

Heloisa Paulette Bassetto

Caracterização de alguns fatores biológicos,
sociais, assistenciais e ocupacionais de gestantes
e sua associação com o peso e crescimento de
crianças nos primeiros meses de vida
em Botucatu, 1997 - 1998

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Área
de Concentração de Saúde Pública, para a
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Botucatu
2001

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Hermenegildo e Wanda pelo amor, educação e exemplo de vida que, de forma constante serviram de alicerce para a minha formação.

Ao meu marido companheiro desde o início de minha vida acadêmica, pelo esforço em me proporcionar condições para crescer como enfermeira e pesquisadora, muitas vezes abrindo mão das horas de lazer ou de simples convivência.

A todos os docentes do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu que contribuíram de alguma forma para o meu crescimento pessoal e profissional. Em especial:

à Prof^ª. Massako Iyda pelo início da minha caminhada como pesquisadora.

ao Prof. Dr. Ricardo Cordeiro pela orientação durante essa longa caminhada, pelo incentivo e ensinamentos transmitidos.

ao Prof. Luis Carlos Giarola, à Prof^ª. Dr^a. Mitsue Bicudo, ao Prof. Carlos Alberto Macharelli, à Prof^ª. Dr^a Ivete Dalben, ao Prof. Dr. Luiz Roberto de Oliveira e ao Prof. Miguel Angelo Rosa Martinez que prestaram importante colaboração em diferentes fases deste trabalho.

À equipe de pesquisa Rosângela Giarola, Eliana Lovesutto Iessi, Maria Luiza Neris e todas as estagiárias da nutrição que coletaram os dados, porque sem vocês que ficam nos bastidores das pesquisas, essas não se realizariam;

Aos funcionários da Biblioteca pelo auxílio e atenção nos momentos oportunos.

Às mães pela paciência e colaboração durante a coleta de dados.

A todos os amigos e colegas da pós-graduação que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

À FAPESP, CAPs e Reitoria da UNESP pelo apoio e financiamento deste trabalho.

SUMÁRIO

Sumário	
Lista de tabelas	
Resumo	
Abstract	
1 - Introdução	13
2 - Objetivos	19
3 - Material e Método	20
3.1 <i>Pré-teste</i>	22
3.2 <i>Estrutura Operacional de Investigação</i>	22
3.3 <i>Caracterização do Município</i>	23
4 - Resultados	25
4.1 <i>Número e distribuição das consultas</i>	26
4.2 <i>Local e tipo de parto</i>	27
4.3 <i>Idade da criança, tempo de aleitamento materno e revisão de parto</i>	28
4.4 <i>Ocupação da mulher e do chefe da família, tempo de trabalho e motivo da interrupção</i>	29
4.5 <i>Estado nutricional das gestantes e crianças</i>	36
4.6 <i>Associação entre ocupação do chefe da família, peso e altura da criança</i>	41
5 - Discussão	44
5.1 <i>Características das mulheres</i>	44
5.2 <i>Número e distribuição de consultas</i>	47
5.3 <i>Local e tipo de parto</i>	48
5.4 <i>Revisão de parto</i>	49

<i>5.5. Amamentação</i>	50
<i>5.6 Ocupação na gestação e após o nascimento</i>	52
<i>5.7 Estado Nutricional</i>	54
<i>5.8 Ocupação do chefe da família e crescimento da criança</i>	58
6 - Conclusão	61
7 - Referências bibliográficas	63
Anexos	

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. BOTUCATU, 1997-1998	26
TABELA 2	DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO TIPO DE SERVIÇO UTILIZADO E DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PARTO. BOTUCATU, 1997/1998.	27
TABELA 3	DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO IDADE NO MOMENTO DA ENTREVISTA DA MÃE, BOTUCATU, 1997/1998.	28
TABELA 4	DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO IDADE NA DATA DA ENTREVISTA E TIPO DE LEITE INGERIDO. BOTUCATU, 1997/1998.	30
TABELA 5	DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO GRUPO DE OCUPAÇÃO ANTES DO PARTO. BOTUCATU, 1997/1998	32
TABELA 6	DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO GRUPO OCUPACIONAL DO CHEFE DA CASA, ANTES DO PARTO. BOTUCATU, 1997/1998.	33
TABELA 7	DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO GRUPO DE OCUPAÇÃO APÓS O PARTO. BOTUCATU. 1997/1998.	34
TABELA 8	DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE TRABALHARAM ANTES DO NASCIMENTO DA CRIANÇA, SEGUNDO TEMPO QUE PAROU DE TRABALHAR ANTES DO PARTO. BOTUCATU. 1997/1998.	34
TABELA 9	DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO CAUSAS DE INTERRUPÇÃO DO TRABALHO NA GESTAÇÃO ATUAL. BOTUCATU. 1997/1998.	35
TABELA 10	DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE TRABALHARAM DURANTE A GESTAÇÃO, SEGUNDO O DIREITO A LICENÇA À GESTANTE. BOTUCATU. 1997/1998.	36

TABELA 11	DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO DA CRIANÇA AO NASCER E DA ALTURA DA MÃE. BOTUCATU, 1997/1998	36
TABELA 12	DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E DO ESTADO NUTRICIONAL DA MÃE. BOTUCATU, 1997/1998	37
TABELA 13	DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E DA IDADE DA MÃE. BOTUCATU, 1997/1998.	38
TABELA 14	DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E DO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MÃES. BOTUCATU, 1997/1998	39
TABELA 15	DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E O NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NO PRÉ-NATAL. BOTUCATU, 1997/1998.	40
TABELA 16	DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES, SEGUNDO RENDA BRUTA E PESO AO NASCER. BOTUCATU, 1997/1998	43
QUADRO 1-	DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO IDADE EM MESES E O TIPO DE LEITE INGERIDO. BOTUCATU, 1997/1998	31
QUADRO 2-	DISTRIBUIÇÃO DO PESO MÉDIO AO NASCER E AO TERCEIRO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS SEGUNDO O GRUPO DE OCUPAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA. BOTUCATU, 1997/1998	41
QUADRO 3	DISTRIBUIÇÃO DA ALTURA MÉDIA AO NASCER E AO TERCEIRO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS SEGUNDO O GRUPO DE OCUPAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA. BOTUCATU, 1997/1998	42

RESUMO

As condições de vida das gestantes são muito importantes para a saúde de sua criança. Sabendo que muitos fatores podem interferir nessas condições e conseqüentemente no crescimento e desenvolvimento de seus filhos, foi proposto este trabalho, com o objetivo de caracterizar algumas variáveis biológicas, sociais, assistenciais e ocupacionais de gestantes e sua associação com o peso e crescimento de crianças nos primeiros meses de vida.

Para tanto, em 1997 foram feitas 219 entrevistas domiciliares com puérperas que realizaram o pré-natal em 10 unidades básicas de saúde e em um consultório particular do município de Botucatu-SP, e foram avaliadas suas crianças entre 0 e 10 meses de vida.

Os objetivos foram atingidos, calculando-se os valores médios das variáveis analisadas, sendo utilizada a técnica de análise de variância para verificar a existência de associação entre a ocupação do chefe da família das gestantes e o crescimento de seus filhos nos primeiros meses de vida.

Observou-se que das mulheres entrevistadas, 62,5% (I.C. 56,1% - 68,9%) eram adolescentes e jovens, 82,2% (77,1% - 87,2%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação e o número de consultas variou entre 7 e 15, sendo que 42,9% (36,3% - 49,4%) realizaram entre 7 e 9 consultas. No terceiro mês de vida das crianças somente 22,3% (16,7% - 27,7%) estavam sendo amamentadas com leite materno exclusivo. Quanto ao trabalho, 49,8% (43,1% - 56,3) das mulheres trabalharam durante a gestação e dessas, somente 41,8% (32,6% - 51,0%) tiveram o direito à licença gestante. A ocupação da maioria das gestantes foi na área de serviços, com 86,3%

(79,9% - 92,7%), sendo que poucas mulheres voltaram ao trabalho após a gestação até o momento da entrevista.

Com relação a ocupação do chefe da família, 59,8% (53,3% - 66,3%) estavam no grupo da prestação de serviços, seguido por 25,6% (19,7% - 31,1%) no grupo de trabalhadores operários.

Das mães adolescentes, 42,4% (31,1% - 53,8%) tiveram seus filhos com baixo peso e peso insuficiente, e 80,0% (15,6%- 95,6%) das mulheres que tiveram crianças com baixo peso estavam no primeiro grau. O peso médio das crianças, cujo chefe da família estava no grupo de trabalhadores rurais, foi menor que o peso médio dos outros grupos. E quanto a média das alturas, observou-se diferença somente no terceiro mês de vida ($p= 0,0039$).

Portanto, observou-se que diversas características da mãe e do chefe da família estão associados ao crescimento e desenvolvimento da criança, ressaltando o grande número de adolescentes grávidas, com baixo grau de escolaridade, baixo poder aquisitivo e assistência materno infantil com grande número de cesárias, baixa cobertura da revisão de parto e desmame precoce.

ABSTRACT

An expecting mother's living conditions are extremely important for her child's health. Being aware that many factors interfere in these conditions and consequently in a child's growth and development, we have prepared this paper with the scope of characterizing some biological, social, aiding, and occupational variables of expecting mothers and their correlation with a child's weight and development over its first months of existence.

For that purpose 219 domestic interviews were conducted in 1997 with pregnant women who had undergone prenatal care in 10 basic health units and in one private doctor's office in Botucatu, SP. Their babies were examined in the age span from 0 to 10 months old.

Our objects were reached by calculating the mean results of the variables analyzed. Variance analysis technique was utilized to check the existence of interrelation between a child's father's occupation and his child's growth in its first months of life.

The following results were obtained: 62.5% (I.C. 56.1% - 68.9%) were made up of adolescents and young people. 82.2% (77.1% - 87.2%) began their prenatal care in the first quarter of gestation and the number of doctor's appointments varied between 7 and 15; in this group 42.9% (36.3% - 49.4%) had between 7 and 9 appointments. Only 22.3% (16.7% - 27.7%) of three-month old children were solely breastfed. Regarding work, 49.8% (43.1% - 56.3%) of women worked during pregnancy and only 41,8% out of the latter figures (32.6% - 51.0%) were entitled to maternity leave. Most expecting mothers (86.3% e.g. 79.9% - 92.7%) worked in the service industry. It came to our attention by the time of the interview that few women returned to work after delivering.

Regarding the family head's occupation, 59.8% (53.3% - 66.3%) worked in the service industry, being followed by 25.6% (19.7% - 31.1%) composed of industrial workers.

42.4% (31.1% - 53.8%) of teenage mothers had babies with low weight and insufficient weight and 80.0% (15.6% - 95.6%) of the women who delivered low-weight babies had not completed primary education yet. The mean weight of a child whose father performed rural work was lower than in other groups. Regarding height average, a difference was observed only in three-month old children ($p = 0,0039$).

We have concluded that a mother's and a father's features are associated with their child's growth and development. In addition, we observed a number of teenage mothers with low education, low purchasing power and no aiding plans for the mother and the baby with a considerable number of cesarean sections, low afterbirth care cover, and precocious weaning.

1 – INTRODUÇÃO

A assistência materno infantil vem aumentando seu campo de atuação desde longa data. O papel da mulher, que era visto somente como o de mãe, a dona do lar, passa por modificações. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho e com as mudanças no padrão de vida familiar que vêm ocorrendo nas últimas décadas, surgem novas necessidades em relação aos serviços voltados à mulher (D'OLIVEIRA, 1999).

Para trabalhar, a mulher depende de complexa combinação de características pessoais e familiares. O estado conjugal, a presença de filhos, sua escolaridade e idade são fatores que pesam na decisão das mulheres de ingressar ou permanecer no mercado de trabalho, embora a necessidade econômica e a existência de empregos tenham papel fundamental na atividade feminina (BRUSCHINI, 1996).

Além do trabalho feminino fora de casa, é preciso atentar para o trabalho doméstico, mesmo que este seja considerado subocupação, entendendo-se como subocupado aquele que não trabalha jornada completa de 40 ou 48 horas/semanais (MADEIRA, 1975). Segundo SINGER (1977), as ocupações domésticas são de extrema importância para a manutenção da família, uma vez que os valores de uso adquiridos no mercado requerem uma série de atividades para poderem ser usados ou consumidos. Por exemplo, a comida tem de ser preparada, a louça tem de ser lavada e secada, a roupa tem de ser lavada, passada, e assim por diante.

Na área da saúde, o trabalho feminino tem sido uma variável frequentemente investigada, mas ainda de maneira muito genérica. Trabalhos mais específicos, na área de reprodução e de nutrição, têm analisado associações entre o trabalho feminino assalariado e o resultado das gestações, avaliado como peso ao nascer, prematuridade e tempo de

gestação (CERÓN- MIRELES, 1996). Como ressaltam SAUREL-CUVIZOLLES & KAMINISKI (1987) e RABKIN et al (1990), nas décadas de 1950 e 1960, aceitava-se que o trabalho feminino tinha um impacto negativo sobre a gestação e seu conceito e que, atualmente, este impacto depende muito do tipo de atividade que essas mulheres trabalhadoras exercem, da extensão da jornada de trabalho e do esforço físico exercido. As condições de trabalho árduo podem retardar o crescimento fetal e alguns exercícios ou posições físicas são capazes de reduzir o fluxo sanguíneo útero-placentário (CERON-MIRELES, et al. 1997).

Outro fator é a volta ao trabalho, quando a mãe acaba deixando de amamentar seu filho por não ter condições adequadas para fazê-lo (SANTOS, 1987). As leis trabalhistas brasileiras são inadequadas para prática da amamentação bem sucedida, isto é, até pelo menos o sexto mês de vida da criança. Em 1943, com a Consolidação das Leis de Trabalho, ficou preconizado que onde trabalharem 30 ou mais mulheres com 16 anos ou mais deve haver um local para deixar, sob vigilância e assistência, seus filhos no período de amamentação, bem como dois descansos de meia hora até o sexto mês de vida de seu filho durante a jornada de trabalho. Mas esse tempo de 30 minutos a mãe acaba gastando para ir do local de trabalho até a creche e o retorno ao serviço (HARDY et al., 1987). As crianças de mães que trabalham em geral são desmamadas precocemente principalmente por não haver no local de trabalho creche ou banco de leite para poderem amamentar seus filhos durante a jornada de trabalho.

Dentro desse contexto, podemos relatar que em relação ao setor saúde, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que teve suas bases de ações programáticas divulgadas em 1985, a mulher passa a ser vista de maneira integral, sendo os principais problemas ressaltados: falta do acompanhamento pré-natal,

assistência ao parto deficiente, redução progressiva do tempo ou frequência do aleitamento materno, aumento da incidência do câncer de colo de útero e mama, aborto e doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 1985). No estado de São Paulo, a partir de 1982, a Secretaria de Saúde procurava garantir assistência integral buscando determinar os riscos gestacionais (SÃO PAULO, 1986).

Observa-se que na assistência ao pré-natal são preconizadas atividades assistenciais e de prevenção, sendo a captação precoce da gestante um fator muito importante. Isto porque a prepara para os cuidados durante a gestação, o parto e após o parto; cuidados com o recém-nascido, bem como a amamentação e os direitos de desfrutar dos benefícios sociais, como a licença à gestante (BRASIL, 1985). O número de consultas no pré-natal varia muito entre as gestantes (LIPPI, 1996). É essencial garantir um número mínimo de consultas para que a gestante possa receber o mínimo de cuidados e orientações durante sua gestação. É sabido que essa assistência, quando de qualidade, pode diminuir os coeficientes de mortalidade materna perinatal e neonatal (LAURENTI e col., 1985; MAC GREGOR, 1986; SÃO PAULO, 1988; TANAKA, 1989). Em Botucatu, MACHARELLI (1995) observou, no período de 1991 a 1992, alto coeficiente de mortalidade perinatal entre as mães que não fizeram o pré-natal.

As orientações fornecidas durante o pré-natal são voltadas para o desenvolvimento da gestação, para o parto e para os cuidados com o recém-nascido e das práticas de aleitamento materno. São elas importantes determinantes da gravidez. Não se pode deixar de lado as orientações quanto aos direitos que a mãe tem de desfrutar dos benefícios sociais como a licença à gestante e a utilização de métodos anticoncepcionais para evitar gestações seguidas.

Um importante aspecto é o baixo peso ao nascer, que entre outros fatores é influenciado pela qualidade das orientações fornecidas por Serviços de Saúde e pela ação de outros fatores como a etnia, escolaridade, falta de assistência pré-natal, trabalho feminino (SHOWSTACK, 1984). Observou-se que a incidência de baixo peso ao nascer em gestantes atendidas em um Centro Municipal da Saúde da Periferia de Botucatu-SP está associada às condições sócio econômicas, além de relacionar-se com a idade materna, tabagismo, paridade (LIMA, 1995). FISBERG (1997) observou que filhos de mães com baixa escolaridade pesavam em média 276g menos do que filhos de mães com alto nível de escolaridade, corrigindo-se o efeito do fumo, que também pode levar ao nascimento com peso menor.

Em Pelotas-RS, em 1993 através de um estudo longitudinal, verificou-se também que crianças com baixo peso ao nascer têm risco 12 vezes maior de morrer que crianças com peso adequado (MENEZES, 1996).

Encontram-se citados como fatores predisponentes ao baixo peso ao nascer o intervalo entre as gestações e a idade da gestante (ANTROBUS, 1986).

Por outro lado, entre os fatores relacionados ao baixo peso da criança, encontra-se o tipo e a duração da amamentação. Em Canoas-RS (1987), das 75 crianças de 0 a 24 meses que foram levadas a Unidade Sanitária da Vila Rio Branco, 48 (64%) foram desmamadas antes do 6º mês. Entre os motivos alegados para o desmame, aparece “necessidade de trabalho da mãe” para 10,5% dos casos (SANTOS, 1987). Em Pelotas, entre 1982 e 1993, as famílias de alta renda amamentaram mais nos primeiros meses de vida e a partir dos nove meses a amamentação foi mais freqüente no grupo de baixa renda. As crianças de baixo peso foram aquelas que apresentaram durações mais curtas de amamentação (HORTA e col., 1996).

Outro fator que também interfere na gestação é o trabalho da mulher.

Estudando o estado nutricional de crianças e as relações de trabalho da família, em uma comunidade rural do Paraná, Brasil, de 1972 a 1983, SICHIERI et al. (1993), evidenciaram que o tipo de inserção no modo de produção rural, avaliada através da relação de trabalho do chefe da família, tem importante associação com o estado nutricional das crianças. A situação nutricional das crianças cujos pais trabalhavam na região urbana era melhor do que aquelas com pais trabalhadores rurais. (POPKIN, 1980).

Já em outro estudo, comparando as mulheres que trabalharam durante a gestação na agricultura com mulheres que não trabalharam durante a gestação, ambas de classe social baixa, observou-se que a média de peso das crianças cujas mães trabalharam os 9 meses foi 190g menor do que as das mães que não trabalharam na agricultura (LIMA, 1999).

Observamos assim que fatores como o trabalho da mãe, a falta de assistência no pré-natal, parto e o desmame precoce da criança estão associados ao baixo peso.

Em síntese, os trabalhos, desenvolvidos no Brasil, revelam que, apesar do desenvolvimento das ações da Saúde Pública e apesar do amplo conhecimento dos mecanismos necessários para uma adequada atenção às gestantes e às crianças, as atividades desenvolvidas pelos programas de assistência materno-infantil estão longe de produzirem efeito satisfatório dados os indicadores de saúde de gestantes e recém-nascidos, principalmente porque os programas estão mais centrados na cobertura e controle da gestação em detrimento das orientações das mulheres sobre os cuidados das crianças e a amamentação.

Tendo como finalidade contribuir para análise de dados desta assistência no interior do Estado e caracterizar alguns fatores que possam estar associados com o

crescimento e desenvolvimento das crianças, propõe-se o presente trabalho, cujos objetivos são apresentados a seguir.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo geral

Caracterizar alguns fatores biológicos, sociais, assistenciais e ocupacionais de gestantes e sua associação com o peso e o crescimento de crianças nos primeiros meses de vida.

2.2 – Objetivos específicos

Com relação às gestantes de Botucatu:

- a) estimar o número e a distribuição das consultas realizadas no período gestacional;
- b) caracterizar o local e tipo de parto da população estudada;
- c) verificar o tempo do aleitamento materno e a frequência da revisão pós-parto;
- d) verificar o tipo de ocupação durante e após a gestação;
- e) verificar o tipo de ocupação do chefe da família;
- f) verificar seu estado nutricional e o de seus filhos;
- g) estudar a existência de associação entre a ocupação do chefe da família da gestante e o crescimento de seus filhos nos primeiros meses de vida.

3 – MATERIAL E MÉTODO

Para o cumprimento dos objetivos acima referidos, foram coletadas informações referentes à assistência ao pré-natal, parto e puerpério durante o período em que a autora deste estudo foi bolsista de Aperfeiçoamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo desenvolvendo o trabalho “Assistência Materno-Infantil e sua Influência no Estado Nutricional de Gestantes e Crianças”, realizado no período de 1997-1998, (processo Fapesp 96/09573-6) e orientado pela Prof^{ra} Dr^a. Massako Iyda.

As informações foram coletadas em 10 unidades Básicas de saúde do município de Botucatu, localizadas na zona urbana e em um consultório particular.

Foram estudadas as puérperas que realizaram o pré-natal, principalmente no 1º trimestre de gestação e algumas no 2º trimestre, nas 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Botucatu e em um Consultório Particular, a partir de outubro de 1996, e que deram à luz até 30 de outubro de 1997.

Os dados foram obtidos em entrevista domiciliar até fevereiro de 1998 utilizando-se questionário com questões abertas e fechadas. Foram entrevistadas as mães no puerpério e avaliadas suas crianças entre 0 e 10 meses. As questões compreendiam a assistência ao pré-natal, ao parto, ao pós-parto e assistência à criança (Anexo 1).

Com relação aos dados nutricionais, estes foram obtidos de um estudo paralelo chamado “Estado Nutricional de Gestantes e Crianças”¹, que também estudou estas

¹ Onde as mães foram acompanhadas durante a gestação sendo realizado exames bioquímicos e as crianças foram acompanhadas do nascimento até completarem dois anos para a avaliação nutricional no projeto “Estado Nutricional de Gestantes e Crianças”.

gestantes e crianças, realizado com financiamento da agência Financiadora de Estudos e Projetos (processo FINEP 0934/96), coordenado pela Prof^a Dr^a. Mitsue Bicudo.

Para avaliar o estado nutricional, utilizou-se a altura da gestante, seu peso e o peso e altura da criança ao nascer, bem como o peso e altura da criança no terceiro mês de vida.

O estado nutricional materno foi avaliado segundo o método proposto por ROSSO (1985), que leva em conta o ganho de peso na gravidez, considerando o peso da mãe no início do acompanhamento do pré-natal em relação à estatura, classificando as gestantes em baixo peso, normal, sobrepeso e obesas (Anexo 2). A análise da estatura das gestantes foi realizada, para fins comparativos, constituindo-se três grupos, delimitados pelo intervalo inter-quartil (LEVIN, 1985). Desta forma, gestantes abaixo do intervalo inter-quartil foram consideradas baixas; aquelas acima deste intervalo foram classificadas como altas, sendo médias as gestantes dentro deste intervalo.

O peso ao nascer das crianças, tendo em vista a dificuldade de diferenciação entre desnutrição intra-útero e prematuridade em estudos populacionais, foi classificado diretamente, sem considerar a idade gestacional (cujas informações a partir da data da última menstruação é bastante imprecisa). Considerou-se baixo peso ao nascer quando o peso foi menor de 2500g, peso insuficiente entre 2500g e 2999g, e peso adequado quando o peso foi maior ou igual à 3000g (NÓBREGA, 1991-a).

Os objetivos anteriormente definidos serão atingidos por intermédio do cálculo dos valores médios, no grupo estudado, das variáveis envolvidas, sendo que especificamente para o objetivo g estudar-se-á a diferença das médias de peso e altura das crianças ao nascimento e no terceiro mês de vida segundo grupos de ocupação do chefe da família, utilizando-se a técnica de análise de variância.

A ocupação do chefe da família foi classificada de acordo com a classificação de Rumel, onde os trabalhadores são divididos em 5 grandes grupos: Grupo 1 - trabalhadores intelectuais; Grupo 2 - trabalhadores agricultores; Grupo 3 - trabalhadores da área de serviço; Grupo 4 - trabalhadores operários e Grupo 5 - trabalhadores braçais (Anexo-3) (RUMEL, 1987).

3.1 – PRÉ-TESTE

Em fevereiro de 1997, realizou-se o pré-teste do instrumento de coleta, compreendendo um questionário com questões abertas e fechadas relacionadas à assistência ao pré-natal, parto e pós-parto. Foram entrevistadas 7 mulheres, cujas crianças estavam entre 1 e 6 meses de vida e freqüentavam uma unidade básica de saúde do município de Botucatu. O pré-teste possibilitou verificar as dificuldades a serem enfrentadas na operacionalização da investigação e com isso foram efetuadas algumas modificações no questionário.

3.2 – ESTRUTURA OPERACIONAL DA INVESTIGAÇÃO

A entrevista somente foi realizada com as puérperas que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação e algumas no 2º trimestre, nas 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município de Botucatu e em um Consultório Particular, a partir de outubro de 1996, e que deram à luz até 30 de outubro de 1997.

As investigações foram realizadas periodicamente. Procurou-se manter o mínimo de 2 meses entre o nascimento e a entrevista, obtendo maiores informações

quanto ao retorno ao trabalho, aleitamento materno e outros aspectos. Embora a maioria das entrevistas tenha sido realizada após os 2 meses, algumas foram realizadas antes desse período devido a mudança freqüente de endereço das mulheres e da dificuldade de acesso à zona rural, visando obter informações sobre a criança pelo menos uma vez.

As gestantes que moravam na zona rural e faziam o pré-natal nos postos da cidade foram entrevistadas na própria unidade de saúde no dia da consulta médica ou da consulta da criança.

Após a coleta de dados, as entrevistas foram revisadas semanalmente antes dos dados serem armazenados no programa Epi-info 6 (DEAN, 1995).

3.3 – CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Botucatu-SP, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, possui 12 centros de Saúde, dos quais 2 situam-se em zona rural e 10 em zona urbana. Para o atendimento ao parto possui três hospitais : Misericórdia Botucatuense, Hospital Regional da Associação Beneficente de Hospitais Sorocabana e Hospital das Clínicas da Faculdade de Botucatu- Unesp. Para o atendimento básico de saúde o município é dividido em dois grandes subdistritos: um sob responsabilidade do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu e suas unidades Vila Ferroviária e Vila dos Lavradores; e outro sob responsabilidade dos Centros Municipais de Saúde, mantidos pela Prefeitura Municipal. Além disso, existem também os consultórios privados, que atendem consultas particulares e por convênios médicos.

Neste estudo delimitamos estudar as mulheres que realizaram o pré-natal nas 10 unidades de saúde localizadas na zona urbana e em um consultório particular que se prontificou a colaborar com o estudo.

Os serviços de saúde utilizados foram numerados como:

- 1 Centro de Saúde I,
- 2 Centro Municipal de Saúde da Cohab,
- 3 Centro de Saúde Escola,
- 4 Centro de Saúde da Vila São Lúcio,
- 5 Centro de Saúde do Marajoara,
- 6 Centro de Saúde do Jardim Peabiru,
- 7 Centro de Saúde da Cecap,
- 8 Centro de Saúde da Vila Jardim,
- 9 Centro de Saúde da Vila Ferroviária,
- 10 Centro de Saúde do Jardim Cristina,
- 11 Consultório Particular.

4 – RESULTADOS

Das 258 mulheres que deram à luz de fevereiro a outubro de 1997 que estavam sendo acompanhadas no pré-natal nas unidades estudadas, foram entrevistadas 219 e estudadas suas respectivas crianças, sendo que uma mulher teve gestação gemelar, portanto totalizando 220 crianças. Excluíram-se 18 mulheres que freqüentavam postos rurais e/ou que moravam em sítios e fazendas, e houve perda de 21(8,75%) mães, decorrente da recusa e endereços não encontrados, após tentativas de localização.

Das 219 mulheres entrevistadas, 62,5% (I.C. 95% 56,1% – 68,9%) eram adolescentes e jovens. Observou-se que 52,1% (45,4% – 58,6%) tiveram um filho, sendo que dessas 53,5% (44,3% – 62,6%) eram adolescentes. Com relação ao estado civil, 81,3% (76,1% – 86,4%) eram casadas e 16,0% (11,1% – 20,8%), solteiras, sendo 2,7% (0,5% – 4,9%) separadas, mostrando que a maioria das mulheres que tiveram seus filhos era casada e constituía uma família.

Dentre as 219 mulheres, 82,2% (77,1% – 87,2%) iniciaram o pré-natal no 1^o trimestre da gestação, e 15,5% (23,4% – 44,5%) no 2^o trimestre, sendo que 2,3% (0,3% – 4,2%) não lembraram quando iniciaram. A grande maioria, 98,2% (96,4% – 99,9%) das

mulheres, concluiu o pré-natal no 9º mês como recomendado. Somente 1,8% (0,0% – 3,5%) das gestantes concluíram no 6º mês porque tiveram seus filhos prematuramente.

4.1 – Número e distribuição das consultas

Tabela 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO *NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE*. BOTUCATU, 1997/1998.

UBS	Número de consultas						Total
	1 a 3	4 a 6	7 a 9	10 a 12	13 a 15	Não lembra	
1	-	3	5	1	-	-	9
2	2	5	11	9	3	1	31
3	-	8	24	18	1	2	53
4	-	4	7	2	-	-	13
5	-	4	5	3	-	1	13
6	-	1	12	12	5	-	30
7	1	6	8	4	1	3	23
8	1	3	16	9	1	-	30
9	-	-	4	5	3	-	12
10	-	-	-	1	-	-	1
11	-	-	2	2	-	-	4
Total	4 (0,0-3,5)	34 (10,7-20,3)	94 (36,3-49,4)	66 (24,0-36,2)	14 (3,1-9,6)	7 (0,8-5,4)	219

Entre parênteses encontram-se os intervalos de confiança de 95% para as proporções de gestantes no grupo estudado segundo o número de consultas de pré-natal realizadas.

Na Tabela 1, observa-se que 94 (42,9%, IC 95% 36,3% - 49,4%) das mulheres realizaram de 7 a 9 consultas de pré-natal. Observou-se que o número de consultas variou de 1 a 15 consultas, sendo a média de consultas 8,7. As unidades que mais foram procuradas foram as de número 3 (Centro de Saúde Escola), com 53 mulheres, seguida pelo número 2 (Centro Municipal de Saúde da Cohab 1), com 31 mulheres.

Na assistência ao pré-natal, observou-se que as gestantes seguiram o acompanhamento nas unidades básicas de saúde e ao mesmo tempo procuraram outros serviços de saúde.

4.2 – Local e tipo de parto

Tabela 2 - DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO TIPO DE SERVIÇO UTILIZADO E DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PARTO. BOTUCATU, 1997/1998.

LOCAL	TIPO			TOTAL
	SUS	CONV	PARTIC	
UNESP	58 26,6% (20,7%-32,5%)	-	-	58 26,6% (20,7%-32,5%)
SANTA CASA	6 2,8% (0,5%-4,9%)	6 2,8% (0,5%-4,9%)	2 0,9% (0,3%-2,1%)	14 6,4% (3,1%-9,6%)
HOSP. SOROC.	145 66,5% (60,2%-72,7%)	1 0,5% (0,0-1,4)	-	146 67,0% (60,7%-73,2%)
TOTAL	209 95,9% (93,3%-98,5%)	7 3,2% (0,8%-5,5%)	2 0,9% (0,3%-2,1%)	218* 100,0%

Entre parênteses encontram-se os intervalos de confiança de 95%

* Um parto foi realizado fora do município.

A Tabela 2 mostra a distribuição das gestantes segundo o local onde foram realizados os partos e tipo de atendimento. No Hospital Sorocabano, foram realizados

146 (67,0%, 60,7% - 73,2%) partos, seguidos do Hospital das Clínicas da UNESP com 58 (26,6%, 20,7% - 32,5%) e da Santa Casa com 14 (6,4%, 3,1% - 9,6%) partos. Dos 218 partos, 209 (95,9%, 93,3% - 98,5%) foram realizados pelo SUS, nas duas instituições, 7 (3,2%, 0,8% - 5,5%) via convênio empresa/UNIMED, observando-se que na Santa Casa houve igual utilização do SUS e do convênio, sendo excluída uma gestante que deu à luz fora do município.

Observou-se que o tipo de parto realizado com maior frequência foi o parto normal, em 135 (61,9%, 54,6% - 67,8%) mulheres e a cesária em 83 (38,1%, 31,3% - 44,5%). Observou-se também, que 1 das mães teve parto gemelar, sendo o primeiro nascimento parto normal e o segundo parto cesariano.

4.3 – Idade da criança, tempo de aleitamento materno e revisão de parto

Como as mães foram entrevistadas após o parto em momentos diferentes, a idade de suas crianças variou no momento da entrevista.

Tabela 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO *IDADE NO MOMENTO DA ENTREVISTA DA MÃE*, BOTUCATU, 1997/1998

IDADE (meses)	FREQ. ABS.	% (IC95%)
< 1	1	0,5 (0,0-1,3)
1	24	10,9 (2,1-23,9)
2	133	60,4 (53,9-66,9)
3	46	20,9 (15,5-26,2)
4	9	4,1 (1,4-6,7)
5	3	1,4 (0,0-2,8)
6	3	1,4 (0,0-2,8)

10	1	0,5 (0,0-1,3)
TOTAL	220	100,0

Das 220 crianças, 133 (60,4%, 53,9% - 66,9%) estavam com 2 meses no momento da entrevista da mãe, seguidas de 46 (20,9%, 15,5% - 26,2%) com 3 meses de vida, como observa-se na Tabela 3.

Observou-se que das 220 crianças estudadas, 15 não foram amamentadas exclusivamente com o leite materno, sendo que destas, 8 (3,6%, 1,1% - 6,1%) foram amamentadas com outro tipo de leite e 7 (3,2%, 0,8% - 5,5%) com leite misto (leite de peito mais outro leite) desde o nascimento.

Observou-se que 102 (46,4%, 39,7% - 52,9%) mães amamentavam com leite materno exclusivo desde o nascimento. Destas que amamentaram desde o nascimento, 65 (63,7%, 54,3% - 73,0%) ficaram em alojamento conjunto. Enquanto as outras mães interromperam em diferentes períodos o aleitamento materno exclusivo introduzindo aleitamento misto ou, somente outro leite.

Tabela 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO *IDADE NA DATA DA ENTREVISTA E TIPO DE LEITE INGERIDO*. BOTUCATU, 1997/1998

IDADE	TIPO				TOTAL
	LM EXCLUS.	LEITE MISTO	OUTRO LEITE	SEM INFORM	
< 1M	1 0,5%	0	0	-	1 (0,5%) (0,0-1,3)
1M	14 6,3%	7 3,1%	3 1,3%	-	24 10,9% (2,1-23,9)
2M	61 27,7%	32 14,5%	36 16,3%	4 1,8%	133 60,4% (53,9-66,9)
3M	21 9,5%	11 5,0%	13 5,9%	1 0,5%	46 20,9% (15,5-26,2)
4M	2 0,9%	2 0,9%	4 1,8%	1 0,5%	9 4,1% (1,4-6,7)
5M	2 0,9%	0	1 0,5%	-	3 1,4% (0,0-2,8)
6M	1 0,5%	1 0,5%	1 0,5%	-	3 1,4% (0,0-2,8)
10M	-	-	0	1 0,5%	1 0,5% (0,0-1,3)
TOTAL	102 46,3% (39,7-52,9)	53*24,0% (18,4-29,7)	58** 26,3% (20,5-32,1)	7 3,1% (0,8-5,5)	220

Entre parênteses encontram-se os intervalos de confiança de 95%

*Inclui 7 crianças amamentadas com leite misto desde o nascimento

**Inclui 8 crianças amamentadas com outro tipo de leite desde o nascimento

A Tabela 4 mostra a distribuição das crianças segundo idade na data da entrevista, e o tipo de leite ingerido neste momento. Sabendo que a maioria das crianças entrevistadas tinham dois meses de vida (133 crianças), observa-se que mais da metade das crianças com esta idade já não está sendo amamentada exclusivamente com o leite

materno (32 com leite misto e 36 com outro tipo de leite), mostrando o desmame precoce das crianças. O mesmo aconteceu com as crianças que tinham 3 meses de vida.

Quadro 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS, SEGUNDO IDADE EM MESES E O TIPO DE LEITE INGERIDO. BOTUCATU, 1997/1998.

IDADE	TIPO				TOTAL
	LM EXCLUS.	LEITE MISTO	OUTRO LEITE	SEM INFORM	
1 MÊS	163 74,1% (68,3 - 79,8)	29 13,2% (8,7 - 17,6)	28 12,7% (8,3 - 17,1)	-	220
2 MESES	112 50,9% (44,3 - 57,5)	61 27,7% (21,8 - 33,6)	46 20,9% (15,5 - 26,2)	1 0,5% (0,4 - 1,3)	220
3 MESES	49 22,3% (16,7 - 27,7)	95 43,2% (36,6 - 49,7)	74 33,6% (27,3 - 39,8)	2 0,9% (0,3 - 2,1)	220

Foi possível verificar também que, no 3^o mês, das 220 crianças estudadas, somente 22,3% (16,7% - 27,7%) continuaram com leite materno exclusivo, 43,2% (36,6% - 49,7%), com leite misto e 33,6% (27,3% - 39,8%), somente com outro tipo de leite (Quadro 1).

Após o nascimento, 134 (61,2%, 55,0%-67,9%) das crianças permaneceram em alojamento conjunto e 84 (38,3%, 32,0% - 44,9%) não.

Observou-se que 125 (57,1%, 50,5% - 63,6%) mães realizaram revisão pós-parto e 94 (42,9%, 36,3% - 49,4%) não a fizeram. Das que realizaram, o fizeram no período de 8 dias até 6 meses, com maior frequência entre 31 a 45 dias após o parto, e em geral no próprio serviço onde haviam realizado o pré-natal, 115 (92,0%, 87,2% - 96,7%).

Dentre as 219 gestantes, 117 (53,4 %,46,8% - 60,0%) foram orientadas sobre revisão pós-parto, sendo que destas 90 (76,9%, 69,2% - 84,3%) foram apenas informadas para sua realização e 27 (23,1%, 15,4% - 30,7%) para faze-la e quando faze-la.

4.4 – Ocupação da mulher e do chefe da família, tempo de trabalho e motivo de interrupção

Tabela 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO *GRUPO DE OCUPAÇÃO ANTES DO PARTO*. BOTUCATU, 1997/1998.

GRUPO OCUPACIONAL	GESTANTE	% (IC 95%)
GRUPO 1	8	3,7 (1,1-6,1)
GRUPO 2	3	1,4 (0,0-2,9)
GRUPO 3	95	43,4 (36,8-49,9)
GRUPO 4	4	1,8 (0,0-3,5)
SEM OCUPAÇÃO	109	49,8 (43,1-56,3)
TOTAL	219	100,0

Das mulheres entrevistadas, 109 (49,8 %, 43,1% - 56,3%) não trabalharam durante a gestação e 110 (50,2%, 46,3% - 56,8%) trabalharam. Das 110 gestantes que trabalharam durante a gestação de seus filhos, 95 (86,3%, 79,9%-92,7%) delas estavam no grupo 3 (trabalhadoras da prestação de serviços), seguidas de 8 (7,2%, 2,4%-12,1%) no grupo 1 (trabalhadoras intelectuais), 4 (3,69%, 0,1%-7,1%) gestantes no grupo 4 (trabalhadoras operárias) e 3 (2,7%, 0,3%-5,7%) no grupo 2 (trabalhadoras agricultoras).

Tabela 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO *GRUPO OCUPACIONAL DO CHEFE DA CASA, ANTES DO PARTO*. BOTUCATU, 1997/1998

GRUPO OCUPACIONAL	CHEFE	% (IC 95%)
GRUPO 1	11	5,0 (2,1-7,9)
GRUPO 2	9	4,1 (1,4-6,7)
GRUPO 3	131	59,8 (53,3-66,3)
GRUPO 4	56	25,6 (19,7-31,1)
GRUPO 5	1	0,5 (0,0-1,3)
S/ CLASSIFICAÇÃO	10	4,6 (1,8-7,3)
S/INFORMAÇÃO	1	0,5 (0,0-1,3)
TOTAL	219	100,0

Observa-se na Tabela 6 a ocupação dos chefes das famílias. Dentre eles temos algumas gestantes. Com relação à tabela pode-se observar que 131 (59,8%, 53,3% - 66,3%) dos chefes estão no grupo 3 (trabalhadores da prestação de serviços), seguidos do grupo 4 (trabalhadores operários) com 56 (25,6%, 19,7% - 31,1%). Observa-se também que 10 (4,6%, 1,8% - 7,3%) chefes de família não foram classificados pois são pensionista, ou aposentados ou estão desempregados. Portanto quando comparamos a ocupação das gestantes (Tabela 5) com a dos chefes de família (Tabela 6) a proporção de trabalhadores por grupo de ocupação muda com relação ao grupo 4 onde os chefes possuem maior porcentagem de trabalhadores operários do que as gestantes, continuando proporção semelhante nos outros grupos.

Tabela 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO *GRUPO DE OCUPAÇÃO APÓS O PARTO*. BOTUCATU. 1997/1998

GRUPO OCUPACIONAL	GESTANTES	% (IC 95%)
GRUPO 1	2	1,0 (0,3-2,1)
GRUPO 3	29	13,2 (8,7-17,7)
NÃO TRABALHA	188	85,8 (81,2-90,4)
TOTAL	219	100,0

Das 219 mulheres entrevistadas após a gestação, somente 31 haviam voltado a trabalhar. Na Tabela 7 observa-se que das 31 mães que voltaram a trabalhar, 29 continuaram no grupo 3 (13,2%, 8,7% - 17,7%) e 2 (1,0%, 0,3% - 2,1%) no grupo 1.

Tabela 8 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE TRABALHARAM ANTES DO NASCIMENTO DA CRIANÇA, SEGUNDO *TEMPO QUE PAROU DE TRABALHAR ANTES DO PARTO*. BOTUCATU. 1997/1998

TEMPO	FREQ.	% (IC 95%)
ATÉ 15 DIAS ANTES	28	25,5 (17,3-33,5)
1 MÊS	32	29,1 (20,6-37,5)
2 MESES	12	10,9 (5,0-16,7)
3 A 5 MESES	14	12,67 (6,4-18,9)
6 A 8 MESES	12	10,9 (5,0-16,7)
9 MESES E +	12	10,9 (5,0-16,7)
TOTAL	110	100,0

Na Tabela 8 , observa-se que das mulheres que trabalhavam durante a gravidez, 28 (25,5%, 17,3% -33,5%) trabalharam até 15 dias antes do parto, e 32 (29,1%, 20,6% - 37,5%) pararam de trabalhar 1 mês antes de terem seus filhos.

Tabela 9 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES, SEGUNDO CAUSAS DE INTERRUPÇÃO DO TRABALHO NA GESTAÇÃO ATUAL. BOTUCATU. 1997/1998

MOTIVOS	FREQ.	% (IC 95%)
PROB. NA GESTAÇÃO	45	40,9 (31,7-50,0)
NASCIMENTO	20	18,2 (10,9-25,3)
INICIATIVA PRÓPRIA	13	11,8 (5,7-17,8)
DEMISSÃO	8	7,3 (2,4-12,1)
PROB. NO TRABALHO	9	8,2 (3,0-13,3)
SEM INFORMAÇÃO	5	4,5 (0,6-8,4)
OUTROS	8	7,3 (2,4-12,1)
TOTAL	110	100,0

Entre as causas da interrupção do trabalho, 45 (40,9%, 31,7% - 50,0%) estavam relacionadas à gestação: ameaça de aborto, dores, pressão alta, dilatação, pernas inchadas e cansaço por fazerem serviço pesado. Em segundo lugar veio o nascimento das crianças, que foi a causa de interrupção do trabalho referida por 20 mulheres (18,2%, 10,9% - 25,3%). Além disso, 13 (11,8%, 5,7% - 17,8%) mulheres pararam de trabalhar por iniciativa própria, 8 (7,3 %, 2,4% - 12,1%) foram demitidas e 9 (8,2%, 3,0% - 13,3%) tiveram problemas no trabalho (Tabela 9).

Tabela 10 - DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE TRABALHARAM DURANTE A GESTAÇÃO, SEGUNDO *O DIREITO A LICENÇA À GESTANTE*. BOTUCATU, 1997/1998

DIREITO A LICENÇA	FREQ	% (IC 95%)
SIM	46	41,8 (32,6-51,0)
NÃO	64	58,2 (48,9-67,3)
TOTAL	110	100,0

Na Tabela 10 observa-se a distribuição das gestantes segundo o direito a licença à gestante. Das 110 gestantes que trabalharam, 64 (58,2%, 48,9%-67,3%) não tiveram direito à licença gestante por não serem registradas ou terem saído do emprego.

4.5 – Estado nutricional de gestantes e crianças

Tabela 11 - DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO *PESO DA CRIANÇA AO NASCER E DA ALTURA DA MÃE*. BOTUCATU, 1997/1998.

ALTURA DA MÃE	PESO			TOTAL
	BAIXO FREQ %	INSUFIC FREQ %	ADEQUADO FREQ %	
BAIXA	7 3,2%	16 7,3%	33 15,1%	56 25,7% (19,8-31,4)
MÉDIA	16 7,3%	22 10,0%	69 29,3%	107 49,1% (42,4-55,7)
ALTA	2 0,9%	12 5,5%	41 18,8%	55 25,2% (19,4-30,9)
TOTAL	25 11,4% (7,2-15,6)	50 23,0% (17,3-28,5)	143 65,6% (59,2-71,9)	218* (100,0)

*Uma criança sem informação do peso e uma mãe sem informação da altura.

Na Tabela 11 observa-se a distribuição das crianças segundo peso ao nascer e altura da mãe. As gestantes foram classificadas pela altura em 3 categorias, baixa, média e alta, observando-se respectivamente, nas três categorias, 56 (25,7%, 19,8% - 31,4%); 107 (49,1%, 42,4% - 55,7%); e 55 (25,2%, 19,4% - 30,9%). Das 218 crianças, 143 (65,6%, 59,2% - 71,9%) tinham peso adequado ao nascer, 50 (23,0%, 17,3% - 28,5%) insuficiente e 25 (11,4%, 7,2% - 15,6%) baixo peso.

Tabela 12 – DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E DO ESTADO NUTRICIONAL DA MÃE. BOTUCATU, 1997/1998.

EST. NUTRIC.	PESO AO NASCER			TOTAL
	BAIXO FREQ %	INSUFIC. FREQ %	ADEQUAD FREQ %	
BAIXO PESO	15 6,8%	21 9,6%	42 19,2%	78 35,7% (29,4 - 42,1)
NORMAL	3 1,3%	15 6,8%	51 23,3%	69 31,6% (25,4 - 37,8)
SOBREPESO	6 2,7%	6 2,7%	14 6,4%	26 12,0% (7,6 - 16,2)
OBESA	1 0,4%	8 3,6%	36 16,5%	45 20,6% (15,2 - 26,0)
TOTAL	25 11,4% (7,2 - 15,6)	50 23,0% (17,3 - 28,5)	143 65,6% (59,2 - 71,9)	218*

*Uma criança sem informação do peso e uma mãe sem informação da altura.

Com relação ao peso ao nascer, observa-se na Tabela 12 que apenas 69 (31,6%, 25,4% - 37,8%) das crianças tinham mães com peso normal, outras apresentaram mães respectivamente com baixo peso 78 (35,7%, 29,4% - 42,1%), com sobrepeso: 26 (12,0%, 7,6% - 16,2%) e obesas: 45 (20,6%, 15,2% - 26,0%). Dentre as crianças com baixo peso

ao nascer, 15 (6,8%, 40,7% – 79,2%) nasceram de mães com baixo peso, enquanto dentre as crianças com peso ao nascer insuficiente, 21 (9,6 %, 28,3% -55,6%) nasceram de mães com baixo peso.

Relação inversa pode ser observada dentre as crianças com peso ao nascer adequado. Estas apresentaram maiores proporções de mães com estado nutricional normal: 51 (23,3 %, 27,8% - 43,5%), enquanto dentre as crianças nascidas com baixo peso apenas 3 (1,3 %, 0,0% - 24,7%) das mães estavam com peso normal.

Tabela 13 - DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E DA IDADE DA MÃE. BOTUCATU, 1997/1998.

IDADE	PESO			TOTAL
	BAIXO FREQ %	INSUFIC FREQ %	ADEQUADO FREQ %	
12 a 19	12 5,4%	19 8,6%	42 19,1%	73 33,3% (27,0 – 39,5)
20 a 24	6 2,7%	16 7,3%	42 19,1%	64 30,0% (23,2 – 35,2)
25 a 29	4 1,8%	9 4,1%	34 15,5%	47 21,5% (16,0 – 26,8)
30 a 34	1 0,4%	3 1,3%	19 8,6%	23 10,5% (6,4 – 14,5)
33 e mais	2 0,9%	3 1,3%	7. 3,1%	12 5,5% (2,4 – 8,4)
TOTAL	25 11,4% (7,2 -15,6)	50 22,9% (17,2 – 28,3)	144 65,7% (59,4 - 72,0)	219*

*Uma criança sem informação de peso ao nascer.

A Tabela 13 mostra a distribuição das crianças segundo peso ao nascer e idade da mãe. Observa-se que 73 (33,3 %, 27,0% - 39,5%) crianças eram filhas de mães adolescentes e dessas, 42 (19,1%, 46,1% - 68,8%) tiveram crianças com o peso adequado para a idade gestacional. Observa-se também 19 (8,6%, 15,9% - 36,0%) crianças com peso insuficiente e 12 (5,4%, 7,9% - 24,5%) com baixo peso. Verificou-se que das 25 crianças com baixo peso, 12 (5,4%, 28,4% - 67,5%) eram filhas de mães adolescentes. Entre as 50 crianças nascidas com peso insuficiente, 19 (8,6 %, 24,5% - 51,4%) também eram filhas de mães adolescentes.

Tabela 14 - DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E DO NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS MÃES. BOTUCATU, 1997/1998.

ESCOLARIDADE	PESO			TOTAL
	BAIXO FREQ %	INSUFIC FREQ %	ADEQUADO FREQ %	
1 GRAU	20 9,1%	31 14,1%	98 44,7%	149 68,0% (61,8 - 74,2)
2.GRAU	4 1,8%	17 7,7%	37 16,8%	58 26,6% (20,6 - 32,3)
3.GRAU	-	2 0,9%	6 2,7%	8 3,6% (1,1 - 6,1)
S/ESC.	1 0,4%	-	3 1,3%	4 1,8% (0,0 - 3,5)
TOTAL	25 11,4% (7,2 - 15,6)	50 22,9% (17,2 - 28,3)	144 65,7% (59,4 - 72,0)	219

*Uma criança sem informação do peso.

Observou-se também maior porcentagem de crianças com peso adequado ao nascer, cujas mães tinham um nível de escolaridade maior. Na Tabela 14 observa-se que

das 25 crianças que nasceram com baixo peso, 20 (80,0%, 64,3% - 95,6%) nasceram de mães com escolaridade de apenas o primeiro grau. Verifica-se que a frequência de baixo peso ao nascer diminui conforme aumenta a escolaridade da mãe.

Tabela 15 - DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DO PESO AO NASCER DAS CRIANÇAS E O NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS NO PRÉ-NATAL. BOTUCATU, 1997/1998.

NÚMERO CONSULTAS	PESO			TOTAL
	BAIXO FREQ %	INSUFIC FREQ %	ADEQU FREQ %	
1 a 5	7 3,1%	5 2,2%	2 0,9%	14 6,4% (3,1 - 9,6)
5 a 10	16 7,3%	33 15,0%	96 43,8%	145 66,2% (59,9 - 72,4)
11 a 15	1 0,4%	11 5,0%	41 18,7%	53 24,2% (20,4 - 28,0)
NÃO LEMBRA	1 0,4%	1 0,4%	5 2,2%	7 3,2% (0,8 - 5,4)
TOTAL	25 11,4% (7,2 - 15,6)	50 22,9% (17,2 - 28,3)	144 65,7% (59,4 - 72,0)	219*

*Uma criança sem informação do peso.

Na Tabela 15, observa-se uma associação entre o número de consultas e o peso das crianças ao nascer, isto é, entre as mães com maior número de consultas no pré-natal as crianças nasceram com mais peso. Observou-se 145 (66,2%, 59,9-72,4%) mães que realizaram entre 5 e 10 consultas, sendo que 96 (43,8%, 58,5% - 73,9%) das crianças nasceram com peso adequado.

4.6 – Associação entre ocupação do chefe da família, peso e altura da criança

Quadro 2 - DISTRIBUIÇÃO DO PESO MÉDIO AO NASCER E AO TERCEIRO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS SEGUNDO O GRUPO DE OCUPAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA. BOTUCATU, 1997/1998.

OCUPAÇÃO DO CHEFE	PESO		N
	PESO AO NASCER	PESO NO 3º MÊS	
GRUPO 1	3125g	6270g	11
GRUPO 2	2698g	5239g	9
GRUPO 3	3108g	5778g	131
GRUPO 4	3279g	6088g	56

Conforme observa-se no Quadro 2, o peso médio das crianças de famílias cujo chefe foi classificado como grupo 2 (trabalhadores rurais) foi menor que a média nos outros grupos. Ao nascer, esta diferença foi significativa com valor $p=0,0153$ e ao terceiro mês, a diferença foi significativa com valor $p=0,0361$, valores obtidos por intermédio de análise de variância. Esses resultados evidenciam uma associação entre a ocupação do chefe da família e o peso da criança.

Quadro 3 - DISTRIBUIÇÃO DA ALTURA MÉDIA AO NASCER E AO TERCEIRO MÊS DE VIDA DAS CRIANÇAS SEGUNDO O *GRUPO DE OCUPAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA*. BOTUCATU, 1997/1998.

OCUPAÇÃO DO CHEFE	ALTURA		N
	AO NASCER	NO 3 ^o MÊS	
GRUPO 1	48,7cm	60,5cm	11
GRUPO 2	46,8cm	56,5cm	9
GRUPO 3	48,0cm	59,3cm	131
GRUPO 4	48,7cm	60,7cm	56

Com relação à altura média das crianças estudadas, os resultados diferem ligeiramente dos obtidos no estudo dos pesos médios. Não observou-se diferença significativa entre as médias de altura das crianças, classificadas de acordo com o grupo ocupacional do chefe de família ($p=0,2244$). Entretanto, estudando-se as médias de altura no terceiro mês, pôde-se notar, por intermédio de análise de variância, que as médias são significativamente diferentes ($p=0,0039$), diferença devida à menor média de altura das crianças cujo chefe da família eram do grupo 2 (trabalhadores rurais) em relação a todas as outras. Aqui também pôde-se notar uma associação, evidenciada ao terceiro mês de vida, entre altura da criança e grupo ocupacional do chefe da família (Quadro 3).

Tabela 16 - DISTRIBUIÇÃO DE MULHERES, SEGUNDO RENDA BRUTA E PESO AO NASCER. BOTUCATU, 1997/1998.

RENDA	PESO			TOTAL
	BAIXO	INSUF	ADEQ	
< DE 1 SM	2 0,9%	1 0,4%	1 0,4%	4 1,8% (0,0 - 3,5)
1 a 3	8 3,6%	14 6,3%	55 25,1%	77 35,2% (28,8 - 41,4)
3 a 5	6 2,7%	12 5,4%	33 15,0%	51 23,3% (17,6 - 28,8)
5 a 7	4 1,8%	8 3,6%	22 10,0%	34 15,5% (10,7 - 20,3)
7 a 9	3 1,3%	5 2,2%	10 4,5%	18 8,2% (4,5 - 11,8)
9 e +	-	7 3,1%	15 6,8%	22 10,0% (6,0 - 30,7)
NÃO SABE	-	1 0,4%	3 1,3%	4 1,8% (0,0 - 3,5)
SEM INF.	2 0,9%	2 0,9%	5 2,2%	9 4,1% (1,4 - 6,7)
TOTAL	25 11,4% (7,2 - 15,6)	50 22,9% (17,2 - 28,3)	144 65,7% (59,4 - 72,0)	219 100,0

* Salário mínimo igual a CR\$120,00

*Uma criança sem informação do peso ao nascer

Quanto à renda bruta familiar, observou-se que a maioria das famílias estavam recebendo entre 1 e 3 salários mínimos: 77 (35,2%,28,8% - 41,4%), seguidas de 51 (23,3%, 17,6%- 28,8%) com renda familiar de 3 a 5 salários. Conforme aumenta o número de salários recebidos, observou-se que diminui o número de crianças com baixo peso ao nascer bem como as crianças com peso insuficiente

5 – DISCUSSÃO

5.1 – Características das mulheres

Neste estudo, foram entrevistadas 219 mulheres, das quais 62,5% (I.C. 95% 56,1% – 68,9%) eram adolescentes e jovens. Observou-se também que mais da metade das mulheres tiveram um filho e dessas a maioria era adolescente. Isso mostra que o número de adolescentes grávidas continua elevado, confirmando a tendência observada no Município de Botucatu, em 1995 por ALMEIDA (1995).

O impacto dos diferentes arranjos familiares sobre as condições de saúde e nutrição da criança é muito importante. A ausência do pai e ou companheiro pode influenciar (OLINTO, 1993; SANTOS, 1995) ou não (CARDOSO, 1995) nas condições nutricionais da criança. Com relação ao estado civil, neste estudo, embora a maioria fosse adolescente, elas eram casadas e constituíam uma família supondo-se que a presença dos pais possa levar a condições mais favoráveis de cuidado.

Quanto à variável escolaridade, essa é muito importante, pois sabemos que quanto menor o grau de escolaridade, maior o risco de filhos com baixo peso (FISBERG & col, 1997). Além disso, o nível de instrução da mãe também é utilizado como indicador de condição sócio-econômica da população e é um dos fatores determinantes da fecundidade, da mortalidade infantil e do tipo de parto, entre outras variáveis. Sendo assim, observou-se neste estudo que o nível de escolaridade das mulheres manteve-se baixo, com a maioria no primeiro grau incompleto, sendo que apenas 2,7% (0,5% - 4,9%) haviam completado o terceiro grau e 0,9% (0,3% -2,1%) das mulheres eram analfabetas. Esse fato mostra que o nível educacional dessas

mulheres é baixo e, como já foi citado anteriormente, pode refletir as condições sócio econômicas dessas famílias.

No que diz respeito ao trabalho materno, observou-se que das mulheres entrevistadas, 50,2% (43,6% - 56,8%) trabalharam durante a gestação e dessas, somente 41,8% (32,6% - 51,0%) tiveram o direito a licença gestante. Sabe-se que o trabalho materno pode influenciar no peso ao nascer da criança (CERÓN-MIRELES, 1996; SAUREL-CUVIZOLLES & KAMINISKI, 1987; RABKIN et al 1990; HENRIKSEN, 1995 e SEGUIN, 1998) e se a mulher não tiver o direito a licença gestante, a probabilidade de ter um filho com baixo peso aumenta (CÉRON-MIRELES et al., 1997). Sendo assim, observou-se que grande parte das mulheres teve o risco de ter seus filhos com baixo peso ao nascer, principalmente, por que menos da metade das mulheres que trabalhavam não tiveram o direito a licença gestante.

Com relação ao trabalho após o parto, somente 14,2% (9,5% - 18,7%) voltaram a trabalhar até o momento da entrevista, sendo a maioria, 13,2% (8,7% - 17,7%), no grupo de trabalhadoras de serviço. Pode-se dizer que, até o momento da entrevista, muitas mães não haviam retornado ao trabalho, possivelmente pela entrevista ter ocorrido nos primeiros dois ou três meses após o nascimento onde uma parte das mães que trabalhavam e que tiveram direito a licença gestante ainda estavam utilizando-se desse benefício. Portanto, não foi possível analisar adequadamente a situação ocupacional das mulheres após o nascimento da criança e a relação de seu trabalho com outras variáveis.

Já na classificação dos chefes das famílias, onde algumas gestantes estão incluídas, observou-se que 59,8% (53,3% - 66,3%) dos chefes estão no grupo 3

(trabalhadores da área de serviços), seguidos pelo grupo 4 com 25,6 (19,7% - 31,3%) de trabalhadores operários. Em 1997, na população ativa da cidade de Botucatu, observou-se quanto a ocupação, que 49,9% dos trabalhadores estavam no grupo 3 (trabalhadores da área de serviços), seguidos pelo grupo 4 com 23,3% de trabalhadores operários (CORDEIRO, 2001). Comparando a ocupação do estudo anterior com o nosso observa-se que 25,6% dos chefes das famílias das mulheres entrevistadas eram do grupo 3 (de trabalhadores operários), mantendo-se uma porcentagem semelhante a encontrada em Botucatu em 1997. Sugerindo-se que a população do estudo seja semelhante a população da cidade em relação à ocupação exercida.

5.2 – Número e distribuição de consultas

Para que se tenha uma boa gestação, é necessário que se inicie o pré-natal o mais precocemente possível. Neste trabalho, observou-se que a maioria das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação. Os resultados do estudo mostram um início precoce dessa assistência, entretanto, além disso, deve ser observada a frequência com que essa mulher procura o serviço no decorrer da gestação.

Sabe-se que a extensão e periodicidade das consultas realizadas durante o pré-natal têm um peso específico com relação ao peso da criança. Lippi (1985) observou que o baixo peso ao nascer diminui, à medida que aumenta o número de consultas realizadas pelas gestantes.

Assim, durante o pré-natal, observou-se que o número de consultas médicas foi alto, entre 7 e 12, tendo em vista o mínimo de 5 consultas preconizado pela Secretaria

de Estado de Saúde (SÃO PAULO, 1988-a). Observou-se, neste estudo, que a maioria das gestantes investigadas iniciou seu pré-natal precocemente e, terminou no 3º trimestre, portanto mostrando uma assistência pré-natal adequada quantitativamente. Assim, o número de consultas pode influenciar na qualidade da assistência prestada pois sabe-se que a mãe que realizou um número pequeno de consultas não recebe todas as informações e orientações necessárias para sua gestação, parto e acompanhamento da criança após o nascimento. Embora não se tenha analisado a qualidade das informações passadas à gestante, bem como o grau de compreensão das mulheres em receber as orientações, observou-se, em termos numéricos, nesse estudo, que a assistência foi quantitativamente adequada como já foi referido anteriormente.

No pré-natal, além das orientações que são passadas às gestantes durante as consultas médicas, são realizados alguns exames, os quais complementam a assistência. Um desses exames é o ultra-som, que avalia as condições do feto e da mãe. Considerando o exame de ultra-som como indicador de qualidade, observou-se que o número de gestantes que o realizaram foi de 83,6% (78,6% - 88,4%). Comparando-se com o encontrado na “Avaliação do Programa de Assistência ao Parto no Município de Botucatu”, em abril de 1997 (77,0%) (BOTUCATU, 1997), observa-se uma melhora no indicador de qualidade da assistência ao pré-natal, no município de Botucatu, pelo aumento da cobertura.

5.3 – Local e tipo de parto

Quanto ao local do parto, observou-se que 95,9% (93,3% – 98,5) dos partos foram realizados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), nos 3 hospitais da cidade, com

maior proporção no Hospital Sorocabana, seguido do Hospital das Clínicas e por último da Santa Casa de Misericórdia. Esses dados mostram que a maioria das mulheres, que freqüentam o pré-natal, nos postos de saúde do município, acaba tendo seus filhos através do SUS.

Sabe-se que a proporção de partos operatórios no país e em São Paulo é superior à considerada admissível pela sua associação com mortalidade e morbidade materna, além de aumentar desnecessariamente os gastos com os serviços de saúde. No Estado de São Paulo, esta proporção aumentou no período de 1993-1997, passando de 49,4% para 51,3%, embora em 1998 tenha caído para 48,3% (YAZAKI, 1999).

No município de Botucatu, na década de 80, a porcentagem de cesárias foi de 40,0% (GIAROLA, 1988) e, em 1997, observou-se 37,8% (BOTUCATU, 1997). Em 1998, dos 2951 partos realizados no município, 1260 (42,7%) foram de cesárias (SEADE, 2001). Neste estudo, observou-se que 38,1% (31,3% - 44,5%) das mulheres foram submetidas a esse procedimento, mantendo-se quase igual à encontrada na Avaliação do Município em 1997, mas foi menor que a porcentagem encontrada no município como um todo em 1998. Observou-se também que a porcentagem de cesárias quase não mudou, mas foi o dobro da preconizada pelo Ministério da Saúde (10 a 15%), inclusive, maior que aquela apresentada em 1989 para o Brasil (IBGE, 1992). Sabe-se que essa recomendação fundamenta-se nos riscos indicativos, mas essa interferência cirúrgica pode afetar a saúde da mulher no puerpério desse parto, no sucesso do aleitamento materno e no seu futuro obstétrico (BRASIL, 1983; SÃO PAULO, 1988-b). Sendo assim, embora venham diminuindo os índices de cesárias com o passar dos anos, a situação no município continua com a porcentagem maior do que a preconizada.

5.4 – Revisão de parto

Após o parto, um dos procedimentos que deve ser realizado é a revisão pós-parto, devendo ocorrer “o mais precocemente possível, coincidindo com a 1ª consulta do recém-nascido e a segunda consulta, após 60 dias, junto com a 1ª dose de vacina da criança” (SÃO PAULO,1986). Neste estudo, observou-se que as mulheres não seguem o padrão recomendado para a primeira consulta e ainda o fazem tardiamente, ou seja, recorrem aos serviços da saúde no período de 31 a 45 dias. Esse comportamento pode ter ocorrido por falta de orientações recebidas durante o pré-natal sobre sua importância e o período de sua realização.

SCHOOL (1994) relata que o uso do serviço de pós-parto é baixo quando comparado ao uso do serviço de pré-natal, sendo que a proporção de retorno, no pós-parto das jovens, que realizaram o pré-natal, é maior do que a das jovens que não o fizeram adequadamente. Em Botucatu, um estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município, em 1997, mostrou que a cobertura da revisão de parto é baixa, sendo que cerca de 50,0% do total de mulheres atendidas no pré-natal não comparecem a esta consulta, possivelmente, pelo fato de terem outros filhos pequenos e de não valorizarem esse atendimento (PARADA, 1999). Sendo assim, observou-se neste trabalho que somente 57,1% (50,5% – 63,6%) das mães realizaram essa revisão, porcentagem semelhante à encontrada no estudo citado anteriormente. Neste caso, não foi possível saber o fato que levou as mães a procurarem menos o serviço de saúde para a realização da revisão do parto.

Mas considerando-se os fatores anteriormente mencionados, quanto a procura do serviço à revisão de parto, essa informação deve ser passada à gestante desde o pré-natal. Deve ser enfocada sua importância e ser reforçada durante a internação, após o parto, para que marque a consulta no período estipulado.

5.5 – Amamentação

Com relação à amamentação, observou-se que seu período foi bastante variável. 205 mulheres amamentaram logo após o parto, 14 tiveram problemas (internação do bebê, uso de medicamentos, preferência da mãe e sem informação), sendo que 48,6% (41,9% - 55,6%) iniciaram a amamentação entre 1 e 6 horas após o parto. A maioria, 61,2% (55,0% – 67,9%) das crianças, permaneceu em alojamento conjunto, reforçando o vínculo mãe-filho e favorecendo o aleitamento materno, como ressalta HUERTA (1997).

A OMS recomenda que as crianças sejam exclusivamente amamentadas (sem suplemento alimentar ou água) durante os primeiros 4 a 6 meses de vida e que sejam dados alimentos sólidos (ou pastosos) somente a partir do 7º mês de vida. No Brasil, perto de 60% dos menores de dois meses se alimentam exclusivamente do leite materno, mas, antes de completar o 7º mês, somente 13% das crianças continuam com leite exclusivamente materno (BRASIL, 1997).

Um estudo populacional no município de Botucatu, em 1995, mostrou que a situação do aleitamento materno está longe das recomendações mais recentes da OMS/UNICEF, já que 70% das crianças menores de 1 mês de vida haviam abandonado a amamentação exclusiva. Além disso, aos 3 meses de idade, 27,9% das crianças

amamentadas recebiam outros tipos de leite além do materno, demonstrando uma introdução precoce, não só de suco e/ou chá e/ou água, mas também de suplementos lácteos (CARVALHAES, 1997).

No momento da entrevista, as crianças apresentavam diferentes idades, estando a maioria com 2 meses de vida. Verificou-se que 46,4% (39,7% - 52,9%) das crianças continuavam sendo amamentadas desde o nascimento. Não foi possível analisar adequadamente a duração do aleitamento materno, pelas diferenças existentes quanto à idade das crianças, entretanto, 3,6% (1,1% - 6,1%) não foram amamentadas com leite materno e mais da metade das crianças com 2 meses de vida não estava sendo amamentada exclusivamente com leite materno, sendo que dessas, 24,0% (16,7% - 31,3%) foram amamentadas com leite misto e 27,0% (19,5% - 34,6%) com outro tipo de leite (não materno), mostrando assim o desmame precoce, pois, conforme aumenta a idade das crianças, diminui-se o aleitamento materno exclusivo.

Sabe-se que as variáveis nutricionais, demográficas e socio-econômicas, além do fumo durante a gestação, também influenciam a duração e a prevalência da amamentação (GIGANTE, 2000). Portanto, comparando o aleitamento do primeiro ao terceiro mês, foi possível observar que no primeiro mês mais da metade das crianças estavam sendo amamentadas exclusivamente com leite materno. No segundo mês esse número caiu para a metade e no terceiro mês menos de um quarto (22,3%, 16,7% - 27,7%).

Comparando-se nossos resultados com o trabalho de CARVALHAES, (1997), observa-se que, no 1^o mês, o número de crianças amamentadas neste estudo é maior (74,0 %) do que o de 1995 (70,0%), mostrando-se uma melhora quanto ao aleitamento materno neste momento. Mas, no terceiro mês de vida a situação se inverte. Assim,

entre as crianças amamentadas, 43,2% (36,6% - 49,7%) receberam leite misto, em comparação com 27,9% das crianças observadas no estudo citado anteriormente. Isso mostra a introdução precoce de alimentos e, uma piora na manutenção do aleitamento materno exclusivo. Esse fato pode ter ocorrido por influências de fatores relacionados à assistência ao pré-natal, parto além de fatores sociais e econômicos que envolvem a família dessas crianças.

Embora não tenha sido possível analisar a relação do desmame precoce e o trabalho da mulher, vale ressaltar que um dos fatores que interfere na amamentação é a volta ao trabalho, que na maioria das vezes, leva ao desmame precoce, principalmente, pela falta de local específico onde a mãe possa amamentar seu filho durante a jornada de trabalho (REA, 1997).

5.6 – Ocupação na gestação e após o nascimento

No que diz respeito ao trabalho materno muitos são os fatores que podem influenciar o andamento da gestação. Céron-Meireles et al., em um estudo realizado em 1997, sugerem que mulheres que trabalham pelo menos 3 meses durante a gravidez, têm maior probabilidade de ter um filho com baixo peso ao nascer, duplicando-se tal probabilidade, quando a mãe não tem direito a licença gestante. Observou-se, neste estudo, que das mulheres entrevistadas, 50,2% (43,6% – 56,8%) trabalharam durante a gestação. E destas, 86,3% (79,9% – 92,7%) foram classificadas no grupo 3 de Rumel (1987), sendo trabalhadoras da área de serviços, seguidas de 7,2% (2,4% – 12,1%) no grupo 1 (trabalhadores intelectuais), 3,6% (0,1% – 7,1%) gestantes no grupo 4 (trabalhadoras operárias) e 2,7% (0 – 5,7%) no grupo 2 (trabalhadoras agrícolas). Além

disso, das 110 que trabalham, somente 41,8% (32,6% – 51,0%) tiveram direito assegurado a licença gestante. Isso mostra que grande parte das mulheres trabalhava sem carteira registrada e, segundo o estudo citado, tiveram risco aumentado de terem seus filhos com baixo peso ao nascer, principalmente, por que não tiveram o direito assegurado a licença gestante como já foi citado anteriormente.

Outros fatores que podem interferir no peso da criança ao nascer são a energia gasta pelas mulheres e a absorção de calorias durante a gestação. TAFARI et.al. (1980) observaram que as mulheres que gastam mais energia e têm baixa absorção de calorias durante uma gestação, possuem menor ganho de peso gestacional e menores crianças do que as que gastam menos energia e possuem a mesma quantidade de absorção. Sugere-se que certas ocupações, como de vendedoras, trabalhadoras da área de serviços e dos setores manufatureiros, são fatores de risco para baixo peso ao nascer (McDONALD et. al., 1987), principalmente, porque fazem a trabalhadora gastar mais energia durante seu trabalho. Em relação aos percentuais de baixo peso ao nascer entre filhos de casais de classe proprietária e de trabalhadores, este é maior entre os últimos (SILVA, 1991).

Segundo Morris (1956) citado por Hanke (1999), o esforço físico durante a gestação de mulheres trabalhadoras parece ser redutor do volume de sangue disponível para o feto e, conseqüentemente, da quantidade de oxigênio e nutrientes, favorecendo o nascimento de crianças com baixo peso para a idade gestacional.

O fato de a mãe trabalhar fora de casa após o parto pode interferir como fator de risco ou mesmo de proteção sobre o estado nutricional da criança, dependendo da renda, tipo de trabalho, idade da criança e, além disso, da autonomia da mãe para direcionar os recursos adquiridos com seu trabalho (ENGLE, 1991). Após o parto, poucas mulheres voltaram ao trabalho até o momento da entrevista, estando a maioria no grupo de

trabalhadoras de serviço. Um dos motivos possíveis foi que a maioria das entrevistas foi realizada durante os primeiros dois ou três meses após o parto, período em que as mulheres que tiveram direito a licença a estavam utilizando, além de outros possíveis motivos como o cuidado dos outros filhos e da família.

No presente estudo não foi possível observar adequadamente se o trabalho materno influenciou no desmame precoce, pois trabalhamos com crianças em diferentes idades, onde somente observamos o aleitamento logo após o nascimento.

Entretanto POPKIN (1980) mostrou que o trabalho materno apresentou efeito positivo e negativo. Como efeito positivo, observou aumento da renda familiar e melhora nas condições de aquisição de alimentos; e como efeito negativo, a ausência da mãe e diminuição dos cuidados com a criança e o aleitamento materno (HARRISON et. al., 1993).

5.7 – Estado nutricional

O peso ao nascer das crianças sofre influência de diversos fatores. Segundo LECHTING (1985), na década de 80, observou-se que, nos países desenvolvidos, o baixo peso ao nascer foi de 6,8% e, em países em desenvolvimento, 19,0%. GIAROLA (1988) mostra que, em 1983 e 1984, em Botucatu, 11,9% das crianças nasciam com baixo peso. Comparando-se com este estudo, a situação não se modificou, pois observamos 11,4% de crianças com baixo peso ao nascer. Porém, neste estudo a porcentagem foi menor comparando-se com a porcentagem de crianças nascidas com baixo peso, no município de Botucatu, em 1998, (400, 13,5%) (SEADE, 2001).

Para a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (1990), o baixo peso ao nascer em populações desfavoráveis, do ponto de vista sócio-econômico, relaciona-se com a desnutrição da mãe e o ganho de peso insuficiente durante a gestação (SÃO PAULO, 1990). Já CIARI Jr e col (1975) verificaram que o baixo peso ao nascer sofre influências da altura da mãe, da idade gestacional e da restrição alimentar durante a gestação. Em nosso estudo, analisando o estado nutricional da mãe durante a gestação, observou-se que as mães foram classificadas segundo Rosso (1985) como baixo peso em 35,7% (29,4% – 42,1%) dos casos, estando 31,6 % (25,4% – 37,8%) com peso normal, 12,0 % (7,6% – 16,2%) com sobrepeso, e 20,6 % (15,2% – 26,0%), obesas. Portanto, o estado nutricional das mães pode ter influenciado no peso das crianças pois a maioria das mães que estavam com baixo peso tiveram suas crianças com baixo peso e peso insuficiente.

Isso foi possível observar quando agrupamos as variáveis peso ao nascer e estado nutricional das mulheres, onde observou-se que entre 34,4% (28,0% - 40,0%) das crianças nascidas com baixo peso e peso insuficiente, 48,0% (36,6% - 40,7%) delas tinham a própria mãe com baixo peso, confirmando o que foi dito anteriormente.

A estatura também é muito importante para se avaliar um grupo, pois reflete entre outros fatores, as condições sócio-econômicas desse grupo. A melhoria nas condições de saúde reflete um aumento do crescimento das crianças (NOBREGA, 1991-b).

Em um estudo realizado por Siqueira, em 1985, observou-se que o peso da mãe interfere no peso da criança, mostrando que os filhos de mães desnutridas pesam menos ao nascer, mas, no final do primeiro ano de vida, isso se iguala. As condições de classe social a que pertencem essas crianças também vão influenciar nesse crescimento.

A idade materna parece ser um fator muito importante na determinação da sua condição nutricional, porque engloba uma série de aspectos que vão se acumulando, à medida em que a mãe apresenta mais idade e, conseqüentemente, maior número de filhos. Sendo assim, NOBREGA (1991-a), associando condição nutricional materna e idade, observou que as mães no grupo de maior idade apresentavam maior proporção de sobrepeso e obesidade do que as no grupo de menor idade.

Comparando-se a idade das mulheres e o baixo peso ao nascer, neste estudo, observa-se que, das mulheres adolescentes, 42,4%, (31,1% - 53,8%) tiveram seus filhos com baixo peso e peso insuficiente, mostrando que quase metade das adolescentes não teve seus filhos com peso normal. Assim, aqui em Botucatu vemos que a adolescência da mãe associou-se ao baixo peso da criança ao nascer, como foi mencionado anteriormente em outros trabalhos.

Além disso, 80,0% (64,3% - 95,6%) das mães das crianças nascidas com baixo peso estavam no primeiro grau, reafirmando os dados apresentados por NÓBREGA (1991 a e b) de que a escolaridade materna influencia nas condições nutricionais da criança (TUNÇBILEK, E. et.al., 1993). Assim, entre as 144 crianças com peso normal, 68,0% (60,4% - 75,6%) tinham mães no primeiro grau.

VICTORA (1986) mostra que a escolaridade do pai e da mãe está fortemente associada ao estado nutricional da criança, embora, quando a renda familiar foi considerada, essa associação tenha diminuído. Portanto observa-se que a educação materna é um fator crucial para determinar o estado nutricional de seus filhos. Esse estado nutricional é o reflexo da inserção social das mães e suas crianças, refletindo a qualidade do ambiente vivenciado.

Para OLINTO et.al. (1993) a escolaridade paterna, além de refletir a classe social, é um dos determinantes de renda familiar, influenciando diretamente no consumo familiar. Já a escolaridade da mãe atuaria principalmente no âmbito de cuidados preventivos (alimentação, higiene, imunização, etc.) e curativos (manejo doméstico das doenças e busca precoce de atendimento). Neste estudo, a educação da mãe e do pai esteve fortemente associada aos déficits de altura/idade. O fato da mãe trabalhar fora de casa teve um efeito protetor para déficits de altura/idade, confirmando resultados de estudos na periferia de Pelotas (FACCHINI, et.al. 1992) e evidenciando o papel do acesso a bens e serviços na determinação do estado nutricional, mais do que na presença da mãe junto à criança, a qual poderia reverter-se em maiores cuidados. Portanto, a proporção de peso/altura reflete predominantemente as condições ambientais sob as quais a criança vive no momento.

Assim, em um estudo realizado em 1989, nas 5 grandes regiões geográficas do Brasil, observou-se que a desnutrição por déficit de estatura associou-se de forma predominante às condições sócio-econômicas das famílias, como o trabalho dos pais e a escolaridade, mostrando que o déficit de massa corporal para estatura reflete as condições vivenciadas por essas famílias, onde se encontrou uma prevalência maior de desnutrição nas crianças de mães analfabetas do que nas crianças de mães que sabiam ler e escrever. Observou-se a influência da escolaridade da mãe em adquirir melhores condições de saúde, meio social, renda e trabalho, ocorrendo uma relação direta no estado nutricional das crianças e no déficit estatural (ENGSTROM, 1999).

Observando os fatores que influenciam o estado nutricional das crianças, foi associado o número de consultas realizadas pelas gestantes e o peso ao nascer da criança e observou-se que para as crianças com baixo peso, 28,0% (10,3% - 45,6%) de suas

mães realizaram de 1 a 5 consultas no pré-natal. Verificou-se que as mulheres que realizaram poucas consultas tiveram maior proporção de crianças com baixo peso e peso insuficiente ao nascer, reafirmando-se o encontrado por BARROS em 1988 e SIQUEIRA em 1985.

5.8 – Ocupação do chefe e crescimento da criança

Existem poucos estudos investigando o efeito da ocupação materna, bem como a do chefe da família, sobre o peso da criança. A literatura sobre ocupação materna e baixo peso das crianças é caracterizada por ser incompleta e freqüentemente inconsistente, isto podendo ser resultante da incapacidade do controle das características sócio-demográficas e comportamentais da população. Observa-se dificuldade em controlar essas variáveis, que por sua vez podem estar associadas ao baixo peso. Dentre elas, temos a idade materna, assistência pré-natal, número de gestações prévias, hábito de fumar, idade gestacional ao parto (LIPPI, 1985), bem como a classe social, o estado civil, uso de álcool, cafeína, história reprodutiva, renda e cuidado pré-natal (FARROW, 1998), além da escolaridade, como referido anteriormente, que pode influenciar na aquisição de bens sendo um deles o próprio trabalho (ENGSTROM, 1999).

Portanto, temos um grande número de fatores que podem interferir nas condições de vida das famílias e principalmente no desenvolvimento das crianças. Poucos estudos examinam a associação entre o peso ao nascer e a ocupação paterna, (LIN, 1998) sendo que a maioria relaciona-se à exposição de produtos químicos que interferem no crescimento e peso de seus filhos. SHEA et al. estudando a relação entre

a ocupação do pai e o peso de seus filhos ao nascer, não conseguiram detectar associação significativa entre essas duas variáveis, pois existem muitos fatores sociais demográficos e econômicos associados que podem confundir os resultados (SHEA et al., 1997).

Estudando o estado nutricional de crianças e as relações de trabalho da família, em uma comunidade rural do Paraná, de 1972 a 1983, SICHIERI et al. (1993) evidenciaram que a inserção no modo de produção rural, avaliada através da relação de trabalho do chefe da família, tem importante associação com o estado nutricional das crianças. A situação nutricional das crianças cujos pais trabalhavam na região urbana era melhor do que as daquelas com pais trabalhadores rurais (POPKIN, 1980).

Com relação às mães, sabe-se que, nas trabalhadoras rurais, o risco de suas crianças terem baixo peso e déficits de estatura por idade é significativamente alto para as crianças de 0 a 3 anos de idade. Nas trabalhadoras rurais a própria carga de trabalho pode afetar sua nutrição e sua saúde, conseqüentemente diminuindo sua capacidade em atender as atividades com o cuidado da criança e de produzir uma ótima quantidade de leite (ABBI et al., 1991).

Em nosso estudo, observou-se que o peso médio das crianças cujo chefe das famílias foi classificado no grupo 2 (trabalhadores rurais) foi menor que o peso médio nos outros grupos, tanto ao nascer quanto no terceiro mês de vida. Já com relação à média das alturas das crianças, observou-se uma diferença somente no terceiro mês de vida ($p= 0,0039$), onde também as crianças de famílias cujos chefes pertenciam ao grupo II eram menores, sugerindo assim, que fatores sociais, após o nascimento, acabam interferindo na qualidade de vida das crianças, bem como no seu crescimento e desenvolvimento.

Com relação à criança, sabe-se que a renda de famílias em diferentes comunidades brasileiras é um fator de risco importante para a desnutrição (MONTEIRO, 1986; VICTORA, 1986). Os fatores sócio-econômicos são definidores para o acesso a bens e serviços. E a alimentação das crianças, bem como da mulher durante a gestação irá depender da aquisição desses bens. Concordante com isso, Barros (1984) observou que a ocorrência de recém-nascidos com baixo peso foi 3,3 vezes maior nas mulheres pobres (cuja renda foi inferior a um salário mínimo) do que nas mulheres mais ricas (salário acima de 10 mínimos).

Neste estudo, a renda pode estar associada as condições nutricionais das crianças, pois observou-se que a maioria das famílias estava recebendo de 1 a 3 salários mínimos 35,2% (28,8%-41,4%), sendo que 23,3% (17,6%-28,8%) com renda entre 3 e 5 salários, mostrando que a maioria das famílias estudadas possui baixa renda. Observou-se que, conforme aumenta a renda familiar, diminui o número de crianças com baixo peso ao nascer, de acordo com os dados encontrados na literatura.

6 - CONCLUSÃO

Em essência, os resultados desta investigação apontam que diversas características da mãe e do chefe da família estão associadas ao crescimento e desenvolvimento da criança. Dentre essas características, ressalta-se o grande número de adolescentes grávidas com baixo nível de escolaridade, inseridas em famílias com baixo poder aquisitivo, trabalhando sem usufruir dos benefícios que possuem (como a licença gestante), recebendo assistência pré-natal quantitativamente boa, mas que deixa a desejar pelo grande número de cesárias e pela baixa cobertura de revisão pós-parto além do desmame precoce de suas crianças.

Portanto, recomenda-se que seja feita uma avaliação dos programas de assistência materno-infantil nas Unidades Básicas de Saúde, priorizando sua metodologia e seu conteúdo, visando-se melhor qualidade nas orientações e melhor assimilação das gestantes e lembrando-se que as pessoas apresentam diferenças não apenas em suas características pessoais, inatas ou adquiridas, mas também em relação ao modo como a sociedade se organiza e como se reparte entre classes. Sendo assim, nesses programas, devem ser considerados o grau de escolaridade das mães e suas condições de trabalho, pois, como já referimos, o grau de escolaridade interfere na aquisição de conhecimentos

e este, por sua vez, pode levar à diminuição dos cuidados dispensados à família, bem como a sua própria saúde.

Que, nas orientações, sejam enfatizados os cuidados com o seio, favorecendo a superação das dificuldades encontradas pelas gestantes; e também, que seja reforçada a necessidade da revisão pós parto, visando-se, principalmente, a saúde da mulher. Além disso, devem ser passadas orientações nutricionais principalmente durante a gestação e após o parto, visando-se o crescimento e desenvolvimento sadio da criança, para que essa não tenha deficiências nutricionais, principalmente nos primeiros anos de vida. E que seja levada em consideração a idade das gestantes, em especial nas adolescentes, principalmente, quanto à gravidez, devido ao grande número de adolescentes encontradas no estudo.

Portanto, na eleição de prioridades para a assistência de Saúde Pública, deve-se considerar não somente os fatores de riscos, mas também a prevalência desses fatores dentro das classes sociais. Deve-se lembrar o estado nutricional que entre outros componentes da família, pode variar, dependendo das condições sociais e culturais dessa família, interferindo na aquisição e distribuição desses alimentos, bem como no próprio conhecimento da mãe em conhecer as vantagens e desvantagens dessa alimentação.

As condições sócio-econômicas são muito importantes para determinar algumas variáveis como estatura, peso ao nascer, estado nutricional da mulher e outras. A própria ocupação paterna pode estar associada ao crescimento das crianças e no desenvolvimento de sua família. Portanto essas condições, mais saneamento, atenção à saúde, bem como atenção perinatal e aleitamento materno, devem ser enfatizadas para

melhorar as condições de vida das famílias, resultando em menores índices de mortalidades infantil e materna.

7 **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**²

ABBI,R., CHRISTIAN,P.,GUJRAL,S. GOPALDAS,T. The impact of maternal work status on the nutrition and health status of children. **Food and Nutrition Bulletin**, v.13, n.1, p.20-25. 1991

ALMEIDA, M.A.S. **Demanda e características de mães adolescentes**. Botucatu: Centro de Saúde Escola/FM-UNESP, 1987-95. 15p.

ANTROBUS, A.C.K. Temas contemporaneos en la atencion de la Salud Materno infantil. **Bol. Of. Sanit. Panam**, v.100, p.387-99. 1986.

BARROS ,F.C., VICTORA,C.G., GRANZOTO,J.A., VAUGHAN, J.P., JUNIOR, A.V.L. Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil. Fatores sociais e biológicos. **Rev. Saúde Pública**, v.18, p.301-12. 1984.

BARROS ,M.A., MORESCHI JUNUIOR, D., CABREIRA, M.A.S., SOBRINHO, F.M. Influência da Assistência pré-natal nas condições de vitalidade e peso de nascimento. **SEMINA**, v.9, p.143-7. 1988.

BOTUCATU. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto UNI. **Avaliação do Programa de Assistência ao Parto no Município de Botucatu - abril de 1997**. Botucatu: FM/UNESP, 1997.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Biblioteca. Normas para publicações da UNESP. São Paulo: Editora UNESP, 1994. V.2: Referências bibliográficas. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. List of journals indexed in Index Medicus. Washington,

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: subsídios para uma ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. p.42.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ações programáticas. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985. p.26.

BRASIL. Sociedade Civil Bem-Estar familiar no Brasil. Programa de Pesquisa demográfica e saúde. **Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde, 1996**. 1997.

BRUSCHINI,C. Reflexões sobre o uso de estatísticas sensíveis à questão de gênero. In: REUNIÃO DA ANPOCS, 20, 1996, Caxambú. **Resumos...** Caxambú: ANPOCS, 1996.20p.

CARDOSO, M. A. A. Cuidado infantil e desnutrição de pré-escolares: regiões Nordeste e Sul do Brasil. São Paulo, 1995 (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

CARVALHAES, M.A.B.L., MARIANO, C.M.M., PARADA, C.M.G.L., VENANCIO, S.I. Diagnóstico do aleitamento materno no município de Botucatu, 1995. In: ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO, 5, 1997, Londrina. **Anais...** Londrina, 1997. p. 75.

CIARI JR, CYRO., ALMEIDA,P.A.M., SIQUEIRA,A.A.F. Relação entre peso da criança ao nascer, altura materna, idade gestacional e restrição alimentar em gestantes normais. **Rev. Saúde Pública**, v.9, p.33-42. 1975.

CORDEIRO,R. Efeito do desenho em amostragem de conglomerado para estimar a distribuição de ocupações entre trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, v.35, p.10-5. 2001.

CÉRON-MIRELES, P., HARLOW, S., SANCHEZ-CARRILLO, C.I. The risk of prematurity and small-for-gestational-age birth in Mexico city: the effects of working conditions and antenatal leave. **Am. J .Public Health**, v.86, p.825-31. 1996.

CÉRON-MIRELES,P., SANCHEZ-CARRILLO, C.I., HARLOW, S.D, NUÑEZ-URQUIZA,R.M. Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la ciudad de México. **Salud Publica Mex.**, v.39, p.2-10. 1997

DEAN, A.G., DEAN, J.A., COULOMBIER, D., BRENDEL, K.A., SMITH, D.C., BURTON, A.H., DICKER, R.C., SULLIVAN, K., FAGAN,R.F., ARNER, T.G., Epi Info, version 6: A word-processing, Database, and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers. Centers for disease control and prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A., 1995.

- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Rev. Interface.- Comunic, Saúde, Educ.** , v. 4, p.105-21. 1999.
- ENGLE, P.L. Maternal work and child care strategies in peri-urban Guatemala: Nutritional effects. **Child Development**, v.62(5), p. 954-65. 1991.
- ENGSTROM, E.M.; ANJOS,L.A. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. **Cad. Saúde Pública**, v.15 (3), p. . 1999.
- FACCHINI, L.A.; TOMASI,E.; FASSA, A.C. Trabalho materno e ganho de peso em crianças menores de 5 anos de idade. In_ : Resumos do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia, p. 348, Belo Horizonte. 1992.
- FARROW, A. ; SHEA,K.M.; LITTLE,R.E. Birthweight of term infants and maternal occupation in a prospective cohort of pregnant. **Occup. Environ. Med.**, v.55, p.18-23. 1998.
- FISBERG,M., ANTI,S.M.A., YAMASHIRO,S.N. Baixo peso ao nascimento. I- Epidemiologia. **Pediatr. Mod.**, v.33, p.41-8. 1997.
- FUNDAÇÃO SEADE. Nascimento por ocorrência segundo tipo de parto, Botucatu- 1997-98. [online]. Botucatu, 1997 e 1998. [11/01/2001]. [Http://www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

FUNDAÇÃO SEADE. Nascimento por ocorrência segundo peso ao nascer, Botucatu-1997-98. [online]. Botucatu, 1997 e 1998. [11/01/2001]. [Http://www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

GIAROLA, L.C. **Estudo Nutricional de crianças menores de cinco anos de idade da zona Urbana de Botucatu, SP. 1983/1984.** Botucatu, 1988. 108p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

GIGANTE,D.P.; VICTORIA,C.G.; BARROS,F.C. Nutrição materna e duração da amamentação em um coorte de nascimento de Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, v.34, p. 259-65. 2000.

HANKE,W.; KALINKA,J.; MAKOWIEC-DABROWSKA,T.; SOBALA,W. Heavy physical work during pregnancy for small-for-gestational-age babies in Poland. **American Journal of Industrial Medicine**, v.36 (1), p. 200-05. 1999.

HARDY,E.E., SANDOVAL,L.E.M., PINOTTI, J.A. Aleitamento Materno: um direito da mãe e da criança. **Rev. Paul. Med.**, v. 105, p.103-7. 1987.

HARRISON,G.A., BRUSH,G., ZUMRAWI,F.Y. Motherhold and infant health in Khartoum. **Bulletin of the world health organization**, v.71(5), p.529-33. 1993.

HERNIKSEN, T.B., HEDEGAARD, M., SECHER, N.J. Standing and walking at work and birthweight. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v. 74, p. 509-16. 1995.

HORTA, B.L., OLINTO, M.T., VICTÓRIA, C.G., BARROS, F.C., GUIMARÃES, P.R.V. Amamentação e padrões alimentares em crianças de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública**, v.12, supl. 1, p.43-8. 1996.

HUERTA, S.F., SILVA, I.C. Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia exclusiva. **Salud Pública Méx.**, v.39, p.110-6. 1997.

IBGE . **Ciranças e adolescentes**: indicadores sociais. Rio de Janeiro,1992. v.4, p.84.

LAURENTI, R, BUCHALLA,C.M., COSTA JR.,M.L. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em Maternidades.- II Mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna, assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. **Rev. Saúde Pública**, v.19, p.225-32. 1985.

LECHTING,A. Early malnutrition, growth and development. In: GRACEY, M., FALKNER,F. **Nutrition needs and assessment of normal growth**. New York: Raven Press, 1985. p. 185-219.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a Ciências Humanas**. 2 ed. São Paulo: Harper e Row do Brasil, 1985.

LIMA,C.M.G., PELA',N.T.R. Estudo com gestantes atendidas em um Centro Municipal de saúde da periferia de Botucatu- São Paulo- relação entre baixo peso

materno e baixo peso ao nascer do concepto. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.3, p.79-94, 1995.

LIMA, M.I.; ASHWORTH, A.; MORRIS,S. Influence of heavy agricultural work during pregnancy on birthweight in Northeast Brasil. **International Journal Epidemiology**, v.28, p. 469-74. 1999.

LIN,S., HWANG,S.A.,MARSHALL,E.G., MARION,D. Does paternal occupational lead exposure increase the risks of low birth weight or prematurity? **Am. J. Epidemiol.**, v.148, p. 173-81. 1998.

LIPII, U.G., MIGUEL, C.A.A., SEGRE, C.A.M., ANDRADE, A.S., MELLO, E. Assistência Pré-Natal: Influência sobre resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.8, p.24-8. 1996.

LIPII,V.G. **Rev. Saúde Pública**, v. , p.382-87. 1985

McDONALD, A .D., MCDONALD, J.C., ARMSTRONG,B., CHERRY,N., DELORME,C. D-NOLIN,A., ROBERT,D. Occupation and pregnancy outcome. **British Journal of Industrial Medicine**, v.44, p.521-26. 1987.

MAC GREGOR, C., VALDÉS DURÓN,J.C., ELENES,N.A., SÁNCHEZ, F.V.La asistencia materno infantil, como instrumento básico de la atención médica a las poblaciones en desarrollo. **Rev. Salud Publica (Mex.)**, v.28, p. 265-70. 1986.

MACHARELLI, C.A. **Mortalidade perinatal em Botucatu, SP, 1991/1992.** Ribeirão Preto, 1995. 109p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MADEIRA, F.R., SINGER, P.I. Estrutura de emprego e trabalho feminino no Brasil: 1920-1970. **Cad. Cebrap**, 1975.

MENEZES, A.M.B., VICTÓRIA, C.G., BARROS, F.C., ALBERNAG, E., MENEZES, F.S., JANNKE, H.A., ALVES, C., ROCHA, C. Mortalidade Infantil em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, v.12, supl. 1, p.79-86, 1996.

MONTEIRO, C.A., BENÍCIO, M.H.D.A., ZUÑIGA, H.P.P., SZARFARC, S.C. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP, (Brasil), 1984-85. II- Antropometria nutricional. **Rev. Saúde Pública**, v.20, p.446-53. 1986.

NÓBREGA, J.F., VÍTOLO, M.R., BRASIL, A.L.D., LOPEZ, F.A. Condição Nutricional de mães e filhos: Relação com o peso ao nascimento, variáveis maternas e sócio-econômicas. **J. Pediatr.**, v. 67, p.288-96. 1991- a.

NÓBREGA, J.F., BRASIL, A.L.D., VÍTOLO, M.R., LOPEZ, F.A., LOPES, L.A. Estudo da influência do peso ao nascimento, de variáveis maternas e sócio-econômicas na determinação da estatura em crianças. **J. Pediatr.**, v. 67, p.111-18. 1991- b.

- OLINTO,M.T., VICTORA,C.G., BARROS,F.C., TOMASI,E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda : um Modelo de análise hierarquizado. **Cad. Saúde Pública**, v.9, p. 14-27. 1993.
- PARADA, C.M.G.L. Avaliação do serviço de assistência pré-natal de uma unidade básica de saúde da periferia de Botucatu-SP. In: I BIENAL DE ENFERMAGEM DE BOTUCATU, 1999, Botucatu. **Anais ... Botucatu**, 1999. p.160.
- POPKIN, B.M. Time allocation of the mother and child nutrition. **Ecology of food and Nutrition**, v.9, p. 1-14. 1980.
- RABKIN, C., ANDERSON, H.R.,BLAND,J.M., BROOKE, OG.,CHAMBERLAIN,G., PEACOCK, J. Maternal activity and birth weight: a prospective, population-based study. **Am. J. Epidemiol.**, v.131, p. 522-31. 1990.
- REA, M.F., VENANCIO,S.I., BATISTA,L.E.,SANTOS, R.G., GREINER,T. Possibilidade e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev. Saúde Pública**, v.31, p.149-56. 1997.
- ROSSO, P. A new chart to monitor weight gain during pregnancy. **Am. J. Clin. Nutr.**, v. 41, p.644-52, 1985.

RUMEL, D. **Indicadores de mortalidade por categoria ocupacional e nível social,**

Estado de São Paulo, 1980-1982. São Paulo, 1987. p. Dissertação (Mestrado) –
Faculdade de Saúde Pública da USP.

SANTOS, D.M.M., COSTA, D.M.L., TRINDADE, A.S., PILGER, C.H., VALDÍVIA,

R.J., BOTTEGA, R., TOURINHO, H. Avaliação da eficácia de um serviço de
saúde infantil na Vila Rio Branco -Canoas (RS). **Rev. HCPA**, v.7. p.23-7. 1987.

SANTOS, I.S. **Consumo de cafeína e baixo peso ao nascer : um estudo de casos e**

controles de base populacional. Porto Alegre, 1995. 203p. (Tese de Doutorado -
Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Estado de Saúde. Grupo de Saúde da mulher.

Subprograma de Saúde da Mulher. **Subsídios e diretrizes.** São Paulo: DTN, 1986.
v. 1, 36p.

SÃO PAULO(Estado). Secretaria do Estado de Saúde. **Uma revolução na área da**

Saúde: a experiência do sistema unificado e descentralizado da Saúde do
Estado de São Paulo. São Paulo: IMESP, 1988-a. 117p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo **.Saúde:** o desafio

de mudança. São Paulo: IMESP, 1988-b. 113p.

SÃO PAULO. (Estado). Secretaria do Estado de Saúde. Centro de apoio ao

desenvolvimento da Assistência Integral à Saúde. área técnica de atenção à Saúde da

mulher. Programa de Nutrição. **Avaliação do estado nutricional da gestante e do ganho de peso durante a gestação**. São Paulo: SES, 1990.15p.

SAUREL-CUBIZOLLES,M.J., KAMINSKI,M. Pregnant women's working conditions and their changes during pregnancy: a national study in France. **Br. J. Ind. Med.**, v.44, p. 236-43. 1987.

SEGUIN, R.E. Pregnancy and the working woman: a review. **Journal of the Arkansas Medical Society**, v. 95 (3), p. 115- 8. 1998.

SICHERI,R., MOURA,A.S., GODOY, J.L., NIERO,N., MATSUMOTO, F.N. Estado Nutricional de crianças e relações de trabalho da família em uma comunidade rural do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.9, p. 28-35, 1993.

SHEA,K.M., FARROW,A., LITTLE,R. An investigation of the effect of paternal occupation group at conception on birth weight and gestational age. **American Journal of Industrial Medicine**, v.31(6), p. 738-43. 1997.

SCHOLL, T. O., HEDIGER, M.L., BELSKY, D.H. Prenatal care and Maternal Health during adolescent pregnancy: A review and meta analysis **Adolesc. Health**, v.15, p. 444-56. 1994.

SHOWSTACK, J.A., BUDETTI,P.P., MINKLER, D. Factors associated with birthweight: An exploration of the roles of Prenatal care and length of gestation. **Am. J. Public Health**, v.74, p.1003-7. 1984.

SILVA, A.A. M.; BARBIERI,M.A.; BETTIOL, H.; DAL BÓ,C.M.R.; MUCILLO,G.; GOMES,U.A. Saúde perinatal: baixo peso e classe social. **Rev. Saúde Pública**, v.25 (2), p. 87-95. 1991.

SINGER,P.I. Produção e reprodução da força de trabalho. In:____ **Economia Política do trabalho**: elementos para uma análise histórica – estrutural do emprego e da força de trabalho no desenvolvimento capitalista. São Paulo: Hucitec, 1977. 198p.

SIQUEIRA, A.A.F., SANTOS , J.L.F., SAQUETO, C.G., LUZ,E.T., ARAÚJO,M.C.A.. Estado Nutricional e hábito de fumar maternos, crescimento intra-uterino e pós-natal. **Rev. Saúde Pública**, v.19, p.37-50.1985.

TAFARI,N., NAEYE,R.L., GOBEZIE, A. Effects of maternal undernutrition and heavy physical work during pregnancy on birth weight. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 87, p.222-26. 1980.

TANAKA, A.C.A, SIQUEIRA, A.A.F., BAFILE,P.N. Situação da Saúde Materna e perinatal no Estado de São Paulo- Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.23, p.67-75. 1989.

TUNÇBILEK,E., UNALAN,T., COSKUN, T. Indicators of nutritional status in Turkish preschool children: results of Turkish demographic and health survey. **J. Trop. Pediatr.** , v.42, p.78-84. 1993

VICTORA,C.G.;VAUGHAN,J.P.; KIRKWOOD,B.R.; MARTINES, J.C.;
BARCELOS, L.B. Risk factors for malnutrition in Brazilian children: the role of
social and environmental variables. **Bull. World Health Organ.**, v. 64, p. 299-309.
1986.

YAZAKI, L.M., BRITO, A.L.S., Fatores de risco da saúde Materna e do recém-nascido
no Estado de São Paulo. 99

ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL**QUESTIONÁRIO****I - IDENTIFICAÇÃO**

Nº do prontuário _____ Nº do Quest _____ UBS _____

Nome: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: _____

II - REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL ANTERIOR

1. Quantos filhos a Sra. tem? _____

2. Em todas as gestações a Sra. realizou pré-natal? Onde? Em que mês da gestação?

Nº GESTAÇÕES	S/N	MÊS	LOCAL
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

3. Quem a orientou para fazer o seu primeiro pré-natal? E que tipo de orientação recebeu? _____

III - GESTAÇÃO ATUAL

1. Por que realizou o pré-natal?

2. Além desta unidade, frequenta outros serviços de saúde?

Público Privado não

2.1. Quais?

2.2. Porque?

3. Em que mês iniciou, abandonou, transferiu e terminou o seu pré-natal?

TRIMESTRE	INÍCIO	TÉRMINO	ABANDONO	TRANSFE.
1º				
2º				
3º				

4. Por que abandonou e/ou transferiu?

5. Quantas consultas médicas realizou neste pré-natal? Em que mês da gestação?

TEMPO	Nº DE CONSULTAS	MOTIVO
ATÉ O 7º MÊS		
NO 8º MÊS		
NO 9º MÊS		

OBS:

6. Além das consultas médicas, recebeu outros tipos de atendimento?
(enfermagem)?

Sim Não

6.1 Quais? _____

7. A Sra. foi submetida a ultrassonografia? Onde?

Sim Não
Público Particular

7.1 Quantas? _____

8. Que tipo de orientação a Sra. recebeu, durante o seu pré-natal?

SE NÃO MENCIONADO:

9. A Sra. foi informada sobre:

9.1 Aleitamento materno, inclusive a amamentação (tipo de informação
recebida):

9.2 Revisão pós-parto:

4. Quais as atividades que você fazia durante a gravidez e o que faz atualmente?

DURANTE		ATUALMENTE	
Período	Atividade	Período	Atividade
Manhã		Manhã	
Tarde		Tarde	
Noite		Noite	

5. Qual a renda bruta da família atualmente?
-

CLASSIFICAÇÃO DE RUMEL

Grupo 1. Trabalhadores intelectuais

Subgrupo 101- Administrativos

Subgrupo 102- Cientistas e Artistas

Subgrupo 103- Técnicos

Grupo 2. Trabalhadores Agricultores

Subgrupo 201- Agropecuários e Produção Extrativa Vegetal e Animal.

Grupo 3- Trabalhadores da Área de Serviços

Subgrupo 301- Serviço de eletricidade

Subgrupo 302- Comércio

Subgrupo 303- Transporte

Subgrupo 304- Comunicações

Subgrupo 305- Prestação de Serviço

Subgrupo 306- Escritório

Subgrupo 307- Segurança Pública e Defesa Nacional

Grupo 4- Trabalhadores Operários

Subgrupo 401- Extrativa Mineral

Subgrupo 402- Mecânica, Metalúrgica e Material Elétrico

Subgrupo 403- Construção Civil

Subgrupo 404- Alimentação Bebidas e Cigarros

Subgrupo 405- Têxtil e Curtição de Couro

Subgrupo 406- Vestuário e Artefatos de Couro

Subgrupo 407- Madeira e Móveis.

Subgrupo 408- Papel e Papelão

Subgrupo 409- Gráfica

Subgrupo 410- Cerâmica e Vidro

Subgrupo 411- Jóias e Instrumentos de Precisão

Subgrupo 412- Artefatos de Borracha e Plástico

Subgrupo 413- Movimentos de Cargas

Grupo 5- Trabalhadores Braçais

Subgrupo 501- Braçais.