

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Estado nutricional de mulheres, mães de crianças
menores de cinco anos – Jordão – Acre - Brasil**

Hélio Cezar Koury Filho

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública, para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

**Orientador: Profa. Dra. Carmen Simone
Grilo Diniz**

São Paulo
2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Estado nutricional de mulheres, mães de crianças menores de cinco anos – Jordão – Acre - Brasil

Hélio Cezar Koury Filho

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública, para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

**Orientador: Profa. Dra. Carmen Simone
Grilo Diniz**

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Dedico este trabalho

✎ à população do Jordão que tão bem nos acolheu e merece receber melhor atenção;

✎ ao amigo Pascoal que um dia me encontrou no aeroporto e abriu as portas para eu voar pelo mundo do conhecimento científico;

✎ à minha família, em especial minha esposa por permitirem que me afastasse tantas vezes de casa para mergulhar neste trabalho;

✎ à minha orientadora por nunca desistir de mim, obrigado Simone.

Agradeço

- ✎ a Deus pela vida e por permitir a superação de obstáculos;
- ✎ à Faculdade de Saúde Pública pela oportunidade de aprendizado e intercâmbio;
- ✎ à Universidade Federal do Acre por concretizar este convênio;
- ✎ ao Dr. Pascoal Torres Muniz pela persistência na busca desta parceria e também comigo;
- ✎ à Dra. Carmen Simone Grilo Diniz pela oportunidade ser orientado por uma pessoas tão especial;
- ✎ aos professores da USP e da UFAC pela dedicação em nos ensinar e acompanhar;
- ✎ ao Senador Tião Viana por colaborar na articulação política para este convênio;
- ✎ à Prefeitura e ao povo do Jordão que nos abriu as portas para conhecê-los;
- ✎ ao Governo do Estado do Acre, em especial meus chefes Cassiano e Suely, por permitirem meus afastamentos;
- ✎ aos amigos, companheiros de pesquisa e sala de aula, em especial Tiago e Cristieli, pelos momentos de descontração e pela força nos momentos de dificuldade;
- ✎ aos assessores especiais, Nailton da UFAC e Vanessa, Leandro e Yara da USP;

RESUMO

Koury Filho, HC. Estado nutricional de mulheres, mães de crianças menores de cinco anos, Jordão, Acre, Brasil: **Faculdade de Saúde Pública da USP/UFAC; 2010.**

Introdução - O estado nutricional tem repercussões importantes durante as mudanças pelas quais passa o corpo da mulher no processo de ser mãe, desde a concepção, gestação, parto e puerpério, continuando após este período. Porém, o estado nutricional da mulher é muito priorizado antes, durante e até um ano após a gestação - mais em função da influência que este pode ter sobre o peso ao nascer e as condições de amamentação da criança, do que pelos benefícios potenciais para a própria mãe. Por isso, há escassez de estudos sobre o estado nutricional de mães fora do período gravídico-puerperal. **Objetivo** - Descrever e analisar o estado nutricional e o acesso a serviços de saúde materna das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos, no município de Jordão, Acre - Brasil no ano de 2005. **Método** - Trata-se de um estudo transversal de base populacional com 267 mulheres mães de crianças menores de cinco anos participantes da pesquisa Situação Nutricional do Município do Jordão (SINJORDÃO). Foram coletadas informações sobre características demográficas, socioeconômicas, antropométricas, de morbidade e condições de saúde. O estado nutricional foi classificado de acordo com o IMC adotando como ponto de corte os sugeridos pela Organização Mundial de Saúde (1995): Baixo peso (IMC < 18,5); Eutrófico ($18,5 \leq \text{IMC} < 25$); Sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} < 30$) e Obesidade (IMC ≥ 30). A determinação de hemoglobina sanguínea foi feita por punção digital com uso de hemoglobinômetro portátil Hemocue, adotando-se Hb <12,0 g/dL para diagnóstico de anemia. Para análise estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado, adotando-se $p < 0,05$. **Resultados** - O percentual de baixo peso foi de 3,4% e não houve diferença estatística para nenhuma das variáveis avaliadas, a de sobrepeso (SP) foi de 27,7% e a de obesidade (OB) foi de 6%. Somando estas duas últimas categorias (SP+OB), o excesso de peso foi maior entre as indígenas (41,4% $p = 0,011$), quem recebia benefícios sociais (50% $p = 0,005$), casadas (35,5% $p = 0,038$), não fumantes (38,3 $p = 0,056$) e quem pariu acompanhada de profissional de saúde (39% $p = 0,05$). A anemia foi encontrada em 26,1% das mulheres e foi maior entre as que não fizeram pré-natal (32,9% $p = 0,008$), tiveram internação após o parto (57,1% $p = 0,007$) e as que amamentaram exclusivamente menos de trinta dias (29,2% $p = 0,038$). Apenas 45,5% fez pelo menos uma consulta no pré-natal, e apenas 44,2% tiveram parto em instituições de saúde. **Conclusão** - Este trabalho mostrou que as mulheres mães de crianças com 5 anos ou menos, o acesso ao serviço de saúde é muito abaixo do esperado para a região Norte. Apesar de viverem em situação sócio-econômica precária, vivenciam a transição nutricional. Foi possível observar que entre as mulheres menores de cinco anos no Jordão, Acre, o baixo peso se apresenta de forma normal, não sinalizando como problema de Saúde Pública, ao contrário do excesso de peso e da anemia, que apesar de ainda não se configurar com a gravidade que se encontra de modo geral no Brasil, apresenta uma tendência a agravar conforme se promovem mudanças na ordem econômica.

Palavras-chave: Saúde Materna – Nutrição – Amazônia – Acre – Saúde Indígena

ABSTRACT

Koury Filho, HC. Nutritional state of women, mother of children under 5 years old - Jordão - Acre - Brazilian Amazon - School of Public Health of the University of São Paulo/University of Acre; 2010.

Introduction - the nutritional state has important repercussions during the changes for which it passes the body of the woman in the process of being mother, since the conception, gestation, childbirth and puerperium, continuing this period after. However, the nutritional state of the women is very prioritized before, during and up to one year after the gestation, more in function of the influence that this can have on the birthweight and the conditions of breast-feeding of the child, more than for the potential benefits for the mother. Therefore, the scarcity of studies on the nutritional state of mothers is of the childbearing year. **Objective** - To describe and to analyze the nutritional state and the access the health services materna of the women five year mothers of lesser children, in the city of Jordão, Acre - Brazil in the year of 2005. **Method** - Cross-sectional study with population base of 267 women, mothers of children under five year old, participants of the research Nutritional Situation of the City of Jordão (SINJORDÃO). Information on demographic, socioeconomic, and anthropometrical characteristics have been collected, as well as related morbidity and conditions of health. The nutritional state was classified in accordance with the IMC adopting as cut point the suggested ones for the World-wide Organization of Health (1995): Low weight ($IMC < 18,5$); normal range ($18,5 \leq IMC < 25$); Overweight ($25 \leq IMC < 30$) and Obesity ($IMC \geq 30$). The determination of hemoglobin was made by digital punch with use of portable hemoglobinometer Hemocue, adopting itself $Hb > 12,0g/dL$. **Findings**. The prevalence of underweight was 3,4%, with no statistical association with any variables; overweight (OW) was present in 27,7%, and obesity (OB) in 6%. Adding these two last categories (OW+OB), weight excess was higher in indigenous (41,4% $p = 0,011$), those receiving social benefits (50% $p = 0,005$), married women (35,5% $p = 0,038$), non-smokers (38,3 $p = 0,056$), those who delivered with a trained practitioner (39% $p = 0,05$). The prevalence of anemia was 26,1%, higher in those who had no antenatal care, (32,9% $p = 0,008$), were re-hospitalized (57,1% $p = 0,007$) and those who breastfed exclusively for less than 30 days (29,2% $p = 0,038$). **Conclusions**: Regardless of their poor economic status, they already live the nutritional transition. Among women with children under 5 years old in Jordão Acre, low birth weight is within the expected rate, not as a public health problem. On the contrary, weight excess and anemia, although not as high as the rest of the country, is already a trend, following the changes in the cash transfer programs, indicating the need for specific programs of nutritional education. This study shows that women with children under 5 years old, have limited access to health services, much below those in the Northern region.

Key-word: Mother health - Nutrition - Amazon - Acre - Indigenous health

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	10
	1.1 A MULHER MÃE NA AMAZÔNIA: SAÚDE E NUTRIÇÃO	10
	1.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	12
	1.3 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	15
	1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	16
	OBJETIVOS	20
	2.1 OBJETIVO GERAL	20
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3	METODOLOGIA	21
	3.1 ÁREA DO ESTUDO	21
	3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO	22
	3.3 DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS E AMBIENTAIS	23
	3.4 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	24
	3.5 COLETA DE DADOS E ASPÉCTOS ÉTICOS	25
	3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	25
	3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	26
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
	4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIECONÔMICAS	27
	4.2 CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS	29
	4.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: GRAVIDEZ	31
	4.4 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: PARTO E PÓS-PARTO	33
	4.5 CARACTERÍSTICAS DE AMAMENTAÇÃO	38
	4.6 ESTADO NUTRICIONAL	40
	4.7 ESTADO NUTRICIONAL E FATORES SOCIECONÔMICOS	41
	4.8 ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS	44
	4.9 ESTADO NUTRICIONAL E ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: GRAVIDEZ	45

4.10 ESTADO NUTRICIONAL E ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: PARTO E PÓS-PARTO	47
4.11 ESTADO NUTRICIONAL E ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: AMAMENTAÇÃO	50
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	
Anexo 1 - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	57
Anexo 2 - QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA	62
Anexo 3 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	69
Anexo 4 - TERMO PERMISSÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS	71
Anexo 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	72
CURRICULOS LATTES	74

Lista de Tabelas

Tabela 1 -	Características socioeconômicas relacionadas às mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	28
Tabela 2 -	Características das famílias de mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	30
Tabela 3 -	Características relacionadas à gestação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	32
Tabela 4 -	Aspectos relacionados à assistência ao parto e puerpério das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	34
Tabela 5 -	Aspectos relacionados à amamentação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	39
Tabela 6 -	Estado nutricional de mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	41
Tabela 7 -	Associação entre estado nutricional e características socioeconômicas relacionadas às mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	43
Tabela 8 -	Associação entre estado nutricional e características das famílias das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	45
Tabela 9 -	Associação entre estado nutricional e aspectos relacionados à gestação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	46
Tabela 10 -	Associação entre estado nutricional e aspectos relacionados à assistência ao parto e puerpério das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	49
Tabela 11 -	Associação entre estado nutricional e aspectos relacionados à amamentação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.	50

Lista de Figuras

- Figura 1 - Mapa do Acre com destaque para o Município Jordão e para a Capital Rio Branco. 22
- Figura 2 - Imagens que ilustram o baixo nível das águas nos rios Jordão e Tarauacá. 24

1 INTRODUÇÃO

1.1 A MULHER MÃE NA AMAZÔNIA: SAÚDE E NUTRIÇÃO

O estado nutricional tem repercussões importantes durante as mudanças pelas quais passa o corpo da mulher no processo de ser mãe, desde a concepção, gestação, parto, puerpério e continuando após este período. Isto decorre tanto por transformações orgânicas causadas pelas variações hormonais, quanto por mudanças psicológicas e pelo papel desempenhado pela mulher na sociedade.

O estado nutricional da mulher é muito priorizado antes, durante e até um ano após a gestação, mais em função da forte influência que este pode ter sobre o peso ao nascer e as condições de amamentação da criança, do que pelos benefícios potenciais para a mãe. ANJOS (1996) relaciona o estado nutricional materno ao sobrepeso nas crianças brasileiras e ele mesmo chama a atenção para a escassez de estudos sobre o estado nutricional de mães fora do período gravídico-puerperal.

Quando se trata de Saúde Materno-Infantil, observa-se a priorização de trabalhos com ênfase na mulher ligada à questão reprodutiva e cuidadora, mas não como um ser social que exerce diversas funções, entre elas o de mãe. Foi esta contradição que motivou este trabalho, para chamar atenção sobre o estado nutricional de mulheres mães, mesmo que durante uma pesquisa sobre nutrição de crianças.

As dimensões continentais do Brasil e a forma como ele foi colonizado, fizeram com que se constituísse uma diversidade de culturas e estágios diferentes de desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que o Sul e Sudeste são mais industrializados e desenvolvidos economicamente o Norte e o Nordeste ainda apresentam baixos indicadores de desenvolvimento. Por isso a “mulher da floresta” (termo designado para mulheres seringueiras ou indígenas que vivem no interior da Amazônia brasileira) apresenta peculiaridades com relação ao modo de viver e tem contexto histórico de inserção social diferenciado.

SOUZA (2005) dedica um capítulo inteiro de seu livro sobre História do Acre para relatar o modo de viver da mulher da floresta e sua contribuição para a formação deste Estado. Uma história de lutas onde a mulher não exerceu apenas papel de coadjuvante, mas esteve presente no desbravamento da floresta, no corte da seringa, no papel de alfabetizadora, de parteira e outros cuidados a saúde em lugares onde não se imaginava a presença de médicos, nos trabalhos domésticos, na agricultura e também nas lutas sociais. Enfim, teve e tem intensa e reconhecida contribuição econômica e social.

Essa mulher quando indígena resistiu à agressão da captura e do estupro pelos seringueiros que primeiro migraram solteiros e nas “correrias” (nome dado a forma de expulsão dos povos nativos pelos seringueiros nordestinos durante a expansão da borracha) também as transformaram em esposas.

Quando as nordestinas resistiram à fome do lugar de origem, muitas delas preferiram ser vendidas para os seringueiros e constituírem família no meio da floresta, a tentar a vida como prostitutas nos grandes centros da época (Manaus e Belém). Sem distinção de indígena ou nordestina, mas como mulheres da floresta resistiram à invasão dos fazendeiros as terras onde viviam, participando dos Sindicatos Rurais e dos “empates” (nome dado ao conflito entre seringueiros e fazendeiros em defesa da floresta, onde mulheres, crianças e homens se agarravam as árvores para impedir o avanço do desmatamento). Ainda resistiram à violência doméstica, denunciando os maus tratos e sendo protagonista do movimento feminista brasileiro com criação de ONGs como a Rede Acreana de Mulheres e Homens e o Movimento Articulado de Mulheres da Amazônia (DE CUNHA e col., 2002; SOUZA, 2005).

Historicamente, a mulher ocupou o papel de gestora dos filhos e do lar, e sua aceitação plena na sociedade se dava a partir do momento em que se casava e tinha filhos. Com a transição econômica vivenciada no século XX, a mulher moderna se inseriu de maneira significativa e crescente no mercado de trabalho formal, tendo que assumir funções duplas de trabalho na esfera familiar e social, enfrentando os conflitos intrínsecos a essas duas instituições. Muitas vezes, as mulheres administram também a escassez de alimentos e sua distribuição na família, não raro sacrificando o

próprio bem-estar frente às necessidades dos demais. Em contextos onde esta escassez é mais acentuada, a busca por mais alimento e sua distribuição é ainda mais desafiadora para as mulheres.

Este trabalho não pretende se aprofundar nas questões de gênero no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade, mas descrever com base na Nutrição e à luz da Saúde Pública, as condições de saúde e nutrição destas mulheres que vivem no interior da Amazônia.

1.2 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

A avaliação nutricional consiste num instrumento diagnóstico, que mede de diversas maneiras as condições nutricionais do organismo, determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes. Desta forma, o estado nutricional de uma população representa um excelente indicador de sua qualidade de vida (MELLO, 2002).

Os indicadores antropométricos descrevem a expressão clínica da nutrição e são utilizados como o termômetro mais sensível do crescimento somático. Além disso, são universalmente aceitos como as provas objetivas e práticas de aferição do estado nutricional de indivíduos e de população (ESCODA, 2002).

As diferentes denominações das manifestações da fome - tais como a desnutrição, desnutrição energético-protéica, subnutrição ou má-nutrição protéico-calórica, além da questão ideológica e metodológica de explicação e registro, elas significam em comum, a expressão biológica da carência prolongada da ingestão de hidratos de carbono, gorduras, proteínas e micronutrientes essenciais à manutenção, ao crescimento, desenvolvimento e a reprodução orgânica. Um processo orgânico, determinado, todavia pelas condições de vida, na medida em que regulam o acesso aos bens essenciais, neste caso, os citados nutrientes advindos dos alimentos (ESCODA, 2000).

A obesidade por outro lado, definida de uma maneira simplificada, é o acúmulo excessivo de gordura corporal em extensão total, que acarreta prejuízos à saúde dos

indivíduos, tais como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, além de favorecer o surgimento de enfermidades potencialmente letais como dislipidemias, doenças cardiovasculares, Diabetes Tipo II e certos tipos de câncer. Contudo, o grau de excesso de gordura, sua distribuição corpórea e as conseqüências para a saúde apresentam variação entre os obesos (MONTEIRO, 2000).

BOUCHARD (2000) fez uma análise das correlações entre sobrepeso, obesidade e ganho de peso com o tempo e encontrou alguns fatores determinantes do ganho de gordura corporal e, por conseguinte, um risco para sobrepeso e obesidade.

Entre os preditores estão a idade, o sexo, as condições socioeconômicas, a ingestão de gordura, a taxa de metabolismo basal, as respostas térmicas aos alimentos, os níveis de atividade física. Além da obesidade infantil que também é um fator de risco para a obesidade no adulto. O conteúdo de gordura corporal aumenta na vida adulta e as taxas máximas de sobrepeso, obesidade são atingidas entre 55 e 65 anos e as mulheres apresentam mais gordura corporal.

A história reprodutiva da mulher, principalmente nos seus componentes paridade e práticas de amamentação receberam um destaque no estudo de COITINHO (1998) onde ela demonstra aumento significativo do excesso de peso após o início do ciclo de vida reprodutiva principalmente em mulheres de baixo poder aquisitivo, porém havendo modificação na associação quando ajustado ao IMC prévio, onde quanto menor o IMC prévio maior a influência da paridade no aumento do peso.

Enquanto que as mulheres que iniciaram a vida reprodutiva mais cedo apresentaram um IMC secundário mais elevado. Destaca ainda, que primíparas ganham mais peso associado à gravidez do que múltíparas reforçando a hipótese de que mudanças no estilo de vida pós-parto podem ter papel central no fenômeno observado, uma vez que estas mudanças são marcantes após o primeiro filho COITINHO (1998).

A anemia também é um importante indicador da situação nutricional, principalmente entre mulheres em idade reprodutiva. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 1968 a anemia nutricional como a concentração de

hemoglobina anormalmente baixa como consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais.

Entende-se por estes nutrientes o ferro, o ácido fólico, a vitamina B12, o cobre (com função eritropoiética), as vitaminas C e E (relacionados a estados hemorrágicos) e a vitamina A (relacionada à diferenciação celular das hemácias e à mobilização de ferro do sistema reticuloendotelial).

Idade, sexo e o estado fisiológico são fatores considerados na definição da anemia (DEMAYER, 1985). Além disso, evidências estatísticas e fisiológicas indicam que a distribuição da hemoglobina (Hb) varia com o tabagismo, altitude e etnia (WHO, 2008).

A anemia por deficiência de ferro (ADF) é considerada a carência nutricional de maior magnitude no mundo, afetando grandes contingentes populacionais em diversas idades, especialmente gestantes e crianças de países em desenvolvimento (SANTOS e col., 2002). A anemia interfere em uma das funções mais nobres do sangue: o transporte de oxigênio (LIRA e FERREIRA, 2007).

A medida da concentração sanguínea de Hb é essencial para o diagnóstico de anemia nutricional e é o método mais comum por ser mais barato e de fácil realização. A limitação deste método é ser pouco sensível e específico para deficiência de ferro (somente o último estágio afeta a síntese de Hb).

Esse parâmetro constitui-se num indicador preciso, utilizado internacionalmente em estudos comparativos e recomendado em investigações populacionais da anemia apresentando diversas vantagens operacionais, dentre elas, o pequeno volume de sangue exigido, que é expresso em g/dL (10–13) e à imediata obtenção do resultado (WHO, 2001).

Ainda assim, utilizando-se dados disponíveis de concentração de hemoglobina sanguínea e de estudos metabólicos, a OMS posiciona a deficiência de ferro como responsável por 90% dos casos primários da anemia na infância, muito embora diversas inadequações nutricionais possam provocar anemias como a deficiência de vitamina B6 e B12, de ácido fólico, insuficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD), de cobre e de outros minerais e vitaminas (WHO, 2001; STOLTZFUS, 2001).

1.3 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

Estudos no Brasil revelam que houve um rápido declínio da prevalência de desnutrição em crianças e elevação acelerada da prevalência de sobrepeso/obesidade em adultos. Isso indica um comportamento claramente epidêmico do problema.

Estabelece-se, desta forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, freqüente em países em desenvolvimento e que define uma das características marcantes da transição nutricional do Brasil (BATISTA FILHO, 2003).

Esse fenômeno foi acompanhado de um crescimento econômico, produção industrial de alimentos em larga escala o que possibilitou uma melhoria das condições nutricionais e um aumento de peso decorrente do consumo aumentado de *fast food* e uma desvalorização em nosso meio, do tradicional feijão com arroz (DE ANGELIS, 2000).

Dentro dessa perspectiva, se desenha outra tendência de aumento da ocorrência da obesidade nos estratos de renda mais baixa, enquanto o comportamento ascendente do problema começa a se interromper entre mulheres adultas de renda mais elevada. É um resultado curioso, na medida em que repete, em curto espaço de tempo, um comportamento verificado em países nórdicos, contudo numa trajetória mais bem demorada (MONTEIRO, 2000).

Na PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, 2006) enquanto o baixo de peso foi observado em 4,3% das mulheres, inferior ao limiar aceito para populações saudáveis (5%), o excesso de peso foi de 43,1%, elevado em todas as macrorregiões brasileiras. A região Norte apresentou menor índice de excesso de peso 41,3% ficando acima apenas do Nordeste 40,6% (BRASIL, 2009).

Análises da evolução do estado de saúde da população brasileira nas últimas décadas demonstraram melhorias substanciais e contínuas em vários indicadores de saúde associados à pobreza, com redução da mortalidade e desnutrição infantil. No

entanto, essas melhorias foram menos intensas nas Regiões Norte e Nordeste, o que determinou a exacerbação das desigualdades existentes entre essas regiões e o Centro-Sul do Brasil.

Apesar disso, a região Norte apresenta prevalência de excesso de peso e obesidade menor que a média nacional, mantendo a diferença entre homem e mulher e no sexo masculino apresenta mais baixo peso na zona rural que na urbana e processo inverso com excesso de peso e obesidade (MONTEIRO e BENÍCIO, 1993).

Embora estudos específicos sejam necessários para explicar a tendência de aumento da obesidade na população adulta brasileira, algumas hipóteses são levantadas (MONTEIRO e col., 1999), entre elas estão, mudanças na estrutura demográfica do País (urbanização e aumento na expectativa de vida), declínio no gasto energético dos indivíduos, que por predomínio de ocupações que demandam menor esforço físico em decorrência do avanço tecnológico e urbanização da população, quer como resultado da diminuição da atividade física associadas ao lazer e aumento progressivo de consumo de gordura e da densidade energética da alimentação.

1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Em 2004, BENÍCIO e col. apresentaram novas estimativas para a prevalência de desnutrição na infância nos 5.507 municípios brasileiros a partir de modelos logísticos multinível aplicados à amostra de crianças do CENSO 2000 e aponta o município do Jordão, no Estado do Acre como maior risco de desnutrição infantil no País. Este trabalho motivou a elaboração do Projeto de pesquisa: Situação Nutricional do Município do Jordão – Acre (SINJORDÃO), que buscou verificar a real prevalência de Desnutrição infantil no referido município.

Em face à dificuldade de se obter dados sobre o estado nutricional dos habitantes da região norte do país, principalmente os da zona rural pelas limitações dos inquéritos realizados no Brasil, a pesquisa SINJORDÃO representa uma oportunidade de contribuição à comunidade científica com informações referentes a

estas populações, essencialmente as mais isoladas, como é o caso das comunidades do Jordão.

A formação do município do Jordão se deu a partir de população nativa do Estado do Acre, especialmente indígenas e seringueiros. É um dos municípios mais isolados da Amazônia. Não possui esgotamento sanitário. A energia elétrica consumida é à base de gerador e o acesso se dá apenas pela via fluvial e aérea.

Sua ligação como outros centros se dá pelo rio Tarauacá, subfluente do Rio Amazonas por intermédio do Rio Juruá, por onde circulam mercadorias e outros gêneros alimentícios que abastecem a cidade e que chegam aos munícipes com o superfaturamento de preços. A economia é baseada no extrativismo vegetal, comércio, funcionalismo público, aposentadorias e pensões.

A população não indígena do município é formada essencialmente por seringueiros, ex-seringueiros e seus ascendentes vinculados a produção de borracha e agricultura familiar. Esses grupos somados aos povos indígenas são também chamados “povos da floresta”. Os ascendentes desse grupo são oriundos do nordeste brasileiro que migraram para essa região no período da segunda guerra mundial, momento do auge do ciclo da borracha, com vistas de melhorarem de vida e fugir da situação de miséria que se encontravam no nordeste bem como do alistamento para a guerra.

No início do século XX, a partir de 1910, com as “correrias” praticadas por seringalistas (ataques armados praticados contra os povos indígenas da região), muitos seringueiros se “casaram” com mulheres índias raptadas de suas aldeias (SOUZA, 2002). Dessa forma, observa-se a miscigenação do povo acreano.

Os seringueiros nordestinos eram submetidos a uma relação de trabalho onde não circulava a moeda, sendo subordinados aos proprietários da terra, os seringalistas, pois toda a produção de borracha era vendida aos seringalistas e todos os produtos de consumo básico eram obrigatoriamente adquiridos somente com o patrão a preços alvitantes, gerando uma dívida infundável dos trabalhadores em relação ao proprietário do seringal.

A população indígena do Estado do Acre é formada por 12 diferentes etnias dos troncos lingüísticos Pano e Aruak, e segundo dados da Fundação Nacional do

Índio (FUNAI) do Acre apud SOUZA (2002) totalizam 10.478 índios. Há ainda etnias isoladas, ou seja, sem contato com sociedade nacional, que tem o seu território tradicional ao longo da fronteira internacional Brasil-Peru, região onde se localiza o município do Jordão. A área total das Terras Indígenas do Acre, em 2001, era de 2.201.921,7551 hectares.

A Portaria 852 (30/09/1999), da Fundação Nacional de Saúde, criou dois Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) no Estado do Acre Alto Purus e Alto Juruá, configurando-se como marco importante para a implementação de política de saúde para as populações indígenas acreanas.

Atualmente, no Estado, existem 28 terras indígenas reconhecidas pelo governo federal. Estas terras integram o “Corredor Ecológico Oeste-Amazônico”. Destas, 25 estão situadas no Vale do Alto Juruá, ou seja, 89% do total de terras indígenas do Acre, que incidem em sete municípios e representam 70% da extensão total das terras indígenas e 9,8% da extensão do estado. No Vale do Acre-Purus estão localizadas três terras indígenas, dentre as quais as duas maiores do Estado que corresponde a 30% da extensão das terras indígenas acreanas e 4,4% da extensão total (ACRE, 2008).

O município de Jordão é um dos municípios pertencentes ao DSEI do Alto Juruá e sua população indígena é de 1.549 pessoas, o que corresponde a 33% da população do município (SOUZA, 2002). Há notícias dos Panos e Aruaks, desde 1640, quando estes vinham do Peru pelo rio Ucayali, entrando na região acreana, fugindo da perseguição espanhola, pelos rios Juruá e Purus. Os índios Kaxinawás ou “Huni-Kuin”, que significa “gente verdadeira”, foram uma das mais valentes tribos do tronco-lingüístico Pano.

Os primeiros contatos destes povos com as frentes extrativistas (da borracha e do caucho), ocorridos nas últimas décadas do século XIX, foram marcadas por violentas correrias patrocinadas por caucheiros peruanos e por brasileiros proprietários de seringais. Essas violentas correrias tinham a finalidade de espantar a população nativa, de forma a permitir o aproveitamento de certos recursos naturais existentes na floresta.

Esse povo teve suas terras invadidas, primeiramente por seringalistas que os transformaram em seringueiros (“caboclos seringueiros”), depois pelos fazendeiros que os transformaram em “peões” de fazendas. Os Kaxinawás constituem a população indígena mais numerosa do estado do Acre, contando com aproximadamente 4.000 integrantes distribuídos em nove Áreas Indígenas localizadas em diferentes afluentes das bacias dos rios Purus e Juruá (Purus, Envira, Tarauacá, Muru, Humaitá, Breu e Jordão). Sua moradia tradicional é denominada Copichauas, casa longa, coberta de palhas, muito alta no meio, sem divisões internas, abrigando várias famílias, contudo, a maioria vive em colocações (clareiras abertas na mata). Atualmente, quando em suas terras de origem, fazem roçados de macaxeira e milho. Plantam banana, amendoim, graviola e cultivam açaí (AQUINO e IGLESIAS, 1994).

Estas peculiaridades fazem Jordão parecer o pior lugar para se viver por causa das condições precárias de saneamento, educação, comércio e serviços e ao mesmo tempo um paraíso, com uma vasta floresta preservada, culturas protegidas da globalização, e a tranquilidade de um lugar sem trânsito e baixos índices de violência.

O papel da mulher em municípios da Amazônia Ocidental tem demonstrado particularidades na forma de viver, sobretudo por serem mulheres com uma história de lutas, mas ao mesmo tempo vivendo em um ambiente de predominância rural e com dificuldades de acesso aos meios de consumo, inclusive os de informação e de saúde.

Estas particularidades, somadas à oportunidade de estudar a saúde de mulheres mães sem necessariamente estar preso ao reflexo desta saúde na dos filhos é que motivam este trabalho de descrição do estado nutricional das mulheres mães de crianças menores de cinco anos do município do Jordão – Acre e buscar associações entre fatores socioeconômico e ambientais desta região, dentro dos limites das informações obtidas pela pesquisa SINJORDÃO.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever e analisar o estado nutricional e o acesso a serviços de saúde materna das mulheres mães de crianças menores de cinco anos, no município de Jordão, Acre - Brasil no ano de 2005.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar as mulheres mães segundo condições socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde materna.

Estimar a associação entre baixo peso e condições socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde materna.

Estimar a associação entre excesso de peso e condições socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde materna.

Estimar a associação entre anemia e condições socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde materna.

3 METODOLOGIA

3.1 ÁREA DO ESTUDO

O município do Jordão, situado a 700 km da capital Rio Branco no Estado do Acre, foi criado em 1992 após separação do município de Tarauacá, situado no vale do Juruá. No total, ocupa área de 5.429 km²; é banhado pelos rios Jordão e Tarauacá e faz fronteira com os municípios de Marechal Thaumaturgo, Feijó, Tarauacá e com o Peru.

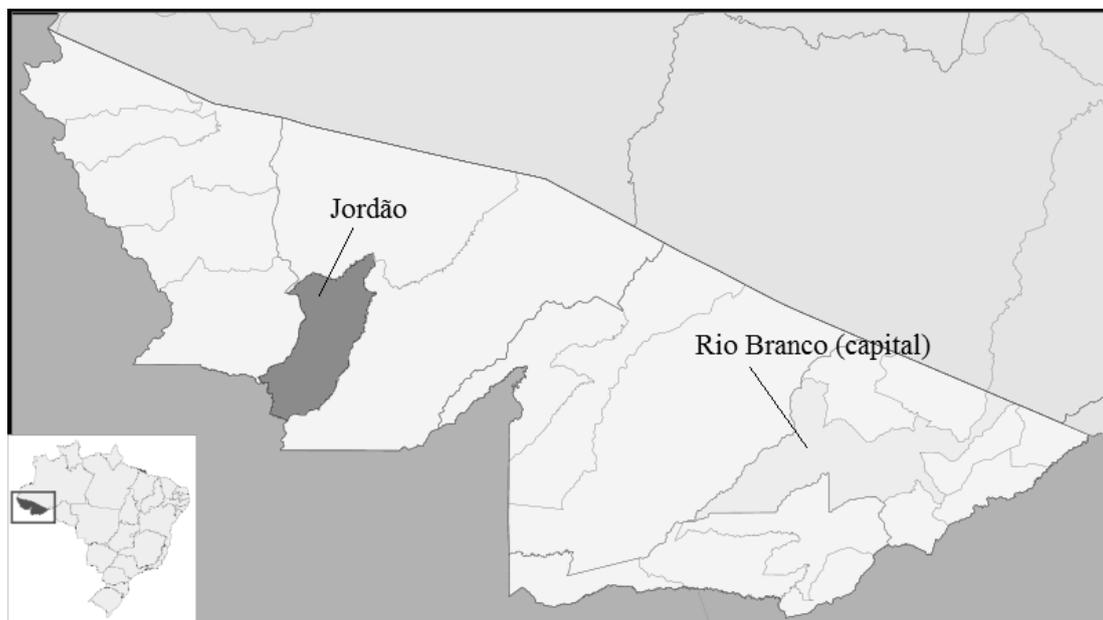


Figura 01 - Mapa do Acre com destaque para o Município Jordão e para a Capital Rio Branco.

Em 2005, ano em que os dados do presente estudo foram coletados, a população total foi estimada em 4.633 habitantes. O índice de desenvolvimento humano (IDH) estimado em 2000 foi de 0,475; considerado o segundo pior índice do país e notoriamente inferior ao índice nacional que é de 0,8.

3. 2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional com 267 mulheres mães de crianças menores de cinco anos participantes da pesquisa Situação Nutricional do Município do Jordão (SINJORDÃO). As mães de criação poderiam ter grande contribuição para este estudo, mas serão consideradas para análise apenas as mulheres que pariram as crianças avaliadas no Projeto SINJORDÃO, porque somente estas têm dados de medida antropométrica consistentes.

O projeto maior tinha por objetivo avaliar na forma de inquérito a situação nutricional das crianças menores de 60 meses de idade residentes no município do Jordão – Acre. Foram avaliadas 186 crianças na área urbana (quase que a totalidade das crianças desta área) e 243 crianças na área rural, o que incluiu crianças ribeirinhas e indígenas Kaxinawás.

Para amostra rural, houve limitação uniforme das margens dos rios acima (rio Jordão e rio Tarauacá) e abaixo da sede do município (rio Tarauacá), sendo contratado um barqueiro que avisou, previamente, a data de passagem da equipe para que os moradores mais distantes pudessem comparecer a escola, ponto de encontro com os pesquisadores, e participarem do inquérito.



Figura 02 - Imagens que ilustram o baixo nível das águas nos rios Jordão e Tarauacá.

Como a coleta foi realizada no período da seca definiu-se visitar as comunidades até atingir-se o quantitativo de cem crianças no sentido ascendente do

rio (metade da população de crianças estimadas para a zona urbana). Na baixada do rio Tarauacá todas as comunidades pertencentes ao Município do Jordão foram visitadas. Os dados foram coletados em junho de 2005, na época da “estiagem” na Amazônia.

3. 3 DADOS SÓCIOECONÔMICOS E AMBIENTAIS

As informações sócio-econômicas e ambientais foram obtidas por meio de um questionário estruturado, pré-codificado e aplicado mães de crianças menores de cinco anos de idade em entrevistas domiciliares (ANEXOS 1 e 2).

Estas variáveis foram exploradas como independentes na análise do estado nutricional e divididas em cinco grupos:

- 1- Características socioeconômicas: idade, escolaridade, ascendência indígena, zona de moradia, inscrição em programa social, número de moradores por domicílio e número de moradores por dormitório.
- 2- Características das famílias: união estável, chefe da família, mulher trabalha fora, tipo de ocupação e tempo no trabalho.
- 3- Assistência à saúde materna - gravidez: número de consultas durante a gestação, vacinação na gestação, internação durante a gestação, fumo durante a gestação, ingestão de álcool durante a gestação, sangramento durante a gestação e malária durante a gestação.
- 4- Assistência à saúde materna - parto e pós-parto: número de gestações, número de filhos menores de cinco anos, local do parto, tipo de parto, quem fez o parto, sangramento durante ou após o parto, febre durante ou após o parto e internação até 45 dias após o parto.
- 5- Características de amamentação: tempo total de amamentação, tempo de amamentação exclusiva e introdução de outro tipo de leite.

3. 4 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

As medições de peso e estatura foram realizadas pela equipe do projeto SINJORDÃO, utilizando-se valor médio de duas medições na análise dos dados. Para pesagem foi utilizado balança portátil digital eletrônica, com capacidade de 150 kg e sensibilidade de 100 g e as medidas de altura foram feitas por meio de fita métrica metálica (estadiômetro), com extensão de 2m dividida com precisão de 0,1cm, fixado em parede de superfície plana, sem rodapé e em ângulo de 90° com o chão.

Foi utilizado para a classificação do estado nutricional, o índice de massa corporal (IMC). Segundo ANJOS (1992), este índice apesar de não representar a composição corporal de indivíduos, a facilidade de sua mensuração e a grande disponibilidade de dados de massa corporal e estatura parecem ser motivos suficientes para a utilização do IMC em estudos epidemiológicos, em associação (ou não) a outras medidas antropométricas em adultos.

Este mesmo autor e a OMS recomendam a medida da cintura como um importante indicador adicional do estado nutricional de adultos associado ao IMC, mas neste estudo não foi possível coletar estas medidas, porém como houve medida de hemoglobina a Anemia será utilizada como importante indicador de estado nutricional.

O IMC é calculado pela razão entre massa corporal em quilogramas e o quadrado da estatura em metros. Foram adotados como ponto de corte os sugeridos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995): Baixo peso ($IMC < 18,5$); Eutrófico ($18,5 \leq IMC < 25$); Sobrepeso ($25 \leq IMC < 30$) e Obesidade ($IMC \geq 30$) (WHO, 1995).

A avaliação da concentração de hemoglobina (Hb) foi realizada em amostra de sangue obtida por punctura digital, utilizando-se fotômetro portátil (*Hemocue*). Para definição de anemia foi adotado ponto de corte estabelecido pela WHO (2001) de Hb $< 12,0$ g/dL mulheres adultas.

3. 5 COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS

As equipes de trabalho de campo foram constituídas por pesquisadores e estudantes da Universidade Federal do Acre (UFAC) com apoio da Secretaria Municipal de Saúde do Jordão (SEMSA) e acompanhada dos profissionais da equipe de saúde do Polo saúde indígena Jordão. Os entrevistadores, previamente treinados, no ato da entrevista identificaram-se, explicando os objetivos e benefícios da pesquisa.

Durante as entrevistas e aplicação do questionário, no termo de consentimento livre e esclarecido foi explicado o objetivo da pesquisa e garantido o sigilo e confidencialidade das informações prestadas (ANEXO 3).

As crianças doentes receberam atenção da equipe ou foram encaminhados ao serviço de saúde para o devido tratamento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE) com protocolo de pesquisa (nº 042/ 2005) e depois apreciado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública FSP/USP em sua 10ª/09 Sessão Ordinária, sob o protocolo nº 2047 (ANEXO 4).

3. 6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram duplamente digitados no programa EpiInfo 6 e analisados nos programas *SPSS* versão 13.0, realizando-se a edição dos dados, análise das distribuições de frequências relativas e absolutas, e análise bivariada pelo teste de distribuição do qui-quadrado (Correlação de Pearson).

3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Por se tratar de um estudo transversal, não é possível inferir causalidade entre os fatores. O instrumento utilizado tinha por objetivo aferir a saúde das crianças, e por não trazer a saúde materna como objeto principal de estudo, deixa de retratar alguns detalhes a respeito dos hábitos e da cultura desta população, quais seriam os mitos com relação à amamentação, alimentação na gestação e no pós-parto, cuidados com o parto, cuidados pessoais e também papel da mulher na família.

Desde 2005 a realidade de saúde e de vida desta população mudou, mas não poderia se deixar de retratar uma população com tantas especificidades, mas que ao mesmo tempo pode está refletindo a realidade de vários municípios isolados da Amazônia. Fica desta forma o desafio de acompanhar a melhora das condições de vida desta gente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIECONÔMICAS

Na tabela 01 é possível identificar que 18% das mães são adolescentes, valor semelhante ao da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS (BRASIL, 2009) que é 19,3%, mas o percentual de mães com mais de 34 anos é também de 15,4% enquanto na PNDS este percentual é de 30%. Porém vale observar que na PNDS foram entrevistadas mulheres em idade fértil independente de terem filhos ou não deste modo era esperado que a idade das mães fosse em média menor.

Um grande problema socioeconômico encontrado no Jordão é o acesso à educação, quase 15% das mães nunca freqüentaram a escola e apenas 17% têm mais de oito anos de estudo, enquanto na região Norte apenas 2,7% das mulheres em idade reprodutiva nunca frequentaram a escola e 45% tem mais de oito anos de estudo (BRASIL, 2009).

Quase a metade das mães relata ser índia ou ter alguma ascendência indígena próxima (pai e/ou mãe), e a quantidade de mães que mora na zona rural é um pouco maior que na zona urbana, mas na realidade isto é ocasionado pelo desenho da amostra que propôs estudar o mesmo número de crianças nas duas áreas.

Outro dado importante é que, em 2005, o país passava por um processo de transição entre os diversos programas sociais existentes até 2004, com a implantação e expansão do Programa Bolsa Família, e até aquele momento apenas 20,3% da amostra estavam inscritas em algum programa social.

A criação do Programa Bolsa Família culminou com a criação do cadastro único de programas sociais e com uma conjugação de esforços entre vários Ministérios para o acompanhamento dos indicadores sociais e desenvolvimento de iniciativas para melhoria da renda dessas famílias.

Tabela 01 - Características socioeconômicas relacionadas às mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

Características socioeconômicas	N	%
Idade		
< 20 anos	48	18,0
20 – 34 anos	178	66,7
> 34 anos	41	15,3
Total	267	100,0
Escolaridade		
Analfabeta	39	14,9
1 - 4 anos	115	43,9
5 - 8 anos	62	23,7
> 8 anos	46	17,5
Total	262	100,0
Índigena		
Sim	116	44,1
Não	147	55,9
Total	263	100,0
Zona de moradia		
Sede (urbana)	123	46,1
Fora da sede (rural)	144	53,9
Total	267	100,0
Está inscrita em programa social		
Sim	54	20,3
Não	212	79,7
Total	256	100,0
Nº de moradores no domicílio		
< 5 moradores	134	50,2
5 - 10 moradores	112	41,9
> 10 moradores	21	7,9
Total	267	100,0
Nº de moradores por dormitório		
< 6 moradores	158	66,7
> 5 moradores	79	33,3
Total	237	100,0

Nesta tabela pode-se observar que metade das famílias tem mais de quatro pessoas no domicílio, enquanto segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) nos domicílios no norte rural brasileiro apenas 27,1% abrigam mais de quatro pessoas.

Há ainda um grande aglomerado de pessoas por cômodo, pois um terço dos domicílios abriga mais de cinco pessoas por dormitório. Porém é importante destacar que na cultura indígena desta região são comuns grandes dormitórios coletivos e o hábito de dormir em redes, que está presente não só entre os índios, mas entre os não índios também.

A própria noção de privacidade, ou de conforto, pode ser diferente entre as distintas culturas, devendo destacar que é variada a forma de dormir nesta região, sendo muito comum uso de redes – uma característica cultural - o que reduz a necessidade de espaço individual.

Além disso, no meio rural, uma família grande pode representar aumento da capacidade de produção de alimentos e não apenas de divisão. Por isso, o número elevado de pessoas por domicílio e até mesmo por dormitório não necessariamente significa aumento de privações de espaço, privacidade ou alimentos.

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS

Na tabela 02 visualiza-se que mais de 90% destas mulheres moram com marido ou companheiro, bem maior do que o estimado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), menos de 70% entre as mulheres da região Norte. Apenas 10,9% delas são chefes de família, demonstrando que nesta população quando há presença do homem no domicílio, ele ainda é considerado o provedor do lar, característica do Brasil Rural onde isto acontece em 14,9% dos domicílios contra 23,9% no urbano (BRASIL, 2009).

Tabela 02 - Características das famílias de mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

Família e renda	N	%
União estável		
Sim	245	91,8
Não	22	8,2
Total	267	100,0
Chefe da família		
Marido	222	83,5
Mulher	29	10,9
Outros	15	5,6
Total	266	100,0
Trabalha fora		
Sim	92	34,8
Não	172	65,2
Total	264	100,0
Tipo de ocupação		
Do lar	172	65,2
Doméstica	15	5,7
Serviços	62	23,4
Agricultura	15	5,7
Total	264	100,0
Quanto tempo está trabalhando		
< 6 meses	22	24,2
6 meses - 3 anos	14	15,4
> 3 anos	55	60,4
Total	91	100,0

Enquanto o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) refere que 46,1% das mulheres da região Norte do Brasil estão inseridas no mercado de trabalho, o menor percentual entre as regiões, no Jordão apenas um terço das mulheres trabalha fora de casa. Uma forte demonstração de que estas mulheres ainda ocupam um papel fundamental na organização e execução das atividades domésticas, mas sua inserção no mercado de trabalho formal ainda é muito baixa se comparado a outras regiões do país.

Isto se deve também à escassez de oportunidades de emprego e geração de renda na região. É possível que com o aquecimento da economia propiciado pelos programas de renda mínima, como o estímulo ao pequeno comércio e à possibilidade de compra de serviços, este quadro esteja mudando positivamente.

Porém, quando trabalham fora, predominantemente o fazem na área de serviços, o que normalmente exige um grau mínimo de formação e isto, demonstra mais uma vez que a escolaridade faz diferença para a possibilidade de a mulher contribuir financeiramente no lar.

Estes dados retratam uma composição familiar tradicionalista no Jordão onde as mães viverem com seus companheiros e na grande maioria das vezes este companheiro é considerado o chefe da família, ficando a mulher predominantemente responsável pelos cuidados com a casa e com a prole, ainda que tenham diversas atividades produtivas tais como a agricultura e criação de animais.

4.3 ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: GRAVIDEZ

Visualizando-se a tabela 03 chama atenção a baixíssima cobertura da assistência à saúde da mulher. Enquanto já se fala na maior parte do Brasil em cobertura universal do pré-natal e do parto, em melhorar a atenção à saúde da mulher no pós-parto e na continuidade da sua vida como mulher, no Jordão mais da metade das mães não teve acesso sequer a um consulta de pré-natal. Isto sugere que os 4% das mães de nascidos vivos nascidos entre 2001 e 2005 na Região Norte que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) não fizeram pré-natal, devem estar em municípios com condições semelhantes à do Jordão. Para que se estenda a cobertura universal a estas regiões, será necessário um alto investimento em logística para chegar a lugares tão isolados.

Tabela 03 - Características relacionadas à gestação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

Gestação	N	%
Nº de consultas durante a gestação (pré-natal)		
Fez ao menos uma consulta	121	45,5
Nenhuma consulta	145	54,5
Total	266	100,0
Tomou vacina na gestação		
Sim	201	81,4
Não	43	17,4
Não sabe/lembra	3	1,2
Total	247	100,0
Internou durante a gestação		
Sim	22	8,3
Não	244	91,7
Total	266	100,0
Fumou na gestação		
Sim	104	39,1
Não	162	60,9
Total	266	100,0
Ingeriu bebida alcoólica na gestação		
Sim	32	12,0
Não	234	88,0
Total	266	100,0
Sangramento na gestação		
Sim	20	7,6
Não	242	92,4
Total	262	100,0
Malária na gestação		
Sim	19	7,4
Não	238	92,6
Total	257	100,0

A vacinação contra o tétano destoa nesta realidade e é um exemplo de que é possível chegar até estas populações quando isto é encarado como prioridade. Como

o tétano neonatal foi uma das doenças de maior impacto na mortalidade infantil, foram feitos vários esforços para erradicação, resultando numa cobertura de 81,4% no Jordão, bem próximo dos 85% esperado para a Região Norte (BRASIL, 2009), o que ainda não é o ideal (100%). Como foi possível chegar com vacina, talvez seja possível chegar com informação e atenção, que são fatores imprescindíveis para um bom pré-natal.

Ainda na tabela 03, se observa que quase 40% delas fumaram e 32% ingeriram bebida alcoólica durante a gestação, talvez colocando em risco não só a saúde do feto, mas também delas próprias. Isto aponta a necessidade que há nesta região de orientação sobre os riscos do uso de bebidas alcoólicas e fumo durante a gestação, e para além do ciclo gravídico-puerperal.

4.4. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: PARTO E PÓS-PARTO

Observando a tabela 04 constata-se que 44,9% dos partos foram assistidos por parteiras, enquanto apenas 30,7% foram por profissionais de saúde, 96,6% dos casos foram por via vaginal e 55,8% aconteceram do domicílio. Isto são aspectos bem peculiares da Amazônia.

Sem dúvida é preferível que todas as mulheres recebem atenção por profissional qualificado, porém devido ao alto índice de intervenções obsoletas e potencialmente danosas utilizadas na assistência ao parto no Brasil (episiotomias, partos acelerados com ocitocina, negação do direito a acompanhantes, etc.) quanto maior a frequência de parto hospitalizado maior o número de intervenções no parto vaginal, entre outras, com suas potenciais complicações.

Porém, esta falta de assistência pelos serviços de saúde especializados podem ainda ter alguma vantagem: o reduzido índice de partos cesarianos e de intervenções no parto vaginal e suas complicações, como o aumento do risco de infecções e hemorragia, e mais dor no pós-parto devido às intervenções e as feridas cirúrgicas resultantes da episiotomia e da cesárea. Também para os recém-nascidos, o fato de nascerem de partos espontâneos e sem o recurso à cirurgia ou a drogas como

ocitocina, reduz as chances de prematuridade iatrogênica, baixo peso ao nascer e dificuldades na transição respiratória.

Acredita-se que é possível expandir a cobertura das ações de saúde materna e oferecer um cuidado seguro e efetivo às mães e bebês, incluindo os partos domiciliares com referência apropriada e cuidado baseado na humanização e nas melhores evidências científicas.

Tabela 04 - Aspectos relacionados à assistência ao parto e puerpério das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

Parto e puerpério	N	%
Nº de gestações		
Uma vez	36	13,7
2 a 3 vezes	92	35,0
4 a 5 vezes	54	20,5
> 5 vezes	81	30,8
Total	263	100,0
Nº de filhos menores de cinco anos		
Um filho	130	48,7
2 filhos	104	39,0
> 2 filhos	33	12,3
Total	267	100,0
Local do parto		
Casa	148	55,8
Hospital / unidade mista	117	44,2
Total	265	100,0
Tipo de parto		
Natural	158	96,6
Cesariana	9	3,4
Total	167	100,0

Continuação - Tabela 04 - Aspectos relacionados à assistência ao parto e puerpério das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

Quem fez o parto		
Profissional de saúde	82	30,7
Parteira	120	44,9
Sozinha	13	4,9
Outra pessoa	52	19,5
Total	267	100,0
Sangramento no parto ou após		
Sim	44	16,5
Não	222	83,5
Total	266	100,0
Febre após o parto		
Sim	44	16,5
Não	222	83,5
Total	266	100,0
Internou depois do parto (até 45 dias após)		
Sim	14	5,2
Não	253	94,8
Total	267	100,0

No Jordão, não se pode dizer que os partos realizados no domicílio ocorreram sem assistência, por causa da forte presença de parteiras que ainda dão uma grande contribuição para o sucesso dos partos em lugares onde a assistência médica é quase inexistente. Tão importantes que em lugares mais desenvolvidos já um forte movimento para a reinserção destas mulheres como profissionais obstetras.

Em países desenvolvidos, tem havido um estímulo ao retorno ao parto domiciliar para gestantes saudáveis, com assistência qualificada e retaguarda apropriada. No caso de Jordão, quando as mulheres dão à luz no domicílio, muitas vezes sem um cuidador qualificado, elas têm como desvantagem a falta de assistência para eventuais complicações, e os riscos decorrentes. Porém, tendem a ter um pós-parto mais confortável e um melhor ajustamento ao puerpério e amamentação.

A baixa frequência de cesarianas protegeria as mulheres e bebês dos riscos associados, como maiores taxas de complicações como infecções e hemorragias maternas, e para o recém-nascido, maiores taxas de dificuldades respiratórias e de baixo peso ao nascer por prematuridade iatrogênica.

O estudo “Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer” (BRASIL, 2004) mostrou que a prática da cesariana foi mais alta nas regiões mais desenvolvidas do país (Sudeste, Sul e Centro-Oeste) e entre mulheres com maior escolaridade e de grupos etários mais velhos. Esses resultados contrariam a recomendação da Organização Mundial da Saúde de partos cesáreos não ultrapassarem 15% do total de nascimentos.

Um dos problemas relacionados aos partos cesáreos é o baixo peso ao nascer. Vários autores têm defendido que o excesso de medicalização do parto, especialmente cesáreas e induções, é associado ao baixo peso e à prematuridade iatrogênica. Em coorte de nascidos vivos em 1982, 1993 e 2004, em Pelotas (RS), mostrou-se que a prevalência de prematuridade cresceu (6,3% em 1982 para 16,2% em 2004), havendo a uma redução de 47 gramas na média do peso ao nascer, apesar da melhoria das condições de vida materna (BARROS ET AL, 2005). Os autores interpretam que a excessiva medicalização, incluindo indução do parto, maior proporção de partos cesáreos e ultra-sonografias imprecisas ou mal interpretadas, tem um papel central neste quadro.

Análise realizada no Município do Rio de Janeiro, segundo estabelecimento onde se realizou o parto (público ou privado), confirma a influência da medicalização excessiva, além da impressionante porcentagem (87%) de partos por cesárea no setor privado LEAL ET AL (2004). Dados do SINASC naquele município mostraram que em 2005 a proporção de bebês de baixo peso foi maior entre as mães que passaram por uma cesariana.

É possível que a menor taxa de intervenções no parto na Região Norte esteja relacionada com a menor taxa de baixo peso. Apesar da maior frequência de mulheres com condições de vida precárias (o que sem dúvida contribui para desfechos neonatais inferiores), esta diferença a favor das gestantes das regiões mais

ricas pode ser anulada pela excessiva medicalização. Porém há uma nítida relação entre o aumento da taxa de cesárea e a de baixo peso nas regiões do Brasil.

Os dados sobre tipo de parto, pré-natal e local de nascimento indicam o quanto a assistência à mulher na Amazônia é pouco presente. Em relação ao tipo de parto e local em que este ocorreu pode ter sido um fator protetor aos paradoxos da assistência à gestante, uma vez que quanto maior a frequência de parto hospitalizado maior o número de intervenções inapropriadas no parto vaginal.

No Brasil, infelizmente tem havido resistência por parte dos serviços à incorporação das mudanças de paradigma a assistência ao parto, que propõe uma atenção mais amigável com a mulher e a família, mais humanizada, fisiológica e não intervencionista ao ciclo gravídico puerperal. A Medicina Baseada em Evidências mostrou que a maioria dos procedimentos usados de rotina no parto - tais como: episiotomias, partos acelerados com ocitocina, negação do direito a acompanhantes, cesárea de rotina no setor privado, entre outros - não se confirmaram nem como efetivos (não tornam o parto 'mais saudável'), nem seguros (aumentam o sofrimento, os riscos e seqüelas potenciais), para mães e bebês. A mudança para uma assistência mais fisiológica e amigável e poderia melhorar tal paradoxo (DINIZ ET al, 2007).

Estudo realizado na Amazônia Peruana, do outro lado da fronteira da região estudada, mostrou que muitas mulheres que tem acesso a assistência ao parto em instituições se recusa a sair do domicílio, pois no parto institucionalizado são proibidas de ter acompanhantes, são submetidas a episiotomias e à dolorosa aceleração de parto, entre outros procedimentos considerados por elas como agressivos e desvantajosos. As mulheres de origem indígenas são ainda mais resistentes, pois os serviços descartam a placenta e não permite as bebidas tradicionais. É importante que os serviços de saúde materna reconheçam as necessidades de acolhimento e conforto materno, oferecendo uma assistência humanizada e respeitosa de seus valores e preferências (AVELLANEDA, 2009).

4.5 CARACATERÍSTICAS DE AMAMENTAÇÃO

Na tabela 05 observa-se que 40,7% das mães tiveram um tempo de amamentação de pelo menos um ano e 27% pararam de amamentar antes dos seis meses, período esperado que haja amamentação exclusiva. Quando se analisa o período de amamentação exclusiva os resultados encontrados indicam 70% delas fizeram por um período de apenas trinta dias e que 59% introduziram outro tipo de leite antes da criança completar um mês de vida.

A PNDS 2006 mostra que o aleitamento materno, no Brasil, está muito afastado dos padrões recomendados pelos organismos nacionais e internacionais. Aponta ainda que é uma prática que necessita ser promovida e protegida, considerando-se a população brasileira em geral, observando-se com atenção especial os filhos e filhas de mulheres socialmente mais vulneráveis. A alimentação complementar dos lactentes também merece cuidados dos serviços e profissionais de saúde, sobretudo para promover e orientar a introdução de alimentos à dieta das crianças pequenas na idade apropriada e com alimentos adequados do ponto de vista da qualidade e da aceitação social e cultural (BRASIL, 2009).

O que se observa no Jordão é que as recomendações de aleitamento materno exclusivo até os seis meses e os cuidados com a introdução de outros alimentos na dieta da criança ainda não causaram mudanças nos hábitos das mães. Possivelmente há uma influência cultural na aceitação ou não de tais recomendações, mas a baixa escolaridade das mães e o baixo acesso ao pré-natal apontados na presente pesquisa mostram verdadeiramente a dificuldade de acesso à informação.

Com dificuldade de logística para se manter equipes de saúde trabalhando nestes locais as parteiras também poderiam ser valorizadas neste processo, sendo potencializadas como lideranças estratégicas nas comunidades na orientação sobre os benefícios da amamentação.

Tabela 05 - Aspectos relacionados à amamentação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

Amamentação	N	%
Tempo total de amamentação		
Menos de 120 dias	70	27,6
120 a 365 dias	79	31,1
Mais de 365 dias	105	41,3
Total	254	100,0
Tempo de amamentação exclusiva		
Até 30 dias	180	70,0
Após 30 dias	77	30,0
Total	257	100,0
Quando introduziu outro tipo de leite		
Até 30 dias	153	59,3
Após 30 dias	105	40,7
Total	258	100,0

Com relação à alimentação complementar, recomenda-se sua introdução a partir dos 4-6 meses (WHO, 2001) uma vez que são conhecidas as variações da velocidade de crescimento de crianças nas diferentes regiões do mundo. Além disso, se reconhece que em circunstâncias individuais (exemplo: trabalho materno) torna-se difícil a amamentação exclusiva por seis meses (GIUGLIANI e VICTORA, 1997).

Mesmo que algumas crianças amamentadas exclusivamente ao seio apresentem uma desaceleração do ganho de peso antes dos quatro meses, o risco de infecção, como diarreias ou alterações do estado nutricional é vastamente maior se alimentos complementares forem introduzidos nesta fase (VICTORA, et al., 1987). Ademais, em populações de baixo nível sócioeconômico, quanto menor a criança e maior o período de amamentação, maior a proteção conferida pelo leite materno (HABICHT, et al., 1986; VICTORA, et al., 1987).

4.6 ESTADO NUTRICIONAL

Na tabela 06 é possível observar que a percentual de baixo peso entre as mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão é de 3,4%, igual ao que aponta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) para as mulheres em idade fértil na Região Norte do Brasil, sendo este valor o segundo mais baixo entre as Macrorregiões brasileiras, não sugerindo riscos a saúde destas mulheres.

O excesso de peso e a obesidade nesta pesquisa foi 33,7% e 6,0% respectivamente, enquanto segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) 41,1% das mulheres nortistas apresentam excesso de peso e o dobro de obesidade 12,7% que no Jordão, provavelmente pelas características rurais desta população, uma vez que a obesidade tende a aumentar com a urbanização.

Por outro lado a anemia é uma condição que preocupa, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), nas mulheres da Região Norte, ela estava presente em 19,3%, o índice mais baixo entre as Macrorregiões, enquanto nesta pesquisa o valor chegou a 26,1% - valor entre o das mulheres do Sul (24,8%) e Sudeste (28,5%).

A situação de anemia entre as mulheres do Jordão não chega perto ao relatado na PNDS para o Nordeste (39,1%). É importante ressaltar que na pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) as mulheres eram de idade reprodutiva e nem todas tiveram filhos, enquanto nesta pesquisa são todas mães de crianças menores de cinco anos, podendo haver influencia das gestações no aumento da prevalência de anemia. É possível que as taxas mais baixas de anemia quando comparadas com as regiões mais ricas Sul e Sudeste, encontradas na PNDS e neste estudo, se devam a algum fator protetor da dieta na região amazônica, que possa aportar os nutrientes necessários à prevenção da anemia.

Outro possível fator protetor no caso de Jordão é a baixa taxa de intervenções no parto, se consideramos que há um grande aumento da perda sanguínea com intervenções como a episiotomia e os fórceps. Na cesárea também, a perda sanguínea considerada “anormal” é de >1.000 ml de sangue, enquanto no parto vaginal é de

>500ml. Sabe-se também que o uso de ocitocina para a aceleração do parto, usado de rotina no SUS, também aumenta o risco de hemorragia. Tais riscos adicionais não ocorrem no parto domiciliar.

Tabela 06 - Estado nutricional de mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

Estado nutricional	N	%
IMC		
Baixo peso	9	3,4
Eutrófico	168	62,9
Sobrepeso	74	27,7
Obesidade	16	6,0
Total	267	100,0
Anemia		
Sim	69	26,1
Não	195	73,9
Total	264	100,0

4.7 ESTADO NUTRICIONAL E FATORES SOCIECONÔMICOS

Na tabela 07 observa-se a homogeneidade da distribuição do baixo peso das mulheres mães no Jordão quando se trata das condições socioeconômicas. Não há diferença para baixo peso entre as faixas etárias, níveis de escolaridade, o fato de ser ou não indígena, morar na zona rural ou urbana, nível de riqueza ou amparo social e ainda tamanho da família e da casa.

A anemia também não apresentou diferença entre nenhum dos fatores socioeconômicos, com destaque apenas para algumas tendências de redução do percentual com o aumento da idade, urbanização e acesso a programas sociais.

Porém o excesso de peso se apresenta de forma diferente de acordo com a condição socioeconômica, principalmente quando se trata de ascendência indígena e

estar inscrita em programas sociais. As mulheres com ascendência indígena apresentaram 41,4% de excesso de peso, enquanto as não indígenas apenas 26,5% com diferença significativa e as mulheres que recebem algum auxílio social apresentaram frequência de 50% enquanto as que não recebem, apenas 29,7%. Isto chama atenção, uma vez que estas mulheres são justamente as que recebem mais atenção do serviço de saúde, levando a crer que este acompanhamento pode não estar levando em consideração este indicador de saúde, mas por outro lado se for considerado prioritário, a chance de sucesso na prevenção da obesidade é maior.

A obesidade envolve uma complexa relação entre corpo-saúde-alimento e sociedade, uma vez que os grupos têm diferentes inserções sociais e concepções diversas sobre estes temas, que variam com a história. Para as classes populares, há uma valorização estética da corpulência e da gordura, especialmente entre as mulheres. A gordura parece ser vista como um símbolo do seu poder na família, sem conotação negativa; ao contrário, entre elas parece imperar um padrão estético próprio de apreciação da corpulência, oposto ao das classes privilegiadas (ZALUAR, 1985; BOLTANKI, 1989; TONIAL, 2001)

Com relação à associação entre obesidade e pobreza, SAWAYA (1997) discute algumas hipóteses: a primeira seria de que as populações em situações de carência teriam uma susceptibilidade genética para o desenvolvimento da obesidade, como fator protetor em escassez de alimentos. Desta forma, quando em situações de abundância alimentar, tais "genes ligados à obesidade" poderiam se tornar deletérios ou não protetores, levando ao ganho ponderal excessivo.

Uma segunda hipótese seria de que uma desnutrição energético-protéica precoce poderia promover a obesidade no futuro. A terceira hipótese levantada pela autora discute a possibilidade de que, independentemente de fatores genéticos, a melhoria das condições de vida seria o fator preponderante para o excesso de peso na população (SAWAYA, 1997). Esta melhoria estaria associada a fatores como alta ingestão calórica com redução do consumo de fibras, aumento do consumo de gorduras e açúcares e redução da atividade física. Esta última relação tem sido apontada por outros estudos (SICHERI, 1998; PEÑA; BACALLAO, 2000; MONDINI; MONTEIRO, 2000; SAWAYA, 1997).

Tabela 07 - Associação entre estado nutricional e características socioeconômicas relacionadas às mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

	N	Baixo peso		Excesso de peso		Anemia	
		%	P	%	P	%	P
Idade			0,344		0,109		0,976
< 20 anos	48	-		22,9		27,1	
20 – 34 anos	178	3,90		34,3		26,1	
> 34 anos	41	4,9		43,9		25,0	
Escolaridade			0,847		0,720		0,355
Analfabeta	39	2,6		41,0		34,2	
1 - 4 anos	115	2,6		32,2		23,9	
5 - 8 anos	62	4,8		30,6		30,6	
> 8 anos	46	4,3		34,8		19,6	
Indígena			0,178		0,011		0,476
Sim	116	1,7		41,4		24,3	
Não	147	4,8		26,5		28,3	
Zona de moradia			0,921		0,358		0,170
Sede (urbana)	123	3,3		36,6		22,1	
Fora da sede (rural)	144	3,5		31,3		29,6	
Está inscrita em prog. Social			0,884		0,005		0,310
Sim	54	3,7		50,0		20,8	
Não	212	3,3		29,7		27,6	
Nº de moradores no domicílio			0,365		0,119		0,898
< 5 moradores	88	1,1		27,3		25,0	
5 - 10 moradores	158	4,4		38,6		26,3	
> 10 moradores	21	4,8		23,8		30,0	
Nº de moradores/dormitório			0,149		0,331		0,899
< 6 moradores	158	2,5		31,6		26,8	
> 5 moradores	79	6,3		38,0		26,0	

4.8 ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DAS FAMÍLIAS

Na tabela 08 observa-se que o baixo peso e a anemia não aparecem de forma diferente nas mulheres que moram ou não com companheiro, são ou não chefes de família, trabalham ou não fora de casa, tipo de ocupação ou tempo disponibilizado ao labor remunerado.

Porém, as mulheres que moram com companheiro e as que este companheiro é o chefe da família apresentam mais excesso de peso. Por outro lado um dado interessante é que as mulheres que trabalham fora também têm mais excesso de peso, tendendo a aumentar quando este trabalho fora é diferente de atividades doméstica e é um emprego estável. Isto pode indicar uma tendência de aumento do excesso peso quando há uma estabilidade conjugal e financeira, possivelmente pela segurança do acesso aos alimentos.

Apesar da anemia não se apresentar de forma significativamente diferente em nenhum das características ela tende a ser maior entre as mulheres que vivem com o marido, também quando o marido é o chefe da família e quando não trabalha fora, tendo como principal ocupação a atividade doméstica. Isto pode se dar pelo fato das mulheres que trabalham fora possivelmente têm acesso a outros tipos de alimentos e também demonstra a tendência de redução da anemia com a melhora das condições de vida, uma vês que estas mulheres somam na renda familiar.

Estes dados mostram uma condição interessante que na medida em que os fatores relacionados ao incremento de renda e à independência da mulher há uma tendência ao aumento do peso e a redução da anemia, reforçando neste caso a idéia de que o aumento de peso nesta população está relacionado à melhoria da qualidade de vida. Isto chama a atenção para a necessidade de se acompanhar as mudanças de hábito desta população para que na medida em que haja melhora nas condições de vida, não se instale uma epidemia de obesidade.

Tabela 08 - Associação entre estado nutricional e características das famílias das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

	N	Baixo peso		Excesso de peso		Anemia	
		%	P	%	P	%	P
União estável			0,360		0,038		0,163
Sim	236	3,7		35,5		27,3	
Não	22	-		13,3		13,6	
Chefe da família			0,397		0,094		0,495
Marido	213	4,1		36,5		26,9	
Mulher	29	-		24,1		24,1	
Outros	15	-		13,3		13,3	
Trabalha fora			0,553		0,083		0,630
Sim	92	2,2		40,2		19,6	
Não	172	3,5		29,7		30,2	
Tipo de ocupação			0,785		0,202		0,327
Do lar	172	3,5		29,7		30,2	
Doméstica	15	-		26,7		20,0	
Serviços	62	3,2		41,9		19,4	
Agricultura	15	-		46,7		20,0	
Quanto tempo está trabalhando			0,633		0,176		0,240
< 6 meses	22	4,5		22,7		13,6	
6 meses - 3 anos	14	-		42,9		35,7	
> 3 anos	55	1,8		45,5		18,2	

4.9 ESTADO NUTRACIONAL E ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: GRAVIDEZ

Na tabela 09 visualiza-se que a assistência à gestante e o comportamento das mulheres no Jordão durante a gestação também não influencia no baixo peso, mas observa-se um percentual um pouco maior de mulheres com baixo peso entre as que não fizeram pré-natal, possivelmente pela falta de orientação para suplementação durante o período da gestação.

Tabela 09 - Associação entre estado nutricional e aspectos relacionados à gestação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

	N	Baixo peso		Excesso de peso		Anemia	
		%	P	%	P	%	P
Nº de consultas na gestação (pré-natal)			0,154		0,998		0,008
Fez ao menos uma consulta	121	1,7		33,9		18,3	
Nenhuma consulta	145	4,8		33,8		32,9	
Tomou vacina na gestação			0,822		0,333		0,833
Sim	201	4,0		34,8		24,2	
Não	43	2,3		27,9		27,9	
Não sabe/lembra	3	-		66,7		33,3	
Internou durante a gestação			0,753		0,497		0,505
Sim	22	4,5		27,3		31,8	
Não	244	3,3		34,4		25,3	
Fumou na gestação			0,738		0,056		0,585
Sim	104	3,8		26,9		27,7	
Não	162	3,1		38,3		24,7	
Ingeriu álcool na gestação			0,259		0,260		0,906
Sim	32	-		25,0		25,0	
Não	234	3,8		35,0		26,0	
Sangramento na gestação			0,516		0,199		0,235
Sim	20	5,0		45,0		35,0	
Não	242	3,3		33,1		25,1	
Malária na gestação			0,505		0,317		0,195
Sim	19	5,3		42,1		36,8	
Não	238	3,4		34,0		25,1	

Dos aspectos relacionados à gestação o único que apresentou alguma diferença no excesso de peso, próxima à significância estatística, foi o uso do cigarro. Como esperado as mulheres fumantes ganham menos peso, mas isso não significa que fumar possa ser indicado para controle do peso, uma vez que o cigarro além de prejudicar o bebê prejudica a saúde materna em diversos aspectos, entre eles, osteoporose, aterosclerose e câncer.

Em relação à anemia houve diferença significativa da prevalência entre as mulheres que fizeram (18,3%) pré-natal e as que não fizeram (32,9%). Demonstrando mais uma vez que o acompanhamento e suplementação de ferro durante a gestação são importantes não só para a manutenção da saúde da mulher e da criança durante o período gestacional, mas também para continuidade da vida da mãe.

Neste caso, não se sabe até que ponto as mulheres que fizeram uma consulta durante a gravidez receberam suplementação de ferro e orientações com relação à alimentação, mas sinaliza para a diferença entre quem recebe atenção e que está excluído deste processo.

SZARFARC e col. (1982) avaliaram a influência do número de consultas do atendimento pré-natal na deficiência de ferro entre gestantes de 36 semanas ou mais, em comparação ao atendimento pré-natal satisfatório. As participantes foram distribuídas em três grupos: padrão (com atendimento pré-natal satisfatório); com algum atendimento pré-natal (CPN); e sem pré-natal (SPN). Os grupos CPN e SPN tiveram cerca de 3 e 6,5 vezes mais anêmicas que o grupo padrão, respectivamente. As gestantes do grupo padrão apresentaram níveis de concentração de hemoglobina significativamente maiores que as do grupo CPN e ainda maiores do que as do grupo SPN. Ainda, houve diferenças estatisticamente significantes quando as médias de hemoglobina das três populações foram comparadas duas a duas. Os autores aconselham a necessidade do aumento da cobertura e da uniformização na qualidade dos serviços de pré-natal.

4.10 ESTADO NUTRICIONAL E ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA: PARTO E PÓS-PARTO

A homogeneidade entre as mulheres com baixo peso no Jordão também aparece quando se trata da assistência ao parto como é possível observar na tabela 10, porém há um percentual um pouco maior de mulheres com baixo peso entre as que pariram em casa.

Na relação assistência ao parto e excesso de peso, a única variável que apresentou associação foi quem fez o parto, onde é possível observar percentual maior de mulheres com excesso de peso entre as que tiveram parto assistido por profissionais de saúde.

Como referido anteriormente, as mulheres que trabalham fora tendem a ter excesso de peso, é possível que estas mulheres tenham também mais acesso ao atendimento de saúde. As mulheres indígenas também têm mais excesso de peso e também tem mais acesso ao serviço de saúde, apesar de historicamente nas comunidades indígenas prevalecer o parto domiciliar.

O excesso de peso apresentou uma tendência de aumento com o número maior de gestações, possivelmente influenciado pelo próprio aumento da idade e também pelo curto período de amamentação. Uma vez que a amamentação despende uma grande quantidade de energia, o que normalmente leva ao retorno do peso anterior à gestação.

A anemia apresentou uma tendência de aumento quanto maior a quantidade de filhos menores de cinco anos, presença de sangramento e febre durante ou após o parto e diferença significativa ($p = 0,007$) entre as mulheres que tiveram internadas até 45 dias após o parto. Segundo SZARFARC (1983) durante a gestação de mulheres não anêmicas os níveis de hemoglobina tendem a se reduzir até o sétimo mês de gestação e voltam a aumentar até o final dela, e a relação entre ferro sérico e capacidade total de ligação ferro sugere a existência de uma situação de depleção dos estoques marciais em consequência do insuficiente fornecimento de ferro.

A baixa cobertura de pré-natal e complicações na gestação, no parto e pós-parto pode estar interferindo na recuperação destes estoques marciais, e quando a complicação decorrente do parto atinge gravidade suficiente para provocar uma internação, a anemia se mostra ainda mais presente.

Tabela 10 - Associação entre Estado nutricional e aspectos relacionados à assistência ao parto e puerpério das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

	N	Baixo peso		Excesso de peso		Anemia	
		%	P	%	P	%	P
Nº de gestações			0,076		0,060		0,483
Uma vez	36	-		19,4		16,7	
2 A 3 vezes	92	-		29,3		28,3	
4 A 5 vezes	54	5,6		35,2		24,1	
>5 vezes	78	4,9		43,2		29,5	
Nº de filhos < cinco anos			0,943		0,969		0,152
Um filho	129	3,1		33,1		20,9	
2 filhos	103	3,8		34,6		30,1	
>2 filhos	32	3,0		33,3		34,4	
Local do parto			0,178		0,475		0,800
Casa	148	4,7		35,8		25,3	
Hospital - unidade mista	117	1,7		31,6		26,7	
Tipo de parto			0,569		0,158		0,786
Natural	249	3,5		32,9		26,3	
Cesariana	9	-		55,6		22,2	
Quem fez o parto			0,536		0,050		0,609
Profissional de saúde	82	1,2		39,0		23,2	
Parteira	120	4,2		29,2		29,7	
Sozinha	13	7,7		7,7		30,8	
Outra pessoa	52	3,8		42,3		21,6	
Internou depois do parto até (45 dias)			0,473		0,457		0,007
Sim	14	-		42,9		57,1	
Não	253	3,6		33,2		24,4	
Sangramento no parto ou após			0,191		0,549		0,499
Sim	44	-		34,1		27,3	
Não	242	4,1		33,8		26,0	
Febre após o parto			0,545		0,118		0,429
Sim	222	2,3		25,0		23,8	
Não	44	3,6		35,6		26,7	

4.11 ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DE AMAMENTAÇÃO

A amamentação não apresentou associação com baixo peso, nem com excesso de peso entre as mulheres no Jordão como se pode visualizar na tabela 11. Porém houve uma relação entre anemia e baixo tempo de amamentação exclusiva. Neste caso, os sintomas da anemia podem está influenciando na reduzindo o tempo de amamentação.

A crença de que o leite materno não é forte suficiente para nutrir a criança é dos principais fatores que leva à inserção de outros alimentos precocemente na alimentação das crianças, quando a mãe apresenta sintomas de fraqueza (comum em mulheres anêmicas) pode reforçar este mito. Neste estudo não foi possível coletar dados mais detalhados relacionados à cultura alimentar desta população, mas durante o período de coleta foi comum o relato de que algumas crianças só recebiam o leite materno após sete dias de vida, possivelmente influenciado pela mortalidade infantil relacionado ao tétano neonatal.

Tabela 11 - Associação entre estado nutricional e aspectos relacionados à amamentação das mulheres, mães de crianças menores de cinco anos no Jordão, Acre, Brasil, 2005.

	N	Baixo peso		Excesso de peso		Anemia	
		%	P	%	P	%	P
Tempo total de amamentação			0,332		0,303		0,066
Menos de 120 dias	77	5,7		28,6		22,9	
120 a 365 dias	79	1,3		40,5		36,4	
Mais de 365 dias	110	3,6		33,6		22,0	
Tempo de amamentação exclusiva			0,359		0,459		0,038
Até 30 dias	180	3,3		32,7		29,2	
Após 30 dias	77	1,3		37,1		16,9	
Quando introduziu outro tipo de leite			0,356		0,916		0,314
Até 30 dias	153	2,6		34,4		28,5	
Após 30 dias	105	4,8		33,8		22,9	

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostrou que as mulheres mães de crianças com 5 anos ou menos, apesar de viver em situação sócio-econômica precária, já vivenciam a transição nutricional. Foi possível observar que entre as mulheres menores de cinco anos no Jordão, Acre, o baixo peso se apresenta de forma normal, não sinalizando como um grande problema de Saúde Pública, ao contrário do excesso de peso e da anemia, que apesar de ainda não se configurar com a gravidade que se encontra de modo geral no Brasil, apresenta uma tendência a agravar conforme se promovem mudanças na ordem econômica, como os programas de transferência de renda.

Chama a atenção o fato de que a proporção de mulheres com baixo peso é baixa e dentro dos níveis normais esperados. As taxas de sobrepeso e obesidade estão em ascensão. O excesso de peso tende a aparecer mais entre as mulheres que trabalham, têm acesso a programas sociais, vivem com o marido, têm mais filhos e entre as indígenas.

Estes achados demonstram importância da inclusão dos temas sobre nutrição materna e prevenção do excesso de peso, tanto nas ações de saúde materna, quanto nos programas de transferência de renda. Este achado aponta para a necessidade de políticas públicas de educação alimentar que possa fazer frente a este novo desafio de saúde pública.

A prevalência de anemia, por outro lado, tende se a reduzir com a melhoria das condições sociais e com melhor acesso ao serviço de saúde. As taxas de anemia são altas, porém chama a atenção o fato de que as mulheres da região Norte tenham taxas menores que aquelas de regiões mais ricas, como Sul e Sudeste. Pode-se especular na presença de alimentos ricos em nutrientes protetores contra a anemia, dada a escassez de alimentos em Jordão.

É necessária a tomada de estratégias mais eficientes para atingir esta população com assistência pré-natal e pós-natal. Foi observado que no Jordão é baixa cobertura de ações da saúde materna (pré-natal, parto em instituições). Se por um lado esta baixa cobertura protege as mulheres de procedimentos desnecessários e

potencialmente danosos, como a episiotomia, as induções de parto e as cesáreas desnecessárias (e sua associada prematuridade iatrogênica), por outro lado, há uma carência de acesso a ações potencialmente benéficas, como o rastreamento de infecções e de hipertensão, assim como do acesso à assistência hospitalar para as mulheres que dela necessitam. É possível ter cobertura universal e assistência humanizada e baseada em evidências na gravidez e no parto, com reduzida iatrogenia. Há uma forte presença de parteiras tradicionais nesta região e estas podem ser potencializadas como meio de intermediação e difusão de informações na comunidade e também melhorar seus próprios hábitos no cuidado às mulheres.

Espera-se com este estudo chamar a atenção para a necessidade de estudos mais ricos sobre a saúde materna e suas problemáticas no tocante ao estado nutricional. Clama-se que a mulher tenha mais visibilidade no contexto dos estudos de saúde materno-infantil e não seja vista como mero casulo que gera e alimenta uma criança, mas como um ser humano cheio de necessidades complexas.

Mas principalmente, alertar a comunidade científica sobre as condições de saúde de uma população tão isolada e ao mesmo tempo com uma grande importância para a preservação da Amazônia e para a preservação de culturas tradicionais.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acre Governo do Estado. Zoneamento Econômico - Ecológico. Populações e Terras Indígenas. Governo do Acre. Disponível em:<http://www.ac.gov.br/meio_ambiente/Vol-II/11_ZEE_V_II_Pop_indigenas.pdf>(acesso dia 24 de julho de 2008).

Acre Governo do Estado. Secretaria de Estado de Saúde (SESACRE). Boletim Informativo - Departamento de Ações Básicas em Saúde (DABS) Ano I - Nº 2 - abril a junho de 2007. Disponível em: <http://www.saude.ac.gov.br/portal/images/publicacoes/dabs2.pdf> (acesso dia 28 de julho de 2008).

Anjos LA, Engstrom EM. Relação do estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. *Revista de Saúde Pública*,1996;30:233-239.

Anjos LA. Índice de massa corporal como indicador do estado nutricional de adultos. *Revista de Saúde Pública*,1992;26:431-436.

Aquino TV de; Iglesias MP. Kaxinawás do Rio Jordão: História, Território, Economia e Desenvolvimento Sustentado. Comissão Pró-índio do Acre; (1994).

Avellaneda, Rosario Del Socorro Y. Sem kutipa: concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2009.

Barros FC, Victora CG, Barros AJD, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet* 2005; 365:847-54

Batista Filho M.; Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais *Cadernos de Saúde Pública*, 2003; 19:181-191.

Benício MHD'A; Monteiro CA; Venâncio SY; Cotrin LS; Konno SC; Lima FD. Novas estimativas para a prevalência da desnutrição na infância nos 5507 municípios brasileiros a partir de modelos multinível. São Paulo: NUPENS/USP; 2004.

Boltanski, L. As classes sociais e o corpo. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 191 p. (Biblioteca de Saúde e Sociedade, v. 5).

Bouchard C. Atividade e Obesidade. Traduzido por Halpern, A.; Costa, R. F. 1º Ed.Brasileira; Editora Manole; 2003. Título original: Physical Activity and Obesity, 2000. 469 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde reprodutiva: gravidez, assistência pré-natal, parto e baixo peso ao nascer. In: SaúdeBrasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 71-83.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.: il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

Coitinho DC. A influência da história reprodutiva no índice de massa corporal de mulheres brasileiras. Tese de doutorado; Universidade de São Paulo - USP: Faculdade de Saúde Pública – FSP. São Paulo. 1998.

Da Cunha MC, De Almeida MB (org.). Enciclopédia da Floresta; O alto Juruá: práticas e conhecimentos das populações. São Paulo; Ed. Companhia das Letras, 2002;735.

De Angelis RC. Fome oculta, bases fisiológicas para reduzir seu risco através da alimentação saudável. São Paulo, Ed Atheneu, 2000.

Demayer E, Adiels-Tegman M. The prevalence of anaemia in the world. Rapp Trimest Statistic Sanit Mond. 1985; 38: 302-17.

Diniz, S., Bick, D., Bastos, M., Riesco, M. Empowering women in Brazil. The Lancet, Volume 370, Issue 9599, Pages 1596-1598

Escoda MSQ. A Determinação Social da Fome e a Intervenção do Estado, Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Cap. II, mimeo. UFRN, Natal, 1989. Revisão 9/2000. Disponível na internet: <<http://www.ufrnet.br/~scorpius/12-Desnut%20Cronica.htm>> citado: 12 Fev. 2005.

Escoda MSQ. Para a crítica da transição nutricional. Ciência e saúde coletiva. 2002;7:219-226. Disponível na internet: <<http://www.scielo.br>>. Citado: 13 Fev. 2005.

Faireweather-Tait SJ. Iron deficiency; easy to prevent – or is it? Eur J Clin Nutr. 1992; 46 (Suppl): S9- S14.

Giugliani ERJ, Victora CG. Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos. Embasamento científico. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; 1997.

Habicht JP, Da Vanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? Am J Epid. 1986; 123:279-90.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003; Análise da disponibilidade domiciliar de

alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro, 2004; 76p. Disponível na internet: <<http://www.ibge.gov.br>> Citado em: 08 Fev. 2005.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Resultados da amostra do censo demográfico 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> (acesso em 25 de junho de 2008).

Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 1:S20-33.

Letsky, E A, Maternal anemia in pregnancy. Iron and pregnancy ± a haematologist's view, *Fetal and Maternal Medicine Review*. Cambridge University Press. 2001; 12:3 159±175.

Lira PIC, Ferreira LOC. Epidemiologia da Anemia Ferropriva. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. *Epidemiologia Nutricional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu; 2007. p. 297- 322.

Mello ED. O que significa avaliação nutricional? *Jornal de Pediatria*, 2002; 78. Disponível na internet: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78n5/7805357.pdf> > citado:12 Fev. 2005.

Mondini, L.; Monteiro, C. A. Mudanças no padrão de alimentação. In: Monteiro, C. A. (Org.). *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças*. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 79-89.

Monteiro CA, Benicio MHD'A, Iunes R e col. ENDEF and PNSN: trends in physical growth of Brazilian children. *Cad. Saúde Pública*; 1993;9:85-95. Disponível na internet: <<http://www.scielo.org>>.Citado em: 13 Fev. 2005.

Monteiro CA, Mondini L, Costa RBL. Secular changes in dietary patterns in the metropolitan areas of Brazil (1988-1996). *Rev. Saúde Pública*; 2000; 34:251-258. Disponível na internet:<<http://www.scielo.org>> Citado em: 13 Fev. 2005.

Monteiro CA (ORG) e col. *Padrões de Alimentação e Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: Subsídios para o estabelecimento de Guias Alimentares para a População Brasileira*. NUPENS/USP; Junho, 1999.

Peña, M.; Bacallao, J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública*. Washington, 2000. (Publicación Científica, n. 576).

Santos CD, Santos LMP, Figueroa JN, Marroquim PMG, Oliveira MAA. Anemia em escolares da primeira série do ensino fundamental da rede pública de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(6):1757-1763.

Souza, C. A. A. de. História do Acre: novos temas, nova abordagem. Rio Branco: 1º Edição; Editor Carlos Alberto Alves de Souza; 2002.

Souza, C. A. A. de. História do Acre: novos temas, nova abordagem. Rio Branco: 2º Edição; Editor Carlos Alberto Alves de Souza; 2005.

Stolzfus RJ. Iron- Deficiency Anemia: Reexamining the Nature and Magnitude of the Public Health Problem. Defining Iron-Deficiency Anemia in Public Health Terms: A Time for Reflection. *J Nutr*. 2001; 131:0022-3166.

Sawaya, A. L. Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição. São Paulo: Cortez, 1997.

Sichieri, R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

Szarfarc SC, Siqueira AAF, Martins IS, Tanaka ACD, A. Estudo comparativo de indicadores bioquímicos da concentração de ferro, em duas populações de gestantes, com e sem atendimento pré-natal. *Rev. Saúde Pública*. 1982; 16(1): 116.

Szarfarc SC, Siqueira AAF, Martins IS. Avaliação da concentração de ferro orgânico em uma população de grávidas. *Rev. Saúde Pública*. 1983; 17(1): 200-7.

Tonial, S. Desnutrição e obesidade: faces contraditórias na miséria e na abundância. Recife, IMIP, 2001.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987; 2:317-22.

WHO - World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995.

WHO - World Health Organization/United Nations Children's Fund/ United Nations University (WHO/UNICEF/UNU). Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva; 2001.

WHO - World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005: WHO Global Database on Anaemia. Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. Geneva: WHO; 2008.

Zaluar, A. A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza. São Paulo: Brasiliense, 1985.

ANEXO 1 QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

Situação nutricional no município do Jordão – Acre.

QUESTIONÁRIO 1

SÓCIO ECONÔMICO-FAMILIAR/ MÃE OU RESPONSÁVEL PELAS CRIANÇAS

Identificação do Domicílio início (hs) : ____:____ / término: ____:____

Área: (1) rural (2) urbana

Número domicílio: ____ ____ ____

Nome informante: _____

Endereço completo: _____

Ponto de referência: _____

Telefone: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/2004 (1ª visita) resultado da entrevista: _____ (código)

Data: ____/____/2004 (2ª visita) resultado da entrevista: _____ (código)

Data: ____/____/2004 (3ª visita) resultado da entrevista: _____ (código)

Códigos

01 – entrevista completa

02 – entrevista incompleta

03 – moradores ausentes

04 – adiada

05 – recusa total

06 – domicílio desocupado

77 – outra _____

Revisado pelo entrevistador? () sim () não _____
assinatura do entrevistador

Revisado pelo supervisor? () sim () não _____
assinatura do supervisor

As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só serão utilizadas para fins estatísticos.

CONDIÇÕES SÓCIO – ECONÔMICAS E AMBIENTAIS

Caso não seja possível identificar a resposta, pergunte.

01-Quais são as pessoas que moram na casa?

NOME	Grau de Parentesco	Idade

01. número de membros da família _____

a) crianças menores que 5 anos : _____ (00) nenhum

b) crianças maiores que 5 anos: _____ (00) nenhum

c) outros adultos (não incluir pai/mãe): _____ (00) nenhum

d) número mulheres de 12 a 45 anos de idade

02. Quantas vezes a senhora ficou grávida? _____

03) Quantos filhos nasceram vivos? _____

04) Quantas gestações perdidas ou filhos nasceram mortos? _____

05) Faleceu algum filho nascido vivo? (1) sim (2) não

06) Se sim quantos morreram? _____ (88) não se aplica (99) não sabe

NOME	IDADE	ANO DE FALECIMENTO	MOTIVO

07- Tipo de domicílio (observar)

(1) casa alvenaria (4) barraco (material aproveitado)

(2) casa de madeira (5) paxiúba

(3) madeira e alvenaria

08- Material predominante da cobertura (telhado/observar)

(1) telha barro (4) zinco

(2) amianto (brasilite) (5) plástico/palha/madeira

(3) laje de concreto (_) outro: _____

09- Material predominante na parede: (observar)

(1) tijolo/bloco c/ revestimento (5) taipa

(2) tijolo/bloco s/ revestimento (6) lata / papelão / palha

(3) madeira aparelhada (7) Paxiúba

(4) madeira aproveitada (_) outro: _____

10- Material predominante do piso: (observar)

(1) terra batida (4) cerâmica/mosaico/ lajota

(2) cimento/tijolo (5)paxiúba

(3) madeira (_) outro: _____

11- Este domicílio é:

(1) próprio (pago) (6) acampamento (invasão de terra)

(2) próprio (pagando) (7) patrão

(3) alugado (8) parente/moradia temporária

(4) cedido (9) outro: _____

(5) ocupação de terra (assentados)

12- Número de cômodos no domicílio? (não incluir o banheiro): _____

13- Quantos são dormitórios? _____

14- Possui vaso sanitário?

(1) não possui (5) sim, coletivo s/ descarga

(2) sim, individual s/ descarga (6) sim, de madeira

(3) sim, individual c/ descarga (_) outro: _____

(4) sim, coletivo c/ descarga

15- De onde vem a água usada em sua casa? (predominantemente)

(1) chuva (2) rede pública (3) poço/nascente não canalizada

(4) poço/nascente canalizada (5) caminhão - pipa

(6) rio/barreira/açude (_) outro: _____

16- Com que frequência falta água em sua casa?

(1) nunca (3) frequentemente

(2) raramente (9) não sabe

17- Qual o tratamento da água utilizada para beber?

(1) fervida (2) filtrada (3) mineral

(4) filtrada e fervida (5) clorada em casa (6) não é tratada

18- O que você faz com o lixo desta casa?

(1) coletado (2) enterra (3) queima

(4) joga fora em área aberta (5) joga em córrego/rio

19- Para onde vão os dejetos (esgoto) de sua casa?

(1) rede de esgoto (2) fossa séptica

(3) fossa negra (4) vala a céu aberto

(5) rio/igarapé (_) outros: _____

20- Existe energia elétrica em sua casa?

(1) sim (2) não

21- Quais dos bens abaixo existem em seu domicílio? (em funcionamento)

a) televisão (1) sim (2) não

b) aparelho de som (1) sim (2) não

c) vídeo cassete (1) sim (2) não

d) fogão a gás (1) sim (2) não

e) geladeira (1) sim (2) não

f) rádio (1) sim (2) não

g) telefone fixo/celular (1) sim (2) não

h) liquidificador (1) sim (2) não

i) bicicleta (1) sim (2) não

j) ferro elétrico (1) sim (2) não

k) carro (1) sim (2) não

l) jogo de sala estofado (1) sim (2) não

m) máquina/tanque de lavar roupa (1) sim (2) não

n) antena parabólica (1) sim (2) não

o) moto (1) sim (2) não

p) microondas (1) sim (2) não

q) Bebedouro (1) sim (2) não

r) barco/remo (1) sim (2) não

s) barco/motor (1)sim (2)não

t)computador (1)sim (2)não

22- A família é proprietária de terra, sítio, fazenda, colocação, seringal ou roça?

(se não, passe para 20)

(01) sim (02) não (99) não sabe

23- Se sim, qual o tamanho da terra? _____ hectares

(anotar o tamanho da terra na medida referida)

(999) não sabe (888) não se aplica

24- A família produz alimentos? Quais?

a) verduras e hortaliças (1) sim (2) não

b) feijão (1) sim (2) não

c) arroz, milho (1) sim (2) não

d) frutas (1) sim (2) não

e) macaxeira (1) sim (2) não

f) outros _____ (1) sim (2) não

25. A família tem disponível criação:

a) leite e derivado (1) sim (2) não

b) ovos (1) sim (2) não

c) galinha (1) sim (2) não

d) peixes (1) sim (2) não

e) caças (1) sim (2) não

f) boi (1) sim (2) não

g) porco (1) sim (2) não

26- A família recebe visitas da pastoral da criança?

(01) sim, regularmente (03) não

(02) sim, irregularmente (99) não sabe/não lembra

27- A família recebe auxílio social da Prefeitura/Estado ou outra Instituição?

(01) sim, regularmente (03) não

(02) sim, irregularmente (99) não sabe Qual 1 _____

As questões a seguir deverão ser respondidas pelo chefe do domicílio, seja homem ou mulher.

28. Quem é o chefe da Família?

(1) pai (2) mãe (3) avós (4) outros parentes

29- O (a) senhor (a) freqüentou a escola?

Se sim, até que série completou? ____série____ grau

(00) não freqüentou escola e não sabe ler/escrever

(88) não freqüentou escola, mas sabe ler e escrever.

(99) não sabe/ não informa

30- No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?

a.pessoa 1: R\$ __ __. __ __ __, __ __ por mês

b.pessoa 2: R\$ __ __. __ __ __, __ __ por mês

c.pessoa 3: R\$ __ __. __ __ __, __ __ por mês

i.(00.000,00) não recebeu (99.999,99) não sabe/não lembra

31- A família tem outra fonte de renda, como aluguel/pensão, ou recebe doação de alguém em dinheiro?

R\$ __ __. __ __ __, __ __ por mês

(00.000,00) não ganha (99.999,99) não sabe/não lembra

As questões a seguir deverão ser respondidas pela mãe ou responsável pela criança

32- Idade mãe/responsável: __ __ anos / 88-não se aplica 99- não sabe/não lembra

Data nascimento: __/__/__

33- Há quanto tempo a senhora mora nesta cidade?

(01) menos de 1 ano (04) desde que nasceu

(02) de 1 a 5 anos (99) não sabe /não lembra

(03) mais de 5 anos (88) não se aplica

34- A senhora freqüentou a escola?

(1) sim (2) não

Se sim, até que série completou? __ __ série __ __ grau

(00) não freqüentou escola e não sabe ler/escrever

(88) não freqüentou escola, mas sabe ler e escrever

(99) não sabe/ não informa

35- A senhora está casada ou mora com um companheiro?

(1)sim (2) não

36- Se tem companheiro, há quanto tempo estão casados ou moram juntos? __ __ anos

(00) menos de 1 ano (88) não se aplica (99) não sabe/não informa

37 - A senhora está trabalhando fora de casa?

(1) sim, só um turno (3) sim, sem turno definido

(2) sim, dois turnos (4) não trabalha

38 - Qual é a sua ocupação ?

(1) dona de casa (3) serviços públicos

(2) doméstica, faxineira, serviços gerais (4) serviços privados

(5) assistencial (igrejas) (6) agricultura

(_) outros: _____

As questões seguintes serão aplicadas às mães que estão trabalhando. Para as que não trabalham fora de casa, assinale a alternativa "não se aplica".

39 – Há quanto tempo a senhora está neste trabalho?

(01) menos de 6 meses (05) de 3 anos a 4 anos

(02) 6 meses a 1 ano (06) há mais de 4 anos

(03) 1 a 2 anos (88) não se aplica

(04) 2 a 3 anos

40– A senhora trabalha quantos dias na semana? __ __ dias/semana

(88) não se aplica

ANEXO 2 QUESTIONÁRIO DA CRIANÇA

Situação nutricional no município do Jordão - Acre

QUESTIONÁRIO 2

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA

Identificação do Domicílio início (hs) : ____:____ / término: ____:____

Número domicílio: ____ ____ ____

Número da criança: ____ ____ ____

Nome criança: _____

Nome informante: _____

Entrevistador: _____

Data: ____/____/2004 (1ª visita) resultado da entrevista: _____
(código)

Data: ____/____/2004 (2ª visita) resultado da entrevista: _____
(código)

Data: ____/____/2004 (3ª visita) resultado da entrevista: _____
(código)

Códigos

01 – entrevista completa

02 – entrevista incompleta

03 – moradores ausentes

04 – adiada

05 – recusa total

06 – domicílio desocupado

77 – outra _____
(especificar)

Revisado pelo entrevistador? () sim () não _____
assinatura do entrevistador

Revisado pelo supervisor? () sim () não _____
assinatura do supervisor

As informações solicitadas neste questionário são confidenciais e só serão utilizadas para fins estatísticos.

Este questionário deverá ser respondido pela mãe da criança menor de cinco anos selecionada para o estudo. Caso esta não tenha mãe ou não more com ela, a responsável, substituta da mãe da criança é quem deverá responder as questões.

Bloco I- Características gerais da criança e da família da criança

01-Data de nascimento ____/____/____. (conferir na certidão ou cartão da criança)

02- Documento apresentado para fornecimento da data de nascimento?

(1) certidão de nascimento (3) cartão da criança

(2) batistério (4) cartão da maternidade (5) nenhum.

03-Sexo da criança : (1) masculino (2) feminino.

04-Quem vai responder o questionário?

(1) mãe (4) avó

(2) pai da criança (5) outros parentes (tia, cunhada, etc)

(3) secretaria (babá) (6) não parente (vizinha/amiga).

05-Há quanto tempo a senhor(a) cuida de (nome da criança)?

_____ anos _____ meses

(88) não se aplica (mãe da criança) (99) não sabe/não lembra.

06-A mãe mora com a (nome da criança)?

(1) Sim (2) Não

(Se sim, passe para questão 08).

07-Por que a mãe não mora com (nome da criança)?

- (01) por motivo de trabalho (05) por problemas financeiros
 (02) constituiu outra família (06) falecida
 (03) motivo de doença (88) não se aplica (mãe da criança)
 (04) não quis assumir o filho (99) não sabe/ não lembra
 (77) outro: _____

08-O pai de (nome da criança) mora com ela (e)?

- (01) sim (03) não, outros motivos
 (02) não, faleceu (99) não sabe/não informa.

09- Padrasto ou madrasta (1) sim (2) não

Vamos falar agora sobre (nome da criança)

10- Há quanto tempo a criança mora nesta localidade?

- (01) desde que nasceu (04) de 1 a 2 anos
 (02) menos de 6 meses (05) mais de 2 anos
 (03) de 6 meses a 1 ano (99) não sabe.

11- Em que localidade a criança morava antes?

Nome cidade 1 _____

- (88) não se aplica (99) não sabe/não lembra.

Bloco II- Cuidado materno (gestação e parto)

*Este bloco deverá ser respondido apenas pela **mãe biológica** das **crianças**. Se a mãe biológica não estiver respondendo, passe para o próximo bloco.*

Contato para Encontrar a Mãe Biológica: _____

12-A senhora fez pré-natal durante a gestação de (nome da criança)?

- (01) sim (99) não lembra/não sabe
 (02) não (88) não se aplica

Se não ou não lembra/não sabe, passe para a questão 17

13- Onde fez o pré-natal?

- (01) serviço de saúde público (posto de saúde /centro /maternidade /hospital)
 (02) médico convênio ou particular.
 (99) não lembra/não sabe (88) não se aplica

14-Em que mês da gestação fez o primeiro exame pré-natal?

- _____mês (99) não lembra/não sabe (88) não se aplica

15-Quantas consultas fez durante a gravidez?

- _____consultas (99) não lembra/não sabe (88) não se aplica

16-Teve cartão de pré-natal (da gestante)?

- (01) sim (99) não sabe/não lembra
 (02) não (88) não se aplica

17-Durante o pré-natal, sua pressão arterial foi medida?

- (01) sim, em todas as consultas (99) não sabe/não lembra
 (02) sim, apenas em algumas (88) não se aplica
 (03) não, em nenhuma das consultas

18-Durante o pré-natal seu peso foi medido?

- (01) sim, em todas as consultas (99) não sabe/não lembra
 (02) sim, apenas em algumas (88) não se aplica
 (03) não, em nenhuma das consultas

19-Durante a gestação recebeu orientação sobre aleitamento materno?

- (01) sim (99) não lembra/ não sabe

(02) não (88) não se aplica

Qual _____

20- Durante a gestação recebeu orientação sobre como evitar filhos após o parto?

(01) sim (99) não lembra/ não sabe

(02) não (88) não se aplica

Qual _____

21- Tomou vacina antitetânica durante a gestação?

(01) sim (99) não sabe/não lembra

(02) não, nunca tomou (88) não se aplica

(03) não, já era imunizada

22- Durante esta gravidez, a senhora apresentou algum dos seguintes problemas de saúde?

a) hemorragia (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

b) inchaço nas pernas (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

c) pressão alta (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

d) anemia (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

e) diabetes (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

f) malária (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

g) outros patologias _____

23- Durante esta gravidez, a senhora foi internada por algum motivo?

(01) sim (02) não

24-a Qual motivo? _____

25- A senhora fumou durante a gestação?

(01) sim, sempre

(02) sim, algumas vezes

(03) fumava antes, mas não fumou durante a gravidez

(04) não fuma

(88) não se aplica (nsa)

(99) não lembra/ não sabe

26- A senhora tomou bebida alcoólica durante a gestação?

(01) sim, sempre

(02) sim, algumas vezes

(03) bebia antes, mas não bebeu durante a gravidez

(04) não bebe

(88) nsa

(99) não lembra/ não sabe

Vamos agora falar sobre o parto de (nome da criança)

27- Onde (nome da criança) nasceu?

(01) em hospital ou maternidade público

(02) em hospital ou maternidade particular ou convênio

(03) em casa (88) não se aplica (99) não sabe / não lembra

28- Como foi o parto de (nome da criança)?

(01) natural (03) fórceps (tirado a ferro)

(02) cesária (88) não se aplica (99) não sabe/não lembra

29- (Nome da criança) é gêmeo?

(01) sim (02) não (88) nsa

30- Quem fez o parto de (nome da criança)?

(01) médico (05) pariu sozinha

(02) enfermeira (06) outra pessoa (não profissional)

(03) auxiliar de enfermagem (99) não sabe / não lembra

(04) parteira (88) não se aplica

31- Durante o parto ou logo depois (até 45 dias) a senhora apresentou algum problema:

a) hemorragia (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

b) febre (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

c) convulsão (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

d) problema mental/emocional (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

(muita tristeza, perda do juízo)

e) pressão alta (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

32- Após o parto (até 45 dias), a senhora foi internada por algum motivo?

(01) sim (02) não

33-a Qual motivo? _____

Bloco III—Outras Informações e Acesso aos Serviços de Saúde

Aplicável a **todas** às crianças

34- → **coletar no cartão (da criança ou da maternidade):**

peso ao nascer _____(gramas)

comprimento _____(cm)

idade gestacional _____

88- não se aplica 99-não sabe/não lembra

Caso não tenha o cartão da criança, sabe informar:

35- Qual o peso de (nome criança) ao nascer: ___ ___ ___ gramas

(8888) não se aplica (9999) não sabe/não lembra

36- Qual o comprimento (nome criança) ao nascer: ___ ___ ___ cm

(888) não se aplica (999) não sabe/não lembra.

37- Preencha o quadro abaixo, conforme o cartão da criança

Vacina	Datas das vacinas			Reforço	Nº de doses de campanha
	1ª dose	2ª dose	3ª dose		
Pólio (Sabin)					
Tetra/DPT					
BCG					
Hepatite b					
Tríplice viral/sarampo					
Febre amarela					
HIB					
Dupla bacteriana (dT)					

38. O esquema de vacinação da (criança) atrasou ou está atrasado?

() sim () não Se sim qual o motivo _____

39- (Nome da criança) fez uso de alguma vitamina ou fortificante nos últimos 30 dias?

(01) sim (qual? _____) (02) não (99) não sabe / não lembra

40- (Nome da criança) fez uso de algum remédio para verme nos últimos 6 meses?

(01) sim (02) não (99) não sabe / não lembra

Se não usou ou não lembra / não sabe passe para questão 39

41 - (Nome da criança) eliminou verme após o uso do remédio?

(01) sim (02) não (99) não sabe / não lembra (88) nsa

42- (nome da criança) já foi ou vai ao dentista?

(01) sim, foi uma vez (04) não, nunca foi

(02) sim, vai uma vez por ano (99) não lembra / não sabe-

(03) sim, vai de 6 em 6 meses

43-(Nome da criança) é acompanhada pelo serviço de saúde?

(01) sim regularmente (03) só quando adocece (99) não sabe

(02) sim, irregularmente (04) não, nunca foi ao médico

44- (Nome da criança) já foi considerada desnutrida ou com baixo peso?

(01) sim (03) nunca foi ao serviço de saúde

(02) não (99) não sabe / não lembra

45- (Nome da criança) está inscrita em algum dos programas de distribuição de alimentos ou algum outro?

- a) bolsa família (01) sim (02) não (99) não sabe
 b) bolsa alimentação (01) sim (02) não (99) não sabe
 c) bolsa escola (01) sim (02) não (99) não sabe
 d) auxílio gás (01) sim (02) não (99) não sabe
 e) adjunto solidariedade (01) sim (02) não (99) não sabe
 f) pastoral da criança (01) sim (02) não (99) não sabe
 g) outprog
 h) Outro: _____

Bloco IV - Morbidades *Entrevistar todas as crianças*

46-(Nome da criança) já esteve internada alguma vez?

(01) sim (02) não (**passar para a questão 45**) (99) não sabe/não informa

47- Se sim, indicar a causa da internação, o período de internação, o ano e o local onde a criança ficou internada (hospital e cidade) para cada uma das internações:

1. motivo (1): _____
 2. período (número de dias de internação): _____
 3. ano em que foi internada: _____

4. cidade: _____

1. motivo (2): _____

2. período (dias): _____

3. ano: _____

4. cidade: _____

1. motivo (3): _____

2. período (dias): _____

3. ano: _____

4. cidade: _____

Morbidade nos últimos 15 dias

48-(Nome da criança) teve algum destes problemas de saúde nos últimos 15 dias?

- a) diarreia (01) sim (02) não (99) não sabe
 b) duração da diarreia ___ dias (99) não sabe
 c) sangue nas fezes (01) sim (02) não (99) não sabe
 d) febre (01) sim (02) não (99) não sabe
 e) vômitos (01) sim (02) não (99) não sabe
 f) chiado no peito (01) sim (02) não (99) não sabe
 g) coriza (01) sim (02) não (99) não sabe
 h) tosse seca (01) sim (02) não (99) não sabe
 i) tosse com catarro claro (01) sim (02) não (99) não sabe
 j) tosse com catarro esverdeado (01) sim (02) não (99) não sabe
 k) tosse com catarro sanguinolento (01) sim (02) não (99) não sabe
 l) perda de apetite (01) sim (02) não (99) não sabe
 m) eliminação de vermes (01) sim (02) não (99) não sabe
 n) abatimento/tristeza (01) sim (02) não (99) não sabe
 o) problema de ouvido (01) sim (02) não (99) não sabe
 p) problema de garganta (01) sim (02) não (99) não sabe
 q) dor de dente (01) sim (02) não (99) não sabe
 r) malária (01) sim (02) não (99) não sabe
 s) Outros (01) sim (02) não (99) não sabe

49- Para o (s) problemas de saúde que (nome da criança) apresentou nos últimos quinze dias a senhora procurou algum serviço de saúde?

(01) sim (**passar para a questão 48**) (88) não se aplica

(02) não (99) não sabe/não lembra

50- Se **não**, porque não procurou o serviço de saúde? pode ser marcada mais de uma alternativa.

- a) não achou que seria necessário (01) sim (02) não (99) nsa
 b) teve dificuldade financeira (01) sim (02) não (99) nsa

- c) não tem médico no serviço local (01) sim (02) não (99) nsa
 d) o atendimento demora (01) sim (02) não (99) nsa
 e) o serviço não resolve o problema (01) sim (02) não (99) nsa

51- Se procurou o serviço de saúde, qual?

- (01) Programa Saúde da família (PSF) (04) médico pago/particular
 (02) Centro Saúde (05) farmácia
 (03) P Socorro (99) não sabe/não lembra
 (88) não procurou o serviço saúde

52. Caso procurou o Serviço de Saúde recebeu alguma orientação?

- (01) sim (02) não

Se sim, qual _____

53- No serviço procurado foi prescrito algum medicamento?

- (01) sim (99) não lembra / não sabe
 (02) não (88) não procurou o serviço saúde

54- Se sim, o medicamento foi adquirido?

- (01) sim (99) não lembra/ não sabe
 (02) não (88) não procurou o serviço saúde

55- Como o medicamento foi adquirido?

- (01) foi dado pelo próprio serviço de saúde (99) não lembra/ não sabe
 (02) foi comprado na farmácia (88) não se aplica
 (03) foi doado

56- A senhora ficou satisfeita com o atendimento no serviço?

- (01) sim (02) não (88) não procurou o serviço (99) Não sabe

57- Para a criança que apresentou diarreia nos últimos 15 dias: quando (nome da criança) estava com a diarreia, o que a senhora usou para tratá-la?

- a) soro caseiro (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 b) soro de farmácia (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 c) água (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 d) água de coco (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 e) água de arroz (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 f) chá (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 g) suco (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 h) exclui/diminui/alimento (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 i) exclui leite vaca (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 j) exclui leite materno (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 k) dá alimento obstipante (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa
 l) medicamento (01) sim (02) não (99) não sabe (88) nsa

58-(Nome da criança) precisou ser internada por causa da diarreia?

- (01) sim (02) não (99) não sabe/não lembra (88) nsa

Morbidade últimos 12 meses

59- Durante os últimos 12 meses a criança apresentou chiado no peito?

- (01) sim (02) não (99) não sabe/não lembra

60- Por causa deste chiado, o médico já disse que (nome criança) tem asma?

- (01) sim (02) não (88) não teve chiado (99) não sabe/não lembra

61- A criança teve pneumonia nos últimos 12 meses?

- (01) sim (02) não (99) não sabe/não lembra

Bloco V- História alimentar da criança

62 - (Nome da criança) mamou no peito quando nasceu?

- (01) sim (02) não (99) não lembra/não sabe

63- A criança mama no peito?

- (01) Sim (02) não (99) não sabe

64- Se a criança mamou ou mama no peito, até que idade (nome criança) recebeu só o leite materno (LM), sem nenhum outro alimento (nem água ou chás)?

- _____ dias (88) – ainda recebe só LM (sem água nem chá)

_____ meses (99) – não sabe / não lembra

65- Se a criança mama no peito, recebe outro alimento que não o leite de peito?

- a) água (01) sim (02) não (99) não sabe
 b) chá (01) sim (02) não (99) não sabe
 c) leite vaca (01) sim (02) não (99) não sabe
 d) leite em pó (01) sim (02) não (99) não sabe
 e) outros: _____

(88) não se aplica

66- Quando (nome da criança) recebeu outro tipo de leite diferente do LM?

_____ dias (999) não lembra / não sabe
 _____ meses (888) ainda não recebeu
 _____ anos

67- Com que idade (nome da criança) deixou de receber o LM?

_____ dias
 _____ semanas (999) – não lembra / não sabe
 _____ meses (888) – Não se Aplica

Bloco VI - Exame Clínico, Antropométrico e Hemoglobina

Data do exame ____ / ____ / ____

68. Peso:

1.peso 1= _____, ____ kg

2.peso 2= _____, ____ kg

69. Comprimento:

1.comprimento/estatura 1 = _____, ____ cm

2.comprimento/estatura 2 = _____, ____ cm

70. Valor da hemoglobina da criança

Hb = _____, ____ g/dl

Resultado: () normal

() anêmico (<11 mg/dl)

71. Peso mãe biológica: _____, ____ (kg) (999,99) nsa

72. Altura mãe biológica: _____, ____ (cm) (999,99) nsa

73. Hemoglobina da mãe biológica: _____, ____ g/dl

74. A criança está bem hoje?

(1) Sim

(2) Não

Se Não especifique o Motivo.

(a) Diarréia (b) Vômito (c) Febre (d) Gripe

(e) Outros _____

ANEXO 3 DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER FINAL Nº 042/2005

PROTOCOLO Nº 171/05

Projeto de Pesquisa: “Situação Nutricional no Município do Jordão”

Instituição onde realizará a pesquisa:

Pesquisador Responsável: Pascoal Torres Muniz

Data de reapresentação ao CEP: 02/06/05

O Projeto de Pesquisa: “Situação Nutricional no Município do Jordão”, atende a todas as orientações deste Comitê. E de acordo com a Resolução nº 196/96 do CONEP, este Comitê de Ética em Pesquisa considera o projeto APROVADO.

RECOMENDAÇÕES:

- Recomendamos a consulta ao site (www.conselho.saude.gov.br) e mail (conep@saude.gov.br) do CONEP, para dirimir possíveis dúvidas;
- De acordo com o Manual Operacional para este Comitê de Ética em Pesquisa e a Resolução 196/96; item VII.13, para o acompanhamento da pesquisa pós aprovação pelo CEP/FUNDHACRE, solicitamos que os relatórios sejam enviados conforme cronograma que segue:
- Pesquisa realizada de 01 a 06 meses – 01 relatório final;
- Pesquisa realizada de 01 a 12 meses – 01 relatório semestral – parcial e 01 relatório final;
- Pesquisa realizada de 01 a 24 meses – 01 relatório anual – parcial e 01 relatório final;
- Pesquisa realizada de 01 a 36 meses – 01 relatório anual – parcial e 01 relatório final.

SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO.

Rio Branco, 11 de junho de 2005.

Atenciosamente,

Oswaldo de Sousa Leal Jr.
Oswaldo de Sousa Leal Jr.
 Coordenadora do CEP/FUNDHACRE.


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

 Universidade de São Paulo
 Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/365/09

18 de dezembro de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou**, em sua **10.ª/09 Sessão Ordinária**, realizada em **11/12/2009**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares o protocolo de pesquisa n.º **2047**, intitulado **"SITUAÇÃO NUTRICIONAL DE MULHERES MÃES DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO JORDÃO - ACRE"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Hélio Cezar Koury Filho** e orientação do Professor(a) **Carmen Simone Grilo Diniz**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução acima mencionada, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Tit. Carmen Simone Grilo Diniz
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública - USP

ANEXO 4 TERMO PERMISSÃO PARA USO DO BANCO DE DADOS

Permissão para uso de Banco de dados

Eu Pascoal Torre Muniz responsável pelo projeto de pesquisa intitulado Situação Nutricional do Município do Jordão – Acre, autorizo o aluno Helio Cezar Koury Filho a utilizar os dados contido no banco de dados do referido projeto para o desenvolvimento de seu projeto de pesquisa com o tema Situação nutricional de mulheres mães de crianças menores de cinco anos no Jordão - Acre, a ser apresentado a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo como requisito para a obtenção do Título de Mestre, sobre a Orientação da Profª. Drª. Carmen Simone Grilo Diniz.

Rio Branco-Acre, 02/12/2009



Pascoal Torres Muniz

Coordenador do Projeto

ANEXO 5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: **Situação Nutricional no Município Jordão – Acre.**

Durante a leitura do documento abaixo fui informado que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com o objetivo de tirar dúvidas e o meu melhor esclarecimento.

Eu, _____, com _____ anos de idade fui procurado(a) por um membro da equipe de pesquisa coordenada pelo professor Dr. Pascoal Torres Muniz, quando fui informado(a) sobre o objetivo da pesquisa com o título acima citado. O objetivo principal dessa pesquisa é avaliar as condições sócio-econômicas, ambientais, de saúde e nutrição de crianças de 0 a 60 meses no município de Jordão-Acre. Foi explicado que as crianças anêmicas e/ou com déficit de crescimento receberão orientação para tratamento da equipe da pesquisa.

O Dr. Pascoal Torres Muniz, ou membro da equipe, também leram este documento e esclareceram os seus termos, bem como deixaram claro que se desejar tenho o direito de saber o resultado desta pesquisa. Segundo as informações prestadas, a pesquisa consta de levantamento de dados antropométricos e de saúde dos meus filhos menores de cinco anos de idade. Ficou claro que caso não aceite participar desta pesquisa, não terei qualquer prejuízo. Na apresentação dos pesquisadores foi dito também que todas as informações a serem prestadas sobre a minha pessoa e de família serão mantidas em sigilo e não poderei ser, identificada como participante da pesquisa.

Assim considero-me satisfeito com as explicações dos Pesquisadores e de sua Equipe e concordo em participar como voluntário(a) deste estudo.
COMO TENHO DIFICULDADE PARA LER [SIM() NÃO()] O ESCRITO ACIMA, ATESTO TAMBÉM QUE O DR. PASCOAL (OU MEMBRO DA SUA EQUIPE) LEU PAUSADAMENTE ESSE DOCUMENTO E ESCLARECEU AS MINHAS DÚVIDAS, E COMO TEM A MINHA CONCORDÂNCIA PARA PARTICIPAR DO ESTUDO, COLOQUEI ABAIXO A MINHA ASSINATURA (OU IMPRESSÃO DIGITAL).

Jordão - Acre _____ de _____ de 2005.

5 Pesquisado:

Nome do responsável:

Assinatura

DATILOSCÓPICA

IMPRESSÃO
(quando se aplicar)

Testemunhas:

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

Ou

5.2 Pascoal Torres Muniz**Membro da Equipe**

Documento em duas (2) vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz

Departamento de Ciências da Saúde

Universidade Federal do Acre

BR 364 km 4 CEP 69615-90 -Rio Branco – Acre

Fone-Fax: (68) 212 3648/ 9984-1386

CURRICULOS LATTES



Hélio Cezar Koury Filho

Possui graduação em Educação Física Bacharelado (2005), Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (2006) pela Universidade Federal do Acre e está cursando Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP. Atualmente é Professor colaborador e Pesquisador da Universidade Federal do Acre e Técnico de Educação Física - Secretaria Extraordinária do Esporte. Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em Saúde e Nutrição, atuando principalmente nos seguintes temas: atividade física saúde, pesquisa de situação nutricional de populações, antropometria e ginástica.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 18/06/2008 Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6290696626283274>



Dados pessoais

Nome Hélio Cezar Koury Filho

Nome em citações bibliográficas KOURY FILHO, H. C.

Sexo Masculino

Endereço profissional Secretaria Extraordinária do Esporte, Gerência de Esporte e Lazer. Rua Isaura Parente, 540 Bosque 69912-605 - Rio Branco, AC – Brasil Telefone: (68) 32234364 Fax: (68) 39012648 URL da Homepage: www.ac.gov.br/esportes

Formação acadêmica/Titulação

- 2007** Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: SITUAÇÃO NUTRICIONAL DE MULHERES MÃES DE CRIANÇAS MENOS DE CONCO ANOS, EM JORDÃO - ACRE, *Orientador:* CARMEN SIMONE GRILO DINIZ.
- 2005 - 2006** Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde . (Carga Horária: 480h).
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.
Título: Custos com Alimentos Regionais na Recuperação de Crianças Desnutridas no PSF de Rio Brannco-Acre.
Orientador: Pascoal Torres Muniz.
- 2001 - 2005** Graduação em Educação Física Bacharelado.
Universidade Federal do Acre, UFAC, Brasil.
Título: Estado Nutricional de Mães de Crianças em Risco Nutricional em Rio Branco - Acre.
Orientador: Pascoal Torres Muniz.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.



Carmen Simone Grilo Diniz

possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984), mestrado (1996) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (2001), e pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). É professora doutora do Departamento de Saúde Materno-infantil na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, desde 2005. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências.

(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 14/02/2010

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>



Dados pessoais

Nome	Carmen Simone Grilo Diniz
Nome em citações bibliográficas	Diniz, C. S. G.; Diniz, S; Diniz, Simone; Diniz, Simone G.; Diniz, SimoneGrilo;Diniz, Simone Grilo
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar Cerqueira César 01246904 - Sao Paulo, SP – Brasil Telefone: (11) 30667124 begin_of_the_skype_highlighting (11) 30667124 Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/Titulação

2003 - 2004	Pós-Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. <i>Bolsista do(a):</i> Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, , .
1997 - 2001	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. <i>Título:</i> Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, <i>Ano de Obtenção:</i> 2001. <i>Orientador:</i> José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. <i>Bolsista do(a):</i> Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.
1994 - 1996	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. <i>Título:</i> Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social, <i>Ano de Obtenção:</i> 1997. <i>Orientador:</i> José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
1985 - 1987	Especialização - Residência médica . Universidade de São Paulo, USP, Brasil. <i>Residência médica em:</i> <i>Número do registro:</i>
1979 - 1984	Graduação em Medicina . Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)