



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**FATORES QUE INFLUENCIAM NO PESO DO RECÉM- NASCIDO NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, PB
1998-2007**

LYNARA ALVES DE ASSIS SILVA

**CAJAZEIRAS - PB
2010**

LYNARA ALVES DE ASSIS SILVA

Centro de Referência em Saúde da Criança e do Adolescente (CRA) - (CRA)
Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente - UNUSCA - RUA 15 - 1006
Cajazeiras - Paraíba

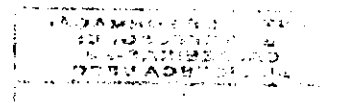
**FATORES QUE INFLUENCIAM NO PESO DO RECÉM-NASCIDO NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, PB**

1998-2007
Linares de Sousa, L. A. S. (2010).
Fatores que influenciam no peso do recém-nascido no município de Cajazeiras, PB. 112 f.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à

Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em enfermagem

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias



**CAJAZEIRAS - PB
2010**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S586f SILVA, Lynara Alves de Assis
 Fatores que influenciam no peso do recém-nascido no município de Cajazeiras, PB 1998-2007./
 Lynara Alves de Assis Silva. Cajazeiras, 2010.
 51f.: il.

Orientadora: Maria do Carmo A. Duarte de Farias.
Monografia (Graduação) – CFP/UFPG

1. Pré-Natal – Assistência. 2. Recém-nascido.
3. Peso ao nascer. I. Farias, Maria do Carmo
Andrade Duarte de. II. Título.

UFPG/CFP/BS

CDU – 618.2 - 082

LYNARA ALVES DE ASSIS SILVA

**FATORES QUE INFLUENCIAM NO PESO DO RECÉM- NASCIDO NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, PB
1998-2007**

Aprovado em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora:

**Profa:Dra.Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
(Orientador - ETSC)**

**Profa.Msc.Marilena Maria de Souza
(Membro -ETSC)**

**Profa.Msc.Roberta de Miranda Henrique Freire
(Membro - UFCG)**

DEDICATÓRIA

Primeiramente à Deus, força maior que rege a minha vida, onde permanece comigo durante todos os momentos difíceis e felizes, dando-me força, perseverança, e sobretudo saúde. Louvado sejas tu, Senhor e pai misericordioso, que em toda a minha vida, sempre me protege e ilumina o meu caminho.

A minha mãe, a minha irmã Malba Delyan, e aos meus irmãos Leonardo Alves e Lamarck. Por vocês sempre me darem força para progredir, por me incentivarem nas horas precisas, permitindo que todos os meus sonhos se tornassem realidade, pelo apoio constante e por todo amor. Vocês são fonte maior da minha motivação, razão maior do meu ser e da minha vida.

A meu tio Cícero (In memória), hoje mais que nunca sinto sua presença, pois a minha saudade o traz de volta, porque não morre quem nos outros vive.

A minha tia Martha e ao meu tio Eufrásio e filhos por estimular-me a progredir no meu ideal, pela compreensão e pelo apoio nas horas precisas.

A minha prima Kayanne por todo o seu apoio durante todo o curso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre me guiou no transpor dos obstáculos, agradeço pela força e iluminação.

A minha mãe por todo seu amor, apoio, força e incentivo.

A minha irmã Malba Delyan, agradeço por ter me ajudado durante todo o meu curso, pelo incentivo, por tudo que fizeste por mim e por todo amor, meu eterno agradecimento.

Aos meus irmãos Leonardo e Lamarck por todo amor, força e apoio nas horas precisas.

Ao meu tio Cícero (in memória), este meu sonho realizado hoje, também tem parte de você.

A minha tia Martha e ao meu tio Eufrásio pelo estímulo, atenção e apoio constante.

A minha prima Kayamme, obrigada por contribuir para a realização deste meu sonho, a você o meu eterno agradecimento.

Agradeço a minha orientadora a professora Dr. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias pela oportunidade de ser ~~sua aluna do PIBIC/CNPq~~ que muito me ajudou para o meu aprimoramento intelectual, ~~pela sua amizade~~, pelo apoio, pela sua competência e dedicação para realização desta pesquisa.

A diretora da Escola Técnica ~~de Saúde de Cajazeiras~~ Profª. Msc. Marilena Maria de Souza pela oportunidade concedida de estágio extracurricular na Unidade de Saúde São José/PAPS que muito ajudou para o meu aprimoramento como estudante e como futura profissional.

A enfermeira Coordenadora da USF São José /PAPS Gerlane Cristinne B. Vêras pelo acompanhamento durante o estágio nesta unidade, por toda atenção e apoio nas horas precisas com suas orientações, sempre disposta a tirar minhas dúvidas, agradeço por você contribuir para o meu aperfeiçoamento como futura enfermeira.

A enfermeira Maria Suelânia e a técnica de Enfermagem Eliane Leite pelas orientações, por toda atenção durante o período de estágio na Unidade de Saúde São José/PAPS.

A professora Cláudia Maria Fernandes pela oportunidade de ser sua aluna monitora da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente agradeço pela experiência compartilhada, pela sua atenção e incentivo.

A todos professores da Graduação de Enfermagem que contribuíram para a definição do meu papel como enfermeira.

Aos amigos, Rubens, Woshington que dividiram comigo as preocupações, pelo apoio, pela amizade. À amiga Ana Célia, minha primeira amiga em Cajazeiras que além de ter me proporcionado desfrutar de ~~uma~~ amizade sincera, me contagiou várias vezes com seu otimismo e determinação.

Às amigas Karla e Millena pelas experiências compartilhadas durante o período do projeto de pesquisa PIBIC/CNPq em que fomos alunas da professora e Dr. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.

Às mães que estão no anonimato e tiveram seus filhos durante o período de 1998-2007.

*A todos que não foram citados, mas que de forma direta ou indireta, contribuíram para concretização deste momento. **À todos muito obrigada!***

“GUIAR A MÃO DO PAI OU DA MÃE PARA TOCAR O RECÊM-NASCIDO FRÁGIL OU DOENTE DEMONSTRA CORAGEM E COMPAIXÃO SOB CIRCUNSTÂNCIAS MUITO DIFÍCEIS, UM INSTRUMENTO PODEROSO PARA AJUDAR A LIDAR COM AS NECESSIDADES ESPECIAIS DO NEONATO”

(Autor desconhecido)

RESUMO

SILVA, Lynara Alves de Assis. **Fatores que influenciam no peso do recém-nascido no município de Cajazeiras, PB 1998-2007.** 2010. 51f. Trabalho de conclusão de curso Bacharelado em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB.

O peso do RN é um importante indicador de saúde, por permitir uma avaliação da qualidade de vida da criança, além de ser um dos principais determinantes capaz de contribuir para a mortalidade neonatal. Este estudo tem como objetivo avaliar os principais fatores maternos que exercem influência sobre o peso do recém-nascido no município de Cajazeiras, PB, 1998-2007. É um estudo exploratório, de cunho epidemiológico, com abordagem quantitativa, realizado através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde- DATASUS, utilizando o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os dados foram coletados buscando as informações sobre as mães e os recém-nascidos contidas no referido sistema. Foram analisadas quatro variáveis: idade materna, número de consultas de pré-natal, duração da gestação e tipo de gravidez, correlacionando-as com o peso do RN. Os resultados demonstram maior concentração de peso adequado para todas as variáveis estudadas, durante todos os anos investigados, como também, presença bastante significativa de concentração de RN com sobrepeso, nas variáveis estudadas. Discutindo os resultados, chegou-se a conclusão de que o Sistema Básico de Saúde vem garantindo o direito dos cidadãos ao acesso à saúde e a um atendimento eficaz contribuindo assim, com a redução do baixo peso ao nascer. Quanto aos RN com sobrepeso, é necessário um maior compromisso dos profissionais de saúde ficando atentos com a questão do ganho de peso da gestante ao longo da gestação, isso porque há uma relação direta entre o ganho de peso da mãe e o peso do recém-nascido, para assim, evitar possíveis complicações maternas e fetais, durante a gestação e pós-parto.

Palavras-Chave: Assistência pré-natal. Peso ao nascer. Recém-nascido.

ABSTRACT

SILVA, Lynara Alves de Assis. Factors which influence the weight of the newborn in the city of Cajazeiras, PB, 1998-2007. 51f. Work of conclusion of Bachelor in Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras-PB, 2010.

The weight of the newborn is an important indicator of health, by allowing an assessment of quality of life of the child, besides being a major determinants which can contribute to neonatal mortality. This study aims to assess the main maternal factors that influence on the weight of newborns in the city of Cajazeiras, PB, 1998-2007. It is an exploratory study of nature epidemiological with quantitative study by Department of the Unified Health System-DATAUHS, using the Information System about Born Alive (ISBORN). The Data were collected from seeking information about the mothers and newborns contained in that system. It was studied four variables: maternal age, number of visits for prenatal care, length of gestation and type of pregnancy correlating them with the weight of the newborn. Results show higher concentration proper weight to all variables studied over the years investigated, but also the presence very significant concentration of overweight in newborn in the variables studied. Discussing the results, we come to the conclusion that Basic Health System has guaranteed the right of citizens to access health and effective care to contribute to a decrease in low birthweight. As for infants with overweight is a greater need commitment of health professionals in becoming aware of the issue weight gain for pregnant women throughout pregnancy, because there is a direct relationship between weight gain and weight of the mother of the newborn, so as to avoid possible maternal and fetal complications during pregnancy and postpartum.

Keywords: Prenatal Care. Birth Weight. Newborn

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIG- Adequado para Idade Gestacional

BPN- Baixo Peso ao Nascer

BP- Baixo Peso

CS- Centro de Saúde

DATAPREV- Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DN- Declaração de Nascido Vivo

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

GIG- Grande para Idade Gestacional

IG- Idade Gestacional

IMC- Índice de Massa Corporal

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PA- Peso Adequado

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIG- Pequeno para Idade Gestacional

PSF- Programa Saúde da Família

RCIU- Restrição do Crescimento Intra-Uterino

RN- Recém-Nascido

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

SINASC- Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SP- Sobrepeso

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a idade materna em Cajazeiras PB (1998 a 2007)	37
TABELA 2 - Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o número de consultas pré-natal em Cajazeiras PB (2000 a 2007).....	38
TABELA 3 - Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a duração da gestação em Cajazeiras PB (1998 a 2007)	39
TABELA 4 - Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o tipo de gravidez em Cajazeiras PB (1998 a 2007)	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 GERAL	17
2.2 ESPECÍFICOS	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 O PESO DO RECÉM-NASCIDO	19
3.2 ESTADO NUTRICIONAL DA GESTANTE E O PESO DO RECÉM-NASCIDO	21
3.3 GESTAÇÃO E REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL.....	21
3.4 GESTAÇÃO EM ADOLESCENTES E GESTAÇÃO TARDIA	24
3.5 DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- DATASUS	25
3.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE NASCIDOS VIVOS- SINASC	26
4 METODOLOGIA	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 LOCAL DA PESQUISA	29
4.3 POPULAÇÃO ALVO	29
4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS	29
4.5 FONTE E MÉTODO DE COLETA DE DADOS	29
4.6 ANÁLISE DE DADOS	30
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	31
5.1 TABELAS	32
6 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	44

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

1 INTRODUÇÃO

O peso do RN é um importante indicador de saúde, uma vez que permite definir grupos de risco de morbimortalidade neonatal.

O baixo peso ao nascer (BPN) pode ser considerado como um dos mais significativos indicadores para a qualidade de vida da criança, uma vez que pode contribuir também com as infecções neonatais, maior hospitalização, maior tendência no crescimento e prejuízo neuropsicológico pós-natal (MALVEIRA, 2006).

A condição de recém-nascidos de baixo peso varia de acordo com o país ou região. Assim, na Índia, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), relativos à década de 80, a prevalência de BP é de 30%; na Tanzânia é de 14,6%; no País de Gales e no estado americano de Utah, a prevalência de BP é inferior a 5%. Dados recentes apontam, no Brasil, uma prevalência de 10% na região Sudeste, podendo para o Estado de São Paulo, as taxas variarem entre 6,6% e 10,4% (NASCIMENTO, 2005).

De acordo com Minagawa et al (2006), nos países desenvolvidos, cerca de dois terços dos recém-nascidos de baixo peso são prematuros, enquanto um terço é pequeno para a idade gestacional, sendo que, nos países pobres, 75% dos recém-nascidos de baixo peso são pequenos para a idade gestacional. Para Minamisawa et al (2004), no Brasil as taxas para recém-nascidos de baixo peso mantêm-se com taxas variadas, prevalecendo 10,1% na cidade de Rio de Janeiro, 8,9% no município de São Paulo e 6,6% em Presidente Prudente. Na Paraíba a incidência de baixo peso ao nascer corresponde a 8,9% nas áreas cobertas pelo PACS e 8,8% nas áreas cobertas pelo PSF, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), respectivamente ao ano de 2003.

Para Martins, Rezende, Vinhas (2003) a qualidade do crescimento fetal depende da interação do organismo do feto com o de sua mãe, e o suprimento por fatores maternos e placentários. Sendo o crescimento um processo que inicia desde a concepção e não só com o nascimento, faz-se importante a mãe ter uma assistência integral durante a sua gestação, uma vez que, o estado geral de saúde da mãe proporcionará um feto que dependerá dela para ter um desenvolvimento adequado, com a evolução de uma gestação sadia tanto para a mãe como para o feto (PINOTTI, FONSECA, BAGNOLI, 2006).

Existem várias condições que podem afetar a gestante e ter implicação no peso do recém-nascido, tais como: idade materna, número de gestações e paridade, curto intervalo entre os partos, baixa condição socioeconômica, falta de estrutura familiar, deficiência na assistência pré-natal, baixa escolaridade, reduzido peso no início ou ganho insuficiente na gestação, doenças como a hipertensão arterial e a utilização de drogas lícitas e ilícitas (CECCON, 2007).

Segundo Leal et al (2004), a assistência pré-natal tem se caracterizado como um dos principais fatores de proteção contra o baixo peso ao nascer, assim como da prematuridade e do óbito perinatal, uma vez que é a partir deste programa de atenção voltada à saúde da mulher que é possível garantir o rastreamento das gestantes de alto risco, promover um acompanhamento especializado, com ações profiláticas específicas para a gestante e o feto. Para Faria, Zanetta (2008), o acompanhamento periódico das gestantes, através de consultas pré-natais possibilitará desenvolver estratégias voltadas à ações preventivas que favorecerá as gestantes e para que seus filhos apresentem um melhor crescimento intra-uterino, diminuição na incidência de mortalidade fetal e redução da incidência de baixo peso ao nascer.

O baixo peso ao nascer, definido pela (OMS) como aquele inferior a 2500g, se apresenta como um dos principais determinantes capaz de contribuir para a mortalidade neonatal, principalmente para as populações desfavorecidas (NASCIMENTO, GOTLIEB, 2001).

É possível se obter informações sobre o peso do RN de uma dada região ou localidade, tendo acesso ao sistema de informação do SUS.

A criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) ocorreu de forma simultânea com a criação da Fundação Nacional de Saúde- FUNASA, através do Decreto n.100 de 16.04.1991. A partir de então, com a incorporação de recursos humanos, acervo técnico e equipamentos do DATAPREV, relativos às atividades de informática do SUS, tornou-se possível o DATASUS iniciar suas atividades. Em 1998 o DATASUS foi transferido para o Ministério da Saúde. A partir de então foi realizado um modelo mais organizado, ampliado no processo do acesso as informações e estrutura organizacional e também nas competências atribuídas presentes até hoje pelo Ministério da Saúde (SILVA et al, 2009).

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde foi implantado no Brasil a partir de 1990. Com esse sistema de informação tornou-se possível conhecer o perfil das mães e RN de uma determinada área de abrangência, assim como, propor ações de saúde com base no monitoramento da realidade local e as necessidades da população adscrita (CARNIEL et al, 2003).

De acordo com Ohara, Saito (2008), o sistema de informação em saúde deve ser desenvolvido e implantado com o objetivo de facilitar o acompanhamento e a avaliação das políticas e programas de saúde e deve ser entendido como um instrumento para o planejamento, gestão, organização e avaliação da situação de saúde da população e dos serviços de saúde.

Considerando que o DATASUS foi criado em 1991, o banco de dados do DATASUS só disponibiliza para livre acesso ao público, através da Internet, dados a partir de 1994. Observando que o ano de 1994 e outros posteriores contêm dados processados pelo DATASUS que estão dispostos para livre acesso, percebe-se que para pesquisa não foi possível utilizá-los sendo mais preciso começar a analisá-los a partir de 1998 pelo fato de que os dados disponíveis do ano de 1994 em diante há possível subnotificação, com dados apresentados cujos valores disponíveis para determinado ano sendo insuficientes e portanto impossibilitados para uma possível análise. Essas considerações mostram que o sistema quando implantado pode apresentar falhas iniciais, sendo superadas com adaptação dos profissionais e treinamento específico.

Com base nessas considerações e tendo a possibilidade de participar do projeto PIBIC da Universidade Federal de Campina Grande UFCG Campus de Cajazeiras em 2008, como voluntária do “Projeto Análise dos dados da Declaração de Nascimento Vivo de Mães Adolescentes Versus Adultas Atendidas no Município de Cajazeiras, Paraíba em 2007”, despertou-me o interesse em desenvolver um trabalho analisando o peso do recém-nascido, objetivando assim, ~~avaliar~~ avaliar os principais fatores maternos que exercem influência sobre o peso do recém-nascido.

Supondo que a ~~idade~~ ~~materna~~ o número de consultas pré-natal, duração da gestação e tipo de gravidez são os principais fatores que interferem no peso ao nascer do RN, esta pesquisa foi realizada com a finalidade de responder ao seguinte questionamento: Quais são os fatores que influenciam no peso do RN no município investigado?

Diante do exposto, espera-se proporcionar um aumento de informações sobre o peso do recém-nascido, constituindo um importante elemento para definição de políticas e de estratégias adequadas aos problemas de saúde e que justifiquem a necessidade de investigações sobre peso do RN e seus fatores de risco em todos os níveis que abrangem o setor saúde e que possam ajudar em tomada de decisões para uma melhoria na qualidade da assistência à saúde voltada para a mãe e para o seu filho.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar os principais fatores maternos que exercem influência sobre o peso do recém-nascido no município de Cajazeiras, PB, 1998-2007.

2.2 Específicos

- Verificar a incidência de recém-nascidos de baixo peso durante o período de 1998 a 2007, em Cajazeiras PB.
- Identificar os principais fatores de risco associados ao baixo peso ao nascer, em Cajazeiras PB, 1998 a 2007.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O Peso do Recém-Nascido

O período pré-natal começa com a fertilização do óvulo e termina antes do início do trabalho de parto. A gestação acarreta acentuadas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas na mulher durante esse período, o feto e a mãe estabelecem uma relação pela placenta, que proporciona as condições propícias do crescimento e ao bem estar fetal (MELSON et al, 2002).

A fertilização marca o período pelo qual as células se dividem rapidamente e começa o processo de diferenciação celular, tendo início o desenvolvimento da placenta e do embrião (BRANDEN, 2000).

No pré-natal o contato do profissional de saúde com a gestante possibilita a monitorização do bem estar da mesma, do desenvolvimento do feto e do aparecimento de quaisquer problemas (BRANDEN, 2000).

O peso ao nascer é a primeira medida de peso do recém-nascido obtido preferencialmente durante a primeira hora após-nascimento, antes que ocorra significativa perda de peso pós-natal. Sendo assim, sua classificação permite definir grupos de risco de morbimortalidade peri e neonatal para ações preventivas e terapêuticas (TAVARES, REGO, 2007). Segundo Ceccon (2007), a Organização Mundial da Saúde (OMS) ~~afirma~~ a classificação do peso como: peso adequado de 3.000 a 3.999g, peso inadequado-insuficiente quando está entre 2.500 e 2.999g, baixo peso entre 2.499 e 1.500g, muito baixo peso entre 1499 e 1000g e muitíssimo baixo peso < 1.000G. Sendo assim, essa classificação contribui para avaliações do peso do recém-nascido e dos fatores que os interferem atuando como um indicador de atenção à saúde.

Recém-nascidos de baixo-peso podem ser classificados segundo sua idade gestacional, contadas a partir do último dia do período menstrual, como RN pré-termo que nasce entre 20 semanas e antes do término de 37 semanas, RN pós-termo que nasce igual ou após 42 semanas e RN a termo que nasce entre 37 e 41 semanas (MONTENEGRO, FILHO, 2008).

Para Ramos, Vaz, Calil (2003), RN de baixo peso ao nascimento e a termo são considerados pequenos para a idade gestacional (PIG), em decorrência do menor crescimento in útero. Esses autores consideram ainda que recém-nascido pequeno para idade gestacional é também RN cujo peso de nascimento se situa abaixo do percentil 10 de acordo com o critério de Battaglia e Lubchenco, baseada na curva de crescimento intra-uterino.

Segundo Tavares, Rego (2007), para classificar o RN usando esse critério, considera-se como adequado para idade gestacional (AIG) aquele cujo peso se encontra entre os

percentis 10 e 90; como pequeno para idade gestacional (PIG) os que se encontram abaixo do percentil 10 e grandes para idade gestacional (GIG) os que estão acima do percentil 90. Essa classificação auxilia a prever, com razoável margem de segurança qual será o ritmo de crescimento imediato e remoto de determinado RN, bem como o provável tempo de permanência na unidade neonatal.

Alguns neonatos PIG podem apresentar restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), por não alcançarem o padrão de crescimento esperado, sendo também um RN de risco, com morbimortalidade perinatal muito aumentada em comparação com a dos neonatos adequados para a idade gestacional.

Nos dias atuais é fundamental conhecer a diferença entre um RN de baixo peso que cresceu de forma adequada dentro do útero materno e um RN que sofreu as consequências de crescimento intra-uterino retardado. Assim sendo, concorda-se que:

uma diferença importante entre os neonatos PIG e os RCIU é que nem todos os PIG são RCIU. Como também nem todos os neonatos que apresentam RCIU são PIG. Alguns recém-nascidos PIG tem constituição pequena: estatisticamente são pequenos, mas são saudáveis nos demais aspectos. Sendo assim, os problemas que apresentarão serão diferentes, tornando-os também diferentes, não só no manejo, como também no prognóstico. (RICCI, 2008, p.567).

Para Malveira et al (2006), entre as complicações associadas com os RN de baixo peso ao nascer estão: infecções neonatais, hipóxia, aspiração de mecônio, hipoglicemia, hipocalcemia, policitemia, hipotermia, hemorragia pulmonar, distúrbio metabólico. Para o autor, avanços tecnológicos na assistência aos neonatos de alto risco tem possibilitado maiores chances de sobrevida nesses recém-nascidos, decorrente do elevado tempo de permanência em unidades de terapia intensiva neonatal. No entanto, os procedimentos invasivos aos quais são submetidos os levam a maiores riscos de adquirir complicações que contribuem para o aumento da mortalidade em unidades neonatais.

Segundo Ramos, Cuman (2009), a mortalidade e a morbidade neonatal são maiores entre neonatos de baixo peso ao nascer e prematuros, estes apresentam nascimentos que demandam altos custos econômicos, uma vez que, o parto de RN com baixo peso necessita de atendimento em maior nível de complexidade devido a maiores chances de complicações e seqüelas, necessitando de estrutura técnica, equipamento e recursos humanos capacitados para atendimento e reversão da situação de risco apresentada ao nascer.

Medidas importantes como equipe assistencial treinada, lavagem adequada das mãos, desinfecção dos equipamentos utilizados no manuseio do recém-nascido, área física

apropriada, estímulo ao alojamento conjunto e à alimentação com leite materno, influenciam significativamente no número de óbitos por infecção entre os recém-nascidos de muito baixo peso (MALVEIRA et al, 2006).

3.2 Estado Nutricional da Gestante e o Peso do Recém-Nascido

O baixo peso da mulher durante a gestação, assim como o ganho insuficiente de peso, podem resultar em RN com baixo peso ao nascer, com retardo de crescimento intra-uterino e prematuridade, sendo que o ganho adequado de peso reduz os riscos de resultados desfavoráveis na gestação e parto, para mãe e filho (DIAS, ROTENBERG, MARCOLAN, 2007)

Para que o feto tenha um crescimento e desenvolvimento adequado, é necessário garantir um aumento proporcional dos nutrientes da alimentação materna durante a gestação, assim como a avaliação do ganho de peso da gestante durante as consultas pré-natais, que constituem também como parâmetros importantes na avaliação do crescimento e do bem-estar fetal, podendo ainda estar relacionado às condições de saúde materna (MELO et al, 2007). Segundo o Manual Técnico da Atenção Qualificada e Humanizada do Pré-natal e Puerpério, gestantes de baixo peso deverão ganhar entre 12,5 e 18 kg durante toda gestação, gestantes com IMC adequado devem ganhar, ao final da gestação, entre 11,5 e 16 Kg, aquelas com sobrepeso devem acumular entre 7 e 11,5 Kg, e as obesas devem apresentar ganho em torno de 7 Kg, com recomendação específicas e diferente por trimestre (BRASIL, 2005).

O diagnóstico e o acompanhamento nutricional da gestante são ações que devem fazer parte da rotina do pré-natal, contribuindo para a promoção da saúde e a redução de riscos para a mulher e o bebê, sendo de grande utilidade para o estabelecimento de intervenções precoces e eficazes (DIAS, ROTENBERG, MARCOLAN, 2007).

3.3 Gestação e Realização do Pré-Natal

Para Santos (2004), é através da consulta do pré-natal que as metas dos cuidados de enfermagem se abrangem para a promoção do bem-estar da gestante, como também da adaptação da família ao novo membro e centraliza num plano de cuidados que enfatizam a identificação da gestante, a implementação das medidas que assegurem um prognóstico materno fetal favorável e a prevenção e o diagnóstico dos problemas associados à gravidez.

Como a assistência pré-natal exerce forte influência na prematuridade e no baixo peso ao nascer, Rezende (2005, p. 269), a define como: “objetivo básico para promoção da saúde e o bem-estar das grávidas e de seus filhos (fetos e recém-nascidos) iniciando na fase pré-concepcional até o primeiro ano de vida.” O autor afirma ainda que no nosso país, a cobertura para a assistência pré-natal alcança cerca de 20% das mulheres grávidas, ficando uma grande parte desprovida de um acompanhamento pré-natal. Mesmo nas regiões mais desenvolvidas a cobertura assistencial chega a 95,4% porém, em 64,8% o atendimento torna-se insatisfatório devido ao baixo nível de escolaridade da mãe, a elevada paridade, o que muitas vezes retarda o início do pré-natal, e a identificação de alterações próprias da prenhez que alteram o curso de uma gravidez saudável repercutindo nocivamente sobre o feto.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM n.569, de 1/6/2000, tem como principal objetivo promover uma melhoria na qualidade da assistência pré-natal, permitindo uma atenção integral a gestante, ao recém-nascido e a mulher no período pós-parto reduzindo as incidências de morbimortalidade materna e perinatal, uma avaliação nas redes estaduais de assistência a gestação de alto risco, melhor estruturação nos sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalar. Assim sendo, este programa recomenda para a gestante a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2010).

O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Para isso, Rezende (2008), afirma ser fundamental o profissional garantir uma atenção pré-natal qualificada e humanizada baseada em condutas que possam preparar a gestante para a maternidade, promovendo a prevenção dos agravos e o tratamento de possíveis intercorrências que possam acometer a gestante durante este período.

Para Almeida et al (2002), a elevada paridade representa também um fator de risco para o baixo peso ao nascer, porque a multiparidade tende a diminuir o intervalo entre as gestações e conseqüentemente o peso do recém-nascido.

Um intervalo intergestacional menor que 6 meses acarreta o stress nutricional, com a restrição das reservas nutricionais o que afeta tanto a mãe, quanto o feto, além de estar associado ao baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intra-uterino e a prematuridade. No entanto, de acordo com Lima, Sampaio (2004), o intervalo indicado entre os partos devem ser ≥ 24 meses ou < 5 anos.

As condições sócio-econômicas precárias apresentam-se como um dos fatores que podem repercutir sobre o peso do neonato, pois, as condições precárias podem levar ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada, alta taxa de paridade e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez. Além do mais, pode predispor a mãe e o recém-nascido a situações de risco, isso porque além de impedir o acesso a informações e orientações, pode restringir a capacidade de cuidado e assistência (RAMOS, CUMAN, 2009).

De acordo com Alves Filho et al (2006), hipertensão e gravidez ocorrem de forma relativamente frequente e são responsáveis por taxas elevadas de morbidade e mortalidade perinatal e materna. Constataram também, que essa patologia contribui para o crescimento intra-uterino restrito, para o sofrimento fetal crônico, para a prematuridade induzida, baixo peso do recém-nascido e para o óbito intra-útero e neonatal.

As patologias maternas atuam como interferências biológicas que podem afetar o desenvolvimento fetal, contribuindo para o nascimento de recém-nascidos com baixo peso ao nascer e prematuros. As patologias maternas mais comuns durante o período gestacional que afetam no baixo peso do recém-nascido são: hipertensão arterial, infecção urinária, anemia e diabetes mellitus.

Segundo Simões, Soarde (2006), a hipertensão arterial em gestantes constitui como uma das principais complicações na gravidez, ocorrendo em torno de 12% a 22% das gestações, sendo responsável por 35% de mortes maternas no Brasil e 17,65 nos EUA. Para Chaim, Oliveira, Kimura (2008) segundo o Ministério da Saúde a hipertensão arterial na gravidez pode tornar-se uma complicação grave quando a gestante apresenta características individuais, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas que contribuem como fator de risco para possíveis complicações materno-fetal.

A infecção do trato urinário é a infecção mais comum durante a gestação, acredita-se que a estase urinária, alterações físico-químicas da urina e alterações imunológicas sejam responsáveis pela maior gravidade dessas infecções, assim como, aumento de glicose, aminoácidos e vitaminas na urina da gestante contribuem de forma significativa para seu aparecimento (FREITAS et al, 2006).

Jacociunas, Picoli, (2007) referem que infecção urinária é uma intercorrência bastante comum podendo a gestante apresentar principalmente durante o primeiro trimestre da gravidez acometendo cerca de 10% a 12% das grávidas.

Infecção do trato urinário podem induzir um prognóstico gestacional ruim, com surgimento de complicações das quais encontram-se: trabalho de parto e parto pré-termo,

ruptura prematura de membranas amnióticas, restrição de crescimento intra-uterino, recém-nascidos de baixo peso e óbito perinatal (DUARTE et al, 2002).

Uma outra interferência que comumente acomete as gestantes é a anemia por deficiência de ferro que segundo o Ministério da Saúde (2007) trata-se de um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue está anormalmente baixa, decorrente da falta de nutrientes essenciais como folatos, proteínas, vitamina B12, cobre e o ferro como sendo o mais importante. Ferreira, Moura, Cabral Júnior (2008) afirmam que a Organização Mundial de Saúde (OMS) consideram que 22,7% das gestantes dos países industrializados são anêmicas, enquanto que nos países em desenvolvimento os valores situam-se em 52%. Para esses autores as gestantes que apresentam carência alimentar de ferro decorrente de alimentações inadequadas tomam-se sujeitas a terem anemia, situação na qual contribui prejudicando o crescimento e desenvolvimento do concepto além do risco de mortalidade materna.

A anemia em gestantes pode ser considerado como um problema de saúde pública que merece atenção pelos profissionais da saúde para atuarem orientando as gestantes quanto a modificação dos hábitos alimentares, diagnóstico e tratamento das causas que levam a perda de sangue, controle de infecções que contribuem para anemia, fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa com sais de ferro (SOUZA, BATISTA FILHO, 2003).

Marinho et al (2003), afirmam que o diabetes mellitus na gravidez torna-se um fator de risco para o RN podendo levar a mortes perinatais, malformações fetais, hipoglicemia, icterícia, dificuldade respiratória, policitemia e hipocalcemia.

O diagnóstico precoce e o tratamento da grávida com diabetes gestacional, é fundamental a manutenção da gestação e a redução de complicações perinatais (SILVA et al, 2008).

3.4 Gestação em Adolescentes e Gestação Tardia

Gestação nos extremos da idade reprodutiva como em adolescentes apresentam riscos para terem recém-nascidos de baixo peso devido aos seguintes fatores: natureza biológica com imaturidade do sistema reprodutivo, ganho de peso inadequado durante a gestação, mudança no estilo de vida, condições econômicas desfavoráveis, falta de cuidados pré-natais (SILVA, 2005)

Percebe-se que o exercício da sexualidade na adolescência tem se tornado uma prática frequente e que vem aumentando entre os adolescentes e que os tornam vulneráveis a se

situarem em grupos de riscos pela precocidade do início das relações sexuais. Diante disto, Tauil (2001), considera que, no Brasil, os dados do Ministério da Saúde confirmam um aumento na incidência em jovens adolescentes com 54% de partos realizados em adolescentes em 1993, em relação a outros procedimentos realizados, e 63% em 1996.

Para Yazlle (2006), a adolescência corresponde ao período da vida entre os 10 e 19 anos, marcada por profundas mudanças fisiológicas, anatômicas, psicológicas e sociais. Para a autora trata-se de um problema de saúde pública devido a prevalência com que atualmente vem ocorrendo, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psico-sociais e econômicos.

De acordo com Dias, Rotenberg, Marcolan (2007, p.105) "o diagnóstico e o acompanhamento nutricional da gestante são ações que devem fazer parte da rotina do pré-natal, como estabelecimento de intervenções precoces e eficazes".

A idade materna mais avançada merece atenção para cuidados obstétricos assim como para a gravidez em idade precoce, pelo fato de também constituir uma gravidez que pode implicar aumento para a mortalidade neonatal, baixo peso ao nascer, parto pré-termo e fetos pequenos. devido mulheres nesta faixa etária apresentarem aumento na incidência de doenças como diabetes, hipertensão crônica, hipotireoidismo assim como maiores probabilidades para ocorrência de nascimentos com malformações congênitas (ANDRADE et al, 2004).

Atualmente percebe-se que muitas mulheres estão adiando o sonho de ser mãe, para priorizar a busca de uma independência econômica e um parceiro estável. Logo, é preciso que os serviços de obstetrícia estejam devidamente equipados, com profissionais capacitados para atender a demanda.

De acordo com Senesi et al (2004), as alterações do peso do recém-nato podem ser mais frequentes entre gestantes com idade igual ou superior a 35 anos, sendo assim, um bom atendimento obstétrico pode atuar como um fator importante na prevenção de possíveis problemas perinatais.

3.5 Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-DATASUS

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS é o órgão da Secretária Executiva do Ministério da Saúde responsável por coletar, processar e disseminar as informações de saúde em âmbito nacional, além de oferecer acesso aos dados sobre situação de saúde no país, serve como subsídios para a análise da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências, planejamento e programação das ações de saúde.

Sendo assim, sua utilização procura eliminar diversos instrumentos manuais de coleta, proporcionando uma melhoria da qualidade e eficiência dos processos, evitando o desperdício de mão-de-obra e o aumento na probabilidade de erros (OHARA, SAITO, 2008).

O processo de construção do DATASUS desde a sua implantação tem avançado muito, porém, este sistema ainda precisa enfrentar barreiras para buscar qualidade dos serviços desenvolvidos no que diz respeito, ao fato de que:

da maioria dos profissionais que compõem o corpo técnico destes núcleos serem de pessoas contratadas pelos projetos de cooperação técnica, pelo total descontrole do DATASUS sobre a segurança, integridade e disponibilidade das informações e produtos gerados, podendo em qualquer situação de risco, o MS perder as informações ou ter essas informações modificadas indevidamente (BRASIL, 2002, p.10)

O DATASUS vem conseguindo ampliar seus avanços na área tecnológica principalmente pela existência de equipamentos de grande porte, pela conquista da captura de dados de produção dos estados e municípios, transformando as coletas dos documentos com a entrada dos dados na própria origem, os municípios, num processo que permite uma transmissão eletrônica capaz de possibilitar uma descentralização de informações sendo fundamental para ~~que estudos~~ profissionais da área da saúde que precisam de dados desenvolver trabalhos que possam servir de instrumentos para o conhecimento da situação da saúde de um determinado local como também, servir de apoio para planejamento e intervenção na busca de melhor qualidade de saúde para população (BRASIL, 2002).

3.6 Sistema de Informação sobre Nascido Vivo (SINASC)

O documento utilizado como instrumento de coleta para alimentar mensalmente os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), é a Declaração de Nascido Vivo (DN), que contém informações sobre as mães e os recém-nascidos que de acordo com o Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (2001) a define como documento padronizado, previamente numerado e com as três vias distintas e impressas pelo Ministério da Saúde para avaliar o nível de saúde da população e planejar ações que incluam a prevenção, a promoção e o tratamento durante o período gestacional e após o parto.

A DN foi implantado no Brasil com intuito de obter informações sobre gestação, nascimento e características materna que, segundo CARNIEL et al (2003, p. 166), devem ser;

preenchidas nos hospitais que realizam partos no município e pelo cartório onde a criança for registrada, caso o parto ocorra fora do serviço de saúde, a Secretária recolhe as DN's, verifica o preenchimento dos dados e, estando correto o preenchimento, encaminha ao CS (Centro de Saúde) de referência da mãe e da criança.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMACAO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo exploratório de cunho epidemiológico com método de abordagem quantitativa.

A pesquisa epidemiológica é empírica, baseada na coleta sistemática de informações sobre eventos ligados à saúde de uma população definida e na quantificação destes eventos (GRIEP, 2008, p.3)

As pesquisas de natureza exploratória tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores(...) (GIL, 1999, p.44).

4.2 Local da Pesquisa

A referida pesquisa foi realizada através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS utilizando o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em busca dos dados do município de Cajazeiras, PB, no período 1998 a 2007.

4.3 População alvo

A população do estudo foi composta por mães que tiveram seus filhos vivos na maternidade do município de Cajazeiras, PB, no período de 1998 a 2007, cujos dados foram registrados na Declaração de Nascido Vivo, transferidos para o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

4.4 Variáveis estudadas

No intuito de atingir os objetivos propostos para esta pesquisa foram investigadas as seguintes variáveis: idade materna, número de consultas de pré-natal, duração da gestação e tipo de gravidez, correlacionando-as com o peso ao nascer.

4.5 Fonte e Método de Coleta de dados

Os dados foram coletados através das informações sobre as mães e os recém-nascidos contidas no Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC), através do site

<http://www.datasus.gov.br>, nos links (na sequência): “informações de saúde”; “estatísticas vitais”; “nascidos vivos”; “Paraíba”.

Acessando o Estado da Paraíba, selecionava-se no município Cajazeiras, a variável que se queria correlacionar com o peso do RN, ano a ano investigado.

Cuidadosamente fazia-se a correlação entre as variáveis investigadas ano a ano, e ao final solicitava-se a visualização de tabela com bordas, para em seguida imprimi-las. Foram impressas um total de 40 tabelas do DATASUS.

Destaque-se que não foram incluídos os dados do Sistema de Informação em Saúde do SINASC que no banco de dados do DATASUS apresentassem registrada a modalidade “ignorado”.

4.6 Análise de Dados

De posse dos impressos a partir do site: <http://www.datasus.gov.br> foram reconstruídas manualmente 40 tabelas agrupando os dados anuais. Em seguida, foram construídos, no Excel 2007, 4 tabelas com frequência e percentual, incluindo todos os dados dos dez anos, conforme variáveis investigadas, a saber:

TABELA 1 Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a idade materna em Cajazeiras PB (1998 a 2007)

TABELA 2 Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o número de consultas pré-natal em Cajazeiras PB (2000 a 2007)

TABELA 3 Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a duração da gestação em Cajazeiras PB (1998 a 2007)

TABELA 4 Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o tipo de gravidez em Cajazeiras PB (1998 a 2007)

Para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa, os dados demonstrados nas tabelas foram analisados através da estatística descritiva, com frequência e percentual, embasados na literatura pesquisada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

Neste capítulo estão dispostos os dados coletados pelo Banco de dados do DATASUS através do Sistema de Informação sobre Nascido Vivo – SINASC contendo dados sobre idade materna, número de consultas de pré-natal, duração da gestação e tipo de gravidez pertinentes aos objetivos do estudo.

5.1 Tabelas

A tabela 1 apresenta o número de nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a idade materna, no município de Cajazeiras PB (1998 a 2007).

Pelos dados expressos na tabela 1 observa-se uma maior concentração de RN com peso adequado (2500 a 3999g) em todas as faixas etárias das mães, por todos os anos investigados. Destacando que, o percentual total para o PA do RN variou entre 79,82% em 2006 a 87,63% em 2004, correspondendo a 538 casos e a 666 casos, respectivamente. Essa expressividade no peso adequado talvez possa ser explicada pelo fato de integrar mães conscientes das medidas preventivas de saúde que tanto as beneficia como aos seus conceitos. Este resultado demonstra que, para a pesquisa, a idade materna não interferiu no peso ao nascer do RN, discordando com os argumentos de Uchimura, Pelissari (2008), ao afirmarem em seus estudos que a idade materna constitui um fator de risco para o peso ao nascer, principalmente na gestação em adolescentes, por essa faixa etária ser fator limitante ao desenvolvimento social, educacional, imaturidade biológica, ganho de peso inadequado e maior incidência na mortalidade neonatal. Segundo Kassar et al (2005), muitos autores consideram contraditória a influência da idade materna na gestação entre adolescentes e afirmam ser fator de risco quando associadas a outros fatores como socioeconômicos, psicológicos e culturais para atuar de maneira determinante no peso ao nascer. Para a faixa etária acima de 40 anos ou mais, apesar de muitos autores considerarem ser uma gestação para possíveis riscos maternos e neonatais decorrente da própria senescência ovariana e a frequência aumentada de doenças crônicas, Ximenes, Oliveira (2004), ressaltam que existem fatores que atuam de maneira a exercer forte influência no peso do RN tais como: hipertensão arterial, diabetes gestacional, ruptura prévia de placenta, cardiopatias e infecção urinária.

Acerca do baixo peso ao nascer, conforme a idade materna observou-se que o número total de casos variou entre 30 (4,45%) em 2006 a 78 (8,59%) em 2007. Os casos de BP ao nascer concentraram-se na faixa etária de 20 a 29 anos. Este resultado demonstra que apesar dessa faixa etária ser ideal para reprodução, por proporcionar uma gestação com menos riscos de complicações maternas e fetais. A concentração de BP para esta faixa etária talvez possa

ser constituído por mulheres com menor nível de instrução escolar, que tiveram três filhos ou mais, que fumaram durante a gestação ou ingeriram álcool e drogas, que receberam assistência pré-natal inadequada, que tiveram uma nutrição insuficiente, interferindo negativamente no peso do RN, conforme explicam Leal, Gama, Cunha (2006).

Para Mariotoni, Barros Filho (2000), o peso ao nascer é um indicador de saúde sensível às condições de vida desfavoráveis em que uma gestante se encontra, repercutindo no aumento de RN com baixo peso e conseqüentemente na morbidade e mortalidade neonatal. Quanto ao SP, no geral, concentrou-se na faixa etária materna de 20 a 29 anos seguido da faixa etária 30 a 39, com maior número de casos em 2006, correspondendo a 106 (15,73%), e menor número em 2004, com 43 casos (5,66%). Este aumento do sobrepeso do RN para a faixa etária materna de 20 a 29 anos, está de acordo com Nascimento, Souza (2002), quando afirmam que com o aumento do sobrepeso na população brasileira, faz-se necessário um controle mais eficiente do ganho de peso na gestação, pois o consumo indevido de nutrientes, inclusive grande ingestão de lipídios e carboidratos podem ser consideradas condições de risco que levam ao ganho de peso, tanto para gestantes como para os RN ao nascer. Por outro lado, o aumento de sobrepeso na faixa etária de 30 a 39 anos está em acordo com Senesi et al (2004), ao afirmarem que alterações no peso do recém-nascidos podem ser freqüentes entre gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Sendo assim, um bom atendimento obstétrico pode atuar como fator importante na prevenção de possíveis problemas perinatais. Na tabela 2 verifica-se o número de nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o número de consultas de pré-natal, no município de Cajazeiras PB (2000 a 2007).

Os dados expressos na tabela 2 demonstram que houve maior incidência de peso adequado do RN, independente do número de consultas pré-natal realizadas pela mãe, em todos os anos investigados. Este é um dado interessante porque demonstra está havendo uma boa cobertura pré-natal, atuando como um meio eficaz para diminuir o número de casos de baixo peso ao nascer destacando que o controle pré-natal é importante para uma gestação saudável, e que um atendimento adequado e de qualidade é apreciado de acordo com uma assistência pré-natal satisfatória. Nesse sentido, Enes (2007), afirma que estudos vem ressaltando que o cuidado pré-natal adequado exerce influência positiva sobre os resultados na gestação e no parto, por permitir a identificação e o tratamento de complicações que possam ocorrer nesse período, além de eliminar ou reduzir os fatores de risco. Sendo assim, a assistência pré-natal deve garantir um atendimento de qualidade para a gestante e não apenas baseado no número de consultas realizadas.

De acordo com Leal, Gama, Cunha (2006) a adequada atenção pré-natal constitui-se em um fator de proteção para os recém-nascidos, principalmente para as mulheres com baixo grau de escolaridade.

No tocante ao baixo peso, esta pesquisa aponta que houve maior incidência de número de casos para as mães que realizaram de 0-3 consultas em 2000, com 29 (2,74%) dos casos e em 2003, com 21 (2,51%) dos casos. Para as mães que realizaram de 4 a 6 consultas pré-natal o BP foi maior nos anos 2001, 2002, 2006 e 2007, sendo o número de casos, respectivamente: 22 (2,86%), 25 (2,65%), 15 (2,24%) e 42 (4,69%). Para as mães que realizaram 7 e + consultas pré-natal o BP foi maior em 2004 e 2005, como sendo o número de casos, respectivamente: 20 (2,66%) e 29 (3,17%).

De acordo com esses dados, supõe-se que a presença desses RN com baixo peso possa ser decorrente de mães com baixa escolaridade materna, baixa condição sócio-econômica, de mães que não deram importância as adequadas orientações durante as consultas de pré-natal, podendo esses fatores ter influenciado para a ocorrência do baixo peso ao nascer.

Para Barbas et al (2009), grávidas com baixo nível sócio-econômico têm menor assistência pré-natal, dificuldade de acesso, falta de conhecimento da importância da realização das consultas de pré-natal durante a gestação, sendo estes fatores suficientes para refletir no peso do RN, contribuindo para este nascer com peso deficiente.

Acerca do SP, chama atenção o fato de que o número de casos foi maior para as mães que fizeram 7 e + consultas nos anos 2001,2003,2004,2006 e 2007, sendo o número de casos, respectivamente, 22 (2,86%), 35 (4,18%), 26 (3,46%), 50 (7,45%) e 32 (3,57%). Este resultado mostra que faz necessário os profissionais de saúde realizarem um aconselhamento nutricional e um controle do peso da gestante durante as consultas de pré-natal, pois este procedimento favorece às gestantes apresentarem menos complicações e seus filhos um crescimento intra-uterino adequado e menor prevalência de mortalidade neonatal. Santos, Velarde, Ferreira (2008) sugere que medidas preventivas, como as atividades de orientação nutricional, devam ser estabelecidas visando não só uma mudança de hábitos alimentares inadequados, como evita possíveis consequências não só para a saúde materna, como também para a saúde do RN.

Nos anos 1998 e 1999 não foi feita a correlação entre as variáveis número de consultas de pré-natal e peso do RN, considerando as mudanças ocorridas no agrupamento da variável número de consultas de pré-natal para os anos seguintes. Devido este problema estar presente na tabela da variável número de consultas de pré-natal, para esta tabela os anos de 1998 e 1999 foram excluídos da análise.

Na tabela 3 serão apresentados número de nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a duração da gestação, no município de Cajazeiras PB (1998 a 2007).

Em relação aos dados expressos na tabela 3, verifica-se maior concentração de casos de PA na duração da gestação a termo, variando o número de casos entre 537 (79,79%) em 2006 e 924 (87,01%) em 2000, por todos os anos investigados. Para o peso adequado também encontrou-se maior concentração de casos para a gestação pós-termo, variando o número de casos entre 2 (0,19%) em 2000 e 18 (2,10) em 1999, durante os anos investigados. Este é um dado interessante porque nos mostra que essas mães podem ter recebido uma melhor assistência durante o atendimento nas consultas de pré-natal, com um controle clínico adequado da gestação, alcançando um número de consultas satisfatório para atingirem uma IG ≥ 37 semanas e RN nascidos com peso adequado. Acerca do BP, verificou-se que o número de casos foi maior para gestação a termo durante os anos investigados, variando entre 30 (4,46%) em 2006 e 75 (8,36%) em 2007. Ainda em relação ao BP, encontrou-se número de casos para gestação pré-termo com percentual para o BP do RN, variando entre 21 (2,73%) em 2001 a 33 (3,49%) em 2002 e 33 (3,68) em 2007. Neste estudo os resultados encontrados acerca do BP, com maior concentração para a gestação a termo, foram diferentes aos argumentos presentes em várias literaturas sobre os RN de baixo peso, ao afirmarem que a prematuridade atua como grande determinante para o baixo peso ao nascer. Este resultado discorda com Salge et al (2009), ao ressaltar que o nascimento prematuro está relacionado ao aumento da mortalidade neonatal, como também, a complicações após o nascimento, tornando-se mais acentuado os riscos quando o RN prematuro encontra-se com baixo peso, repercutindo diretamente nas suas condições de vida.

Para análise do SP, verificou-se maior concentração para a gestação a termo em todos os anos investigados, variando entre 43 (5,70%) em 2004 e 106 (15,75) em 2006. Em relação ao SP, o resultado encontrado nesta pesquisa se contrapõe com o argumento de Mendonça (2000), ao afirmar que RNs com sobrepeso são mais freqüentes para uma gestação que ultrapassa 42 semanas, sendo que, essa gestação pode resultar em aumento na morbiletalidade perinatal, oligoâmnio ou oligoidrâmnio, compressão funicular, hipoxia fetal, aspiração de mecônio e óbito fetal ou neonatal

Na tabela 4 verifica-se o número de nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o tipo de gravidez, no município de Cajazeiras PB (1998 a 2007). Considera-se gestação única a presença de apenas um feto, gestação dupla dois fetos e gestação tripla ou + a presença de três ou mais fetos.

Pelos dados expressos na tabela 4, observa-se a maior concentração de casos de PA em todos os tipos de gravidez, durante os anos investigados, variando o número de casos entre 537 (79,79%) em 2006 a 926 (86,87%) em 2000. Convém ressaltar que o número de casos de PA foi maior em gestações única, variando entre 531 (78,90%) em 2006 a 916 (85,93%) em 2000. Esses resultados mostram que um bom atendimento obstétrico, a realização de consultas de pré-natal, uma nutrição adequada durante a gestação tornam-se fatores fundamentais para o desenvolvimento de RN com peso adequado ao nascer.

Acerca do BP, observou-se que o número de casos foi maior em gestação única, em todos os anos investigados, variando entre 30 (4,46%) em 2006 e 77 (8,57%) em 2007. Chama atenção o fato de que nas gestações dupla o número de casos de PA foi maior do que o número de BP. Apenas no ano 2005 o número de casos de BP, 9 (0,98%) foi quase o dobro do PA, 5 (0,54%). Esse resultado encontra-se fora do esperado, discordando com os argumentos de Moore, Persaud (2008), ao afirmarem que RNs provenientes de gestações de gêmeos e trigêmeos e de outras gestações múltiplas apresentam consideravelmente a tendência de nascer pesando menos do que os RN nascidos de gravidez única, decorrente das necessidades ~~totais de dois~~ ou mais fetos excederem a capacidade da placenta de fornecer um suprimento ~~nutricional~~ na gestação.

De acordo com Zugaib (2008), uma gestação gemelar apresenta aumento de 5 a 6 vezes de risco do RN nascer com restrição de crescimento, da mãe apresentar anemia, hiperêmese gravídica, pré-eclampsia, complicações hemorrágicas na gestação, infecção puerperal, edema pulmonar e óbito quando comparadas com gestações únicas.

Quanto ao SP do RN, o número de casos também concentrou-se em gestação única, variando entre 42 (5,57%) dos casos em 2004 e 106 (15,75%) dos casos em 2006. Destaca-se ainda o fato de que, em gestação única em todos os anos investigados, excetuando-se 2004 e 2007, os casos de SP foram maior que os de BP ao nascer. De acordo com Belarmino et al (2009), uma gestação adequada é importante para o crescimento do feto e à saúde do neonato, sendo que o ganho excessivo de peso pode levar ao surgimento de diabetes gestacional, dificuldade no parto e risco para o feto no período perinatal.

Tabela 1 – Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a idade materna em Cajazeiras PB (1998 a 2007)

Idade materna Ano (nascimento) peso	10 à 19		20 à 29		30 à 39		40 ou +		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1998	BP	24	2,60	22	2,39	16	1,74	0	0,00	62	6,72
	PA	208	22,56	434	47,07	148	16,05	16	1,74	806	87,42
	SP	8	0,87	28	3,04	14	1,52	4	0,43	54	5,86
TOTAL		240	26,03	484	52,49	178	19,31	20	2,17	922	100,00
1999	BP	17	2,03	22	2,63	10	1,19	3	0,36	52	6,21
	PA	194	23,15	389	46,42	118	14,08	11	1,31	712	84,96
	SP	13	1,55	40	4,77	17	2,03	4	0,48	74	8,83
TOTAL		224	26,73	451	53,82	145	17,30	18	2,15	838	100,00
2000	BP	15	1,41	29	2,73	11	1,03	2	0,19	57	5,36
	PA	251	23,61	512	48,17	146	13,73	16	1,51	925	87,02
	SP	11	1,03	53	4,99	16	1,51	1	0,09	81	7,62
TOTAL		277	26,06	594	55,88	173	16,27	19	1,79	1063	100,00
2001	BP	10	1,30	28	3,64	8	1,04	1	0,13	47	6,11
	PA	152	19,77	366	47,59	134	17,43	19	2,47	671	87,26
	SP	8	1,04	26	3,38	15	1,95	2	0,26	51	6,63
TOTAL		170	22,11	420	54,62	157	20,42	22	2,86	769	100,00
2002	BP	17	1,80	38	4,02	9	0,95	2	0,21	66	6,98
	PA	205	21,67	457	48,31	138	14,59	19	2,01	819	86,58
	SP	10	1,06	38	4,02	13	1,37	0	0,00	61	6,45
TOTAL		232	24,52	533	56,34	160	16,91	21	2,22	946	100,00
2003	BP	11	1,30	26	3,08	12	1,42	2	0,24	51	6,04
	PA	146	17,30	442	52,37	122	14,45	12	1,42	722	85,55
	SP	12	1,42	41	4,86	16	1,90	2	0,24	71	8,41
TOTAL		169	20,02	509	60,31	150	17,77	16	1,90	844	100,00
2004	BP	19	2,50	26	3,42	3	0,39	3	0,39	51	6,71
	PA	161	21,18	377	49,61	115	15,13	13	1,71	666	87,63
	SP	4	0,53	27	3,55	12	1,58	0	0,00	43	5,66
TOTAL		184	24,21	430	56,58	130	17,11	16	2,11	760	100,00
2005	BP	14	1,52	48	5,20	9	0,98	3	0,33	74	8,02
	PA	182	19,72	438	47,45	145	15,71	13	1,41	778	84,29
	SP	11	1,19	35	3,79	24	2,60	1	0,11	71	7,69
TOTAL		207	22,43	521	56,45	178	19,28	17	1,84	923	100,00
2006	BP	10	1,48	16	2,37	4	0,59	0	0,00	30	4,45
	PA	137	20,33	289	42,88	111	16,47	1	0,15	538	79,82
	SP	12	1,78	69	10,24	22	3,26	3	0,45	106	15,73
TOTAL		159	23,59	374	55,49	137	20,33	4	0,59	674	100,00
2007	BP	17	1,87	36	3,96	23	2,53	2	0,22	78	8,59
	PA	160	17,62	432	47,58	166	18,28	17	1,87	775	85,35
	SP	10	1,10	30	3,30	15	1,65	0	0,00	55	6,06
TOTAL		187	20,59	498	54,85	204	22,47	19	2,09	908	100,00

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC): 1998-2007

Tabela 2 – Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o número de consultas pré-natal em Cajazeiras PB (2000 a 2007)

Ano (nascimento) peso	N de consultas pré-natal	0-3		4 a 6		7 ou +		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2000	BP	29	2,74	17	1,60	11	1,04	57	5,38
	PA	275	25,94	412	38,87	233	21,98	920	86,79
	SP	19	1,79	44	4,15	20	1,89	83	7,83
TOTAL		323	30,47	473	44,62	264	24,91	1060	100,00
2001	BP	14	1,82	22	2,86	10	1,30	46	5,98
	PA	205	26,66	295	38,36	172	22,37	672	87,39
	SP	13	1,69	16	2,08	22	2,86	51	6,63
TOTAL		232	30,17	333	43,30	204	26,53	769	100,00
2002	BP	22	2,33	25	2,65	18	1,90	65	6,88
	PA	218	23,07	350	37,04	251	26,56	819	86,67
	SP	20	2,12	22	2,33	19	2,01	61	6,46
TOTAL		260	27,51	397	42,01	288	30,48	945	100,00
2003	BP	21	2,51	15	1,79	12	1,43	48	5,73
	PA	170	20,31	253	30,23	296	35,36	719	85,90
	SP	11	1,31	24	2,87	35	4,18	70	8,36
TOTAL		202	24,13	292	34,89	343	40,98	837	100,00
2004	BP	13	1,73	17	2,26	20	2,66	50	6,66
	PA	99	13,18	180	23,97	379	50,47	658	87,62
	SP	9	1,20	8	1,07	26	3,46	43	5,73
TOTAL		121	16,11	205	27,30	425	56,59	751	100,00
2005	BP	15	1,64	28	3,06	29	3,17	72	7,88
	PA	87	9,52	313	34,25	371	40,59	771	84,35
	SP	5	0,55	35	3,83	31	3,39	71	7,77
TOTAL		107	11,71	376	41,14	431	47,16	914	100,00
2006	BP	9	1,34	15	2,24	5	0,75	29	4,32
	PA	60	8,94	233	34,72	244	36,36	537	80,03
	SP	9	1,34	46	6,86	50	7,45	105	15,65
TOTAL		78	11,62	294	43,82	299	44,56	671	100,00
2007	BP	10	1,12	42	4,69	25	2,79	77	8,59
	PA	36	4,02	406	45,31	322	35,94	764	85,27
	SP	2	0,22	21	2,34	32	3,57	55	6,14
TOTAL		48	5,36	469	52,34	379	42,30	896	100,00

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC): 2000-2007

Tabela 3 – Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme a duração da gestação em Cajazeiras PB (1998 a 2007)

Ano (nascimento) peso	Duração da gestação	Pré-Termo		A Termo		Pós-Termo		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1998	BP	29	3,01	31	3,22	0	0,00	60	6,24
	PA	12	1,25	819	85,14	12	1,25	843	87,63
	SP	2	0,21	57	5,93	0	0,00	59	6,13
TOTAL		43	4,47	907	94,28	12	1,25	962	100,00
1999	BP	22	2,57	28	3,27	3	0,35	53	6,19
	PA	20	2,34	690	80,61	18	2,10	728	85,05
	SP	1	0,12	69	8,06	5	0,58	75	8,76
TOTAL		43	5,02	787	91,94	26	3,04	856	100,00
2000	BP	28	2,64	28	2,64	0	0,00	56	5,27
	PA	15	1,41	907	85,40	2	0,19	924	87,01
	SP	0	0,00	82	7,72	0	0,00	82	7,72
TOTAL		43	4,05	1017	95,76	2	0,19	1062	100,00
2001	BP	21	2,73	26	3,39	0	0,00	47	6,12
	PA	10	1,30	660	85,94	0	0,00	670	87,24
	SP	0	0,00	50	6,51	1	0,13	51	6,64
TOTAL		31	4,04	736	95,83	1	0,13	768	100,00
2002	BP	33	3,49	32	3,38	0	0,00	65	6,87
	PA	13	1,37	804	84,99	3	0,32	820	86,68
	SP	0	0,00	61	6,45	0	0,00	61	6,45
TOTAL		46	4,86	897	94,87	3	0,32	946	100,00
2003	BP	27	3,23	21	2,51	0	0,00	48	5,74
	PA	4	0,48	713	85,29	0	0,00	717	85,77
	SP	0	0,00	71	8,49	0	0,00	71	8,49
TOTAL		31	3,71	805	96,29	0	0,00	836	100,00
2004	BP	26	3,45	22	2,92	0	0,00	48	6,37
	PA	8	1,06	651	86,34	4	0,53	663	87,93
	SP	0	0,00	43	5,70	0	0,00	43	5,70
TOTAL		34	4,51	716	94,96	4	0,53	754	100,00
2005	BP	32	3,51	37	4,06	0	0,00	69	7,57
	PA	13	1,43	757	83,10	1	0,11	771	84,63
	SP	0	0,00	70	7,68	1	0,11	71	7,79
TOTAL		45	4,94	864	94,84	2	0,22	911	100,00
2006	BP	23	3,42	7	1,04	0	0,00	30	4,46
	PA	13	1,93	524	77,86	0	0,00	537	79,79
	SP	0	0,00	106	15,75	0	0,00	106	15,75
TOTAL		36	5,35	637	94,65	0	0,00	673	100,00
2007	BP	33	3,68	42	4,68	0	0,00	75	8,36
	PA	9	1,00	755	84,17	3	0,33	767	85,51
	SP	0	0,00	54	6,02	1	0,11	55	6,13
TOTAL		42	4,68	851	94,87	4	0,45	897	100,00

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC): 1998-2007

Tabela 4 – Distribuição dos nascidos vivos em relação ao peso ao nascer conforme o tipo de gravidez em Cajazeiras PB (1998 a 2007)

Ano (nascimento) peso	Tipo de gravidez	ÚNICA		DUPLA		TRIPLA ou +		TOTAL	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1998	BP	55	5,72	4	0,42	0	0,00	59	6,13
	PA	824	85,65	8	0,83	12	1,25	844	87,73
	SP	58	6,03	0	0,00	1	0,10	59	6,13
TOTAL		937	97,40	12	1,25	13	1,35	962	100,00
1999	BP	42	4,92	10	1,17	0	0,00	52	6,10
	PA	716	83,94	9	1,06	2	0,23	727	85,23
	SP	74	8,68	0	0,00	0	0,00	74	8,68
TOTAL		832	97,54	19	2,23	2	0,23	853	100,00
2000	BP	50	4,69	7	0,66	0	0,00	57	5,35
	PA	916	85,93	9	0,84	1	0,09	926	86,87
	SP	83	7,79	0	0,00	0	0,00	83	7,79
TOTAL		1049	98,41	16	1,50	1	0,09	1066	100,00
2001	BP	38	4,94	9	1,17	0	0,00	47	6,10
	PA	663	86,10	9	1,17	0	0,00	672	87,27
	SP	51	6,62	0	0,00	0	0,00	51	6,62
TOTAL		752	97,66	18	2,34	0	0,00	770	100,00
2002	BP	58	6,13	8	0,85	0	0,00	66	6,98
	PA	812	85,84	6	0,63	1	0,11	819	86,58
	SP	61	6,45	0	0,00	0	0,00	61	6,45
TOTAL		931	98,41	14	1,48	1	0,11	946	100,00
2003	BP	45	5,34	6	0,71	0	0,00	51	6,06
	PA	711	84,44	9	1,07	0	0,00	720	85,51
	SP	71	8,43	0	0,00	0	0,00	71	8,43
TOTAL		827	98,22	15	1,78	0	0,00	842	100,00
2004	BP	44	5,84	5	0,66	0	0,00	49	6,50
	PA	657	87,14	6	0,80	0	0,00	663	87,93
	SP	41	5,44	1	0,13	0	0,00	42	5,57
TOTAL		742	98,41	12	1,59	0	0,00	754	100,00
2005	BP	65	7,06	9	0,98	0	0,00	74	8,03
	PA	772	83,82	5	0,54	0	0,00	777	84,36
	SP	70	7,60	0	0,00	0	0,00	70	7,60
TOTAL		907	98,48	14	1,52	0	0,00	921	100,00
2006	BP	27	4,01	3	0,45	0	0,00	30	4,46
	PA	531	78,90	6	0,89	0	0,00	537	79,79
	SP	106	15,75	0	0,00	0	0,00	106	15,75
TOTAL		664	98,66	9	1,34	0	0,00	673	100,00
2007	BP	67	7,45	10	1,11	0	0,00	77	8,57
	PA	754	83,87	14	1,56	0	0,00	768	85,43
	SP	54	6,01	0	0,00	0	0,00	54	6,01
TOTAL		875	97,33	24	2,67	0	0,00	899	100,00

Fonte: DATASUS, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC): 1998-2007

BP: BAIXO PESO

PA: PESO ADEQUADO

SP: SOBREPESO

Os resultados obtidos nesta pesquisa apontam que a idade materna não atuou como fator de risco para o peso ao nascer, em todas as faixas etárias das mães, por todos os anos investigados. No entanto, observou-se que para a faixa etária de 20 à 29 anos houve concentração de casos de BP.

Quanto ao número de consultas pré-natal houve maior incidência de peso adequado de RN, em todos os anos investigados independente do número de consultas pré-natal realizadas pela mãe. Este resultado mostra que o número de consultas pré-natal não interferiu no peso do recém-nascido. Ainda em relação ao número de consultas pré-natal, um resultado que chamou atenção foi o fato do sobrepeso apresentar número de casos maior para as mães que fizeram 7 ou + consultas, respectivamente nos anos 2001, 2003, 2004, 2006 e 2007.

Em relação à duração da gestação, os resultados demonstram maior concentração de casos de PA na gestação a termo. Para a idade gestacional outro resultado que chamou atenção, diz respeito ao número de casos de RN com BP ter sido maior para gestação a termo, durante os anos investigados.

Para o tipo de gestação, os dados demonstram maior concentração de casos de PA em todos os tipos: única, dupla, tripla e +, durante os anos investigados. Quanto ao tipo de gestação, outro resultado interessante que pode-se observar foi quanto aos RN de BP terem apresentado maior número de casos em gestação única, em todos os anos investigados, como também, o fato de que, nas gestações dupla, o número de casos de PA ter sido maior que o número de BP.

Buscando responder às questões que conduziram esta pesquisa, teve-se, com a sua realização, o objetivo geral de avaliar os principais fatores maternos que exercem influência sobre o peso do recém-nascido no município de Cajazeiras, PB, 1998 a 2007.

Destacando que esta pesquisa teve como fonte de dados o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS, utilizando o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) esse sistema é uma importante fonte de informações sobre nascidos vivos, porque possibilita conhecer a real condição de saúde, não só do RN como da mãe, sendo fundamental ter conhecimento da frequência de recém-nascidos de baixo peso para o município em que os mesmos nascem, porque permite conhecer as causas que levam ao baixo peso, e traçar metas de planejamento e condutas assistenciais voltadas para a prevenção de nascimento de recém-nascido com baixo peso, reduzindo assim a incidência na mortalidade neonatal.

Apesar das variáveis estudadas demonstrarem bons indicadores pela presença maior de peso adequado dos RN, a pesquisa apresenta indícios que deixam novas abordagens de

questionamentos sobre o tema, principalmente acerca da concentração de RN com sobrepeso para a faixa etária de 20 à 29 anos, pelo número de casos de RN com sobrepeso serem maior para as mães que fizeram 7 ou + consultas de pré-natal e pela concentração de RN com sobrepeso para a gestação a termo. Como também, esta pesquisa nos proporcionou informações para uma maior compreensão sobre o baixo peso do recém-nascido.

Este resultado confirma a necessidade de uma assistência de enfermagem pré-natal com abordagem específica sobre fatores nutricionais para a gestante, avaliação criteriosa do peso e altura uterina, conforme idade gestacional, com vistas a prevenir extremos de peso do RN e assim, cooperar para a redução da morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARÁIBA

ANDRADE et al. Resultados Perinatais em Grávidas com mais de 35 anos: Estudo Controlado. **RBGO**, São Paulo, v.26, n.9, p. 697-702, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n9/a04v26n9.pdf>>. Acesso em: 10/07/2010.

ALMEIDA et al. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v.5,n.1, p.93-106, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v5n1/11.pdf>>. Acesso em: 10/07/2010.

ALVES FILHO et al. **Perinatologia básica**.3 ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

BRANDEN,P.S.**Enfermagem materno-infantil**.2ed.Rio de Janeiro:Reichmann e Affonso, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carências de micronutrientes**. Brasília,2007.

_____, Ministério da Saúde. **DATASUS** Trajetória 1991-2002. Brasília,2002.

_____, Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Cartilha de Informações para Gestores e Técnicos. Disponível em: http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/cartilha_informacoes_gestores_e_tecnicos. >. Acessado em: 20/11/ 2010.

_____.Ministério da Saúde.**Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.

BELARMINO et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paul Enferm**. v.22, n.2, p.169-175, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a09v22n2.pdf>> Acesso em: 23/09/2010.

BARBAS et al.Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001.**Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.18,n.2, p.161-170,2009. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci-arttextapid=51674-4974>>. Acesso em: 23/09/2010.

CARNIEL et al. A "Declaração de Nascido Vivo" como orientadora de ações de saúde em nível local. **Revista Brasileira de Saúde Materna e infantil**. Recife, v.3, n.2, p.165-174, abril/junho, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/ao6v03n2.pdf>>. Acesso em 15/05/2010

CECCON, M.E.J.R. O Peso do recém-nascido como fator de risco para morbidade e mortalidade: como interpretar? **Pediatria**. Rio de Janeiro, vol.29, n.3, p.162-164, 2007. Disponível em: < <http://www.pediatriasãopaulo.usp.br/upload/pdf/1219.pdf>>. Acesso em: 15/05/2010

CHAIM, S. R. P. OLIVEIRA, S. M. J. V. KIMURA, A. F. Hipertensão Arterial na gestação neonatais ao nascimento. **Acta Paul Enferm**. São Paulo, v.21, n.1, p.53-58, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_07.pdf>. Acesso em: 23/09/2010.

DIAS, M.A.B.D. ROTENBER G,S. MARCOLAN, S. Diagnóstico e acompanhamento nutricional de gestantes. In: DUARTE, A.C.G. **Avaliação nutricional**. Aspectos clínicos e laboratoriais. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap.12. p.105-125.

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23/09/2010.

DUARTE et al. Infecção Urinária na Gravidez: Análise dos Métodos para Diagnóstico e do Tratamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.24, n.7, p.471- 477, 2002. Disponível em: < Erro! A referência de hiperlink não é válida. em : 23/09/2010.

ENES, C. C. Fatores de risco gestacionais para o peso do primogênito. **Pediatria**. São Paulo, v.29, n.3, p.168-174, 2007. Disponível em: <http://www.pediatriaSãoPaulo.usp.br/upload/pdf/1221.pdf>>. Acesso em: 20/08/2010.

FARIA, D. G. S; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arq. Ciência Saúde**, v.15, n.1, p.17-23, jan/mar, 2008. Disponível em: < <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs-ol/vol-15-1/IIIDDD259.pdf>>. Acesso em: 17/04/2010.

FREITAS et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2006

FERREIRA, H. S. MOURA, F. A. CABRAL JÚNIOR, C. R. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semi-árida do Estado de Alagoas. **Revista Brasileira**

Ginecologia e obstetrícia. Macéio, v.30, n.9, p.445-451, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a04.pdf>>. Acesso em: 23/09/2010

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5ed.São Paulo.Atlas,1999.

GRIE,P,R. **Fundamntos da pesquisa epidemiológica.** Disponível em Erro! A referência de hiperlink não é válida. em: 15/06/2010.

JACOCIUNAS, L. V. PICOLI, S. U. Avaliação de Infecção Urinária em Gestantes no Primeiro Trimestre de Gravidez. **RBAC.** Rio Grande do Sul,v.39,n.1, p.55-57, 2007. Disponível em:< http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_39-01/rbac_39-1-13.pdf>. Acesso em: 23/09/2010.

LEAL et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município do Rio de Janeiro. **Cad.Saúde Pública**,Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.63-72, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/07.pdf>>. Acesso em: 17/04/2010

LEAL, M.C. GAMA, S. G. N.G. CUNHA, C. B. Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. **Revista Saúde Pública.** v.40, n.3, p.466-473, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n3/15.pdf>>.Acesso em: 23/09/2010.

LIMA, G. S. P. SAMPAIO, H. A. C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Revista Brasileira de Saúde Materno e infantil.** Recife, v.4, n.3, p.253-261, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a05v04n3.pdf>>. Acesso em: 23/09/2010

MARTINS, C.A. REZENDE, L.P.R.VINHAS, D.C.S.Gestação de Alto Risco e Baixo Peso ao Nascer em Goiânia. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.5, n.1, p. 49-55, 2003.

MELSON et al. **Enfermagem materno-infantil.** Planos de Cuidados. 3.ed;Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso,2002.

MINAGAWA et al. Baixo Peso ao Nascer e Condições Maternas no Pré-Natal.**Rev. Esc Enferm USP.** v.40, n.4, p.548-553, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a13.pdf>>. Acesso em: 10/07/2010.

MINAMISAWA et al. Fatores associados ao Baixo Peso ao Nascer no Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.v.06, n.03, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6-3/pdf/04-original.pdf>>. Acesso em: 10/07/2010.

MALVEIRA et al. Recém-Nascidos de muito baixo peso em um Hospital de Referência. **Revista Paraense de Medicina**. v.20, n.1, p.41-46, jan/mar, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n1/v20n1a07.pdf>>. Acesso em: 10/07/2010

MARINHO et al. Diabetes e gravidez - cinco anos de uma consulta. **Medicina Interna**.vol.10.n.2.p.123-128, 2003.Disponível em: <http://www.spmi.pt/revista/vol10/vol10-n3-123-128.pdf>>. Acesso em:23 set.2010.

MARIOTONI, G.G.B. BARROS FILHO, A.A. Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na Maternidade de Campinas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.76, n.1, p.55-64, 2000. Disponível em: <http://www.iped.com.br/conteudo/00-76-01-55/port.pdf>>. Acesso em: 20/08/2010.

MELO et al.Estado Nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Revista Brasileira de Epidemiologia**.v.10, n.2, p.249-257, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n2/11.pdf>>. Acesso em: 23/09/2010.

MONTENEGRO, C.A.B. REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**.11.ed;Rio de Janeiro: Koogan,2008.

MOORE, K.L. PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica**.8. ed; Rio de Janeiro: Elsevier,2008.

NASCIMENTO, L.F.C. Análise hierarquizada dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer. **Rev. Paul Pediatría**. São Paulo,v.23, n.2, p.76-82, 2005.

NASCIMENTO, L.F.C; GOTLIEB, S.L.D. Fatores de Risco para o Baixo Peso ao Nascer, com base em Informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998.**Informe Epidemiológico do Sus**.v.10, n.3, p.113-120, 2001.Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v10n3/v10n3a02.pdf>> Acesso em: 15/05/2010

NASCIMENTO, E. SOUZA, S.B. Avaliação da dieta de gestantes com sobrepeso. **Revista de nutrição**.Campinas, v.15, n2, p.173-179, 2002.

OLIVEIRA NETO, J.C. MENDONÇA, D. Gravidez Prolongada. In: MENDONÇA, D. **Obstetrícia**. Protocolos de Diagnóstico e Tratamento. 3.ed; Rio de Janeiro: Revinter, 2000.Cap.26. p. 177-185.

OHARA, C.E.C; SAITO, R.X.S. **Saúde da Família**. Considerações Teóricas e Aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

PINOTTI, J.A; FONSECA, A.M; BAGNOLI, V.R. Assistência Integral à Saúde da Mulher. In: LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. Vol.II. São Paulo: Roca, 2006. Cap.267. p.2991-2994.

RAMOS, J.L.A; VAZ, F.A.C; CALIL, V.M.L.T. O Recém-Nascido Pequeno para a Idade Gestacional. In: MARCONDES et al. **Pediatria Básica: pediatria geral e neonatal**. 9.ed; São Paulo: Sarvier, 2003. Cap.9. p.353-359.

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p.567.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005. p.269.

RAMOS, H.A.C. CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa documental. **Esc. Anna Nery Ver Enferm**. v.13, n.2, p.297-304, abr/jun, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09.pdf>. Acesso em: 10/07/2010

SANTOS, N.C.M. **Assistência de enfermagem materno-infantil**. São Paulo: Iátria, 2004

SANTOS, E.N. VELARDE, L. G.C. FERREIRA, V.A. Associação entre deficiência de vitamina A e variáveis socioeconômicas, nutricionais e obstétricas de gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p.1021-1030, 2008.

SALGE et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica Enfermagem**. v.11, n.3, p.642-646, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/pdf/v11n3a23.pdf>. Acesso em: 10/07/2010.

SIMÕES, M. J. S. SOARDE, M. C. B. Ocorrência de Hipertensão Arterial em Gestantes no Município de Araraquara/SP. **Saúde em Revista**. Piracicaba, v.8, n.19, p.7-11, 2006. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19ar.t01.pdf> Acesso em: 23/09/2010

SOUZA, A. I. BATISTA FILHO, M. B. Diagnóstico e tratamento das anemias carenciais na gestação: consensos e controvérsias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.3, n.4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n4/18892.pdf>. Acesso em: 23/09/2010.

SILVA et al. O tratamento precoce do diabetes mellito gestacional na redução do peso do recém-nascido. **Revista Saúde e ambiente**. v.9, n.1, p.66-71, 2008. Disponível em: <http://rdigital.univille.rct-sc.br/index.php/RSA/article/viewFILE/111/168>>. Acesso em: 23/09/2010

SILVA et al. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Copyright ASL.2009**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23/09/2010.

SENESI et al. Morbidade e Mortalidade Neonatais Relacionados à Idade Materna Igual ou Superior a 35 Anos, segundo a Paridade. **RBGO**.v.26, n.6, p.477-482, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n6/21325.pdf>>. Acesso em: 10/07/2010.

SILVA, A. F. F. **Gestação na Adolescência: Impacto do estado nutricional no peso do recém-nascido**. Curitiba, 2005. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/3426/1/gesta%c3%A7>>. Acesso em:10/07/2010.

TAUIL et al. Gravidez em adolescentes: Aspectos relativos ao pré-natal, parto e recém-nascido. **Brasília Médica**. v.38, n.1/4. p.7-12, 2001. Disponível em: <http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/38-07.pdf>>. Acesso em: 8/06/2010

TAVARES, E.C; REGO, M.A.S. ~~Prematuridade~~ e Retardo de Crescimento. In: LOPEZ, F.A. CAMPOS JÚNIOR, D.C. **Tratado de pediatria**. São Paulo: Manole, 2007. Cap.1. p.1315-1319.

UCHIMURA, T. T. PELISSARI, D. M. UCHIMURA, N.S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Revista Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.29, n.1, p.33-38, 2008. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/revistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/5261/2995>>. Acesso em: 20/08/2010.

XIMENES, F. M. A. OLIVEIRA, M. C. R. A influência da Idade Materna sobre as condições perinatais. **RBPS**. Fortaleza, v.17, n.2, p.56-60, 2004. Disponível em: <http://www.unifor.br/hp/revista-saude/v17-2/artigo2.pdf>>. Acesso em: 20/08/2010.

ZUGAIB. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008.

KASSAR et al. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. **Rev. Bras. Saúde Matern Infant**. Recife, v.5, n.3, p.293-299, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a05v5n3.pdf>>. Acesso em 13/08/2010.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro, v.28, n.8, p.443-445, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n8/01.pdf>>. Acesso em 29out.2010.