

FATORES RELACIONADOS AO BAIXO PESO AO NASCER NO ESTADO DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2003 A 2012

Vanessa Estrela Rolim, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

vanessaestrela@hotmail.com

Kennia Sibelly Marques de Abrantes, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) –

Orientadora kenniaabrantess@bol.com.br

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, Universidade Federal de Campina Grande
(UFCG)

carmofarias@gmail.com

RESUMO

O baixo peso ao nascer (BPN) é considerado um dos mais importantes indicadores de saúde, por permitir uma avaliação das condições nutricionais do neonato, influenciando no seu crescimento e desenvolvimento. Esta pesquisa objetiva: analisar os fatores relacionados ao baixo peso ao nascer entre os nascidos vivos no Estado da Paraíba no período de 2003 a 2012. Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários obtidos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os dados foram analisados no programa Microsoft Office Excel 2007 para elaboração de tabelas contendo variáveis maternas, da gestação, parto e dos recém-nascidos de baixo peso. Os resultados apresentaram uma ocorrência de 6,95% de recém-nascidos com baixo peso. Houve predomínio de mães com idade entre 20 e 34 anos (62,36%), sem companheiro (59,89%), com até sete anos de estudo (54,71%), com realização de até 6 consultas pré-natal (64,20%), idade gestacional de até 36 semanas (57,57%), gravidez de feto único (86,51%) e parto vaginal (54,62%). Prevaleram os recém-nascidos do sexo masculino (53,57%), com índice de apagar do primeiro (67,35%) e quinto (86,33%) minuto com asfixia.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido de Baixo Peso; Nascido Vivo; Sistemas de Informação em Saúde.

FACTORS RELATED TO LOW WEIGHT AT BIRTH IN THE PARAÍBA STATE FOR THE PERIOD 2003 TO 2012

ABSTRACT

Low birth weight (LBW) is considered one of the most important health indicators. This research aims to analyze the factors related to low birth weight among live births in the State of Paraíba from 2003 to 2012. It is Of a retrospective cross-sectional study of a descriptive nature, using a quantitative

approach, using secondary data obtained from the Live Birth Information System (SINASC). The results show an incidence of 6.95% of newborns with low birth weight.

KEYWORDS: Low birth weight newborn; Born alive; Health Information Systems.

FACTORES RELACIONADOS AL BAJO PESO AL NACER EN EL ESTADO DE LA PARAÍBA EN EL PERÍODO DE 2003 A 2012.

RESUMEN

El bajo peso al nacer (BPN) es considerado uno de los más importantes indicadores de salud. Esta investigación objetiva: analizar los factores relacionados al bajo peso al nacer entre los nacidos vivos en el Estado de Paraíba en el período de 2003 a 2012. Se trata De un estudio retrospectivo, transversal, de naturaleza descriptiva, con abordaje cuantitativo, utilizando datos secundarios obtenidos del Sistema de Información sobre Nacidos vivos (SINASC). Los resultados presentan una ocurrencia de 6,95% de recién nacidos con bajo peso.

PALABRAS CLAVE: Recién nacido de bajo peso; Nacido Vivo; Sistemas de Información en Salud.

INTRODUÇÃO

O peso ao nascer é um dos mais significativos indicadores da qualidade de vida de um recém-nascido. Utilizado mundialmente e aferido na primeira hora após o nascimento, é um fator importante na determinação da morbimortalidade neonatal e mortalidade infantil, assumindo um papel de grande relevância para saúde pública (PEDREIRA, 2011, p. 3).

Nesse sentido, o peso ao nascer reflete as condições nutricionais do neonato e tem influência direta no seu crescimento e desenvolvimento, e nas condições de saúde do indivíduo na vida adulta (PEDREIRA, 2011, p. 3). Para tanto, o Ministério da Saúde (MS) classifica o peso do recém-nascido da seguinte maneira: peso adequado (2.500g a 3.999 g), baixo peso (< 2.500g) e muito baixo peso (< 1.500g) (BRASIL, 2004, p. 44).

Vários fatores podem ser considerados desencadeadores para o baixo peso ao nascer (BPN) de uma criança, porém os que se destacam são a prematuridade e a restrição de crescimento intrauterino (RCIU), ou uma combinação de ambos (COSTA, 2010, p. 6).

Além das intercorrências após o parto, o BPN pode levar ao desenvolvimento de doenças também a longo prazo, caracterizando-o como um importante problema de saúde pública. A criança que nasce com baixo peso tem uma probabilidade aumentada de apresentar excesso de peso no futuro. Sabe-se ainda que a obesidade está associada ao Desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), em particular as doenças cardiovasculares (GLUCKMAN, 2007, p. 12).

De acordo com os dados do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) no ano de 2010, a prevalência de BPN no Brasil foi de 8,19%, existindo variações regionais importantes dentro do país, a exemplo da região Norte (6,79%), Nordeste (7,41%) e Centro-Oeste (7,51%). Os percentuais mais elevados são encontrados nas regiões Sudeste (8,95%) e Sul (8,44%), não sendo compatíveis com o nível de desenvolvimento dessas regiões (UNICEF, 2010, p. 53). Na Paraíba este percentual foi de 7,1% (BRASIL, 2010, p. 47). Esses autores alertam para a cautela com que estas estatísticas devem ser analisadas em função da possibilidade de subnumeração, especialmente nos casos de nascidos vivos que morrem logo após o nascimento.

Cabe referir que no Brasil, existem os Sistemas de Informações em Saúde (SIS), que coletam dados muito importantes para criação de diagnósticos e avaliação das ações de saúde. Entre os SIS, destaca-se o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), que tem por objetivo reunir informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional, cuja fonte de dados utilizada é a Declaração de Nascido Vivo (DN), que objetiva conhecer o perfil epidemiológico, de acordo com as variáveis que inclui, além do peso ao nascer, duração da gestação, tipo de gravidez e parto, idade da mãe, número de partos, entre outros, sendo composta por 52 variáveis (PEDRAZA, 2012, p. 4).

Assim, considerando o BPN e suas implicações a curto e longo prazo na vida das crianças surgiu as seguintes indagações que nortearam o presente estudo: Quais os fatores relacionados ao baixo peso ao nascer entre os nascidos vivos no Estado da Paraíba? Qual a distribuição do baixo peso ao nascer entre os nascidos vivos? Quais os fatores sociodemográficos e as condições de gestação das mães de nascidos vivos com baixo peso?

A realização de estudos que possibilitem identificar as situações de risco para o nascimento de crianças com o peso inadequado é fundamental em cada população, possibilitando o direcionamento de políticas de saúde específicas. Dessa forma, essa pesquisa teve como objetivo analisar as características relacionadas ao baixo peso ao nascer entre os nascidos vivos no Estado da Paraíba (2003 a 2012).

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Utilizaram-se dados secundários obtidos do SINASC, referentes à ocorrência de baixo peso entre os nascidos vivos do estado da Paraíba, no período de 2003 a 2012.

A população alvo foi os nascidos vivos do estado da Paraíba que apresentaram baixo peso identificado por ocorrência do seu nascimento no período de 2003 a 2012. Para obtenção da coleta de dados foram utilizadas as variáveis maternas (fatores sociodemográficos), da gestação e parto e do recém-nascido, assim como a distribuição do baixo peso entre os nascidos vivos, no período determinado.

A coleta de dados foi realizada no mês de fevereiro de 2015 diretamente no banco de dados do SINASC/DATASUS. Para tanto, à medida que as variáveis foram extraídas, construiu-se tabelas para permitir melhor visualização e análise das mesmas.

Os resultados foram analisados no mês de fevereiro e março de 2015, utilizando o método de estatística descritiva, extraindo dados dos anos de 2003 a 2012 configurando-se a análise do baixo peso ocorrido entre os nascidos vivos no Estado da Paraíba (2003 a 2012). Com base nesta análise estatística, os dados foram transportados para Microsoft Office Excel 2007 para elaboração de tabelas contendo o valor absoluto e percentual das variáveis, em seguida foram confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

A utilização das informações oriundas do SINASC/DATASUS é de livre acesso a toda população brasileira e as tabulações por eles geradas garantem os princípios éticos contidos na resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), razão pela qual não há necessidade de submissão a um Comitê de Ética, conforme orientação recebida pela equipe técnica do DATASUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É possível verificar na tabela 1 os números e percentuais totais dos nascidos vivos de acordo com a classificação do peso. No período estudado ocorreram 606.492 nascimentos de crianças. Observa-se maior proporção de recém-nascidos com peso adequado, atingindo 86,24%, os nascidos vivos com baixo peso obtiveram uma porcentagem de 6,95% e os nascidos vivos com excesso de peso, denominados bebês macrossômicos, corresponderam a 6,8% .

Tabela 1 - Distribuição de nascidos vivos segundo a classificação do peso no período de 2003 a 2012 no Estado da Paraíba.

Recém-nascidos	n	%
Peso Normal	522.150	86,24
Baixo Peso	42.106	6,95
Macrossômicos	41.203	6,80
Total	606.492	100

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Datasus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

O peso ao nascer é considerado uma das principais medidas do recém-nascido, pois retrata as condições nutricionais e o desenvolvimento fetal intrauterino, podendo ser usado inclusive para avaliar a qualidade dos serviços de saúde de cada região do país. O peso fetal inadequado pode oferecer riscos à saúde em curto prazo, como o de maior morbimortalidade, desnutrição no primeiro ano de vida, susceptibilidade às infecções, desconforto respiratório e traumas durante o parto, assim como também é fator de risco para Doenças Crônicas não Transmissíveis a longo prazo (MOTTA et al., 2005, p. 5; PEREIRA, 2011. p. 6).

O cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde... As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta... (BRASIL, 2012, p. 11)

Na tabela 2 é apresentada a incidência do BPN em cada ano proposto pela pesquisa.

Tabela 2 - Incidência de Baixo Peso ao Nascer entre os anos de 2003 a 2012 no Estado da Paraíba.

Ano	Baixo Peso ao Nascer		Dados Ignorados	
	n	%	n	%
2003	4.044	9,60	361	34,94
2004	4.015	9,53	257	24,87
2005	4.303	10,02	222	21,49
2006	4.352	10,33	67	6,48
2007	4.258	10,11	46	4,45
2008	4.383	10,40	25	2,42
2009	4.288	10,18	18	1,74
2010	4.125	9,79	13	1,25
2011	4.237	10,06	14	1,35
2012	4.101	9,73	10	0,96
TOTAL	42.106	100	1.033	100

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Datasus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

Nota-se que em 2003 e 2004 (anos iniciais do estudo), o número de casos de BPN correspondeu a 9,6% e 9,5%, respectivamente, números considerados menos elevados em comparação aos anos subseqüentes da pesquisa. Porém, verificou-se um elevado índice de dados ignorados neste mesmo período, em que somando os eventos apenas de 2003 e 2004 têm-se uma incidência maior que todos os outros anos juntos, o que pode indicar a subnotificação dos dados e a interferência nos resultados obtidos na pesquisa, gerando assim discordância de valores entre os anos, evidenciando o despreparo por parte dos profissionais que realizam o preenchimento da DN e a consolidação das informações.

Após os dois anos iniciais da pesquisa, verificou-se uma considerável diminuição no número de dados ignorados alcançando em 2012, 0,96% de dados ignorados, o que pode indicar a melhoria na qualidade da captação dos dados e maior capacitação dos profissionais responsáveis pela coleta.

Considerando que o BPN possui intrínseca relação com as condições maternas, na tabela 3 são apresentados os dados oriundos das mães cujos filhos apresentaram BPN, com o intuito de delinear os fatores sociodemográficos.

Tabela 3 - Distribuição das variáveis maternas segundo a presença Baixo Peso ao Nascer na Paraíba, PB, 2003 a 2012.

Variáveis	Nascidos Vivos com Baixo Peso	
	n	%
Estado Civil:		
com companheiro	16.594	40,13
sem companheiro	24.780	59,89
Escolaridade:		
até 7 anos de estudo	23.040	54,71
8 anos ou mais	19.070	45,28
Idade:		
10 a 19 anos	10.954	26,50
20 a 34 anos	25.771	62,36
35 anos ou mais	4.596	11,12

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Datusus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

*Excluídos os dados ignorados

De acordo com os dados expostos na tabela 3 percebe-se um maior percentual de casos de BPN em mães sem companheiro (59,89%), com até sete anos de estudo (54,71%) e com idade entre 20 e 34 anos (62,36%).

Orlonski et al. (2009, p. 12) afirmam que à ausência do companheiro no domicílio pode estar associada à falta de adesão ao pré-natal e como consequência o BPN e que o fato de ter companheiro é considerado um fator protetor no aspecto psicológico e econômico para as mães, desta forma, a figura paterna pode trazer uma melhor estabilidade financeira e consequentemente emocional para a família.

A ocorrência do BPN associada à maternidade sem companheiro leva mulheres a enfrentarem a sobrecarga e o excesso de responsabilidade de todas as obrigações que surgem durante e após a gravidez, além de terem que arcar com os gastos, traumas psicológicos e cuidados específicos que surgem com o nascimento de uma criança de baixo peso (ALMEIDA, ALENCAR, SCHOEPS 2010, p. 12).

No que diz respeito à escolaridade materna, observa-se maiores proporções de BPN entre filhos de mulheres menos escolarizadas. Conforme Vieira, Caldeira e Tiago (2008, p. 5) o risco de BPN é maior em mães que não completaram o ensino fundamental, com chances 1,5 vezes maior de terem bebês com BPN pelo fato de também apresentarem baixo padrão socioeconômico, tendo como consequência um menor ganho de peso na gestação e início mais tardio do pré-natal.

Segundo Ramos e Cuman (2009, p. 9), a baixa escolaridade interfere de forma negativa nas condições de vida, de saúde e de acesso à informação, pois quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento das orientações repassadas na gestação, levando ao início tardio e até mesmo a ausência nas consultas de pré-natal e a hábitos, vícios e alimentação inadequados durante a gestação.

Com relação a variável idade materna, observa-se um predomínio de 62,36% de crianças de BPN entre mães de 20 a 34 anos. Essa faixa etária é considerada ideal para reprodução, uma vez que a mulher apresenta maturidade fisiológica, hormonal e psicológica, o que proporciona uma gestação com menos riscos de complicações materna e fetal (LEAL et al., 2009, p. 5).

O maior percentual de BPN encontrado entre os filhos de mães nessa faixa etária pode estar relacionado com o maior número de mulheres que engravidam neste período (20 a 34 anos), comparando as demais faixas etárias.

Os extremos da idade materna são considerados um fator de risco para morbimortalidade infantil e BPN. Quando mães muito jovens, pois o sistema reprodutivo ainda encontra-se imaturo, juntamente com a imaturidade emocional, ou maior que 35 anos, pois 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 (CORREIA; MADEIRA, 2006, p. 6).

Na tabela 4 são apresentadas as informações sobre a distribuição das variáveis relacionadas às condições da gestação das mães de recém-nascidos de baixo peso.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis relacionadas à gestação segundo a presença de Baixo Peso ao Nascer no período 2003 a 2012 no Estado da Paraíba.

Variáveis	Nascidos Vivos com Baixo Peso	
	n	%
Duração da gestação:		
até 36 semanas	23.743	57,57
de 37 a 41 semanas	17.265	41,86
42 semanas ou mais	233	0,56
Tipo de gravidez:		
dupla ou mais	5.674	13,48
única	36.388	86,51
Tipo de parto:		
cesáreo	19.075	45,37
vaginal	22.964	54,62
Consultas Pré-Natal:		
até 6 consultas	26.428	64,20
7 consultas ou mais	14.737	35,79

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Datusus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

*Excluídos os dados ignorados

De acordo com os dados, verifica-se que ocorreu um maior percentual de BPN entre mães com duração da gestação de até 36 semanas (57,57%), com gestação única (86,51%), em partos vaginais (54,62%) e entre mães que efetuaram até seis consultas de pré-natal (64,20%).

De acordo com a duração da gestação, o MS classifica os RNs em pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), a termo (entre 37 e 41 semanas) e pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação) (BRASIL, 2012, p. 55).

Morais (2011, p. 4) ressalta que é de grande importância a adequada formação fetal, uma vez que a prematuridade é fator de risco não apenas para o BPN, podendo também está associada às síndromes asfíxicas, imaturidade pulmonar, hemorragia intraventricular, encefalopatia bilirrubínica, infecções, distúrbios metabólicos, retinopatia, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor entre outros.

No que diz respeito ao tipo de gravidez houve um expressivo predomínio de BPN entre os RN que nasceram de gravidez única, comparada à gestação gemelar ou múltipla (gravidez com dois ou mais fetos). Contudo, é importante destacar que a gestação gemelar ou múltipla é um importante fator de risco para o nascimento de crianças com BPN, aumentando

a ocorrência de complicações no período gestacional e morte do feto intrauterino (ZUGAIB, 2008, p. 3).

Quanto ao tipo de parto, evidenciou-se no presente estudo maior ocorrência de BPN entre os partos vaginais. O alto percentual de partos vaginais se configura como um fator positivo, uma vez que o parto normal oferece menos riscos de infecção, hemorragia, prematuridade e baixo peso para o bebê (BRASIL, 2012, p. 47).

Acerca da realização das consultas de pré-natal, o número de casos de RN com BPN foi maior entre as mães que efetuaram até seis consultas de pré-natal (64,2%), apresentando-se como forte indicativo para o BPN.

O MS recomenda no mínimo 6 consultas pré-natal no decorrer de uma gestação, devendo ser iniciadas o mais precocemente possível, ainda no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL, 2012, p. 64).

A assistência pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para saúde materna e neonatal, a qual tem por objetivo o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. Durante as consultas é possível rastrear os fatores de risco gestacional tanto para mãe quanto para o bebê, desenvolver atividades educativas e preventivas, realizar as imunizações e atuar nas intervenções terapêuticas e obstétricas (Brasil, 2012, p. 43).

Na tabela 5 é apresentada a descrição das características relacionadas aos recém-nascidos com baixo peso no período de 2003 a 2012.

Tabela 5 - Distribuição das variáveis relacionadas ao recém-nascido segundo a presença de Baixo Peso ao Nascer no período 2003 a 2012 no Estado da Paraíba. (Continua)

Variáveis	Nascidos Vivos com Baixo Peso	
	n	%
Sexo do recém-nascido:		
masculino	22.517	53,57
feminino	19.509	46,42
Raça/Cor do recém-nascido:		
branca	11.072	27,92
preta	476	1,20
amarela	168	0,42
parda	27.846	70,24
indígena	82	0,20

Índice de Apgar no 1º minuto:

sem asfixia	13.328	32,64
com asfixia	27.502	67,35

Índice de Apgar no 5º minuto:

sem asfixia	5.507	13,66
com asfixia	34.804	86,33

Presença de Anomalia Congênita:

com anomalia	1.066	2,63
sem anomalia	39.437	93,36

Fonte: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos/Datusus/Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

*Excluídos os dados ignorados

Segundo os achados encontrados verifica-se maior ocorrência de BPN em crianças do sexo masculino (53,57%), de cor parda (70,24%), com índice de Apgar do 1º e 5º minutos com asfixia correspondendo a 67,35% e 86,33%, respectivamente e sem anomalias congênitas (93,36%).

Em relação à distribuição do baixo peso ao nascer de acordo com o sexo, constatou-se maior porcentagem entre crianças do sexo masculino, divergente do encontrado em outras pesquisas, as quais apontam que o sexo feminino tem maior associação com o BPN. Todavia, estudos ainda estão sendo realizados com relação a essa variável, pois as literaturas não deixam claro como o sexo da criança influencia o peso ao nascimento, porém, sabe-se que as meninas apresentam menor peso que os meninos de mesma idade gestacional e maior risco de restrição de crescimento intrauterino (MAIA; SOUZA, 2010. p. 4).

De acordo com os dados relacionados à raça/cor do nascido vivo com baixo peso, identificou-se um percentual elevado da cor parda, representando 70,24%, as demais raças apresentaram uma menor incidência de 27,92% na cor branca, seguida da preta com 1,20% e as raças amarela e indígena apresentaram-se com menos de 1%. O conhecimento desta característica na população é importante devido à existência de desigualdades sociais e em consequência da ocorrência de BPN relacionada à etnia/cor (COSTA, 2010, p. 11).

Os valores de Apgar registrados no 1º e 5º minutos revelam que a maioria dos RNs de baixo peso obtiveram valores menores que 7 na escala de Apgar, esse valor é sinal de alerta de acordo com a alteração fisiopatológica da maturidade do concepto e dificuldade durante o

parto, alertando os profissionais para a realização de cuidados adicionais (REIS; FERRARI, 2013, p. 12).

O escore de Apgar descreve as condições de nascimento e quando é indispensável à reanimação, descrevendo também a sua recuperação. É verificado no 1º e 5º minuto de vida, e quando se achar necessário (BRASIL, 2012, p. 47).

Ao analisar que ocorreu um aumento considerável de crianças com asfixia no 5º minuto de vida (86,33%) em relação ao 1º minuto (67,35%), percebe-se que não houve evolução do quadro de acordo com a escala, determinando um mal prognóstico e aumento em grandes chances do bebê morrer.

Os dados relacionados a presença de anomalia congênita, não apresentaram considerável percentual em relação ao nascimento de crianças com baixo peso nesta pesquisa, assumindo apenas 2, 63%.

Para Costa (2010, p. 9), em relação aos nascidos vivos de baixo peso, fatores genéticos ou ambientais podem estar associados à presença de anomalias congênitas, mas não se pode desprezar a possibilidade de que as anomalias congênitas possam colaborar para o nascimento de crianças com baixo peso.

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa possibilitou identificar as características relacionadas ao baixo peso entre os nascidos vivos no estado da Paraíba no período de 2003 a 2012, bem como os aspectos sociodemográficos e as condições durante a gestação das mães desses nascidos vivos, assim como descrever as características relacionadas aos neonatos nascidos com baixo peso.

Observou-se uma incidência de baixo peso de 6,95% (42.106) no período estudado. Com relação ao perfil dos recém-nascidos, verificou-se uma maior prevalência para o sexo masculino, de cor parda, com índice de apgar do 1º e 5º minuto com asfixia (Apgar <7). Em relação às condições maternas, constatou-se uma prevalência de mães sem companheiro, com idade entre 20 e 34 anos e com até sete anos de estudo.

No tocante as variáveis relacionadas à gestação, esta pesquisa revelou maior proporção de gestantes que realizaram até seis consultas de pré-natal, mostrando que o

numero de consultas pode influenciar no BPN, pois a assistência de pré-natal durante a gestação é de suma importância para identificação e prevenção das possíveis intercorrências.

Quanto à duração da gestação, constatou-se um predomínio de crianças prematuras, achado de grande relevância, pois a prematuridade é o principal fator de risco para o BPN. Com relação ao tipo de gravidez e parto, ocorreu uma maior incidência de gestação única e parto vaginal.

É importante destacar o número de dados ignorados encontrados no presente estudo, principalmente nos primeiros anos da pesquisa, apontando a existência de falhas técnicas no processamento das informações em saúde.

A realização deste estudo possibilitou uma aproximação acerca do perfil dos recém-nascidos com baixo peso e suas respectivas mães no estado da Paraíba, proporcionando uma melhor compreensão sobre as características relacionadas ao BPN, permitindo evidenciar que existe a necessidade de melhoria na assistência durante a realização do pré-natal e criação de políticas e práticas de saúde materno-infantil, como também a necessidade de que novas pesquisas sejam realizadas acerca desta temática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.F.; ALENCAR G.P; SCHOEPS D. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Sinasc: Uma Avaliação de sua Trajetória. In: *Ministério da Saúde (BR). A experiência brasileira em Sistemas de Informação em Saúde*. Brasília; 2010.

BRASIL. *Atenção a Saúde do Recém-Nascido. Guia para Profissionais de Saúde*. Ministério da Saúde. v. 1 a 2, Brasília, 2012.

BRASIL. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 100 p.

BRASIL. *Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Ministério da Saúde Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1 ed, p. 120. Brasília, 2004.

CORREIA, J. A; MADEIRA, A. M. Assistência Integral á Saúde da Mulher. In: Lopes, A. c. *Tratado de Clínica Médica*. v. II. São Paulo: Roca, 2006. Cap. 267. p. 2991-2994.

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G.; Avaliação da completude das variáveis da Declaração de Nascido Vivo de residentes em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2005. *Cad Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 613-624, mar 2009.

COSTA R. S. *Fatores associados ao peso de nascimento insuficiente, Hospital Regional de Cotia, 2009*. 2010. 80 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, USP, São Paulo, 2010.

GLUCKMAN, P.D; SENG, C.Y; FUKUOKA, H; BEEDLE, A.S; HANSON, M.A. Low birthweight and subsequent obesity in Japan 2007.

LEAL, M. C; GAMA, S. G. N. G; CUNHA, C. B. Desigualdades sociodemográficas e suas consequências sobre o peso do recém-nascido. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 466-473, 2009.

MAIA, R. R. P.; SOUZA, J. M. P. Fatores associados ao baixo peso ao nascer em município do Norte do Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, v. 20, p. 736-44, 2010.

MOTTA, M. E. F. A. *et al.* O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? *Rev. de Pediatria*, v. 81, n. 5, p. 377- 82, 2005.

MORAES, A. B. *et al.* Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1999-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 229-240, fev 2011.

ORLONSKI, S. *et al.* Estado nutricional e fatores associados ao déficit de estatura em crianças atendidas por uma unidade de ensino básico de tempo integral. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*, v. 19, n. 1, p. 54-62, 2009.

PEDRAZA, F. D. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc): análise crítica da literatura. *Ciênc Saude Colet*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2729-3737, out 2012.

PEDREIRA C. E. *et al.* Birth weight patterns by gestational age in Brazil. *An Acad. Bras. Cienc*, v. 83, n. 2, p. 619-625, 2011.

RAMOS, H. A. C; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: Pesquisa documental. *Esc. Anna Nery Ver Enferm.* v. 13, n. 2, p. 297-304, abr/jun, 2009.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para Infância. *Situação mundial da infância: saúde materna e neonatal*. 2010.

VIEIRA, M. A; CALDEIRA, A. P; TIAGO, L. F. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais. *Pediatria*, São Paulo, v. 30, n.1, p. 8-14, 2008.

REIS, L. L. A. S; FERRARI, R. Características dos Recém Nascidos com Malformações Congênitas em Dois Hospitais de Médio Porte do Centro-Sul de Mato Grosso. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 922 – 932, ago 2013.

ZUGAIG, R. V; MARCELO, A. C. *Obstetrícia* – 1º edição. Barueri: Maione, 2008.