



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ARYDYJANY GONÇALVES NASCIMENTO

**MÃES ADOLESCENTES X MÃES ADULTAS JOVENS: ANÁLISE DOS FATORES
DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO NASCER**

CAJAZEIRAS – PB

2016

ARYDYJANY GONÇALVES NASCIMENTO

**MÃES ADOLESCENTES X MÃES ADULTAS JOVENS: ANÁLISE DOS FATORES
DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO NASCER**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a. Kennia Sibelly M. Abrantes

ARYDYJANY GONÇALVES NASCIMENTO

**MÃES ADOLESCENTES X MÃES ADULTAS JOVENS: ANÁLISE DOS FATORES
DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO NASCER**

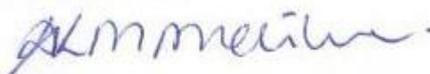
Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Enfermagem, do
Centro de Formação de Professores, da
Universidade Federal de Campina Grande,
como requisito para a obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 06/10/2016

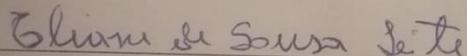
Banca Examinadora:



Presidente Prof. Dr^a. Kennia Sibelly Marques Abrantes
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Orientadora



Prof. Ma. Alana Kelly Macedo Nobre de Lima
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora



Servidora Dra. Eliane de Sousa Leite
Unidade Acadêmica de Enfermagem/CFP/UFCG
Examinadora

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

N244mNascimento, Arydyjany Gonçalves.

Mães adolescentes x mães adultas jovens: análise dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer / Arydyjany Gonçalves Nascimento. - Cajazeiras, 2016.

63p. : il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa. Dra. Kennia Sibelly Marques Abrantes.

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Gravidez na adolescência. 2. Morbimortalidade neonatal. 3. Recém-nascidos. I. Abrantes, Kennia Sibelly Marques. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU-618.2-053.6

Primeiramente a Deus, por Seu amor e cuidados dispensados a mim. Ele é meu refúgio e fortaleza. O Senhor é a minha força, porto de paz para minha alma, a quem tudo devo. Aos meus pais pelo amor e segurança, exemplo de caráter, perseverança e esforço que fizeram ao me proporcionar educação e uma formação acadêmica. As minhas irmãs Aridiany e Patriciana, espelho de minha identidade, ensinaram-me a amar e repartir, por todas as vezes que confiaram em mim. Aos meus sobrinhos amor sem limites, além da barreira espaço-tempo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu Criador, por seus cuidados incansáveis e pelo cumprimento das suas promessas em minha vida.

A Prof^a Dr^a Kennia Sibelly Marques Abrantes, pela confiança e por me honrar com seus conhecimentos acadêmicos e pessoais, meu mais sincero reconhecimento e agradecimento.

A Dr^a Maria do Carmo pela ajuda, compreensão e por resgatar em mim ensinamentos há muito esquecidos.

Ao meu padrasto Raimundo por seu carinho, amor e compreensão diários, essa conquista também é sua.

Aos funcionários da Secretária Municipal de Saúde de Cajazeiras que viabilizaram a confecção deste estudo.

Aos meus familiares que ajudaram, incentivaram e compreenderam a necessidade da minha ausência.

Aos amigos dessa jornada acadêmica Amanda, Márcia Natália, Mike Douglas e Nathália Ellen por vivenciarem comigo este trabalho e por me brindarem com observações relevantes, os levarei por toda a minha vida.

Aos meus irmãos e incentivadores de todos os momentos, Digelson Júnior, Luizinho e Wellington sou grata pela existência de vocês em minha vida, obrigada por me tornarem uma pessoa melhor a cada dia.

A todos, que de alguma forma colaboraram na realização deste estudo, enfim, meu muito obrigado.

“E sabemos que todas as coisas contribuem juntamente para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito.”

Romanos 8: 28

NASCIMENTO, G. A. **Mães Adolescentes X Mães Adultas Jovens: análise dos fatores de risco para o baixo peso ao nascer.** 62 p. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2016.

RESUMO

Introdução: O baixo peso ao nascer (BPN) é definido como o recém-nascido com peso inferior a 2500g, essa condição está vinculada a morte neonatal precoce ou até o primeiro ano de vida. Diversas causas estão relacionadas ao BPN, fatores placentários que atuam antes e durante a gestação, e os maternos, a exemplo da idade. A maternidade precoce < que 20 ou tardia > 35 anos representa riscos tanto para a gestante como para o concepto. **Objetivo:** Analisar as características de mães adolescentes e de mães adultas jovens residentes no município de Cajazeiras/PB, que tiveram recém-nascidos de baixo peso, no período de 2006 a 2013, assim como comparar as características destas entre si. **Material e Método:** Trata-se um estudo de corte retrospectivo com dados primários obtidos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), através da Declaração de Nascido Vivo (DN). Foram incluídos no estudo: a 1ª Via da DN (Via Branca), que estivesse devidamente preenchida, a qual normalmente é encaminhada e arquivada após o nascimento, no Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do município de Cajazeiras-PB, Brasil e mães residentes no referido local com idade ≥ 12 anos e ≤ 35 anos, que tiveram RN com baixo peso no município mencionado, no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2013. Foram coletadas, da DN, informações sobre situação conjugal, condições socioeconômica, pré-natal e antecedentes obstétricos. As análises foram realizadas através do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), Versão 17.0. Para o estudo da correlação entre as variáveis, foi utilizado o teste do qui-quadrado (χ^2), ou Teste Exato de Fisher para variáveis dicotômicas e o teste de Linkelihood Ratio para variáveis não dicotômicas, quando apropriado. **Resultados:** A mediana da idade materna foi de 23 anos e a média 23,53 ($\pm 5,556$). O nascimento de recém-nascido com BPN foi predominante nas adultas jovens. No entanto, foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos etários nos quesitos: presença de companheiro entre adolescentes e as adultas jovens (28,1 % e 71,9%, respectivamente), no item anos de estudos, observou-se maior escolarização nas adultas em relação às adolescentes (42,8% e 23,3%, respectivamente), número de gestações, predominou maior número de primigestas entre as adolescentes (50,6 %) e maior número de secundigestas e multigestas entre as adultas (23 e 26,4%, respectivamente); no pré-natal destacou-se menor número de consultas entre as adolescentes em relação às adultas (67,4% e 32,6%, respectivamente), o parto vaginal prevaleceu entre as adolescentes quando comparadas as adultas jovens (55,3% e 44,7%, respectivamente). **Discussão:** Em geral, os achados do presente estudo estão de acordo com o encontrado na literatura, principalmente no que se refere à associação entre BPN e ausência de cônjuge, menor escolaridade, número insuficiente de consultas de pré-natal, tipo de parto e antecedentes obstétricos. Entretanto, não se encontrou associação com a idade materna precoce, sendo justificado pelo pequeno tamanho amostral, quando comparado ao grupo das adultas jovens. **Conclusões:** A assistência de pré-natal pode promover comportamentos maternos saudáveis e promover efeito no crescimento intrauterino e na duração da gestação, através da identificação precoce e manejo dos fatores de risco modificáveis para peso inadequado ao nascimento.

Palavras-chaves: Fatores de risco. Gravidez na adolescência. Morbimortalidade neonatal. Recém-nascido de baixo peso. Sistemas de Informação.

NASCIMENTO, G.A. **Adolescent Mothers X Adult Young mothers: the risk factors analysis for Umdler weight at birth.** 62 p. Work Course Conclusion (TCC) –Nursing Academic Unit (UAENF), Federal University of Campina Grande (UFCG), Cajazeiras, 2016.

ABSTRACT

Background: Low birth weight (LBW) is defined as a newborn weighing less than 2500g, this condition is linked to early neonatal death or until the first year of life. Several causes are related to low birth weight, placental factors that act before and during pregnancy, and maternal, like the old. Early motherhood <than 20 or late> 35 years poses risks for both the mother and for the fetus. Objective: To analyze the characteristics of adolescent mothers and young adult mothers living in the city of Cajazeiras / CP, who had newborns of low weight in the period from 2006 to 2013, and compare the characteristics of each other. **Material and Methods:** This is a retrospective cohort study with primary data obtained through the Live Birth Information System (SINASC), through the Declaration of Live Birth (DN). There were included in the study: the 1st Via the DN (White Way), which was duly completed, which is normally sent and filed after birth, the Epidemiological Surveillance Service of the Department of Health of the city of Cajazeiras, PB, Brazil and mothers living in the place referred aged ≥ 12 and ≤ 35 years , who had infants with low birth weight in the mentioned municipality, in the period from 1 January 2006 to 31 December 2013 were collected DN, information on marital status, socioeconomic conditions, prenatal and obstetric history. Analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS), version 17.0. To study the correlation between the variables, we used the chi-square test (χ^2) or Fisher's exact test for dichotomous variables and the Linkelihood Ratio test for non-dichotomous variables, where appropriate. **Results:** The median maternal age was 23 years and average 23.53 (± 5.556). The birth of newborn LBW was prevalent in young adults. However, significant differences between the two age groups in the categories were found: fellow presence among adolescents and young adults (28.1% and 71.9%, respectively), the item years of study, we observed a higher education in adult in relation to adolescents (42.8% and 23.3%, respectively), number of pregnancies, predominated more primigravidae among adolescents (50.6%) and more secundigestas and multigestas among adult (23 and 26.4%, respectively); prenally stood out fewer consultations among adolescents compared to adults (67.4% and 32.6%, respectively), vaginal delivery prevailed among adolescents compared to young adults (55.3% and 44.7%, respectively). **Discussion:** In general, the findings of this study are consistent with findings in the literature, especially in regard to the association between low birth weight and absence of spouse, less education, insufficient number of prenatal visits, type of delivery and background obstetric. However, no association was found with early maternal age, being justified by the small sample size, when compared to the group of young adults. **Conclusions:** Prenatal care can promote healthy behaviors and promote maternal effect on intrauterine growth and length of gestation through early identification and management of modifiable risk factors for inadequate weight at birth.

Keywords: Risk factors. Teenage pregnancy. Neonatal morbidity and mortality. Newborn low weight. Information system.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna <i>versus</i> dados sociodemográficos, Cajazeiras-PB, 2006-2013.	29
Tabela 2– Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna <i>versus</i> duração da gestação, antecedente obstétrico, consultas pré-natal, tipo de parto e peso do nascimento, Cajazeiras- PB, 2006- 2013.	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPB – Baixo Peso ao Nascer

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Dados do Sistema Único de Saúde

DN – Declaração de Nascido Vivo

DNV – Declaração de Nascido Vivo

DPP – Data Provável do Parto

EBP – Extremo Baixo Peso

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

MBP – Muito Baixo Peso

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPS – Organización Panamericana de La Salud

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RN – Recém-Nascidos

RNBP – Recém Nascidos de Baixo Peso

RO – Rondônia

RS – Rio Grande do Sul

SC – Santa Catarina

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SPSS – Package for the Social Sciences

SVE – Serviço de Vigilância Epidemiológica

TO – Tocantins

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

χ^2 – Qui-quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVO	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO: CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	15
3.2 FATORES MATERNOS RELACIONADOS AO BAIXO PESO AO NASCER	16
3.3 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA COMO FATOR DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO NASCER.....	19
4 MATERIAL E MÉTODOS	23
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	23
4.2 LOCAL DA PESQUISA	23
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	24
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
4.5 COLETA DE DADOS	24
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	25
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	26
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	27
5.1 RESULTADOS	27
5.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS	27
5.1.2 CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO, DO PARTO E PESO DO RECÉM- NASCIDO	28
5.2 DISCUSSÃO	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
APÊNDICES	48
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS I.....	49
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS II.....	51
APÊNDICE C –TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	54
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO.....	55
APÊNDICE E – SOLICITAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	56

ANEXOS	57
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (VIA BRANCA)	58
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	59

1 INTRODUÇÃO

Hodiernamente a problemática do baixo peso ao nascer (BPN) vem assumindo proporções significativas. Dessa forma, tem havido motivação e interesse nas repercussões que o BPN pode acarretar na saúde dos recém-nascidos (RN), bem como nas implicações futuras para esse neonato.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o BPN é definido como o RN com peso menor do que 2500 g, muito baixo peso (MBP) para os RN com menos de 1500 g, como grupo de extremo baixo peso (EBP) os RN com menos de 1000 g e o grupo de RN imaturos para aqueles com menos de 750 g. Essa classificação permite quantificar o risco progressivo de morbidade e mortalidade a curto e longo prazo (OMS, 2010).

O BPN é considerado o fator de risco isolado de maior magnitude para a mortalidade infantil. No nível mundial, a mortalidade neonatal é 20 vezes mais provável para RN com baixo peso, em comparação com os de peso adequado ao nascer (ALMEIDA et al., 2014). Por sua vez, a prevalência global de BPN é de 15,5%, o que significa 20,6 milhões de novas crianças nascidas a cada ano, das quais 95,6% em países em desenvolvimento (OMS, 2004).

Uchimura (2006) afirma que as crianças que nascem com baixo peso são muito vulneráveis à repercussão dos fatores ambientais e sociais, e têm grandes riscos de morbidade e mortalidade durante o primeiro ano de vida.

Diversos aspectos estão vinculados ao padrão de crescimento inadequado e ao BPN. Segundo Manfré et al.(2010), dentre os fatores que interferem no padrão de crescimento fetal destacam-se os fetais, placentários e maternos.

O BPN é considerado um problema de saúde pública devido à maior morbimortalidade neonatal, sendo a gestação na adolescência um fator de risco para esse desfecho gestacional. Além do aumento na probabilidade de ocasionar danos biológicos, leva a um custo material e humano considerável, tanto para as famílias quanto para o sistema de saúde (PINTO, 2010).

Sobre esta problemática, alguns estudos têm demonstrado aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto, pós-parto e perinatais entre gestantes adolescentes, notadamente a prematuridade e o BPN. Existem ainda relatos de aumento da incidência de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), sofrimento fetal agudo intraparto, diabetes

gestacional e pré-eclâmpsia, o que poderia concorrer para maior número de operações cesarianas neste grupo populacional (CUNHA et al., 2002).

Nobre e Figueredo (2010) asseveram que a maternidade precoce representa riscos tanto para a adolescente gestante como para o concepto, uma vez que mães adolescentes realizam menos consultas de pré-natal, tem filhos com menor peso e idade gestacional e piores resultados perinatais.

Todos os anos, no mundo, pelo menos 60 mil adolescentes morrem em decorrência de complicações na gravidez e no parto (CUNHA et al., 2002). Segundo Carniel et al. (2006), o RN de mãe adolescente tem maior probabilidade de morrer por desnutrição e por processos infecciosos no primeiro ano de vida, de apresentar retardo de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e tóxico dependência, além de também tornar-se pai/mãe na adolescência.

A gestação de uma adolescente, geralmente inesperada, provoca desorganização em sua vida e de sua família. Mais ainda, a mesma nem sempre está preparada física e emocionalmente para enfrentar essa nova situação e os cuidados de um RN, o que pode levar a interrupção da escolarização e da formação profissional, acarretando problemas de inserção no mercado de trabalho perpetuando a tendência à pobreza, com riscos sociais para a mãe e seus filhos (OPS, 1985).

Esta pesquisa torna-se relevante, uma vez que, possibilitará identificar os principais fatores de risco para o BPN e a partir desse prenúncio efetuar cuidados antecipatórios que possam minimizar esses índices crescentes, objetivando fortalecer as políticas públicas de atenção ao adolescente e RN.

Nesse sentido, justifica-se a relevância deste trabalho, pois sob o ponto de vista de saúde pública, o peso ao nascimento é um importante indicador, uma vez que, traduzem as condições de vida do RN, da população feminina e a qualidade da assistência pré-natal recebida durante a gravidez.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as características de mães adolescentes e de mães adultas jovens residentes no município de Cajazeiras/PB, que tiveram recém-nascidos de baixo peso, no período de 2006 a 2013, assim como comparar as características destas entre si.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o perfil sócio demográfico de mães adolescentes e adultas jovens;

Descrever as características da gestação, do parto e do recém-nascido entre as mães adolescentes e adultas jovens;

Determinar o percentual de recém-nascidos de baixo peso ao nascer.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 RECÉM-NASCIDOS COM BAIXO PESO: CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Dentre os indicadores de saúde eleitos para predizer a qualidade de vida da população, um dos mais importantes é o peso ao nascer, especialmente porque diz respeito à saúde reprodutiva das mulheres e as condições de vida do recém-nascido (RN).

Conforme Menezes et al. (2012) o BPN é considerado um importante fator para determinação de causas relacionadas à morbimortalidade infantil, juntamente com a prematuridade. Além dessa associação referente ao aumento do risco de vida do bebê, o BPN também tem sido relacionado à sequelas no desenvolvimento pueril, podendo causar danos para a criança e seus familiares, além de impacto nos sistemas de saúde.

O peso ao nascer reflete a qualidade da atenção dispensada à gestante, seu estado nutricional antes e durante a gravidez e os fatores de risco aos quais está exposta, permitindo a identificação de áreas e situações de risco e o direcionamento de políticas e programas específicos de saúde e nutrição. Como o BPN está associado com fatores sociais incluindo pobreza, desemprego e suporte social, esse poderia ser considerado um indicador de desigualdade social (FRANCESCHINI et al., 2003).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) publicou em 2004 dados revelando que mais de 20 milhões de crianças no mundo, 15,5% do total, nasceram com baixo peso; 95,6% em países em desenvolvimento. A América Latina é responsável por 1,2 milhões dos recém-nascidos de baixo peso (RNBP), com prevalência de 10%; enquanto a Europa, 6,4%; e América do Norte, 7,7%. A Índia apresentou um número estimado de 30%; Estados Unidos, 8%; e França, 7% (UNICEF, 2004).

De acordo com Silva (2012), a média brasileira de RNBP é 8,25%. Dados de 2007 publicados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) revelam 7,99% em Santa Catarina (SC); 9,61% em Minas Gerais (MG); 9,31% no Rio Grande do Sul (RS); 6,67% em Rondônia (RO); e 6,52% em Tocantins (TO); tidos estes como os estados de maiores e menores incidências respectivamente. Esta constatação de estados mais desenvolvidos e com maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentarem maior prevalência mostra o paradoxo do BPN apontado por Silva et al. (2006), em seu estudo, no qual comparou as taxas de RNBP nas cidades de São Luís (MA) e de Ribeirão Preto (SP),

cujas prevalências foram de 7,6% e 10,7% e IDH de 0,778 (1112ª posição no ranking nacional) e de 0,855 (6ª posição), respectivamente (BRASIL, 2007).

Alguns autores concordam que as crianças desse grupo são muito vulneráveis à repercussão dos fatores ambientais e sociais, e têm grandes riscos de morbidade e mortalidade durante o primeiro ano de vida (PUFFER; SERRANO, 1988; UCHIMURA, 2006).

De acordo com Silveira (2008, p. 10):

(...) há crianças que nascem com baixo peso e apresentam um *catch-up* do crescimento nos dois primeiros anos de vida que, acompanhado de uma maior oferta nutricional, pode levar à ocorrência de obesidade, síndrome metabólica e doenças crônicas como diabetes, hipertensão e doença coronariana na vida adulta. Este maior risco de ganhar tecido adiposo após o nascimento também pode levar à obesidade durante a infância ou adolescência.

Diversos aspectos estão associados ao padrão de crescimento inadequado e ao BPN. Segundo Manfré et al.(2010), dentre os fatores que interferem no padrão de crescimento fetal destacam-se os fetais, placentários e maternos. São considerados fatores fetais: síndrome de Down, síndrome de Edwards, síndrome de Patau, síndrome de Turner, triploidias, além das situações de mosaicismos placentários, doenças gênicas como a síndrome de Cornelia de Lange. Também estão relacionadas entre as causas fetais as infecções como: toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes, sífilis e malária.

Os aspectos placentários que influenciam nessa condição são artéria umbilical única, anormalidade uterina (útero bicorno, septado), anormalidade do sítio de implantação (placenta prévia), placenta circunvalada, inserção velamentosa de cordão umbilical, tumores (corioangioma), síndrome de transfusão fetal, mosaico placentário e infartos da placenta (MANFRÉ et al., 2010).

3.2 FATORES MATERNOS RELACIONADOS AO BAIXO PESO AO NASCER

Vários são os fatores potencialmente determinantes do peso ao nascer encontrados na literatura, como o peso e a estatura da mãe, a idade, a situação socioeconômica, a escolaridade materna, a renda familiar, a duração da gestação, a paridade, o intervalo interpartal, a história obstétrica anterior, cuidados pré-natais e a morbidade materna durante a gestação. Além desses, alguns fatores comportamentais também são relevantes, como consumo de drogas, de bebidas alcoólicas e de tabaco, além do estado nutricional inadequado

no início da gestação e o ganho de peso em excesso no decorrer da mesma (PACHECO et al., 2014).

Conforme Manfré et al. (2010), as principais causas maternas para o BPN são: raça, altura, baixo nível socioeconômico e cultural, má adaptação cardiovascular materna, transtornos do estado nutricional, peso materno pré-gestacional baixo ou ganho insuficiente de peso durante a gestação, paridade, duração da gestação, tabagismo, abuso de álcool, uso de drogas ilícitas ou teratogênicas, cirurgia bariátrica, hemoglobinopatias, anemias, doenças hipertensivas, diabetes complicado por vasculopatias, lúpus eritematoso sistêmico, doenças renais crônicas, trombofilias, cardiopatias cianóticas, doenças intersticiais pulmonares, irradiação e idade materna (idade materna avançada, acima de 35 anos, ou mães muito jovens, com menos de 20 anos).

As patologias maternas, como pré-eclampsia, eclampsia, cardiopatias e colagenoses, também interferem no desenvolvimento fetal, levando ao nascimento de RNBP, resultantes da desnutrição fetal e/ou prematuridade (UCHIMURA; SZARFARC, 2006).

Segundo Stoll et al. (2005), o BPN ocorre devido à prematuridade e à restrição de crescimento intrauterino (RCIU) ou a ambos. Tanto a prematuridade quanto a RCIU contribuem para o aumento da morbimortalidade perinatal, sendo difícil separar os fatores associados à prematuridade dos associados à restrição de crescimento. Em conformidade com essa informação, já na década de 1970, pesquisadores internacionais reconheceram que o BPN não estava associado apenas à prematuridade (WILCOX, 2001).

A partir desse pressuposto, passou-se a agregar outras variáveis à incidência do BPN, como fatores obstétricos (RCIU e gemiparidade), comportamentais (tabagismo e uso de drogas) e étnicos. Um dos fatores que influencia o BPN é a data provável do parto (DPP) incerta, principalmente em mulheres com poucos anos de estudo que tiveram filhos na adolescência e com assistência pré-natal inadequada (SILVA, 2012).

O número de consultas pré-natais é considerado um aspecto de extrema relevância na diminuição das complicações durante a gestação e poderia influenciar diretamente no peso ao nascer. O Ministério da Saúde preconiza que a assistência pré-natal ocorra nas unidades básicas de saúde e compreenda, no mínimo, seis consultas médicas e/ou de enfermagem. Nesse sentido, pesquisa indica que o número inferior a quatro consultas de pré-natal parece funcionar como fator de influência significativa na ocorrência de BPN (BRASIL, 2012).

Conforme Pacheco et al. (2014), o número de consultas tem sido primordial na diminuição das intercorrências no decorrer da gestação, as quais podem intervir rigorosamente no peso ao nascimento, assim, em estudo sobre assistência pré-natal,

observaram a redução da prevalência de baixo peso e/ou prematuridade com o aumento do número de consultas pré-natais.

Contudo, é importante enfatizar que o efeito da qualidade do pré-natal é independente do número de consultas. Assim, além de estimular o número adequado destas, deve-se buscar um aumento na qualidade do pré-natal (ZAMBONATO, 2004)

Dentre os fatores de risco maternos não patológicos que interferem no peso ao nascer, a idade materna precoce ou tardia (<20 anos e >35 anos) e o ganho de peso materno durante a gestação (<8kg) têm sido frequentemente apontados como indicadores para o BPN (MONTEIRO et al., 2000; GOLDANI et al., 2001).

Nesse sentido, Uchimura et al. (2006) apontam que diversas condições atuam antes e durante a gestação exercendo influência no peso ao nascer do neonato. Assim, a idade da mãe se apresenta como um indicador importante para a detecção do risco gravídico, pois as mães adolescentes não apresentam ainda um desenvolvimento orgânico adequado para permitir a nutrição apropriada da criança.

Dentre os mecanismos que explicam o porquê da maior prevalência de BPN em mulheres mais jovens, encontra-se a imaturidade do sistema reprodutivo, juntamente da imaturidade emocional (GAMA et al., 2000).

Relacionado a isto, o estado marital (mães solteiras) também contribui para o BPN, uma vez que, durante a gestação na adolescência as mulheres em sua maioria não possuem um companheiro fixo, essa condição gera instabilidade emocional, pois, não há apoio e suporte adequado durante a gestação. Com isso, ocorre menor adesão ao pré-natal, ganho de peso inadequado em decorrência da precariedade da alimentação, além de sentimentos de angústia e ansiedade que circundam uma gestação precoce (MENEZES et al., 2012).

Em concomitância a idade precoce das mães, a idade materna acima de 35 anos tem se mostrado como fator relevante na influência do BPN. Nas últimas décadas, esse grupo de mulheres tem postergado a gravidez até conseguirem a desejada estabilidade econômica e social, sem se dar conta que o “relógio biológico” continua se movendo e que seu aparelho reprodutor envelhece anatômica e biologicamente (SILVA, 2003). Importa destacar a maior probabilidade do surgimento de patologias ou intercorrências médicas associadas ao avanço da idade materna (SILVA, 2012).

Outro aspecto a ser citado é o aumento da quantidade de parto cesárea nas últimas décadas, com a elevação do número de partos antecipados, o que desencadeou nascimentos prematuros e uma maior incidência de BPN (MARIOTONI; BARROS, 2000).

Além do aspecto acima referido, Stoll et al. (2005) defendem que o nível socioeconômico igualmente influencia no peso do RN, uma vez que em famílias com baixas condições socioeconômicas é alta a ocorrência de desnutrição, anemia e outras patologias, a assistência pré-natal é inadequada, é comum o uso inapropriado de medicamentos, há maior número de complicações obstétricas e história de mau passado obstétrico como, abortamento, trabalho de parto prematuro, prematuridade e RNBP.

Por sua vez, Franceschini et al. (2003), afirmam que a paridade e o intervalo interpartal implicam em riscos de diferentes magnitudes para a mulher e o neonato. As primíparas têm normalmente crianças com média de peso ao nascer inferiores às múltiparas. No entanto, grandes múltiparas, têm maior tendência a intervalos interpartais mais curtos, importante fator de risco para o BPN, prematuridade, mortalidade neonatal e infantil e desnutrição na infância.

Encontrou-se, também, que gestantes fumantes geraram RN com menor peso ao nascer do que aquelas que não fumam. Os filhos de mães fumantes, além de serem reconhecidamente menores, apresentam um índice maior de natimortos e mortes neonatais, pois o monóxido de carbono e a nicotina atravessam a placenta, diminuindo o transporte de oxigênio para o feto na gestação (PACHECO et al., 2014).

Quanto ao ganho de peso gestacional, o seu excesso não é benéfico ao RN, pois, segundo Fiorelli e Krebs (2006), às vezes esse excedente serve apenas para deteriorar o estado nutricional materno e não necessariamente é canalizado para o feto. Estudos mostram que o excesso de ganho de peso gestacional durante e após a gravidez podem estar ligados ao risco de sobrepeso e obesidade nas crianças, maior taxa de cesarianas e uma maior frequência de complicações tromboembólicas futuras; sendo este um fator preditivo forte da mortalidade e morbidade neonatal (PALIY, 2014; RADULESCU, 2013).

Sobre a escolaridade e sua relação com o BPN, verifica-se que gestantes com ensino superior completo geram conceptos com maior peso ao nascer do que gestantes com ensino fundamental. Podendo ser justificado pela acessibilidade facilitada as informações e melhor compreensão das condutas repassadas durante as consultas de pré-natal (ABRAMS et al., 2000).

3.3 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA COMO FATOR DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO NASCER

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera-se criança, para os efeitos da Lei Nº 8069 de 13 de Julho de 1990, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade. A puberdade corresponde ao período da vida no qual ocorrem profundas mudanças, caracterizadas principalmente por crescimento rápido, surgimento das características sexuais secundárias, conscientização da sexualidade, estruturação da personalidade, adaptação ambiental e integração social (ECA, 1990).

Com a introdução dos cuidados de puericultura, melhores condições nutricionais, programas de vacinação, entre outros, tem ocorrido diminuição da mortalidade infantil, o que resulta no aumento da população de adolescentes. No Brasil, os adolescentes correspondem a 20,8% da população geral, sendo 10% na faixa de 10 a 14 anos e 10,8% de 15 a 19 anos (BRASIL, 2002).

Em 2013, a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) lançaram um relatório sobre gravidez na adolescência. Ao todo são 7,3 milhões de adolescentes grávidas. Entre elas, dois milhões têm menos de 15 anos. A previsão é de que, se nada for feito nos próximos anos, esse número salte para três milhões em 2030 (OMS, 2013).

No Brasil, em 2011, 25 mil meninas entre 10 e 14 anos deram à luz, e 440 mil jovens entre 15 e 19 anos tiveram gestações não planejadas. Além disso, 21,5% dos partos no país são feitos em mulheres com menos de 20 anos (BRASIL, 2011).

Segundo Calligaris (2009), a adolescência é uma fase que se caracteriza pela transição da infância para a idade adulta, período marcado por grandes transformações físicas, cognitivas e sociais. Uma gestação neste período representa um fator adicional com o qual a adolescente precisa lidar, e continua sendo, por motivos sociais, econômicos e culturais, fonte de conflito com o círculo familiar imediato (PINTO et al., 2005).

Pesquisadores destacam que as vivências emocionais da adolescente em relação à sua gravidez e maternidade têm sido apresentadas de forma heterogênea, evidenciando diferentes padrões de percepção: ora positivos com manifestações de satisfação, ganhos emocionais e afirmação da auto estima; ora negativos, com tendências à depressão e à percepção da maternidade como uma experiência difícil e solitária (CAPUTO, 2009; SILVA 2007).

Com relação à idade, sabe-se que mães muito jovens são fisiologicamente imaturas para suportar os estresses da gravidez, o risco é especialmente maior quando a gestação acontece em menos de dois anos após a menarca. A gestante adolescente tem

menores ganhos de peso e é questionado se ela compete com o feto pelos nutrientes, em prol do seu próprio crescimento (ROSETTO et al., 2014).

Estudos identificam a existência de riscos para a gravidez na adolescência, tanto para a mãe quanto para o RN. As gestantes têm maior chance de desenvolver síndromes hipertensivas e anemia, comprometer o estado nutricional, apresentar desproporção feto pélvica, parto prematuro e complicações decorrentes de abortos provocados sem adequada assistência. Assim, é considerável a possibilidade de morte por complicações da gravidez ou do parto nessa população, sendo maior na adolescência precoce que em qualquer outra faixa etária (CARNIEL et al., 2006).

Nascimento et al. (2001) observaram em seu estudo uma associação estatisticamente significativa entre o BPN e as seguintes faixas etárias da mãe: 12 e 13 anos, 16 e 17 anos, 18 e 19 anos, 35 anos e mais. Esse resultado corrobora com outros que relacionam a gravidez nos extremos da vida reprodutiva a um maior risco de nascimento de crianças com baixo peso.

Segundo Santos, Martins e Silva (2008), a maior frequência de RNBP é registrada na adolescência, principalmente entre 10 e 15 anos, sendo decorrente de fatores como baixo peso materno pré-gestacional, ganho ponderal insuficiente, conflitos familiares e existenciais que retardam a procura pela assistência pré-natal, anemia, processos infecciosos e maturidade incompleta dos órgãos reprodutores relacionados com insuficiência placentária. O BPN na gestação de adolescente é o indicador mais importante de morbimortalidade perinatal.

O RN de mãe adolescente tem maior probabilidade de nascer com baixo peso, maior risco de morrer por desnutrição e por problemas infecciosos no primeiro ano de vida, de apresentar retardo de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e tóxica dependência, além de também tornar-se pai/mãe precoce (CARNIEL et al., 2006).

Não há consenso a respeito do parto na adolescência, acreditando alguns que a incidência de cesárea é maior porque a estrutura óssea da bacia ainda não estaria completamente formada. O acompanhamento adequado do pré-natal, desde as primeiras semanas de gestação, permite que a maioria das gestações de adolescentes evolua sem intercorrências obstétricas. Entretanto, em muitas situações, as características psicossociais, como o reconhecimento tardio da gestação e o medo de assumir a gravidez perante a família, impedem que a adolescente faça um pré-natal correto (NETO, 2011).

Guazzelli et al. (2007) afirmam que, embora as taxas de complicações obstétricas e clínicas sejam semelhantes às de primigestas adultas, a gravidez na adolescência deve ser

considerada de risco, pois o diagnóstico costuma ser tardio, o que favorece maior número de complicações ou de evoluírem para quadros graves. Este risco aumentado teria maior associação com as condições psicossociais e econômicas do que com a idade biológica. Portanto, é fundamental que o atendimento e o acompanhamento da adolescente grávida sejam realizados por uma equipe multiprofissional.

Ainda que a gestação na adolescência seja considerada de maior risco para resultados desfavoráveis no peso ao nascer e na idade gestacional, há divergência sobre a importância da idade materna na duração da gestação e no peso ao nascer, gerando controvérsia quanto à causa da maior prevalência de BPN observada (NETO et al., 2012).

Em concordância com Neto et al. (2012), com relação aos RN filhos de mães adolescentes, há maior frequência de prematuridade, BPN, índice de Apgar mais baixo, além de maior frequência de doenças perinatais. Ressalta-se que, a esses riscos, associam-se ainda outros fatores, como baixa escolaridade, pré-natal inadequado ou não realizado, baixa condição socioeconômica e estado nutricional materno comprometido.

A gravidez de uma adolescente, geralmente inesperada, provoca desorganização em sua vida e de sua família. Mais ainda, a adolescente nem sempre está preparada física e emocionalmente para enfrentar essa nova situação e os cuidados de um recém-nascido (MOTTA et al., 2004).

Conforme Rosetto et al. (2014), a gestação precoce determina interrupção da escolarização e da formação profissional, o que acarreta problemas de inserção no mercado de trabalho e perpetua a tendência à pobreza, com riscos sociais para a mãe e seus filhos.

A identificação e o reconhecimento de todas as variáveis envolvidas na problemática do BPN permitem aos serviços de saúde a proposição de ações eficazes junto às jovens adolescentes, no que concerne à ocorrência de gravidez precoce. Por outro lado, esses serviços devem se preparar para oferecer melhores condições de atendimento, suprindo todas as necessidades de sobrevivência das futuras mães e dos filhos dessa geração de adolescentes que os procura (NETO, 2012).

4 MATERIAL E MÉTODOS

A atual proposta de investigação configura-se como um recorte de uma pesquisa maior que deu origem a tese de Doutorado intitulada ‘**Análise da Declaração de Nascido Vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras – Paraíba (2006-2013)**’ de autoria dos pesquisadores Dra. Kennia Sibelly Marques de Abrantes, Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias e Dr. Luiz Carlos de Abreu, a qual foi apresentada em setembro de 2015.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se um estudo de corte retrospectivo com dados primários obtidos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), através da Declaração de Nascido Vivo (DN).

A pesquisa em fontes primárias baseia-se em documentos originais, que não foram utilizados em nenhum estudo ou pesquisa, ou seja, foram coletados pela primeira vez pelo pesquisador para a solução do problema, podendo ser coletados mediante entrevistas, questionários, formulários e observação (ANDRADE, 1993).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada junto aos arquivos do Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE) da Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras-PB, no Alto Sertão Paraibano, no extremo Oeste do Estado.

O município de Cajazeiras - PB conta com uma maternidade pública que atende, além da sua população residente, mulheres das cidades circunvizinhas, por ser uma cidade-polo do sertão paraibano, onde está localizada a IX Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba. A cidade possui uma área territorial de 565,9 km² e estimativa populacional de 58.446 habitantes. É apontado como o 8º município mais populoso do Estado e o primeiro de sua microrregião (IBGE, 2013).

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram coletadas informações de todas as DN de mães residentes em Cajazeiras-PB, Brasil, que tiveram filhos nascidos vivos no referido município, no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2013.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Primeiramente, incluiu-se a 1ª Via da DN (Via Branca), que estivesse devidamente preenchida, a qual normalmente é encaminhada e arquivada após o nascimento, no SVE da Secretaria de Saúde do referido município.

Em seguida, entre as mães residentes em Cajazeiras-PB, Brasil, que tiveram filhos nascidos vivos no referido município, no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2013, a amostra definida para o presente estudo baseou-se no seguinte critério de inclusão: puérperas com idade ≥ 12 anos e ≤ 35 anos, que tiveram RN com baixo peso.

4.5 COLETA DE DADOS

Os dados para este estudo foram obtidos através do SINASC, ao qual é provido por informação contida na DN (Anexo A), a mesma é utilizada como instrumento para registro das informações das mulheres (puérperas) e de seus filhos nascidos vivos. Para a coleta de dados nas referidas fichas que compõem a amostra deste estudo foi utilizado um formulário específico (Apêndice I e II), o qual foi construído com base na DN com espaço para a transcrição literal de todos os registros contidos na DN.

À medida que se concluía a coleta por ano investigado, o banco de dados era digitado e conferido, ao mesmo tempo, por pares diferentes, em separado. Ao término da digitação, os bancos foram comparados e filtrados pelos autores desta pesquisa, a fim de afastar qualquer falha e evitar erros estatísticos. As variáveis estudadas foram:

Variáveis sociodemográficas:

- Situação conjugal: com companheiro fixo e sem companheiro fixo.

-Escolaridade materna em anos: 0 a 7 anos e 8 ou + anos.

Variáveis Gestacionais:

- Duração da gestação: pré-termo (22 a 36 semanas de gestação), a termo (37 a 41 semanas de gestação). Para categorização desta variável não se considerou os dados dos partos pós-termo (42 e + semanas de gestação) em virtude do número reduzido de casos, apenas cinco.

- Antecedente obstétrico: primigesta, secundigesta e multigesta;

-Número de consultas pré-natal: 0 a 6 consultas e 7 e + consultas;

-Tipo de nascimento: vaginal e cesárea;

-Idade materna.

Variável relacionada à criança:

- Peso ao nascer (variável dependente): considerando que nessa pesquisa foram incluídas apenas as crianças que nasceram com baixo peso, a referida variável foi categorizada de forma dicotômica em: 300g a 2200g e 2200g a 2495g, adotando como parâmetro para a classificação do baixo peso ao nascer, o proposto pela OMS (2010).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Esta pesquisa teve uma abordagem quantitativa, analisando as variáveis estatisticamente. Os instrumentos de coleta de dados foram enumerados para o uso do pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Versão 17.0. Para o estudo da correlação entre as variáveis, foi utilizado o teste do qui-quadrado (χ^2), ou Teste Exato de Fisher para variáveis dicotômicas e o teste de Linkelihood Ratio para variáveis não dicotômicas, quando apropriado.

Em todas as análises considerou-se como parâmetro para testar a nulidade um nível de confiança de 5% ($\alpha \leq 0,05$). Na análise das variáveis, foram excluídas as DN com dados não informados e/ou “ignorados”. Com base nesta análise estatística, as tabelas foram elaboradas com frequência absoluta e relativa e discutidas à luz da literatura pertinente à temática abordada.

4.8ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil e foi aprovado pelo CEP da Faculdade de Medicina do ABC, FMABC, Santo André, SP, com o protocolo de nº 824.595, em 24/09/14.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 RESULTADOS

Os resultados foram obtidos a partir dos dados coletados através das DN de mães de nascidos vivos com baixo peso, residentes no município de Cajazeiras - PB, que tiveram seus filhos no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2013. Assim, os resultados encontram-se dispostos da seguinte maneira: Características sociodemográficas maternas e Características da gestação, do parto e peso do recém-nascido.

5.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS

A amostra definida para o presente estudo consistiu em puérperas com idade ≥ 12 anos e ≤ 35 anos, residentes no município de Cajazeiras que tiveram RN com baixo peso. Dessa forma, foram analisadas 407 DN, 6,5% da população total do estudo, sendo a mediana de 23 anos e a média $23,53(\pm 5,556)$. Do total de DN analisadas, 78,4% ($n=319$) das mães eram adultas jovens (19 a 35 anos) e 21,6% ($n= 88$) eram adolescentes (12 a 18 anos).

Na Tabela 1, observa-se a correlação estatística entre a variável “idade materna” e os dados sociodemográficos (“situação conjugal” e “escolaridade”).

Tabela 1 – Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna *versus* dados sociodemográficos, Cajazeiras-PB, 2006-2013.

Variáveis	Total		Idade materna em anos				p
			12 a 18 anos		19 a 35 Anos		
	N	%	n	%	N	%	
Situação conjugal*							
Sem companheiro	276	71,9	78	94,0	198	65,8	<0,000
Com companheiro	108	28,1	5	6,0	103	34,2	
Escolaridade*							
0 a 7 anos	245	61,4	66	76,7	179	57,2	<0,001
8 ou + anos	154	38,6	20	23,3	134	42,8	

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2013.

* Excluídas as DN com dado ignorado.

* Realizado Teste Exato de Fisher

p (significância estatística pelo χ^2 se $p < 0,05$).

Ao analisar a referida tabela, percebe-se um resultado expressivo das mulheres sem companheiro em relação às demais, sendo, respectivamente, 71,9% (n=276) e 28,1% (n=108), no total de 384 registros, excluindo-se os dados ignorados. Destacam-se que 94,0% (n=78) das mulheres adolescentes não tinham companheiro fixo em comparação as adultas jovens que correspondiam a 65,8% (n=198). Entre as mães adolescentes apenas 6,0% (n=5) referiram ter companheiro fixo, enquanto que 34,2% (n=103) das mulheres adultas manifestaram ter parceiro.

Desse modo, as variáveis “situação conjugal” e “idade materna” apresentaram extrema significância estatística ($p < 0,001$) conforme Tabela 1, uma vez que à medida que diminuiu a faixa etária observou-se um maior número de adolescentes sem companheiro, ao passo que à medida que se elevou a faixa etária ocorreu um aumento no número de adultas jovens com companheiro fixo.

As características maternas relacionadas à escolaridade se apresentaram com 61,4% (n=245) de mães com 0 a 7 anos de estudo e 38,6% (n=154) com oito ou + anos.

Evidenciou-se que houve uma elevação do percentual de mulheres com 8 ou + anos de estudos entre as mães com maior idade (19 a 35 anos). No tocante ao grupo de mães com menor idade (12 a 18 anos), um grande quantitativo apresentou baixa escolaridade, considerando o percentual de até sete anos estudados, com um índice de 76,7% (n=66) frente ao percentual de 23,3% (n=20) com oito ou + anos de estudos. Nas mães com maior idade (19 a 35 anos), verificou-se 57,2% (n= 179) com baixa escolaridade e 42,8% (n=134) com escolaridade acima de oito anos (Tabela 1).

A associação estatística entre as variáveis “escolaridade” e “idade materna”, revelou significância estatística ($p < 0,001$).

5.1.2 CARACTERÍSTICAS DA GESTAÇÃO, DO PARTO E PESO DO RECÉM-NASCIDO

Na Tabela 2, estão apresentadas as características da idade materna em anos com relação à duração da gestação, antecedente obstétrico, número de consulta pré-natal, tipo de parto e peso do nascimento.

Quanto à duração da gestação, no total o registro de gestações pré-termo (22 a 36 semanas de gestação) foi discretamente maior 51,3% (n=198) que as gestações a termo (37 a 41 semanas de gestação) 48,7% (n=188). Na associação estatística “duração da gestação” e

”idade materna” verificou-se o predomínio de gestações pré-termo entre as mães adolescentes 68,3% (n=56) quando comparadas aos 46,7% (n=142) das mulheres adultas.

Tabela 2. Distribuição das mães investigadas conforme a variável idade materna *versus* duração da gestação, antecedente obstétrico, consultas pré-natal, tipo de parto e peso do nascimento. Cajazeiras-PB, 2006-2013.

Variáveis	Total		Idade materna em anos				P
			12 a 18 Anos		19 a 35 anos		
	N	%	n	%	N	%	
Duração da gestação*							0,001
Pré-termo	198	51,3	56	68,3	142	46,7	
A termo	188	48,7	26	31,7	162	53,3	
Antecedente Obstétrico**							<0,001
Primigesta	205	50,6	69	78,4	136	42,9	
Secundigesta	93	23,0	16	18,2	77	24,3	
Multigesta	107	26,4	3	3,4	104	32,8	
Nº de consultas pré-natal*							0,006
0 a 6 consultas	262	67,4	68	80,0	194	63,8	
7 e + consultas	127	32,6	17	20,0	110	36,2	
Tipo de parto*							0,001
Vaginal	223	55,3	62	71,3	161	50,9	
Cesárea	180	44,7	25	28,7	155	49,1	
Peso do nascimento							0,598
300 a 2200 g	209	51,4	43	48,9	166	52,0	
2200 a 2495 g	198	48,6	45	51,1	153	48,0	
Idade Materna	407	100	88	21,6	319	78,4	0,555

Fonte: Declaração de Nascido Vivo. Secretaria de Saúde de Cajazeiras-PB: 01 janeiro 2006 a 31 de dezembro 2013.

* Excluídas as DN com dado ignorado.

* Realizado Teste Exato de Fisher

** Realizado Teste Linkelihood Ratio

p (significância estatística pelo χ^2 se $p < 0,05$).

Os RN a termos apresentaram-se em maior predominância nas mulheres adultas jovens 53,3% (n=162) quando comparados com o percentual dos RNs a termo de mães adolescentes que representou 31,7% (n=26). Demonstrando que o parto prematuro foi mais frequente à medida que a faixa etária da mãe diminuía ao passo que com a elevação da faixa etária aumentou o número de gestações a termo, comprovando a dependência e correlação estatística entre as variáveis ($p=0,001$).

No que se refere ao antecedente obstétrico, observou-se que a maioria das mulheres era primigesta 50,6% (n=205), seguido de multigestas 26,4% (n=107). O antecedente obstétrico manifestou extrema dependência estatística com a idade materna ($p<0,001$), revelando que as mulheres adolescentes apresentam percentuais elevados de gestações primigestas correspondendo a 78,4% (n=69), quando comparadas com 42,9% (n=136) das adultas jovens. No outro extremo, a incidência de multigestas revelou percentuais elevados entre as mulheres adultas jovens, correspondendo a 32,8% (n=104) contra 3,4% (n=3) das mães adolescentes. A variável secundigesta admitiu valores equiparados entre ambas às faixas etárias, porém, apresentando-se mais prevalente nas adultas 24,3% (n=77).

Ao se associar o número de consultas pré-natal e a idade materna percebeu-se dependência estatística ($p=0,006$) entre as variáveis, pois à medida que aumentou a idade materna elevou-se o percentual de consultas de pré-natal. Assim, nas mulheres adolescentes o percentual de 7 e + consultas foi de 20% (n=17) enquanto que nas mulheres adultas jovens esse percentual aumentou para 36,2% (n=110). Quanto ao percentual de 0 a 6 consultas, este foi maior entre as adolescentes quando comparado as adultas jovens, sendo 80% (n=68) e 63,8% (n=194), respectivamente.

Na Tabela 2, observou-se um total de 55,3% (n=223) nascimentos por via vaginal e 44,7% (n=180) por cesárea. Ao se fazer a relação entre o tipo de parto com a idade materna, verificou-se que o percentual de parto vaginal foi expressivamente maior nas adolescentes correspondendo a 71,3% (n=62) contra 50,9% (n=161) nas adultas jovens, enquanto que o parto cesáreo destacou-se nas mulheres adultas jovens com 49,1% (n=155) comparado a 28,7% (n= 25) nas adolescentes, contradizendo alguns estudos. Revelando, dessa maneira, significância estatística ($p=0,001$) e extrema dependência entre as variáveis.

Caracterizando os RN conforme o peso ao nascer, encontraram-se valores mínimos e máximos de 300g e 2495g, respectivamente. No total, 51,4% (n=209) das mulheres tiveram RN com 300g a 2200g e 48,6% (n= 198) de 2200 a 2495 g. Na relação entre o peso ao nascimento e a idade materna a classificação do peso e os seus valores se equipararam entre mães adolescentes e as adultas jovens. O peso não apresentou dependência

estatística com a idade materna, provavelmente em consequência do tamanho amostral ($p=0,598$).

5.2 DISCUSSÃO

O peso ao nascer é um importante indicador geral do nível de saúde de uma população e considerado como sendo um dos principais fatores a determinar a probabilidade de sobreviver ao período neonatal e mesmo a todo o restante do primeiro ano de vida (PAULA et al., 2010; UCHIMURA; PELISSARI; UCHIMURA, 2008). Muitos fatores atuam antes e durante a gestação e exercem influência no peso ao nascer do neonato. Entre esses fatores, encontram-se as características sociodemográficas como escolaridade, situação conjugal e idade materna, além de outros fatores como duração da gestação, antecedente obstétrico, número de consultas pré-natal e tipo de parto (UCHIMURA; SZARFARC, 2006). Dessa maneira, os diferentes aspectos relacionados ao peso ao nascer deve ser temática de grande relevância em diversas pesquisas.

No presente estudo, acerca da idade materna e sua relação com a situação conjugal (tabela 1) verificou-se que tanto as mães adolescentes como as adultas jovens apresentaram-se em sua maioria sem companheiro, com significativo destaque para as adolescentes. A respeito disso, a literatura é controversa ao relatar que a ausência do pai está associada ao BPN (COIMBRA et al., 2003; MINASAVA et al., 2004). Entretanto observou-se, em população de mães adolescentes do Rio de Janeiro, que as mulheres de piores condições sociodemográficas e psicossociais eram mais jovens e solteiras (SABROZA et al., 2004).

Ao analisar o estudo de Minasawa et al. (2006) sobre a ocorrência do BPN segundo características socioeconômicas maternas, observou-se uma diferença estatisticamente significativa no que se refere à situação conjugal da gestante e o peso ao nascer das crianças. No grupo de mães sem companheiro no momento do parto, a proporção de crianças com BPN foi significativamente maior (21,4%) que no grupo de mães com companheiro (2,4%). Provavelmente, esse fato possa ser justificado pela idade materna no parto, uma vez que as mães de crianças de BPN eram significativamente mais jovens (quatro em cinco, ou seja, 80,0% eram adolescentes, com menos de 20 anos).

Em relação à idade materna versus a escolaridade (tabela 1), constatou-se que à medida que a maternidade se instalou em períodos mais cedo na vida da mulher, menor foi a quantidade de anos estudados; o que permite perceber o abandono dos estudos com a instalação da gravidez.

Nesse sentido, é conhecido que a ocorrência de gravidez no período escolar determina prejuízo na formação dessa população, uma vez que a taxa de evasão é considerável, interrompendo o processo de formação. Segundo Dallas (2004), a gravidez na adolescência aumenta a frequência de mães adolescentes que abandonam os estudos para cuidar de seu filho.

Estudos em que se aplicou a meta-análise, não mostraram significância estatística quanto à influência da escolaridade no peso ao nascer (GUIMARÃES et al., 2002; UCHIMURA et al., 2001; MINAGAWA et al., 2006). No estudo de Uchimura et al. (2008) realizado na cidade de Maringá, a variável instrução materna também não apresentou dependência estatística com o BPN.

O estudo de Batista (2001) demonstrou que mulheres que tiveram RNBP, não frequentavam assiduamente a escola, uma vez que a gravidez mudou a perspectiva da escolaridade, levando a adolescente a parar de estudar temporária ou definitivamente.

Para Aquino et al. (2003) e Spinelli et al. (2005), ter filhos na adolescência aumenta a chance de afastamento da escola e do trabalho, e conseqüentemente, a baixa escolaridade reduz a chance de uma profissionalização, resultando em absentismo de um bom emprego.

A ocorrência precoce da gestação determina atraso escolar e gastos relacionados à maternidade e constituição da família, que causarão dificuldades impedindo o desenvolvimento escolar e por sua vez afetando sua inserção no mercado de trabalho. Isso colabora para perpetuar o ciclo de pobreza, prejudicando a qualidade de vida dessas adolescentes (BRASIL, 2005).

O baixo grau de instrução é um fator de risco para o resultado perinatal, uma vez que as gestantes adolescentes de baixa escolaridade comparecem menos às consultas de pré-natal e têm filhos de baixo peso. Existem diferentes fatores sociais e econômicos que ainda podem comprometer o processo de escolarização (CARNIEL, 2006).

Quanto à relação entre a idade materna e duração da gestação (tabela 2), verificou-se que o parto prematuro foi mais frequente à medida que a faixa etária da mãe diminuía ao passo que com a elevação da faixa etária materna aumentou o número de gestações a termo, o que indica que há maior percentual de prematuridade entre as mães adolescentes, justificando-

se esses achados, em concordância com o estudo de Neto (2011), devido a vários fatores, entre eles, baixo nível socioeconômico, nutrição inadequada, estresse e ansiedade.

A OMS estima que, nos países desenvolvidos o BPN é representado por prematuros (quase dois terços) e nos países em desenvolvimento o BPN está relacionado, principalmente, por RN a termo pequeno para a idade gestacional, ou seja, que sofreram RCIU (OMS, 2008).

No Brasil, a maioria dos prematuros nasce com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e peso superior a 2500 g, entretanto, apesar do aumento da frequência de prematuridade, a prevalência de BPN tem se estabilizado no patamar de 8%, desde o ano 2000, possivelmente pela redução da frequência do RCIU (VICTORA, 2011).

No estudo de Neto (2011), com relação à maturidade do RN verificou-se que, nos dois grupos estudados, a maioria dos recém-nascidos era a termo. A porcentagem de prematuridade foi semelhante entre RN de baixo peso de gestantes adolescentes e não adolescentes (39,9% x 35,9%).

De acordo com Filho (2011), no seu estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa ($p < 0,18$) entre prematuridade e o BPN. A precocidade gestacional e o BPN ainda representam um desafio para a saúde pública nos países em desenvolvimento. Identificar fatores associados à ocorrência desses eventos possibilita a adoção de medidas preventivas e curativas adequadas.

Quanto ao antecedente obstétrico, no presente estudo, as mães adolescentes apresentaram percentuais mais elevados de gestações primigestas. No outro extremo, a incidência de multigestas revelou valores elevados entre as mães adultas jovens. O percentual de adolescentes primíparas encontrado nesse estudo está de acordo com dados da literatura, em contrapartida, o valor encontrado de primíparas para as mães adultas jovens mostra-se superior (COSTA et al., 1995; CABRAL, 1997).

O antecedente obstétrico é citado como influência para o peso ao nascer. Dos dois trabalhos de pesquisa revisados, um mostra a primiparidade como fator relevante no BPN, e outro aponta a multiparidade como significativa (COSTA; NASCIMENTO, 2001).

Quando relacionada à paridade ao BPN, verificou-se que apenas um estudo mostra as primíparas com uma maior prevalência de RNBP, e outro estudo, com uma amostragem menor, tem menor prevalência de RNBP em mulheres com menos de dois partos (COSTA et al., 1998; NASCIMENTO et al., 2001).

No estudo de Brito et al. (2006), observou-se também associação significativa entre mães primigestas e RN de menor peso. A primiparidade é frequentemente citada por diversos autores como fator de risco para o BPN. Aragão (2003) estudou gestantes em São Luís,

Maranhão, e observou que a primiparidade estava associada ao BPN. Franceschini et al. (2003) em trabalho realizado no bairro de Vila Mariana, São Paulo, observaram que RN de primíparas apresentaram menor peso ao nascer, quando comparados aos de múltíparas, com diferença de 264 g na média no peso ao nascer.

Nesse sentido, a paridade e o intervalo interpartal implicam em riscos de diferentes magnitudes para a mulher e o neonato. As primíparas têm, normalmente, crianças com média de peso ao nascer inferiores às múltíparas. No entanto, grandes múltíparas têm maior tendência a intervalos interpartais mais curtos, importante fator de risco para o BPN, prematuridade, mortalidade neonatal e infantil e desnutrição na infância (FRANCESCHINI et al., 2003).

Acerca da correlação entre o peso do RN e a realização de consultas de pré-natal, embora todas as mães do estudo tenham apresentado RN com baixo peso, e no geral um número insatisfatório de consultas de pré-natal (até seis consultas), chama atenção o fato de que esse menor percentual de consultas destacou-se entre as mães adolescentes. Esse achado corrobora com achados de outros estudos, os quais relacionaram a gestação na adolescência e baixa adesão ao pré-natal com o BPN (COIMBRA et al., 2003; SABROZA et al., 2004; GAMA et al., 2002).

A aderência das gestantes ao pré-natal está relacionada, entre outros fatores, com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde, sendo necessário no mínimo seis consultas de pré-natal para a redução das taxas de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2005). Quando se refere ao número de consultas pré-natal, se observa, entre os autores revisados, que o número inferior a quatro consultas resulta significativamente na ocorrência de BPN (GAMA et al., 2000; GÓMEZ et al., 2006; SILVA 2003).

Com certeza existem outros fatores específicos da população de adolescentes, como o fato de ser em sua maioria uma gestação não desejada, dificuldade de notificar e de ser aceita pela família, fatores que dificultam a marcação da primeira consulta e acompanhamento durante toda a gestação. Assim, no que se refere à assistência de pré-natal, as adolescentes sempre estão em desvantagem em relação a outros grupos etários, condição observada nesse estudo, pois à medida que a idade materna diminuiu elevou-se o percentual de 0 a 6 consultas (fator desfavorável) e à medida que a idade materna aumentou houve crescimento do percentual de 7 e + consultas, demonstrando que as adolescentes sobressaíram-se com menor percentual de consultas de pré-natal.

Nesta pesquisa verificou-se que o índice de cesárea, nos dois grupos estudados, esteve acima da recomendada pela OMS que desde o ano de 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15% (OMS, 2014). Porém, foi significativamente menor no grupo de adolescentes em relação às mães adultas jovens. Esse fato é interessante, pois reduz a chance dessas mulheres terem seu próximo parto por cesariana.

A literatura é contraditória quanto às taxas de cesarianas nas gestantes adolescentes, pois alguns autores confirmam maior taxa de cesarianas nessa faixa etária (AZEVEDO et al., 2002; CHEN et al., 2007) e outros registram menor taxa (CONDE et al., 2005; SANTOS et al., 2008). Dados referentes aos Estados Unidos mostram 13,8% de cesáreas entre adolescentes e 23,5% em mulheres adultas (LUBARSKY et al., 1994).

Alguns estudos indicam que as intercorrências no pré-natal justificam as maiores taxas de parto cesáreo em gestantes adolescentes (CHALEM et al., 2007; DALLAS, 2004), aspecto não observado no presente estudo, uma vez que, a taxa de parto cesáreo foi menor no grupo de adolescentes.

O estudo mostrou um maior percentual de parto cesáreo entre as adultas jovens, o que pode ser justificado por melhores condições socioeconômicas e maior grau de escolarização das mulheres adultas. Concordando com o estudo de Melo et al. (2013), que refere aumento do parto cesáreo no grupo de mulheres adultas jovens no estado do Paraná.

Com a elevação do número de cesarianas nas últimas décadas, a quantidade de partos antecipados intensificou-se, o que desencadeou nascimentos prematuros e uma maior incidência de BPN (BRASIL, 2000). No entanto, diferentes estudos apontam um número maior de RBNP tanto em partos normais como em partos cesáreo (MONTEIRO et al., 2006; HADLOCK et al., 1984; WEERASEKERA, 1997).

Segundo Silva (2012), espera-se a ocorrência de um maior número de RN de baixo peso em idade gestacional <37 semanas, pois o início do acúmulo de depósito gorduroso no organismo ocorre a partir de 34 semanas de gestação, quando seu desenvolvimento anatômico e fisiológico ainda está incompleto. Entretanto, o BPN tem sido vilão mesmo em RN com idade gestacional >37 semanas, estando relacionado, muitas vezes, ao RCIU e ao erro da DPP, além de patologias fetais e obstétricas.

Segundo dados do MS houve queda de mais de 22% no número de partos cesáreos no grupo das adolescentes na rede pública, nos últimos cinco anos. Entre 2000 e 2009, a queda

foi de 34,6%, atribuindo-se essa tendência a campanhas destinadas as adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar (BRASIL, 2005).

O parto cesáreo realizado de forma indiscriminada pode ser um problema para a saúde pelas suas implicações, como o aumento de custos, maior tempo de permanência hospitalar e recuperação da puérpera, consumo de medicamentos e elevado risco para morbimortalidade materna e neonatal, como infecções puerperais, baixo peso, apgar insatisfatório e mortalidade infantil, representando também utilização inadequada dos recursos tecnológicos para o parto (SOUZA, 2004).

O Brasil é um dos países com maiores taxas de cesáreas no mundo, como resposta as esses dados prevalentes a política de incentivo do SUS estimula a redução de partos operatórios, a fim de diminuir os custos para a saúde e otimizar a recuperação das mães (NETO, 2011).

Sobre a idade materna, não se observou no presente estudo correlação e significância estatística da idade materna precoce com o BPN. Da amostra estudada de 407 mulheres, apenas 21,6% era adolescente, com isso o maior percentual encontrado para o BPN foi entre as mães adultas jovens, não havendo dependência estatística com a precocidade gestacional. Sendo certamente justificado pela proporção aumentada de adultas jovens quando comparadas ao grupo de adolescentes da amostra do estudo.

Porém, é importante discutir que dentre os mecanismos que explicam o porquê da maior prevalência de BPN em mulheres mais jovens, encontra-se a imaturidade do sistema reprodutivo, juntamente da imaturidade emocional (GAMA et al., 2000). A maioria dos autores revisados compartilha do pensamento segundo o qual a gestação de mulheres jovens está associada ao BPN.

Dessa maneira, a gravidez na adolescência constitui-se em um dos problemas de saúde reprodutiva mais acentuados que refletem de forma direta na saúde pública. As suas repercussões não só afetam a gestante, mas também o RN, ocasionando risco de prematuridade, BPN, anemias, pré-eclâmpsias, além do elevado número de partos cesáreos. Entre as mães de 15 a 19 anos, o risco elevado de ocorrer complicações na hora do parto é duas vezes maior do que o de jovens adultas maiores de 20 anos e, ainda, cinco vezes maior em menores de 15 anos, sendo a principal causa de mortalidade materna nessa faixa etária de idade (SANTOS et al., 2009).

Por sua vez, as alterações do peso do RN podem ser mais frequentes entre gestantes com maior idade (igual ou superior a 35 anos). Assim, um bom atendimento obstétrico pode

atuar como um fator importante na prevenção de possíveis problemas perinatais (SENESI et al., 2004).

Assim, embora a idade materna seja uma variável comumente associada ao BPN, sendo considerada de risco idade superior a 35 anos ou inferior a 20 anos, no presente estudo este fato não foi observado, uma vez que o peso não apresentou dependência estatística com a idade materna. Um estudo realizado em 2007 nos Estados Unidos (CHEN et al., 2007) evidenciou o impacto da idade materna inferior a 25 anos na ocorrência de efeitos adversos neonatais, inclusive o nascimento de crianças com baixo peso.

Outro estudo brasileiro realizado em Florianópolis no ano de 2002 (PUHL et al., 2007) apresentou resultado semelhante, demonstrando que gestações de mães jovens não apresentaram associação estatisticamente significativa com o nascimento de bebês com baixo peso.

Destaca-se que a prevalência do BPN verificada nesse estudo foi de 6,5%, valor inferior ao comparado com o Brasil (11%), e com cidade como São Paulo (8,9%) (MONTEIRO et al., 2000).

A análise de Brito (2006) mostrou associação significativa entre a adolescência materna e neonatos com menor peso ao nascer, o que sugere que a idade adulta seja um fator protetor para o BPN. Essa associação tem sido muito estudada e sabe-se que mães muito jovens são fisiologicamente imaturas para suportar o estresse da gravidez e o risco é especialmente maior quando a gestação acontece a menos de dois anos da menarca.

Sob o ponto de vista de saúde pública, o peso ao nascimento é um importante indicador, pois traduz as condições de vida da população feminina e a qualidade da assistência pré-natal recebida durante a gravidez (NETO, 2011).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constituído por mulheres que tiveram RNBP permitiu concluir que a gestação em adolescentes não se apresentou como um fator importante para o BPN. As características sociodemográficas mostraram que tanto entre as mães adolescentes como entre as mães adultas jovens, destacou-se um maior número que se declarou solteiras, fator que pode ter influenciado no peso ao nascer.

Ao se investigar a idade materna, sobretudo, fazendo alusão à gravidez entre mães mais jovens, alguns fatores de riscos foram evidentes, como a baixa escolaridade, a ausência de um companheiro, entre outros, traduzindo um perfil característico na visão socioeconômica e educacional marcado pela vulnerabilidade social. Assim, propõe-se a criação de estratégias para captar essas mulheres como também a melhoria da qualidade da assistência de pré-natal, com o objetivo de prevenir complicações, prover tratamento para as condições patológicas correntes e promover a educação em saúde para as mães.

Os achados desta pesquisa revelaram que as mães adolescentes apresentaram um maior percentual de RN que nasceram pré-termo, contudo, observou-se um maior número de mulheres adultas que geraram RNBP de termo.

Fatores como a primiparidade, número de consultas de pré-natal, a duração e o tipo de parto apresentaram-se como elementos de risco maternos biológicos significativos na influência para o BPN.

Nesse sentido, além de investimentos nos serviços de saúde em ações específicas de captação precoce e inserção das gestantes ao pré-natal, acompanhamento pós-parto e planejamento familiar; são necessárias conjunturas que implementem ações de sensibilização da população de mulheres que apresentam fatores de risco para gerarem RNBP.

Ressalta-se que a assistência pré-natal se faz necessário visando reduzir os índices de BPN com orientações adequadas quanto aos fatores de risco presentes nessa população. Dessa maneira, o BPN é um sinal tardio que serve de alerta de que algo errado ocorreu durante a gestação. Assim, a evidência de exposições independentes de risco para o BPN potencialmente modificáveis reforça a importância da prevenção à recorrência de fatores de comprometimento.

Ações para a redução desse agravo extrapolam o setor saúde e exigem um esforço organizado de vários setores da sociedade. No campo específico da saúde, a realização de intervenções simples e programas rotineiros de assistência à saúde, desde que sejam efetivos e de qualidade, podem contribuir para a redução do problema e de suas consequências.

Acredita-se que a valorização da mãe e do seu conceito, o alerta para os fatores de riscos, orientações adequadas e, especialmente, o compartilhamento de suas angústias e ansiedades podem modificar conceitos pré-estabelecidos e gerar maior preocupação com sua saúde. Estas considerações necessitam de maior atenção no momento do planejamento de políticas públicas de saúde para o cuidado integral.

Adicionalmente, reforça a ideia de que levantamentos de indicadores, a partir de informações obtidas nos Sistemas de Informação, em nível nacional, como o SINASC, permitem avaliar a qualidade da informação, quanto à captação e qualidade dos dados, assim como pode contribuir para o aprofundamento científico nesta área e subsidiar políticas, programas e ações voltadas à saúde materno-infantil, saúde reprodutiva e assistência neonatal.

Deve haver um esforço conjunto de diversos setores da sociedade no sentido de atender às necessidades das mães adolescentes e adultas jovens. O setor de saúde deve organizar seus serviços de forma diferenciada para o acolhimento e acompanhamento das gestantes, contando com uma equipe multidisciplinar motivada e capacitada para trabalhar com esse grupo corroborando para eliminação de fatores de risco modificáveis.

Evidencia-se a necessidade de estratégias de inclusão social da gestante e políticas de saúde dirigidas para um melhor acompanhamento, além de reforçar o papel fundamental dos profissionais de saúde para promoção de cuidados dessa população, visando à subjetividade e a multidimensionalidade dessas mulheres, como integrantes empoderadas no processo de construção do cuidado com enfoque no binômio mãe-filho.

Desta forma, faz-se necessário maior investimento em estratégias que facilitem o acesso e a adesão das gestantes aos serviços de saúde de atendimento ao ciclo grávido- puerperal.

REFERÊNCIAS

ABRAMS, B.; ALTMAN, S. L.; PICKETT, K. E. Pregnancy weight gain: still controversial. **Am J Clin Nutr.** v. 71, n. 1, p. 233-41,2000.

ALMEIDA, A. H. do V. et al . Baixo peso ao nascer em adolescentes e adultas jovens na Região Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 3, p. 279-86, 2014 .

ALMEIDA, M. F.; MELLO, J. M. H. P.O uso da técnica de “linkage” de sistemas de informação em estudos de coorte sobre mortalidade neonatal. **Revistade Saúde Pública**, v. 30, p. 141-7,1996.

ANDRADE, M. M. Introdução à metodologia do trabalho científico. São Paulo: **Atlas**, 1993.

AQUINO, E. M. L.; HEILBORN, M. L; KNAUTH D, B. M.; ALMEIDA, M. C.; ARAÚJO, J. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Cad Saúde Pública.**, v. 19, n. 2, p. 377-88, 2003.

AQUINO, M. C.et al . Gestação na Adolescência: Relação com o Baixo Peso ao Nascer. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 513-9, 2002.

ARAGÃO, V. M. **Fatores de risco para restrição do crescimento intrauterino: comparação entre duas cidades brasileiras**, 2003 (Dissertação de mestrado). Ribeirão Preto (SP): USP; 2003.

ARAUJO, B. F.; TANAKA, A. C. d'A. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2869-77, 2007.

AZEVEDO, G.D. et al. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Ver Bras Ginecol Obstet.**, v.24, n.3, p.181-5, 2002.

BARROS, F.C.et al. Bajo peso al nascer em El municipio de Pelotas, Brasil: factores de riesgo. **Bol Ofic Sanit Panam**,v. 102, n. 6, p. 541-54,1987.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério. **Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional**. Brasília (DF), 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Datasus: informações de saúde**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal: manual técnico**. Brasília (DF): O Ministério; 2000.

BRITO, M. C. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em uma maternidade de nível secundário no Município de São Paulo, **Rev Paul Pediatría**, v. 24, n. 3, p. 221-6, 2006.

BRUM, P. F. et al. Fatores maternos preditivos de baixo peso ao nascer: um estudo caso-controle Predictive maternal factors for low birth weight: a case-control study. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Santa Catarina, v 42, n 1, p. 68-75, 2013.

CALLIGARIS, C. A. Adolescência. 2ª ed. São Paulo: **Publifolha**, 2009.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 402-410, 2008.

CARNIEL, E. de F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 6, n. 4, p. 419-26, 2006.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população de periferia de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública.**, v.23, n.1, p.177-86, 2007.

CHEN, X. K. et al. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. **Int J Epidemiol**, v.36, n. 2, p. 368-73, 2007.

CONDE, A. A.; BELIZÁN, J.M.; LAMMERS C. Maternal-perinatal morbidity and Mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 192, n.2, p.342-9, 2005.

COSTA, I. T.; LEONE, C. R. Influência do crescimento intrauterino restrito sobre a evolução nutricional e crescimento de recém-nascidos pré-termo até a alta hospitalar. **Rev Paul Pediatr.**, v.27, n. 1, p. 15-20, 2009.

COSTA, M. C. O. et al. Indicadores Materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 77, n. 3, p. 235-42, 2001.

CRISTÓVÃO, F. S.; PEDRAZA, D. F. Tendência Secular do Peso ao Nascer nas Cidades de Cabedelo e Cacimbas, Nordeste do Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 07-17, 2015.

DALLAS, C. Family matters: how mothers of adolescents experience adolescent pregnancy and parenting. **Public Health Nurs.**, v. 21, n. 4, p. 347-53, 2004.

FERREIRA, E. B. et al. Predisposing causes for pregnancy among adolescents. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 1571-9, 2014.

FIGLIOLI, L. R.; KREBS, V. L. J. Características clínicas e morbidade de recém nascidos filhos de mães adolescentes em hospital universitário. **Revista de Medicina**, Brasil, v. 85, n. 2, p. 44-9, 2006.

FRANCESCHINI, S. do C. C. et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 171-9, 2003.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Mortalidade Neonatal em Crianças com Baixo Peso ao Nascer. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 778-86, 2014.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão Sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da Enfermagem. **Rev Latino em Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GAMA, S. G. N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 74-80, 2001.

GOLDANI, M. Z. et al. Idade materna, mudanças sociais e resultado da gravidez em Ribeirão Preto, sudoeste do Brasil, em 1978-79 e 1994. **Cad Saúde Pública.**, v. 16, n. 4, p. 1041-7, 2000.

GÓMEZ, M. D. et al. Prevalência de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: unidad de atención y protección materno infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colômbia. **Rev Colomb Obstet Ginecol.** v. 57, n. 4, p. 264-70, 2006.

GONZAGA, I. C. A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-74, 2016.

GUAZZELLI, C.A. F.; ABRAHÃO, A. R. Gravidez nos extremos Reprodutivos. **In: Prado FC. Atualização terapêutica 2007: manual prático de diagnóstico e tratamento.** 23 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2007. p. 1177-79.

GUIMARÃES, E.A.; VELÁSQUEZ, M. G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 2, n. 3, p. 283-90, 2002.

HADLOCK, F.P. et al. Estimating fetal age: computer assisted analysis of multiple fetal growth parameters. **Radiology**; v. 152, n. 2, p. 497-501, 1984.

HUTTLY, S. R. A. et al. Birth spacing and child health in urban Brazilian children. **Pediatrics.**, v. 89, p. 1049-54, 1992.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades@. Cajazeiras – PB: dados básicos**, 2016.

LIMA, M. B. C. M. et al. A desigualdade Espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Norte, v. 18, n. 8, p. 2443-2452, 2013.

LUBARSKY, S.L. et al. Obstetric characteristics among nulliparae under age 15. **Obstet Gynecol.**, v. 84, n.3, p.365-8, 1994.

MAIA R. da R. P.; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em Município do Norte do Brasil. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 735-44, 2010.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS, F. A. A. B. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **J Pediatr**, v. 74, n. 2, p. 107-13, 1998.

MARIOTONI, G. G.; BARROS, F. A. A. Peso ao nascer e mortalidade hospitalar entre nascidos vivos, 1975-1996. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 71-6, 2000.

MELO, E. C. et al. Fatores Relacionados ao Parto Cesáreo, Baixa Cobertura de Pré-Natal e Baixo Peso ao Nascer. **REAS**, Paraná, v. 2, n. 1, p. 47-59, 2013.

MENEZES, L. O. et al. O impacto do baixo peso ao nascer relacionado à depressão gestacional para o financiamento federal da saúde pública: uma análise do Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p. 1939-1948, 2012.

MINAGAWA, A. T. et al. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 548-54. 25, 2006.

MINAMISAWA, R. et al. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, 2004.

MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. D'A.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 26-40, 2000.

MONTEIRO, C. A.; NAZÁRIO, C. L. Declínio da mortalidade infantil e equidade social: o caso da cidade de São Paulo entre 1973 e 1993. In: MONTEIRO C.A., organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: **Hucitec**, p. 173-85, 1995.

MOTTA, M.G. C. et al. Vivências da mãe adolescente e sua família. **Acta Scientiarum Health Science**, v. 26, n.1, p. 249-56, 2004.

NASCIMENTO, L. F. C. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 37-42, 2003.

NASCIMENTO, L. F.; GOTLIEB, S. L. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascidos Vivos em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998. **Inf Epidemiol Sus.**, v. 10, n. 3, p. 113-20, 2001.

NETO M. I. N. P.; SEGRE, C. A de M. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Rev. Einstein**. São Paulo, v. 10, n. 3, p. 271-7, 2012.

NETO, A. da R. M. **Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos de baixo peso em três hospitais regionais do Distrito Federal – DF**. 2011. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo, 2011.

NOBRE, J. L. L.; FIGUEREDO M. B. Maternidade na adolescência: alguns fatores de risco para a mortalidade fetal e infantil em uma maternidade pública de São Luís, Maranhão. **Ver Pesq Saúde**. São Luís, v. 11, n. 2, p. 39-43, 2010.

OMS. **Declaração da OMS sobre taxa de cesáreas**, Genebra, Suíça, 2014.

OMS. **CID-10 / Organização Mundial de Saúde**; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, São Paulo: USP, v. 5, p. 1184, 1997.

OMS. **El embarazo y el aborto en la adolescência**. Ginebra: OMS, (Série de Informes Técnicos n. 583), 1975.

PACHECO, M. F. et al. Fatores maternos associados ao peso ao nascer em gestantes de baixo risco obstétrico de uma maternidade-escola do sul do Brasil. **Rev.Nutr. clín. diet. hosp**. Pelotas, v. 34, n. 3, p. 48-56, 2014.

PACHECO, S. T. A. et al. Significado do Uso do Copinho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: A Vivência Materna. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 434-8, 2012.

PALIY, O. et al. Excess body weight during pregnancy and off- spring obesity: potential mechanisms. **Nutrition**, v. 30, n. 3, p. 245-51, 2014.

PAULA C. G. et al. Baixo peso ao nascer: fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional – uma revisão. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 29, p. 54-65, 2010.

PEDRAZA, D. F.; SALES, M. C.; MENEZES, T. N. Fatores associados ao crescimento linear de crianças socialmente vulneráveis do estado da Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Paraíba, v. 21, n. 3, p. 935-945, 2016.

PEREZ NETO, M. I. N.; SEGRE, C. A. de M. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 271-7, 2012.

PHIPPS, M.G.; SOWERS, M. **Defining early adolescent child bearing**. **Am J Public**, 2008.

PINTO, J. L. S.; CHINAGLIA, M. L. M.; SURITA, F. G. Gravidez na adolescência. In: Neme B. **Obstetrícia Básica**. 3. Ed. São Paulo: Sarvier, 2005.p. 1177-83.

- PINTO, J. R. **Morbidade de Crianças com baixo peso ao nascer durante o primeiro ano de vida na cidade de Sobral, Ceará.** 2010. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- PIZZO, L. G. P. et al. Mortalidade infantil na percepção de gestores e profissionais de saúde: determinantes do seu declínio e desafios atuais em município do sul do Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 908-18, 2014.
- PUFFER, R. R.; SERRANO, C. Patterns of birth weight. Washington (DC): **PAHO**, v. 504, 1987.
- PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. Características del peso al nascer. Washington DC: OMS. **Publicación Científica**, n.504, 1988.
- PUHL, C.H.et al. Morbimortalidade do recém-nascido de mãe adolescente. **Arq Cat Med**,v. 36, n.3, p.52-8,2007.
- RADULESCU, L. et al. The implications and consequences of maternal obesity on fetal intrauterine growth restriction. **J Med Life**, v. 6, n. 3, p. 292-8,2013.
- RAMBIHARILAL, S.; SHRIVASTAVA. A.; BOBHATE, P. S. Correlates of Antenatal Body Mass Index (Bmi) as a Determinant of BirthWeight – A Longitudinal Study. **Ver Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 3, p. 356-363, 2012.
- RIBEIRO, A. M. et al. Baixo peso ao nascer e obesidade: associação causal ou casual. **Sociedade de Pediatria de São Paulo**, São Paulo, 2015.
- ROSSETTO, M. S.; SCHERMANN, L. B.; BERIA, J. U. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4235-46, 2014.
- SABROZA, A. R. et al. Algumas repercussões emocionais negativas de gravidez precoce com adolescentes do Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**,v. 20, n. 1, p. 130-137, 2004.
- SANCHES, C. P. M. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.
- SÁNCHEZ, J. M.; BLANCO, C. M.; SÁNCHEZ, S. G. Valoración nutricional de la gestante. **Rev Cubana Obst Ginecol**.v. 27, n. 2, p. 165-71, 2001.
- SANTOS, C. A. de L. N. et al. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. **Ciência & Saúde Coletiva, Bahia**, v. 19, n. 3, p. 719-726, 2014.
- SANTOS, et al. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 326-34, 2009.

SENESI, et al. Morbidade e mortalidade neonatais relacionados à idade maternal igual ou superior a 35 anos, segundo a paridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**,v. 26, n. 6, p. 477-82, 2004.

SILVA, A. A.; CAMARGO, N.C. Repercussões negativas de gravidez na adolescência: Revisão de literatura. **Ver Cient Eletr Psicol.**,v. 1. n.11,2008.

SILVA, A. A. M; BETTIOL, H; BARBIERI, M. A, et al. Which factors could explain the low birth weight paradox?.**Rev Saúde Públ.**, v. 40, n. 4, p. 648-55, 2006.

SILVA, R. M. et al. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciência & Saúde Coletiva**,v. 17, n. 3, p. 635-642, 2012.

SILVA, T. R. S. R. Non biological maternal risk factor for low birth weight on LatinAmerica: a system at icreview of literature with meta-analysis.**Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 380-85, 2012.

SILVESTRIN S, S. C. H. et al. Maternal education level and low birth weight: a meta-analysis. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, n. 89, p. 339-45, 2013.

SOUZA, J. J. C. et al. Equidade inversa e desigualdades no acesso à tecnologia no parto em Santa Catarina, Brasil, 2000 a 2004. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 7, n. 4, p. 397-403, 2007.

SPINELLI, M. G. N. et al. Fatores de risco para anemia em crianças de 6 a 12 meses no Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**, v.17, n.2, p.84-91, 2005.

STOLL, B. J.; KLIEGMAN, R. M. O Recém-nascido de alto risco. In: **Nelson: Tratado de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2005.p.581-94.

UCHIMURA T. T.; PELISARI D. M; UCHIMURA N. S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 33-8, 2009.

UCHIMURA, T. T. et al. Fatores biodemográficos maternos e sua correlação com o baixo peso ao nascer. **Arq Ciênc Saúde Unipar.**, v. 5, n. 2, p. 105-14, 2001.

UCHIMURA, T. T.; SZARFARC, S. C. Baixo peso ao nascer e sua correlação com os fatores maternos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 5, n. 29, p. 33-8, 2008.

VIELLAS, E. F.et al . Gravidez recorrente na adolescência e os desfechos negativos no recém-nascido: um estudo no Município do Rio de Janeiro. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 443-54, 2012.

WEERASEKERA, D. S. Adolescent pregnancies – is the out come different? **Ceylan Med J**,v. 42, n.1, p.16-7, 1997.

WILCOX, A. J. On the importance and the un importance of birth weight. **Int J Epidemiol.**, v. 30, n. 6, p. 1233-41, 2001.

YAZLLE, M. E. H. D. et al . A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 609-14, 2002.

ZAMBONATO, A. M. K. et al. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 24-9, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS I

Nº da Declaração de Nascido Vivo _____

Nome da Mãe _____

1- LOCAL DA OCORRÊNCIA:

1.() Hospital; 2.() Outros estab.; 3.() Domicílio; 4.() Outros; 5.() Ignorado.

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA MÃE:

Idade: _____

Estado Civil: 1.() Solteira;

Escolaridade: 1.() Nenhuma;

2.() Casada;

2.() De 1 a 3;

3.() Viúva;

3.() De 4 a 7;

4.() Separada;

4.() De 8 a 11;

5.() Ignorado.

5.() 12 e mais;

6.() Ignorado. Ocupação _____

Gestações anteriores: Nº de filhos nasc. vivo: _____ Nº filhos nasc. morto: _____

1.() Primigesta

2.() Secundigesta

3.() Multigesta

Local de residência da mãe: 1.() Zona Urbana 2.() Zona rural

Cidade: _____

3. DADOS DA GESTAÇÃO E PARTO:

Duração da gestação:

Tipo de gravidez Tipo de parto

1.() Menos de 22 2.() De 22 a 27 1.() Única 1.() Vaginal

3.() De 28 a 31 4.() De 32 a 36 2.() Dupla 2.() Cesáreo

5.() De 37 a 41 6.() 42 e mais 3.() Tripla e mais 3.() Ignorado

7.() Ignorado 4.() Ignorado

Nº de consultas pré-natal:

1.() Nenhuma 2.() De 1 a 3

3.() De 4 a 6

4.() 7 e mais 5.() Ignorado

4. DADOS DO RECÉM-NASCIDO:

Nascimento: ____/____/____ Hora: _____

Sexo: 1.() Masculino 2.() Feminino 3.() Ignorado

Raça/cor: 1.() Branca 2.() Preta 3.() Amarela 4.() Parda 5.() Indígena

Peso: _____ g Índice de Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Detectada alguma anomalia congênita ou defeito congênito?

1.() Sim 2.() Não 3.()

Ignorado Qual? _____

5-DADOS ADICIONAIS:

Perímetro cefálico: _____ Perímetro torácico: _____

Comprimento: _____ Perímetro abdominal: _____

Responsável pela coleta de dados: _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS II

Nº da Declaração de Nascido Vivo _____

Nome da Mãe _____

1. DADOS DO RECÉM-NASCIDO:

Nascimento: ____/____/____ Hora: _____

Sexo: 1.() Masculino 2.() Feminino 3.() Ignorado

Peso: _____ g Índice de Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Detectada alguma anomalia congênita ou defeito congênito?

1.() Sim 2.() Não 3.() Ignorado

Qual? _____

2- LOCAL DA OCORRÊNCIA:

1.() Hospital; 2.() Outros estab.; 3.() Domicílio; 4.() Outros; 5.() Ignorado.

3. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DA MÃE:

Escolaridade: 1.() Sem escolaridade; Situação Conjugal: 1.() Solteira

2.() Fundamental I; 2.() Casada

3.() Fundamental II; 3.() Viúva

4.() Médio; 4.() Separa/divor

5.() Superior Incompleto; 5.() União estáv.

6.() Superior Completo 6.() Ignorada

7.() Ignorado

Série: _____

Ocupação

Raça/Cor da Mãe: 1.() Branca

Habitual: _____ 2.() Preta

3.() Amarela

4.() Parda

5.() Indígena

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Local de residência da mãe: 1.() Zona Urbana 2.() Zona rural

Cidade: _____

4.DADOS DA GESTAÇÃO E PARTO:

Histórico gestacional:

Nº gestações Nº de partos Nº de cesáreas: ___/___

anteriores: ___/___ vaginais: ___/___

Nº de nascidos vivos: ___/___ Nº perdas fetais/abortos: ___/___

1.() Primigesta 2.() Secundigesta 3.() Multigesta

Gestação atual:

Data da DUM: ___/___/___ Nº de consultas Mês de gestação

Nº de semanas pré-natal: ___/___ que iniciou pré-natal: ___°

de gestação: ___/___ () Ignorado () Ignorado

(Se DUM ignorada)

Tipo de 1.() Única 3.() Tripla ou mais

gravidez: 2.() Dupla 4.() Ignorado

Parto:

Apresentação: 1.() Cefálica Indução do trabalho 1.() Sim

2.() Pélvica/Podálica de parto? 2.() Não

3.() Transversa 3.() Ignorado

4.() Ignorado

Tipo

de parto: 1.() Vaginal Cesárea ocorreu antes 1.() Sim

2.() Cesáreo do trabalho de parto iniciar? 2.() Não

3.() Ignorado 3.() Não se aplica

4.() Ignorado

Nascimento

assistido por: 1.() Médico

2.() Enfermeira/Obstetiz

3.() Parteira

4.() Outros

5.() Ignorado

5-DADOS ADICIONAIS:

Perímetro cefálico: _____ Perímetro torácico: _____

Comprimento: _____ Perímetro abdominal: _____

Responsável pela coleta de dados: _____

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estou ciente da intenção da realização do projeto intitulado “Declaração de nascido vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba (2006-2013)”, desenvolvido pela pesquisadora, Kennia Sibelly Marques de Abrantes, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina do ABC Paulista, sob a orientação da Professora Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.

Cajazeiras, 20 de Maio de 2013.

Dr. Henry Witchael Dantas Moreira
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM
ARQUIVO

FACULDADE DE MEDICINA DO ABC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DOUTORADO)

TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO

Título do Projeto: Declaração de nascido vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba (2006-2013).

Pesquisadora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Preservar a privacidade das mães e recém-nascidos, cujos dados serão coletados.
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto em questão.
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.



Kennia Sibelly Marques de Abrantes

Cajazeiras, 17 de Setembro de 2013.

APÊNDICE E – SOLICITAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

SOLICITAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Cajazeiras – PB, 20 de Maio de 2013.

Sr. Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras, PB

HENRY WITCHAEL DANTAS MOREIRA

Solicitamos permissão para desenvolver, nesta localidade a pesquisa: **Declaração de nascido vivo de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba (2006-2013)**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina do ABC de São Paulo.

Para tanto, solicitamos que nos seja permitido acesso às fichas Declaração de Nascido Vivo do período a ser pesquisado.

Contamos com a colaboração e apoio da equipe que compõe esta IX Regional de Saúde de Cajazeiras, PB.

Atenciosamente,

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
(Professora Pós-Doutora da Faculdade de Medicina do ABC)

Kennia Sibelly Marques de Abrantes
Professora Doutoranda da Faculdade de Medicina do ABC

ANEXOS

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO DO ABC - FMABC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO DE MÃES ATENDIDAS NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS, PARAIBA (2006-2012)

Pesquisador: Irenia Sibelly Marques de Abrantes

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 30360114.5.0000.0082

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina do ABC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 824.595

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva e transversal com abordagem quantitativa, com o objetivo geral de analisar os dados da Declaração de nascido Vivo (DN) de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba no período de 2006 a 2012. Tem como objetivos específicos: traçar o perfil sócio demográfico das mães a partir dos dados registrados na DN; Identificar o local de ocorrência dos nascimentos; caracterizar os dados da gestação e parto de mulheres; Identificar a prevalência de baixo peso ao nascer; Identificar a proporção de nascidos vivos de acordo com a idade materna, entre outros. Esta pesquisa será realizada

junto aos arquivos da Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras-PB. Serão coletadas informações de todas as Declarações de Nascidos Vivos (DN) de mulheres (puérperas) que tiveram filhos nascidos vivos, no período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2012. No processo de coleta e divulgação dos dados serão respeitados os aspectos éticos da Resolução 196/96, no que concerne ao anonimato das informações contidas nas DN relativas às mães que compõem a amostra do estudo. A análise dos dados terá uma abordagem quantitativa. Para tanto, todas as variáveis sócio-demográficas, relativas ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, contidas nas DN serão analisadas estatisticamente, utilizando o pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para o estudo da correlação entre as variáveis serão

Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821

Bairro: Santo André

CEP: 09.080-850

UF: SP

Município: SANTO ANDRÉ

Telefone: (11)4993-5453

E-mail: cep@fmabc.br

FUNDAÇÃO DO ABC - FMABC



Continuação do Projeto: 024.595

utilizados os testes do qui-quadrado e o Teste exato de Fisher, adotando -se um nível de significância de 5% para a rejeição da hipótese de nulidade. Com base nesta análise estatística, as tabelas serão elaboradas contendo números absolutos e percentuais e discutidas à luz da literatura pertinente à temática abordada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar os dados da Declaração de Nascido Vivo (DN) de mães atendidas no município de Cajazeiras, Paraíba no período de 2006 a 2012.

Objetivo Secundário:

- Traçar o perfil sociodemográfico das mães a partir dos dados registrados na DN. - Identificar o local de ocorrência dos nascimentos anotados na DN. - Caracterizar os dados da gestação e parto de mulheres a partir dos elementos contidos na DN. - Verificar as características dos recém nascidos quanto ao peso. - Identificar a prevalência de baixo peso ao nascer. - Identificar a proporção de nascidos vivos de acordo com a idade materna. - Comparar as características e associações entre idade materna e aspectos da gestação, parto e nascidos vivos. - Distinguir a ocorrência de má formações congênitas nos nascidos vivos. - Determinar a prevalência de nascidos vivos de mães adolescentes. - Caracterizar os recém nascidos de mães adolescentes conforme peso ao nascer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa oferecerá risco mínimo (como por exemplo, risco de constrangimento) a Integridade física, psicológica e social dos participantes, sem causar-lhes maiores desconfortos. Para tanto, todas as informações coletadas serão confidenciais.

Benefícios:

Para os trabalhadores da Enfermagem esta pesquisa torna-se relevante, uma vez que possibilitará focar nas situações e grupos de risco, bem como o planejamento dos cuidados de forma equitativa. Consequentemente, promoção da saúde, prevenção dos danos situacionais e a melhoria da qualidade de vida da clientela. Avaliando a abrangência desta temática, buscar-se-á referências teóricas interdisciplinares e, constantemente, transitar-se-á entre a teoria e os dados empíricos, tendo respaldo nos escritos acerca da maternidade/infecundidade no Brasil, e sobre o Sistema de Informação em Saúde (SIS) para o SUS, particularmente sobre SINASC, ressaltando a DN. O interesse em investigar os nascidos vivos, surgiu pela preocupação, enquanto profissional de saúde, em obter um panorama geral com características

Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821
 Bairro: Santo André CEP: 09.060-850
 UF: SP Município: SANTO ANDRÉ
 Telefone: (11)4993-5453 E-mail: cnp@fmabc.br

Continuação do Parecer: 024.095

destes nascimentos, como: Indicadores de fatores de risco e proteção (proporção de nascidos vivos, de mães adolescentes, proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer, proporção de nascidos vivos prematuros, proporção de nascidos vivos com anomalias congênitas); Indicadores de cobertura (cobertura de consulta pré-natal, proporção de partos hospitalares, proporção de partos cesáreos), Indicadores socioeconômicos (ocupação e escolaridade da população materna), e indicadores demográficos (razão de nascidos informados e estimados, taxa bruta de natalidade, taxa específica de fecundidade e taxa de fecundidade total). Assim, justifica-se a importância deste trabalho, pois se entende que o planejamento da assistência deve subsidiar-se de dados epidemiológicos sistematizados como fundamentais ao processo decisório. Neste caso, o SINASC fornece indicadores, a fim de que os profissionais e gestores possam refletir, planejar e implementar as ações preventivas junto a um grupo específico de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante de Interesse da sociedade em questão

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos foram apresentados e analisados:

Informações Básicas do Projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_174413.pdf

Folha de Rosto FOLHA DE ROSTO ASSINADA PELO DIRETOR DA FMABC Plataforma Brasil.pdf

TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declarações Diversas RESPOSTA AO PARECER REFERENTE AO CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO 28-05.docx

Declarações Diversas SOLICITAÇÃO AO SECRETÁRIO PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA DOUTORADO.pdf

Declarações Diversas TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS AEM ARQUIVOS

Autorização de acesso a arquivo TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DOUTORADO.pdf

Outros ESCLARECIMENTOS PLATAFORMA BRASIL.docx

Outros PLANO DE TRABALHO COM CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.doc

Parecer Consubstanciado do CEP PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_751641.pdf

Parecer Consubstanciado do CEP PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_637901.pdf

Projeto Detalhado PROJETO DOUTORADO DNV COM CORREÇÕES DO CEP 28-05.doc

Projeto Detalhado PROJETO DOUTORADO DNV COM CORREÇÕES DO CEP 28-05.doc

Projeto Detalhado PROJETO DOUTORADO DNV COM CORREÇÕES DO CEP.doc

Projeto Detalhado PROJETO DOUTORADO DNV COM CORREÇÕES DO CEP.doc

Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821
 Bairro: Santo André CEP: 09.080-850
 UF: SP Município: SANTO ANDRÉ
 Telefone: (11)4993-5453 E-mail: cep@fmabc.br

FUNDAÇÃO DO ABC - FMABC



Continuação do Parecer: 024.595

Projeto Detalhado PROJETO DOUTORADO DNV COM CORREÇÕES DO CEP.doc

Projeto Detalhado PROJETO DOUTORADO DNV após correções 11-05.doc

Recomendações:

Sugiro que retire a frase " a integridade física, psicológica e social dos participantes, sem causar-lhes maiores desconfortos" do TCLE e das Informações básicas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após discussão do colegiada

SANTO ANDRÉ, 08 de Outubro de 2014

Assinado por:
Felipe José Silva Melo Cruz
(Coordenador)

Endereço: Av. Príncipe de Gales, 821

Bairro: Santo André

CEP: 09.060-850

UF: SP

Município: SANTO ANDRÉ

Telefone: (11)4993-5453

E-mail: cep@fmabc.br