativas em grupo para os clientes e de forma contínua.

É importante destacar que uma entrevistada relatou não ter recebido orientação nenhuma, o que merece investigação, pois, todas as gestantes devem ser acompanhadas pelo serviço de saúde vigente hoje no Brasil, especialmente pela Assistência Pré-natal e durante todo acompanhamento, a mulher não ter recebido esse tipo de informação indica um déficit na assistência.

Com relação aos dados obstétricos todos os partos foram realizados em ambientes públicos, onde 61,8% (n= 21) fizeram cirurgia obstétrica e 38,2% (n= 13) tiveram normal.

Corroborando com os dados da nossa pesquisa alguns estudos mostraram uma alta prevalência de partos realizados em ambientes públicos, como por exemplo, o estudo de Lansky et al. (2014) – 8.589 crianças de uma amostra de 24.061, o estudo de Mascarenhas, Rodrigues e Monte (2006) mostrou percentuais crescentes no decorrer do anos 2000 a 2002 (97,3% 99,6%), e Meller e Schäfer (2011) mostrou um percentual de 76,5% da amostra estudada.

Patah e Malik (2011) mostraram que a elevação das taxas de cesárea é um fato mundial desde as últimas décadas do século XX, estando associada à fatores econômicos e socioculturais da mulher, a qual necessita de uma avaliação dos interesses de todos os envolvidos na cadeia assistencial à gestante, seja pública ou privada, em relação ao tipo de parto escolhido, pois, o parto cesariano pode ocasionar uma série de complicações para o binômio mãe e filho. Na escolha do tipo de parto deve ser levado em consideração as preferências da gestante, desde que ela tenha condições de escolher, de forma que o bem-estar da mãe e do filho seja assegurado (MELLER; SCHÄFER, 2011).

Um estudo feito por Domingues et al (2014), com base na pesquisa “Nascer no Brasil”, mostra que no início da gestação aproximadamente 66% das mulheres entrevistadas preferiam o parto vaginal, principalmente por causa da melhor recuperação e 27,6% preferiam pelo parto cesáreo, especialmente pelo medo da dor sentida no parto vaginal.

É nítida a necessidade de investigação dos fatores que promovem o aumento de partos cesarianos no Brasil, bem como a criação de políticas públicas com caráter de urgência, objetivando reduzir essas taxas no país e, com isso, melhorar as condições de saúde do grupo materno-infantil (MELLER; SCHÄFER, 2011).

Com relação ao estado nutricional materno, a tabela 4, na página seguinte, mostra que a maioria das mulheres do presente estudo apresentou IMC pré-gestacional e IMC gestacional adequado, no entanto, é nítido a diminuição dos casos de desnutrição e o crescente aumento de sobrepeso e obesidade.

No presente estudo, a média do ganho de peso durante a gestação foi de 14,47 kg, variando de 4,6 a 25 kg. O ganho de peso recomendado durante toda a gestação varia de acordo com o estado nutricional pré-gestacional, onde gestantes de baixo peso pré-gestacional deverão ganhar entre 12,5 e 18,0 kg; gestantes com IMC pré-gestacional adequado devem ganhar entre 11,5 e 16,0 kg; as com sobrepeso devem ganhar entre 7,0 e 11,5 kg e as obesas devem apresentar ganho em torno de 7,0 kg (BRASIL, 2011).

O estudo de Carvalhaes et al. (2013) mostra que o ganho ponderal gestacional excessivo se associa ao estado nutricional pré-gestacional, onde aquelas com sobrepeso pré-gestacional tiveram quatro vezes mais chances de ganho de peso excessivo. Outro estudo revela que o estado nutricional inicial de sobrepeso/obesidade, assim como o ganho de peso excessivo no segundo e

terceiro trimestre de gestação está associado ao estado nutricional pós-parto. Por isso deve ser feito o acompanhamento nutricional, de maneira contínua, durante a gravidez para o ganho de peso ideal (ASSUNÇÃO et al., 2007; BRASIL, 2013).

Tabela 3 – Estado nutricional, antes e durante o período gestacional das mulheres que compõem a amostra do estudo. Cuité-PB, 2015.

Classificação do estado nutricional das mulheres, segundo o IMC	Frequência do IMC pré-gestacional*	Frequência do IMC gestacional**
Desnutrição	9,1% (n= 3)	3,12% (n= 1)
Adequado/Eutrófico	60,6% (n= 20)	43,75% (n= 14)
Sobrepeso	27,3% (n= 9)	37,50% (n= 12)
Obesidade	3,0% (n= 1)	15,63% (n= 5)

Fonte: Dados da pesquisa.

*Houve perda de um dado na análise desse resultado. **Houve perda de dois dados na análise desse resultado. Em ambos, o espaço desse resultado encontrava-se em branco no questionário.

Andreto et al. (2006) transparece algo interessante que merece destaque. No primeiro trimestre de gestação realmente o ganho de peso semanal excessivo sofre influência do estado nutricional inicial da mãe, entretanto, no terceiro trimestre é mais influenciado pela escolaridade e pela situação marital, onde as mulheres com companheiro e as que tem menos de oito anos de estudo apresentaram maior ganho de peso semanal excessivo.

Apesar da maioria das mulheres terem iniciado a gestação com o estado nutricional adequado e permanecer desta forma na gestação, deve-se dar inteira atenção para os quadros clínicos de sobrepeso e obesidade devido às consequências do excesso de peso para o binômio mãe e filho, o qual configura-se como uma questão de imediata atenção nos serviços de saúde (MORANO et al., 2012). Como diz Assunção et al. (2007): “o estado nutricional materno é indicador de saúde e qualidade de vida para a mulher e para o crescimento do seu filho”.

5.3 Caracterização das crianças que compõem o estudo

Das crianças que compuseram a amostra 96,8% (n= 30) nasceram “a termo” e 3,2% (n= 1) “pós-termo”, para este dado foi perdida a análise de 3 questionários devido estarem em branco no local dessa informação, resultando em uma amostra final de 31 crianças. Assim como o presente estudo, Nagahama e Santiago (2011) observaram que a maioria das mulheres de sua pesquisa classificou-se com parto a termo, 1,8% pós-termo, porém, 16,7% classificaram-se como pré-termo. No estudo de Santos et al (2014) foi encontrado que 79,2% das crianças nasceram adequadas para a idade gestacional, 8,3% pequenas para a idade gestacional e 12,5% grandes para a idade gestacional.

Vale ressaltar que se entende por recém-nascido pré-termo aquele que nasce antes da 37^a semana de gestação e pós-termo aquele que nasce de 42 semanas de gestação acima. Ambos constituem situações de riscos gestacionais, no qual as gestantes devem ser encaminhadas para centro de referência, onde o primeiro está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente a vaginose bacteriana e o segundo relacionado à insuficiência placentária, conseqüentemente, hipóxia (BRASIL, 2012).

Quanto à classificação do peso ao nascer das crianças, constatou-se que 82,4% (n= 28) nasceram com o peso adequado, 14,7% (n= 5) nasceram com excesso de peso e 2,9% (n= 1) nasceu abaixo do peso, corroborando com o estudo de Caminha et al. (2014), onde mais de 90% das crianças nasceram com peso adequado, entretanto, a amostra foi superior (1447 crianças) e faixa etária foi de 0 a 59 meses. O peso adequado foi revelado em anos anteriores em todo o Brasil, como mostra o estudo de Lansky et al. (2014) o qual revela que a maioria das crianças nascidas vivas no Brasil no ano de 2011 a 2012, nasceram com peso igual ou acima de 2500g. Apesar da maioria das crianças terem apresentado peso adequado ao nascer, deve-se dar uma atenção maior aos casos de excesso de peso, visto o tamanho da amostra.

Na presente pesquisa a média da estatura ao nascimento foi de 49,44 cm, com variação entre 37 e 54 cm. Santos et al. (2014) encontrou em seu estudo, uma média de 49,6 cm, porém, com variação entre 45 e 53 cm.

Com relação ao índice Apgar no 5^o minuto, 88,2% (n= 30) das crianças foram classificadas como normal, e 11,8% (n= 4) não apresentaram esta informação no

cartão da criança. No estudo de Nagahama e Santiago (2011) 99,5% dos recém-nascidos também foram classificadas como normal.

O índice Apgar refere-se a um teste feito assim que o bebê nasce com o intuito de classificá-lo da seguinte forma (AMERICAN..., 2006 Apud BRASIL, 2012): no quinto minuto de vida: - Apgar entre 7 e 10 é considerado normal; - Apgar 4, 5 ou 6 é considerado intermediário e está relacionado com prematuridade, medicamentos usados pela mãe, malformação congênita, o que não significa maior risco para disfunção neurológica; e - Apgar de 0 a 3 é considerado baixo e está relacionado com maior risco de mortalidade e leve aumento de risco para paralisia cerebral. Entretanto, vale salientar que, um baixo índice de Apgar, isoladamente, não prognostica disfunção neurológica tardia.

O estudo de Lansky et al. (2014) mostra que no ano de 2011 a 2012, a maioria das crianças que nasceram vivas no Brasil não apresentaram o teste Apgar abaixo de 7, refletindo melhoras nas condições de saúde da criança ao nascer, corroborando com os objetivos das ações governamentais na diminuição da mortalidade infantil.

Sobre a Triagem Neonatal, das 34 crianças participantes, 88,2% (n= 30) realizaram o teste de pezinho. A prevalência encontrada no estado de Santa Catarina, Brasil, foi de 87,2% (NUNES et al., 2013).

O Programa Nacional de Triagem Neonatal, mais conhecido como “teste do pezinho” é um teste feito a partir da coleta de sangue do calcanhar do recém-nascido, o qual prevê o diagnóstico de algumas doenças como, o hipotireoidismo congênito, a fenilcetonúria, as hemoglobinopatias e a fibrose cística. O diagnóstico precoce permite o controle e a redução de riscos relacionados à saúde da criança, levando à redução da morbimortalidade, além de proporcionar melhor qualidade de vida aos afetados e redução de gastos futuros para a sociedade (LOPES, 2011; NUNES et al, 2013).

Quanto à vacinação, após observar o cartão da criança, pôde-se constatar que das 34 crianças, 94,1% (n= 32) tomaram todas as vacinas indicadas pelo Ministério da Saúde, mostrando uma alta cobertura de imunização. Um estudo realizado em Campina-PB, Brasil, confirma o impacto positivo da cobertura vacinal em crianças menores de um ano de vida, sendo fundamental na prevenção de várias doenças transmissíveis e na redução da Mortalidade Infantil. Além disso, esse estudo mostra que dentre os principais fatores que interferem na cobertura vacinal

destacam-se: resistência dos pais a vacinação, falta de insumos como seringas e agulhas, falta de Agentes Comunitários de Saúde em algumas USF (FRANCA, 2009).

5.4 Relação do peso ao nascer com as condições de saúde e socioeconômicas da mãe durante a gestação

A tabela 5 mostra a relação do peso ao nascer com algumas variáveis socioeconômicas e de saúde da mãe durante a gestação. Apesar de não constatar associação significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis, pôde-se observar que todas as crianças que nasceram com peso inadequado, a renda familiar era abaixo de um salário mínimo, o que pode ter sido influenciado pela insuficiência da renda para investir nas condições de saúde adequada para a gestação, incluindo uma alimentação saudável e adequada para o binômio mãe e filho, e conseqüentemente, influenciar no estado de saúde da criança ao nascer. Segundo Veleda, Soares e Cézar-Vaz (2011) a renda familiar possui relação com as oportunidades de desenvolvimento e com a qualidade de vida da criança, pois proporciona melhores condições gerais para a família.

Com relação à escolaridade constatou-se que a maioria das crianças que nasceram com peso adequado eram filhas de mães com alta escolaridade (ensino médio e/ou superior), o que indica a importância da escolaridade na proteção da saúde das crianças. O nível de escolaridade pode influenciar no sentido de que as mães podem entender as informações transmitidas pela Estratégia de Saúde da Família e a importância dessas informações para a saúde do seu filho.

Um estudo feito com 260 mulheres mostrou que das 255 mães com mais de 8 anos de estudos, 224 crianças nasceram com peso adequado (MELLER; SANTOS, 2009), o que confirma o resultado da presente pesquisa no que diz respeito a proteção de muitos anos de estudos na saúde da criança.

No tocante estado nutricional, a maioria das crianças que nasceram com peso adequado, eram filhas de mães que apresentaram sobrepeso/obesidade na gestação.

Tabela 4: Relação do peso ao nascer com variáveis relacionadas à saúde e às condições socioeconômicas da mãe durante a gestação. Cuité-PB, 2015.

Classificação do peso da criança ao nascer	Variável socioeconômica e de saúde		Valor p
	Renda**		
	<1 salário mínimo	≥1 salário mínimo	
Adequado	60,7% (n= 17)	39,3% (n= 11)	<i>0,166</i>
Inadequado*	100,0% (n= 6)	0,0% (n= 0)	
	Escolaridade***		
	Baixa escolaridade	Alta escolaridade	
Adequado	21,4% (n= 6)	78,6% (n= 22)	<i>0,353</i>
Inadequado*	50,0% (n= 3)	50,0% (n= 3)	
	Estado nutricional materno****		
	Eutrófica/Adequado	Sobrepeso/Obesidade	
Adequado	44,0% (n= 11)	56,0% (n= 14)	<i>1,000</i>
Inadequado*	50,0% (n= 3)	50,0% (n= 3)	
	Nº de consultas pré-natal*****		
	<6 consultas	≥6 consultas	
Adequado	14,8% (n= 4)	85,2% (n= 23)	<i>0,753</i>
Inadequado*	0,0% (n= 0)	100% (n= 6)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Teste qui-quadrado.

*Crianças que nasceram com excesso de peso ou abaixo do peso. **Salário mínimo de referência na época da gestação. ***Considerou-se baixa escolaridade os estudos até o ensino fundamental e alta escolaridade os estudos correspondentes ao ensino médio e superior. **** Houve perdas de 3 dados na análise destas variáveis. ***** Houve perda de 1 dado na análise desta variável. O motivo das perdas deve-se ao fato de que algumas variáveis encontraram-se em branco nos questionários.

No estudo feito por Fonseca et al. (2014) observou-se associação entre as variáveis ($p < 0.0001$) “ganho de peso gestacional total” e “peso do recém-nascido”, onde a menor prevalência de peso adequado do recém-nascido ocorreu entre as gestantes com ganho de peso total insuficiente (46,6%), sendo que nas gestantes com ganho de peso total excessivo observou-se maior prevalência de recém-nascidos com peso adequado.

O estudo de Melo et al. (2007) mostra associação estatisticamente significativa quanto ao percentual de crianças com baixo peso ao nascer e peso insuficiente observado entre as gestantes desnutridas, no entanto, o estudo leva em consideração nas análises o estado nutricional no início da gestação, o que difere da presente pesquisa. Santos et al (2014) destacam em seu estudo que um dos casos de desnutrição no período pré-gestacional resultou em neonato pequeno para idade gestacional. Considerando o ganho de peso materno, o estudo de Santos et al. (2014) indica que os neonatos grandes para idade gestacional foram de gestantes com ganho de peso excessivo durante o período gestacional ou com sobrepeso. O mesmo pode-se ver no estudo de Santos et al. (2012) onde o ganho de peso excessivo durante a gestação mostrou associação com recém-nascido de peso acima do percentil 90. Além desses autores, Nomura et al. (2012) também revela que a obesidade é fator de risco para neonatos grande para idade gestacional.

Foi observado também na presente pesquisa que tanto as crianças que nasceram com peso adequado, quanto as que nasceram com peso inadequado, as mães tiveram ≥ 6 consultas pré-natal. Mesmo assim é salutar destacar a essencialidade da assistência à saúde durante a gestação na proteção da saúde da criança ao nascer. Portanto, é fundamental a melhoria da qualidade dos serviços prestados à saúde da mãe e do bebê para evitar estados de saúde inadequados e, conseqüentemente, os altos índices de mortalidade infantil.

O estudo de Meller e Santos (2009) mostra que das 18 mulheres que tiveram abaixo de 6 consultas pré-natais, 6 deu origem a filho com baixo peso, 12 deu origem a crianças com peso adequado e nenhuma originou criança acima do peso. E das 242 mulheres que tiveram 6 consultas pré-natais, 18 crianças nasceram abaixo do peso, 7 com excesso de peso e 217 com peso adequado.

Tourinho e Reis (2012) indicam que o acompanhamento efetivo feito por uma equipe interdisciplinar pode auxiliar no controle das variáveis que influenciam no

peso inadequado ao nascer, reduzindo os riscos para o binômio mãe e filho e os custos para a saúde pública.

Além disso, os resultados mostram a necessidade de observar atentamente os fatores que estão associados com a saúde das crianças no intuito de elaborar medidas de prevenção, proporcionando assim, aumento da qualidade de vida e diminuição do índice de mortalidade infantil.

5.5 Prevalência do aleitamento materno e alimentação complementar

Quando questionadas se receberam orientação sobre amamentação durante a gestação, das 34 mulheres, 85,3% (n= 29) responderam que sim. Essas orientações essenciais para a saúde da criança foram mencionadas também em outras regiões, um exemplo é no Rio de Janeiro onde a assistência pré-natal oferecida pelo SUS atingiu 50% da amostra com essas informações. Vale salientar que a amostra desse estudo foi maior, 2.417 mulheres (DOMINGUES et al, 2012). Já no município de Pelotas, um estudo com 170 puérperas mostrou uma média de 8 consultas pré-natais realizadas, porém, menos da metade lembra ter recebido algum tipo de informação sobre aleitamento materno e/ou alimentação complementar (MACHADO et al., 2014).

Quando questionadas de quem recebeu essa orientação, o “enfermeiro” foi o profissional de saúde mencionado com maior frequência (21 vezes), seguido da “família” (10 vezes). “Amigos”, “médico”, “obstetra”, “Agente Comunitário de Saúde”, “palestras nas Unidades de Saúde da Família”, foram mencionados, mas, com uma frequência menor. Vale salientar que 5 pessoas disseram não receber orientação de profissional. Ainda em relação a esse dado, os discentes e/ou docentes da Universidade Federal de Campina Grande – Centro de Educação de Saúde (UFCG-CES), localizada no município onde foi feita a presente pesquisa, foram mencionados 7 vezes, o que mostra a importância das ações desenvolvidas pela Universidade e a grande influência que exerce no empoderamento da população e, conseqüentemente, melhorias nas condições de saúde.

O estudo de Viellas et al. (2014) mostra que mais de 60% das puérperas receberam orientação sobre amamentação durante o pré-natal e o profissional que realizou a maioria das consultas foi o médico, destacando, todavia, que nas regiões Norte e Nordeste metade das gestantes teve atendimento pré-natal feito por

enfermeiros, corroborando com a presente pesquisa. O estudo feito em Cuiabá mostrou um percentual de 48,9% que receberam orientação sobre leite materno de algum profissional e o profissional mais aludido foi o médico com 38,2% e o enfermeiro com 30,1% (BARBOSA et al., 2015). Com isso, pode-se perceber que o médico e o enfermeiro é um profissional que está em contato mais íntimo com as gestantes e que há uma necessidade de inserir o profissional nutricionista no acompanhamento das gestantes no pré-natal e após o parto, especialmente na Atenção Básica.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, ao serem interrogadas quais orientações sobre amamentação elas receberam, “Informações sobre as mamas e/ou sobre os cuidados necessários com as mesmas” foi o mais aludido (11 vezes); “Leite materno como alimento exclusivo nos primeiros seis meses do bebê” foi mencionado apenas 6 vezes e “Benefícios da amamentação para saúde da mãe e ou bebê” foi referido apenas 5 vezes. Salienta-se que 6 mulheres referiram não ter recebido essas informação ou não lembram. Esses dados são bastante preocupantes, pois além de serem importantíssimos tanto para mãe quanto para o bebê, pode ser visto como um indicador para a assistência nos serviços de saúde oferecidos para esse grupo de risco, tendo em vista que todas as entrevistadas fizeram algum acompanhamento pré-natal, como mostra o cartão da gestante.

Com relação à alimentação complementar, o quadro 2 mostra a opinião das mulheres sobre esse assunto. Observa-se que apesar do conceito de alimentação complementar como uma alimentação que complementa o leite materno à criança ser o mais citado entre elas, ainda apresenta uma frequência muito baixa, o que se torna preocupante, pois, o conceito correto de alimentação complementar ainda não está bem explícito para às mães e essa informação é essencial para uma oferta de alimentação adequada às crianças após o 6º mês de vida.

Quando questionadas se tinham recebido alguma orientação sobre que tipo de alimentação o filho deveria consumir após os seis meses de idade, 78,8% (n=26) responderam que sim. E quando indagadas de quem tinham recebido essa orientação, as mulheres referiram ter recebido de várias pessoas, sendo que o mais referido foi o profissional “enfermeiro”, citado 22 vezes, seguindo da “família” (6 vezes) e “alunos da UFCG-CES” (5 vezes). Ainda sobre esse questionamento, o profissional nutricionista foi mencionado apenas 1 vez.

Quadro 2 – Conceito de alimentação complementar na visão das mulheres avaliadas. Cuité-PB, 2015.

Conceito de alimentação complementar na visão das mulheres entrevistadas	Frequência
Alimentação que complementa o leite materno	14
Não sabe	8
Alimentação saudável/completa/balanceada	5
Alimentação oferecida à criança após os seis meses de idade	4
Alimentos que completam os nutrientes presentes na alimentação da criança	2
Alimentos que completam os nutrientes presentes na alimentação da mãe	1
Nutriente necessário durante a gestação	1
Alimentação da criança (leite e comida)	1
Alimento a mais que mãe oferece a criança em casos de necessidade, mas desnecessário	1

Fonte: Dados da pesquisa.

A carência do profissional nutricionista em contato direto com a população, especialmente com as gestantes, provavelmente pode explicar a deficiência de conhecimento sobre alimentação da criança apresentada pelas mães. No referido município esse déficit se transcreve em perdas relacionadas à saúde do binômio mãe e filho e transparece que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) não está tão inserido na Equipe de Saúde da Família como é a proposta do programa.

A presente pesquisa aponta uma prevalência baixa de aleitamento materno exclusivo (38,2%, n= 13). A tabela 6 mostra como se deu a alimentação das crianças nos primeiros seis meses de idade.

O relatório que descreve a situação do aleitamento materno em 227 municípios que realizaram a II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno em 2008 no Brasil mostra que na região nordeste o aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi abaixo da média nacional (41,0) na maioria dos municípios, incluindo todos da Paraíba que foram pesquisados, com destaque na capital João Pessoa que

apresentou prevalência de 39,10 e no município Picuí 32,08 (BRASIL, 2010; VENANCIO et al., 2010).

Tabela 5 – Tipo de alimentação das crianças que compõem a amostra do estudo nos primeiros seis meses de idade. Cuité-PB, 2015.

Alimentação	Frequência	Percentual
Aleitamento materno exclusivo	13	38,2
Aleitamento materno exclusivo + água e/ou chá e/ou suco	6	17,6
Aleitamento materno + leite de vaca (líquido ou pó)	1	2,9
Aleitamento materno + fórmula infantil	2	5,9
Aleitamento materno + alimentos + fórmula infantil	4	11,8
Outros	8	23,5
Total	34	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

A prevalência de crianças que receberam leite materno entre os 9 e 12 meses de idade foi alta na maioria dos municípios do nordeste, destacando os municípios do estado da Paraíba, onde a capital João Pessoa apresentou prevalência de 53,10 e o município Picuí de 44,78, ambas abaixo da média nacional (58,7) (BRASIL, 2010; VENANCIO et al., 2010).

O estudo de Palmeira, Santos e Vianna (2011) mostra uma redução na prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de idade, nos municípios mais carentes do estado da Paraíba. Todavia, encontraram prevalência significativa de crianças com 6 a 1 ano que ainda mamavam (45,2%), já acima dessa idade, a prática alimentar das crianças foi caracterizada principalmente pelo consumo de leite não materno, bem como, pelo consumo insuficiente de alimentos fontes de ferro. Vale salientar que esta pesquisa revela que das crianças que estavam na faixa etária de 6 a 9,9 meses, apenas 21,7% tinham recebido uma alimentação complementar adequada.

Um estudo feito por Saldiva et al. (2011) mostra que a região onde a criança mora exerce influencia no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno, em menores de seis de 6 meses. No sul do Brasil a maior prevalência foi o consumo de chá e no norte e nordeste de outros tipos de leite. O consumo precoce de mingau/papa foi maior nas capitais do nordeste. Vale salientar que o consumo de leite artificial foi maior quando comparado aos demais alimentos (chá, sucos e mingau/papa) em todas as capitais desse país.

No que se refere ao tempo da amamentação, a tabela 7 mostra a frequência do tempo de amamentação das crianças da presente pesquisa, onde o ato de mamar no peito se mostrou bastante prevalente, todavia, um percentual significativo desmamaram antes de completar os 6 meses de idade. Destaca-se que esses dados foram analisados segundo o relato das mães entrevistadas.

Tabela 6 – Tempo de permanência de amamentação das crianças do estudo. Cuité-PB, 2015.

Tempo de amamentação	N	Percentual
0 meses	2	5,9
De 0 a 3 meses	7	20,6
De 3 a 6 meses	1	2,9
De 6 a 12 meses	12	35,3
De 1 a 2 anos	12	35,3
Total	34	100

Fonte: Dados da pesquisa.

O estudo feito por Palmeira, Santos e Vianna (2011), ao analisar a prática alimentar de crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, também mostrou um importante percentual de desmame (20,7%) em crianças de 0 a 5,9 meses de idade. Sena, Silva e Pereira (2007) mostra que no Brasil a maioria das crianças (87,3%) é amamentada no primeiro mês de vida, diminuindo para 77,5% aos 4 meses, e para 78,6% aos 6 meses. Quanto ao aleitamento materno exclusivo, as prevalências são baixas já no primeiro mês (47,5%), diminuindo para 17,7% com 4 meses, e para 7,7% com 6 meses. Esse estudo revela que o perfil de amamentação na área urbana do país

pode ser considerado satisfatório para o aleitamento materno, no entanto, para o aleitamento materno exclusivo é preocupante.

Quanto aos motivos pelo qual as duas crianças da presente pesquisa não mamaram no peito, uma mãe relatou que a aréola era pequena e a criança não conseguiu pegar a mama, e a outra relatou que a criança não quis “pegar” a mama de jeito nenhum. Os motivos alegados no estudo de Volpini e Moura (2005) foram o fato de o leite ter secado; rejeição pelo bebê; trabalho materno; doença materna; dores ao amamentar; problemas na mama e doença da criança. Em se tratando de motivos sociais, os autores revelaram em seu estudo associação do desmame precoce com o tempo de estudo da mãe.

Das 24 das crianças que amamentaram ≥ 6 meses a maioria (73,9%, $n= 17$) eram filhos de mães com melhor escolaridade (ensino médio e/ou superior). Um dado importante encontrado na presente pesquisa que merece destaque é que a única mulher que não tinha estudo amamentou seu filho no período de 0 a 3 meses o que pode apontar a proteção da escolaridade materna na amamentação por um tempo maior.

Quanto a idade materna, observou-se que das 24 crianças que amamentaram ≥ 6 meses, 16 eram filhos de mães com idade acima de 25 anos.

No que diz respeito à idade e escolaridade, um estudo feito em Pernambuco, mostrou associação entre a idade materna entre 20 a 35 anos e a escolaridade de 5 a 8 anos de estudo com a prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos 6 meses (CAVALCANTI et al., 2015). Além disso, corroborando com a presente pesquisa, o estudo de Machado et al. (2014) indicou que quanto mais anos de estudos à mãe possuía, mais elas tinham intenção de amamentar exclusivamente por mais tempo.

O estudo de Wenzel e Souza (2011) revela que no grupo de crianças com até 6 meses, houve maior frequência da amamentação pelas mães que tinham maior escolaridade, no entanto, no grupo de crianças com mais de 6 meses, a prevalência foi maior entre mães que tinham menor escolaridade. O primeiro fato pode ser porque a alta escolaridade proporciona maior acesso às informações e entendimento da importância da amamentação exclusiva até os seis meses de vida da criança. O segundo fato pode ser por que as mães no final do período licença maternidade volta a ocupar sua função no mercado de trabalho, dificultando o ato de amamentar.

Conhecer a alimentação das crianças e os fatores que a influenciam é fundamental para o planejamento das ações destinadas a proteção quanto ao aleitamento materno e para o incentivo a uma alimentação adequada desde o nascimento, e assim, melhorar as condições de saúde das crianças e reduzir a morbimortalidade relacionada com alimentação inadequada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer os fatores que influenciam nas condições de saúde das crianças, sobretudo os fatores relacionados à gestação, são essenciais para fomentar ações que proporcionem melhorias de saúde e atinja o desenvolvimento infantil de forma adequada.

Apesar de a amostra ser pequena e não ter envolvido também a zona rural do município, a presente pesquisa fornece dados importantes ao poder público para o conhecimento do perfil das gestantes e das crianças e para o enfrentamento do problema local relacionado à saúde desse grupo populacional, contribuindo não só para melhoria local, mas também, com todo o país no alcance dos objetivos da ODM.

Além disso, mostra a necessidade do planejamento de intervenções como ações de apoio ao aleitamento materno e sobre os cuidados com o bebê, ambos de maneira contínua, assim como diminuir ao máximo o número de crianças com excesso de peso e estimular ações de alimentação e nutrição, instigando a presença do profissional nutricionista no âmbito da Atenção Básica para colaborar com estratégias que garantam uma alimentação de qualidade.

Para enfrentamento de tal problema pode ser estimulado criação de grupos de gestantes e puérperas, bem como o acompanhamento desse grupo por uma equipe multiprofissional com o intuito de transmitir as informações necessárias à garantia da saúde do binômio mãe e filho de maneira contínua. O nutricionista é essencial nessa equipe já que é o profissional habilitado para orientar as mães sobre a alimentação adequada tanto para elas quanto para seus filhos.

Além disso, é preciso que as mães se sintam estimuladas a participar dos grupos, portanto, ofertar presentes relacionados com a gravidez pode servir de estímulo para elas, como por exemplo, elementos que constitui o enxoval do bebê. Além disso, a participação pode ser uma condicionalidade de programas do governo, como por exemplo, o Bolsa Família.

Faz-se necessário também, a elaboração de ações de educação nutricional para os infantis, levando sempre em consideração a idade deles para que se atinja o objetivo da ação de fato.

REFERÊNCIAS

ANDRETO, L. M.; SOUZA, A. I. de; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL-FILHO, J. E. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.22, n.11, p. 2401-2409, 2006.

ASSIS, T. R.; VIANA, F. P. RASSI, S. Study on the major maternal risk factors in hypertensive syndromes. **Arq. Bras. Cardiol**. vol.91, n.1, p. 11-17, 2008.

ASSUNÇÃO, P. L. de et al. Ganho ponderal e desfechos gestacionais em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família em Campina Grande, PB (Brasil). **Rev. bras. epidemiol**. vol.10, n.3, p. 352-360, 2007.

BARBOSA, L. N. et al. Prevalence of educational practices about exclusive breastfeeding (EBF) in Cuiabá - MT. **Esc. Anna Nery**. vol.19, n.1, p. 147-153, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

_____. Ministério da Saúde. **Conversando com a gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n.º 8)

_____. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica**. 2ª ed. – 2ª reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco – Manual técnico**. 5ª ed.. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série I. História da Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo das Ações de Alimentação e Nutrição na Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Organização pan-americana da saúde. **Manual AIDPI Neonatal**. 3ª edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Modelo de Mobilização e Diálogo Social para Promoção dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio/ONU - Balanço das Ações. 20ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros - Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada – Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33.)

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica – n.º 23)

_____. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação**: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

_____. **Situação mundial da infância 2008**. Caderno Brasil. Brasil (DF), 2008.

CALLEGARI, S. B. M. et al. Obesidade e fatores de risco cardiometabólicos durante a gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.36, n.10, p. 449-455, 2014.

CAMINHA, M. de F. C. et al. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.19, n.7, p. 2021-2032, 2014.

CAPELLI, J. C. S. et al. Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.19, n.7, p. 2063-2072, 2014.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciênc. Saúde coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 427-435, 2010.

CARVALHAES, M. A. B. L. et al. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, vol. 35, n. 11, p. 523-529, 2013.

CAVALCANTI, S. H. et al. Factors associated with breastfeeding practice for at least six months in the state of Pernambuco, Brazil. **Rev. bras. epidemiol.** vol.18, n.1, p. 208-219, 2015.

CESAR, J. A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** vol.28, n.11, p. 2106-2114, 2012.

DATASUS. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde – RIPSAs. **Indicadores de mortalidade – Razão de mortalidade materna**. IDB, BRASIL, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03b.htm>>. Acesso em 18 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde – RIPSAs. **Indicadores de mortalidade – Taxa de mortalidade na infância (Taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos)**. IDB, BRASIL, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c16b.htm>>. Acesso em 18 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde – RIPSAs. **Indicadores de mortalidade – Taxa de mortalidade neonatal**. IDB, BRASIL, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm>>. Acesso em 18 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde – RIPSAs. **Indicadores de mortalidade – Taxa de mortalidade infantil**. IDB, BRASIL, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c01b.htm>>. Acesso em: 18 de agosto de 2014.

DEVELOPMENT GOALS; WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD BANK; UNICEF; UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 - Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010.

_____. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 – WHO. UNICEF. UNFPA. The World Bank Estimates**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. **Cad. Saúde Pública**. vol.30, suppl.1, p. S101-S116, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.28, n.3, p. 425-437, 2012.

FAZIO, E. S. et al. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** São Paulo, v.33, n.2, p. 87-92, 2011.

FILHO, F. L.; MEDEIROS, S. M. de; LAMY, Z. C.; MOREIRA, M. E. L.. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís – MA. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.16, n.10, p. 4181-4187, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; SECCO, K. N. D. Gestação e tabagismo: representações e experiências de pacientes de Unidades de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.** vol.61, n.3, p. 168-175, 2012.

FONSECA, M. R. C. C. et al. Ganho de peso gestacional e peso ao nascer do concepto: estudo transversal na região de Jundiaí, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.19, n.5, p. 1401-1407, 2014.

FRANCA, I. S. X. et al. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Rev. bras. enferm.** vol.62, n.2, p. 258-271, 2009.

GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 363-370, 2010.

GOMES, M. A. S. M. As políticas públicas na área da saúde da criança. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.15, n.2, p. 329-330, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **População – taxas brutas de mortalidade**. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-mortalidade>>. Acesso em 19 de agosto de 2014.

_____. **População – taxas brutas de natalidade**. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade>>. Acesso em 28 de outubro de 2014.

_____. **População – taxas de fecundidade total**. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total>>. Acesso em 19 de agosto de 2014.

_____. **População – taxas de mortalidade infantil**. 2013. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em 28 de outubro de 2014.

LANSKY, S. et al. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cad. Saúde Pública**. vol.22, n.1, p. 117-130, 2006.

LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Cad. Saúde Pública**. vol.30, suppl.1, p. S192-S207, 2014.

LOPES, M. E. M. The successful "Guthrie test" celebrates its 10th birthday in Brazil!. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.16, suppl.1, p. 716-716, 2011.

MACHADO, A. K. F. et al. A. Intenção de amamentar e de introdução de alimentação complementar de puérperas de um Hospital-Escola do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.19, n.7, p. 1983-1989, 2014.

MARTINS, M. F. S. V. O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal – uma reflexão. **Rev. bras. enferm.** vol.67, n.6, p. 1008-1012, 2014.

MASCARENHAS, M. D. M.; RODRIGUES, M. T. P.; MONTE, N. F. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.6, n.2, p. 175-181, 2006.

MELLER, F. O.; SCHAFER, A. A. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.16, n.9, p. 3829-3835, 2011.

MELO, A. S. O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev. bras. epidemiol.** vol.10, n.2, p. 249-257, 2007.

MELLER, T. C.; SANTOS, L. C. dos. A influência do estado nutricional da gestante na saúde do recém-nascido. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**. vol.13, n.1, p. 31-40, 2009.

MIRIAM, E. et al. Nutrição durante a Gravidez e Lactação. In: ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN K. L., RAYMOND, J. L. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13^a ed. [tradução Claudia Coana... et al.]. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes. Health problems in childhood: challenges from treatment to prevention. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 15, n. 2, p. 318-318, 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**. vol.22, n.1, p. 173-179, 2006.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** vol.11, n.4, p. 415-425, 2011.

NETO, E. T. S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde soc.** vol.17, n. 2, p. 107-119, 2008.

NIQUINI, R. P. et al. Atenção nutricional no pré-natal de baixo risco do Sistema Único de Saúde: teoria e modelização. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, vol.13, n.4, p. 345-358, 2013.

NOMURA, R. M. Y. et al. Influência do estado nutricional materno, ganho de peso e consumo energético sobre o crescimento fetal, em gestações de alto risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, vol.34, n.3, p. 107-112, 2012.

NUNES, A. K. C. et al. Prevalência de patologias detectadas pela triagem neonatal em Santa Catarina. **Arq Bras Endocrinol Metab.** vol.57, n.5, p. 360-367, 2013.

OLIVEIRA, C. A. de et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, vol.6, n.1, p. 93-98, 2006.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M. F. O consumo de bebida alcóolica pelas gestantes: um estudo exploratório. **Esc Anna Nery Ver. Enferm.** Vol.11, n.4, p. 632 – 638, 2007.

PALMEIRA, P. A.; SANTOS, S. M. C. dos; VIANNA, R. P. T. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do Estado da Paraíba, Brasil. **Rev. Nutr.** Campinas, vol.24, n.4, p. 553-563, 2011.

PARADA, C. M. G. L. de. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, vol.8, n.1, p. 113-124, 2008.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Models of childbirth care and cesarean rates in different countries. **Rev. Saúde Pública.** vol.45, n.1, p. 185-194, 2011.

PIERRE, L. A. S.; CLAPIS, M. J. Family Planning in a Family Health Unit. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** vol.18, n.6, p. 1161-1168, 2010.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva.** vol.19, n.7, p. 1999-2010, 2014.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cad. Saúde Pública.** vol.27, n.11, p. 2253-2262, 2011.

SANTOS, E. M. F. et al. Perfil de risco gestacional e metabólico no serviço de pré-natal de maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.34, n.3, p. 102-106, 2012.

SANTOS, K. C. R. et al. Ganho de peso gestacional e estado nutricional do neonato: um estudo descritivo. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.35, n.1, p. 62-69, 2014.

SAUNDERS, C. Aspectos Fisiológicos da Gestação. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. A. **Nutri. em Obstetrícia e Pediatria.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009.

SENA, M. C. F.; SILVA, E. F. da; PEREIRA, M. G. Prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol.53, n.6, p. 520-524, 2007.

SILVA, E. P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, vol.13, n.1, p. 29-37, 2013.

SILVA, M. Z. N. da; ANDRADE, A. B. de; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate.** vol.38, n.103, p. 805-816, 2014.

SOARES, V. M. N. et al. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.31, n.11, p. 566-573, 2009.

SOUZA, V. F. F. de; DUBIELA, Â.; SERRAO JUNIOR, N. F. Efeitos do tratamento fisioterapêutico na pré-eclampsia. **Fisioter. mov. (Impr.)**. vol.23, n.4, p. 663-672, 2010.

TOURINHO, A. B.; REIS, L. B. S. M. Peso ao nascer: uma abordagem nutricional. **Com. Ciênc. Saúde**, Brasília, v.23, n.1, p. 19-30, ago. 2012.
UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê.** São Paulo: Globo, 2011.

VALDES, A. L. La diabetes mellitus gestacional (DMG). **Rev Cubana Obstet Ginecol.** vol.36, n.2, p. 1-3, 2010.

VELEDA, Aline Alves; SOARES, Maria Cristina Flores and CEZAR-VAZ, Marta Regina. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.32, n.1, p. 79-85, 2011.

VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **J. Pediatr.** (Rio J.), vol.86, n.4, p. 317-324, 2010.

VIELLAS, E. F. et al. **Prenatal care in Brazil.** **Cad. Saúde Pública.** vol.30, suppl.1, p. S85-S100, 2014.

VITOLLO, Márcia Regina. Aspectos Fisiológicos e Nutricionais na Gestação. In: _____. **Nutrição – Da Gestação ao Envelhecimento.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

VOLPINI, C. C. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev. Nutr.** vol.18, n.3, p. 311-319, 2005.

WENZEL, D.; SOUZA, S. B. de. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, vol.21, n.2, p. 251-258, 2011.

ZHANG, L. et al. Tabagismo materno durante a gestação e medidas antropométricas do recém-nascido: um estudo de base populacional no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** vol.27, n.9, p. 1768-1776, 2011.

APÊNDICE A – Questionário aplicado às mães das crianças



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO



SAÚDE DA CRIANÇA E SUAS INTERFACES COM O PERÍODO GESTACIONAL

INFORMAÇÕES INICIAIS:

A1. Nome da Mãe: _____ Data: _____ N°QUEST: _____

A2. Equipe de Saúde da Família: _____

A3. Você ainda possui o Cartão de Gestante? Não () Sim ().

A4. Qual sua localidade de moradia: zona urbana () zona rural ().

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A MÃE:

B1. Você realizou quantas consultas de pré-natal? _____ consultas.

B2. Durante a gestação você recebeu alguma orientação sobre amamentação? Não () Sim ()

Se sim, de quem recebeu? _____ Poderia dizer qual orientação recebeu?

B3. O que você entende por alimentação complementar? _____

B4. Você recebeu alguma orientação sobre que tipo de alimentação seu filho deveria consumir após os seis meses de idade? () Não () Sim. Se sim, de quem? _____

B5. Você acha que as orientações dadas na Unidade de Saúde da Família sobre os cuidados com a criança foram suficientes? Não () Sim (). Por que? _____

B6. Você apresentou algum problema durante a gravidez ou no parto ou após o parto?

Não () Sim (). Se sim, qual(s)? _____

B7. Você costumava fumar durante a gestação? Não () Sim ().

B8. Você costumava ingerir algum tipo de bebida alcoólica durante a gestação? Não () Sim ()

B9. Você recebeu suplemento de ferro e ácido fólico durante a gestação em seu PSF?

Não () Sim, os dois () Sim, só o suplemento de ferro () Sim, só o suplemento de ácido fólico ().

B10. Caso tenha recebido os suplementos, o uso dos mesmos foi feito:

() Durante toda a gestação () Parte da gestação, durante ____ mês(es).

B11. Você tomou uma suplementação de Vitamina A logo após o parto? No hospital ou maternidade?

Não () Sim () Sem informação ou não lembra ()

B12. Qual o seu peso quando iniciou a gestação? _____ kg.

B13. Qual o seu peso ao final da gestação (última consulta de pré-natal)? _____ kg.

B14. Ganho de peso total durante a gestação: _____ kg.

B15. Peso atual: _____ kg. **B16.** Altura: _____ m. **B17.** IMC atual: _____ kg/m²

B18. Data da última consulta de pré-natal: ____/____/____

DADOS RELACIONADO AO PARTO:

C1. Tipo de parto: Vaginal cefálico () Cesário () Outro (). Qual? _____

C2. O parto foi realizado em: Hospital público () Hospital particular ()

Clinica pública () Clínica particular () Domicílio () Outro () _____

C3. Data do parto: ____/____/____

INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA AO NASCER:

D1. Nome: _____ **D2.** Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____

D3. Peso ao nascer: _____ kg. **D4.** Comprimento ao nascer: _____ cm.

D5. Avaliação do peso ao nascer:

() Muito baixo peso (<1.500g) () Baixo peso (<2.500g) () Adequado (2.500g – 4.000g)

() Acima do peso (> 4.000g)

D6. Perímetro cefálico (cm): _____ **D7.** Classificação: _____

- D8.** Idade gestacional da mãe no parto? _____ semanas
 () RN nascido pré-termo (< 37 sem. de gestação) - menos de 259 dias ou ≤36 semanas e 6 dias - < 9 meses.
 () RN a termo (37 - 41 sem. e 6 dias de gestação) - 259 a 293 dias.
 () RN pós-termo (≥42 semanas de gestação) - 294 dias ou > 10 meses.
- D9.** A criança nasceu com alguma doença? Não () Sim (). Se sim, quais? _____

INFORMAÇÕES ATUAIS SOBRE A CRIANÇA:

- E1.** Qual a idade da criança hoje? _____ **E2.** Peso atual (kg): _____ **E3.** Comprimento/altura atual: _____
E4. IMC (kg/m²) atual: _____
E5. Peso x idade atual: _____ **E6.** Classificação: _____
E7. Peso x estatura/comprimento atual: _____ **E8.** Classificação: _____
E9. Estatura/comprimento x idade atual: _____ **E10.** Classificação: _____
E11. IMC x idade atual: _____ **E12.** Classificação: _____
E13. A criança apresenta alguma doença atualmente? Não () Sim (). Se sim, qual? _____

- E14.** A criança realizou o teste do pezinho? Não () Sim ().
E15. Todas as vacinas da criança estão em dia? Não () Sim (). Se não, qual (is) não está (ão) em dia? _____
E16. Quais foram os últimos seis pesos da criança e o dia em que foram pesadas (*Informação do Cartão*)?
 Data ___/___/___ Peso = _____ Data ___/___/___ Peso = _____
 Data ___/___/___ Peso = _____ Data ___/___/___ Peso = _____
 Data ___/___/___ Peso = _____ Data ___/___/___ Peso = _____

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS DA CRIANÇA:

- F1.** A criança mamou no peito?
 Não (). Por que? _____
 Sim (). Por quanto tempo amamentou? _____ De 0 a 6 meses ()
 De 6 a 12 meses () De 1 ano a 2 anos ()
 Por que a amamentação durou esse tempo?

F2. Alimentação da criança nos primeiros 6 meses:

- () Aleitamento materno exclusivo
 () Aleitamento materno + água e/ou chá e/ou suco
 () Aleitamento materno + leite de vaca (líquido ou pó)
 () Aleitamento materno + fórmula infantil
 () Somente fórmula infantil
 () Somente leite de vaca (líquido ou pó)
 () Aleitamento materno + leite de vaca (líquido ou pó) + farinha (de qualquer tipo)
 () Leite de vaca (líquido ou pó) + farinha (de qualquer tipo)
 () Aleitamento materno + alimentos.
 () Aleitamento materno + alimentos + fórmula infantil
 () Outros _____

Se acrescentou alimentos, quais foram? _____

F3. Quais foram os alimentos acrescentados após o 6º mês de vida da criança?

- F4.** A criança recebeu a suplementação de Vitamina A de 6 – 11 meses de idade? Não () Sim ().
F5. A criança recebeu a suplementação de Vitamina A de 12 – 59 meses de idade? Não () Sim ().
F6. Quantas vezes a criança tomou a suplementação de Vitamina A até no presente momento?
 _____ vezes.
F7. A criança recebeu a suplementação de Ferro de 6 – 24 meses de idade? Não () Sim ().

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Saúde da criança e suas interfaces com o período gestacional”, que se constitui como pré-requisito para conclusão de curso da aluna Claudiana Nunes Rodrigues, no curso Bacharelado de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Educação e Saúde – CES e orientada pela professora Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso. O Objetivo da pesquisa é analisar as condições de saúde de crianças nascidas de gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte e sua relação com os fatores socioeconômicos e de saúde maternos. Para a realização do trabalho, caberá a você fornecer autorização para: aplicação de questionários, coleta de informações no cartão da criança e avaliação de medidas antropométricas do seu filho (a). Informamos que esta pesquisa não oferece riscos para seu filho (a), nem para você, no entanto, pode proporcionar constrangimento ao responder alguns questionamentos. Os resultados serão utilizados para discussão no Trabalho de Conclusão de Curso da aluna referida anteriormente. As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e é assegurado o sigilo sobre sua participação, de acordo com as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Os dados serão divulgados somente como apanhado estatístico do conjunto de dados obtidos, sem correlação com a identificação pessoal de nenhum dos binômios mãe/filho. Esta pesquisa irá contribuir para: o conhecimento da comunidade acadêmica, social e governamental com relação a situação do estado de saúde do grupo materno/infantil da cidade Cuité-PB, servindo de exemplo para toda população; cooperar para criação de políticas públicas, assim como o desenvolvimento de ações e projetos destinados ao referido grupo; mostrar se há relação das condições de saúde da criança com as condições de saúde e socioeconômicas da mãe durante o período gestacional e assim, fomentar o desenvolvimento de ações de prevenção no âmbito da Atenção Primária para esse grupo. Você poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes deste projeto científico.

A pesquisadora e orientadora agradece sua participação.
Cordialmente,

Aluna: Claudiana Nunes Rodrigues
Profa. Msc. Vanille Valério B. Pessoa Cardoso
Orientadora da Pesquisa

Endereço para contato e esclarecimento de dúvidas:
Unidade Acadêmica de Saúde
Centro de Educação e Saúde
Universidade Federal de Campina Grande
Olho D'Água da Bica s/n - Cuité-PB
CEP: 58175-000
Telefone: (83) 9640-7714
Endereço eletrônico:
claudiananr@hotmail.com

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, em pleno exercício dos meus direitos, declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha contribuição e concordo em participar na pesquisa “Saúde da criança e suas interfaces com o período gestacional”, assim como autorizo a utilização de meus dados”.

Assinatura da participante
Assinatura Dactiloscópica



ANEXO A – Carta de Anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **Saúde da criança e suas interfaces com o período gestacional**, coordenada pela Professora Mestra Vanille Valério Barbosa Pessoa Cardoso, tendo como pesquisadora assistente Claudiana Nunes Rodrigues, discente do curso de bacharelado em Nutrição, ambas vinculadas a Universidade Federal de Campina Grande, concordo em autorizar a realização das entrevistas com as gestantes que participaram da pesquisa intitulada "*Estado Nutricional, Anemia e Prevalência de Parasitoses Intestinais em Gestantes da Cidade de Cuité – Paraíba*", a fim de analisar as condições de saúde de crianças nascidas de gestantes acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte e sua relação com os fatores socioeconômicos e de saúde maternos.

Esta autorização está atrelada ao envio desta pesquisa para submissão e aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Cuité, 16/12/2014.

Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde

Assinatura da Representante da Secretaria Municipal de Saúde