



PREVALÊNCIA DE BAIXO PESO AO NASCER EM UM HOSPITAL PÚBLICO

LOW WEIGHT PREVALENCE AT BIRTH IN A PUBLIC HOSPITAL

LA PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Francisca das Chagas Gaspar Rocha¹, Samanta Letícia da Silva de Souza², Moacira Lopes Carvalho³, Janice Maria Lopes de Souza⁴, Moises Lopes Carvallho⁵, Máira Damasceno Cunha Varanda⁶

RESUMO

Objetivo: verificar a prevalência de baixo peso ao nascer em um hospital público. **Método:** trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória, retrospectiva, documental, com abordagem quantitativa, realizada em um hospital público da cidade de Chapadinha/MA/Brasil. A amostra foi constituída de 52 prontuários. Os dados foram analisados e apresentados por meio de uma figura e duas tabelas elaboradas com o auxílio do Programa Microsoft Excel 2007. O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE 19987213.2.0000.5210. CAAE nº 11120713.4.0000.5084. **Resultados:** 61,5% das mães estavam entre 18 a 25 anos, 73,1% possuíam o ensino fundamental, 53,8% solteiras, 67,4% realizaram menos de 6 consultas, 53,8% tabagistas, 55,8% tiveram entre 1 a 3 filhos, 67,3% tiveram parto normal; as crianças, 54% do sexo masculino, 15% com peso abaixo de 2.500g e 50% apresentavam-se eutróficos. **Conclusão:** os resultados justificam os estudos epidemiológicos que buscam identificar os fatores de risco para a ocorrência do baixo peso ao nascer, e determinar a sua importância relativa. **Descritores:** Mortalidade; Criança; Baixo Peso ao Nascer.

ABSTRACT

Objective: verifying the prevalence of low birthweight in a public hospital. **Method:** this is a field research, descriptive, exploratory, retrospective, documental with a quantitative approach, performed in a public hospital in Chapadinha/MA/Brazil. The sample consisted of 52 records. The data were analyzed and presented by means of a figure and two tables drawn up with the help of Microsoft Excel Program 2007. The study had the project approved by the Research Ethics Committee, CAAE 19987213.2.0000.5210. CAAE 11120713.4.0000.5084. **Results:** 61,5% of mothers were between 18 to 25 years old, 73,1% had primary education, 53,8% were single, 67,4% had less than 6 consultations, 53,8% were smokers, 55,8% had between 1-3 children, 67,3% had normal birth; children, 54% were male; 15% weighing less than 2.500 g and 50% were eutrophic. **Conclusion:** the results justify epidemiological studies that attempt to identify risk factors for the occurrence of low birth weight, and determine their relative importance. **Descriptors:** Mortality; Child; Low Birth Weight.

RESUMEN

Objetivo: comprobar la prevalencia de bajo peso al nacer en un hospital público. **Método:** se trata de una investigación de campo descriptiva, exploratoria, retrospectiva, documental, con un enfoque cuantitativo, realizado en un hospital público de Chapadinha/MA/Brasil. La muestra consistió en 52 registros. Los datos fueron analizados y presentados por medio de una figura y dos cuadros elaborados con la ayuda del Programa de Microsoft Excel 2007. El estudio tubo el proyecto aprobado por el Comité de Ética en la Investigación CAAE 19987213.2.0000.5210. CAAE Nº 11120713.4.0000.5084. **Resultados:** el 61,5% de las madres tenían entre 18 a 25 años, 73,1% tenían educación primaria, 53,8% eran solteros, 67,4% había menos de 6 consultas, el 53,8% eran fumadores, el 55,8% tenían entre 1-3 hijos, 67,3% tienen un parto normal; de los niños, el 54% eran varones; 15% de peso inferior a 2.500g y 50% eran eutróficos. **Conclusión:** los resultados justifican los estudios epidemiológicos que intentan identificar a los factores de riesgo para la aparición de bajo peso al nacer y determinar su importancia relativa. **Descriptores:** La Mortalidad; Niños; Bajo Peso al Nacer.

¹Enfermeira, Professora, Universidade Ceuma/UNICEUMA, Mestranda em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAP. Teresina (PI), Brasil. E-mail: rochagaspar1@hotmail.com; ²Enfermeira, Secretária de Saúde de Anapurus. Chapadinha (MA), Brasil. E-mail: samanta.enfe@gmail.com; ³Enfermeira, Mestranda em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAP. Teresina (PI), Brasil, E-mail: moarabb@gmail.com; ⁴Odontóloga, Programa de Saúde da Família do Município de São Luís (MA), Mestranda em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAP. Teresina (PI), Brasil. E-mail: janicemls@hotmail.com; ⁵Enfermeiro, Doutorando em Engenharia Biomédica, Universidade do Vale do Paraíba/UNIVAP. Teresina (PI), Brasil. E-mail: moovsescarvalho@hotmail.com; ⁶Fisioterapeuta, Hospital Gáulio Vargas, Mestranda em Saúde da Família, Centro Universitário UNINOVAFAP. Teresina (PI), Brasil. E-mail: mairadamasceno@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A importância do baixo peso ao nascer para a saúde pública é determinada não apenas pelos riscos subsequentes de mortalidade e morbidade, mas também pela frequência com que o mesmo ocorre. As maiores prevalências de baixo peso ao nascer são observadas nos países, com e sem desenvolvimento, como uma consequência das piores condições de vida existentes nestes locais.¹

Nos países em desenvolvimento, o Retardo de Crescimento Intrauterino (RCIU) tem uma elevada incidência, acometendo anualmente 23,8% (30 milhões) dos recém-nascidos. Concomitantemente a este fato, vem sendo observado um aumento da incidência de baixo peso ao nascer, principalmente devido à RCIU, acometendo 16% (17 milhões) de todos os nascimentos.²

No Brasil, isso não é diferente. Alguns estudos evidenciam esta mesma tendência nas últimas décadas. Sendo assim, isso implica, juntamente com o baixo peso ao nascer (BPN) e a prematuridade, num importante problema de saúde pública, estando associado a um aumento da mortalidade e morbidade no período neonatal, (crianças com zero a 28 dias de vida). Os determinantes desse aumento são, em primeiro lugar, a prematuridade e, em segundo lugar, o baixo peso ao nascimento.³

Um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, as primeiras causas de mortalidade infantil relacionam-se com as afecções perinatais, dentre elas os problemas respiratórios e os metabólicos, como dificuldades para regular a temperatura corporal. As possibilidades de sobrevivência destes bebês vêm aumentando, associadas a um conjunto de procedimentos cada vez mais especializados, tanto na forma de como está sendo prestada a assistência, como no uso das tecnologias para este fim.⁴

Entende-se por baixo peso ao nascer (BPN) o nascimento de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g. Os principais responsáveis por esta condição são o retardo do crescimento intrauterino (RCIU) e o período gestacional curto, a prematuridade, que considera como PIG as crianças que têm o peso ao nascer abaixo do percentil 10 para a idade gestacional.⁵

Estudos epidemiológicos estão investigando as causas que levam ao menor peso do recém-nascido como o: sexo da criança, a idade materna, as condições socioeconômicas e os cuidados pré-natais. Além desses, o tabagismo

e a desnutrição materna também são importantes fatores que influenciam no peso ao nascer. O principal efeito do fumo é sobre o retardo do crescimento intrauterino (RCIU) e não sobre a prematuridade, enquanto que um baixo índice de massa corporal pré-gestacional é uma das principais causas de partos prematuros.⁶

A análise dos dados de nascidos vivos mostra ainda deficiências na cobertura do Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC em alguns municípios do país, embora de menor magnitude que as apresentadas pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. A análise dos dados do SINASC permite verificar a ocorrência do baixo peso ao nascer no Brasil, bem como estabelecer as desigualdades sociais espaciais no território nacional.⁷

O peso do bebê ao nascimento é fortemente associado ao risco de morrer no primeiro ano de vida e em grau menor, com problemas de desenvolvimento na infância, além da maior probabilidade de várias doenças na vida adulta, controlando-se ou não por idade gestacional, a proporção de baixo peso ao nascer é também o indicador mais comumente utilizado para avaliar os cuidados no pré-natal.⁸

O crescimento insuficiente, em crianças nascidas com extremo baixo peso, pode ser resultado de doenças as quais estão mais suscetíveis, como doença pulmonar crônica e paralisia cerebral, sendo a primeira a principal responsável por falha de crescimento entre 40 semanas a 4 meses e a segunda, entre 8 a 20 meses. Porém, no período em que há maior déficit de crescimento (entre 4 e 8 meses), não se encontra associação com comorbidades. Nesse período, o fato de ter nascido com peso inferior ao padrão é visto como o principal determinante para a falha no ganho ponderal destes bebês.⁹

Está bem estabelecido que crianças nascidas muito pequenas e prematuras, além da menor oportunidade de sobrevivência, apresentam menores possibilidades de um desenvolvimento neuro-psicomotor adequado. A evolução mental e motora das crianças com BPN permanece mais baixas aos 24 meses, demonstrando a importância do peso ao nascer no desenvolvimento. Somado a isso, o BPN é um dos principais agentes responsáveis pelo risco nutricional ao final do primeiro ano de vida, sendo imprescindível adotar estratégias para sua redução e prevenção.¹⁰

Somada à precisão de intervenções específicas para aproximar o peso de nascimento à média preconizada, evidencia-se

a necessidade de reduzir as consequências nutricionais negativas e realizar o controle de fatores ambientais adversos, como a prevenção de infecções, visando a otimizar a saúde e a nutrição das crianças e estabelecer um melhor crescimento físico no futuro.¹¹

A partir do exposto torna-se evidente a gravidade da problemática do BPN, principalmente no que diz respeito ao conhecimento da prevalência de baixo peso ao nascer, visto que permite o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuindo para a formação de políticas públicas, conscientização da população e a participação social, a fim de minimizar os agravos a ele associado, justificando assim, a realização desse estudo que tem como objetivo:

- Verificar a prevalência de baixo peso ao nascer em um hospital público.

MÉTODO

Estudo de campo, descritivo, exploratório, retrospectivo, documental, com abordagem quantitativa,¹² realizada em um hospital público no município de Chapadinha/MA. Os dados foram coletados a partir dos prontuários de crianças nascidas no período de dezembro 2011 a janeiro 2012, sendo que a amostra

intencional, não probabilística, foi constituída de 52 prontuários.

A coleta de dados foi utilizada com uma ficha de protocolo com perguntas fechadas, após a leitura dos prontuários, foi preenchida a ficha, onde se transcreveu os dados que contemplavam os objetivos proposto do estudo. Os dados foram analisados e apresentados por meio de uma figura e duas tabelas elaboradas com o auxílio do Programa Microsoft Excel 2007.

O estudo atendeu às determinações preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Maranhão/UniCEUMA, CAAE nº 11120713.4.0000.5084.¹³

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão demonstrados os resultados da pesquisa, através de tabelas e gráfico com posterior análise e discussão. Os dados apresentados nas tabelas 1 e 2 integram informações relevantes acerca da amostra pesquisada, em que são observadas características relativas a algumas variáveis sociodemográficas.

Tabela 1. Distribuição das crianças nascidas em um hospital público do município de Chapadinha - MA, em dezembro de 2011 a janeiro de 2012, segundo o perfil sociodemográfico das mães. São Luís, 2013.

Variáveis	n	%
Idade		
Menos de 18 anos	12	23,1
18 a 25 anos	32	61,5
26 a 30 anos	8	15,4
Escolaridade		
Ensino Fundamental	38	73,1
Ensino Médio	14	26,9
Estado Civil		
Casada	08	15,4
Solteira	28	53,8
União estável	16	30,8
Total	52	100

De acordo com a Tabela 1, dessas mães, 61,5% estavam entre 18 a 25 anos, onde 73,1% possuíam o ensino fundamental, sendo 53,8% solteiras.

O estado civil materno apresentou sequencialmente, entre 53,8% solteiras, 30,0% união estável e 15,4% casadas, maior associação com o BPN. De maneira similar, outros estudos demonstraram que mães não casadas devem ser consideradas categorias de risco para terem filhos com baixo peso ao

nascimento, em virtude do maior risco de instabilidade emocional e financeira, o que pode comprometer o bem-estar da mulher e, consequentemente, afetar o transcorrer saudável da gestação.¹⁴

A escolaridade influencia na qualidade do pré-natal, na adesão dos cuidados perinatais. Encontrou-se no decorrer das informações sobre a escolaridade que as mães não alfabetizadas tiveram probabilidade 2,2 vezes maior de apresentar BPN.¹⁵⁻⁶

Tabela 2. Distribuição de crianças nascidas em um hospital público no município de Chapadinha - MA, em dezembro de 2011 a janeiro de 2012 , segundo os fatores de risco materno para o baixo peso ao nascer. São Luís, 2013.

Variáveis	n	%
Número de Consultadas de pré-natal		
Não fez pré-natal	15	28,8
<de 6 consultas	35	67,4
7 ou +	02	3,8
Tabagismo		
Sim	28	53,8
Não	24	46,2
Paridade		
Nenhum	08	15,4
1 a 3	29	55,8
+ de 3	15	28,8
Tipo de parto		
Normal	35	67,3
Cesáreo	17	32,7
Total	52	100

A Tabela 2 mostra que 67,4% das mães realizaram menos de 6 consultas, 53,8% afirmam ser tabagistas, 55,8% tiveram entre 1 a 3 filhos, sendo que 67,3% tiveram parto normal.

Verificaram que os fatores de risco para pré-termos no Maranhão localizaram-se nas mulheres menores de 18 anos e naquelas que não frequentaram o programa de pré-natal, ou realizaram de forma incompleta.¹⁷

Em estudo realizado na cidade de São Paulo (SP), constatou-se também que as mães que fizeram menos que cinco consultas durante a gestação, apresentaram um risco relativo duas vezes e meia maior de BPN do que aquelas que retornaram ao pré-natal cinco vezes ou mais.¹⁸

Há associação entre a baixa qualidade do

pré-natal e o nascimento de crianças pequenas para a idade gestacional, sugerindo que além do número adequado de consultas, deve-se também buscar uma melhora na qualidade da atenção prestada.¹⁹ As taxas de recém-natos de baixo peso foram duas vezes maiores entre as fumantes que entre as não fumantes.²⁰

Em relação à paridade, pode-se notar uma semelhança de frequência com os achados na pesquisa e a literatura, porém essa associação necessita de estudos mais aprofundados, o que leva a crer que o fator de risco que chama a atenção, é a baixa frequência de consultas durante o pré-natal.

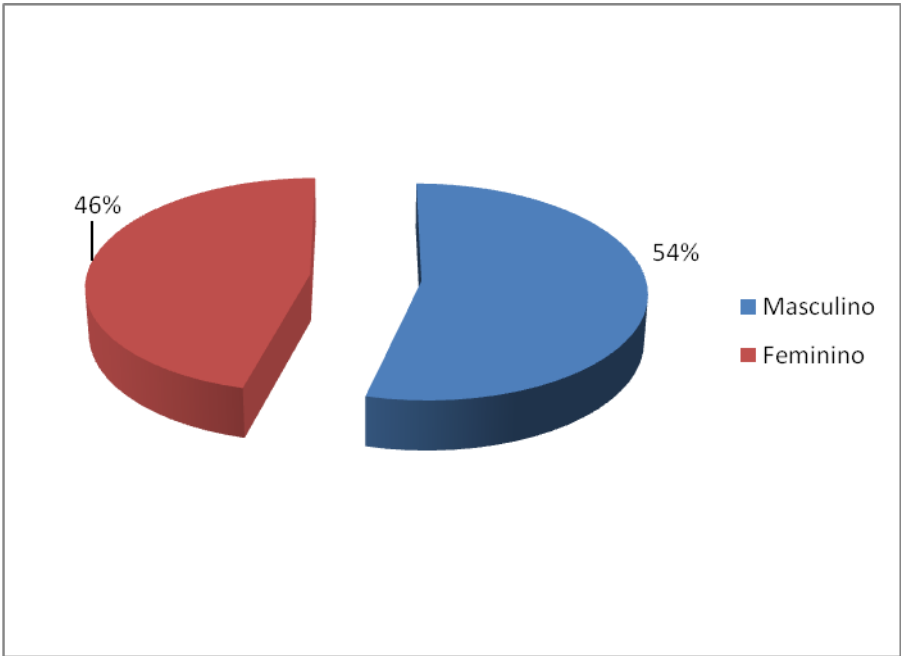


Figura 1. Distribuição de crianças nascidas em um hospital público no município de Chapadinha - MA, em dezembro de 2011 a janeiro de 2012 , segundo o sexo da criança. São Luís, 2013.

A Figura 1 mostra que 54% são crianças do sexo masculino, enquanto que 46% do sexo feminino. Um estudo demonstrou que a

associação entre o sexo feminino do neonato e BPN encontrado (58%) poderia ser explicada por uma parcela grande de RN pequenos para

a idade gestacional na população entre os RNBP. Isso porque o sexo feminino tem efeito causal importante e bem estabelecido para

retardo do crescimento intrauterino, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.²¹

Tabela 3. Distribuição das crianças que nasceram em um hospital público do município de Chapadinha - MA, em dezembro de 2011 a janeiro de 2012, segundo os dados da criança. São Luís, 2013.

Variáveis	n	%
Peso ao nascer		
< 2.500g	8	15
2.500-3000g	24	46
> 3000g	20	39
TOTAL	52	100
IMC		
Magreza acentuada	8	15
Magreza	18	35
Eutrófico	26	50
Total	52	100

De acordo com a tabela 3, 46% dessas crianças estavam entre 2.500-3000g, 50% apresentavam-se eutróficos e 15% com baixo peso ao nascer.

O BPN, que pode ser decorrente de prematuridade ou de retardo de crescimento intra-uterino, tem sido objeto de vários estudos em virtude de participação importante na mortalidade e morbidade infantis e riscos para a saúde na vida adulta. Foi detectado que 58% das crianças nascidas com menos de 2.500g tem risco aumentado de morte no primeiro ano de vida, de desenvolverem enfermidades infecciosas e respiratórias e de terem atraso de crescimento e desenvolvimento.²² Além disso, estudos sugerem que estas crianças podem, no futuro, apresentar doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, hiperlipidemia e obesidade.²³

A avaliação do estado nutricional de um grupo de 76 crianças mostrou uma maior percentagem de eutróficos (68%) e uma frequência bastante baixa de risco/sobrepeso (18%).²⁴ Os dados encontrados na atual pesquisa corroboram com a bibliografia consultada e suas porcentagens alertam para o acompanhamento das consequências do baixo peso ao nascer.

CONCLUSÃO

Os dados das mães demonstraram que 61,5% estavam entre 18 a 25 anos, onde 73,1% possuíam o ensino fundamental, sendo 53,8% solteiras; 67,4% das mães realizaram menos de seis consultas, 53,8% afirmam ser tabagistas, 55,8% tiveram entre 1 a 3 filhos, sendo que 67,3% tiveram parto normal; dessas crianças, 54% são do sexo masculino; 46% dessas crianças estavam entre 2.500-3000g e 15% apresentavam-se baixo peso ao nascer (BPN).

Em relação ao número de consultas pré-natal realizadas ter sido menor que o mínimo preconizado por uma porcentagem expressivas das mulheres pesquisadas. Não se pode afirmar que a qualidade é mensurada pela quantidade das mesmas, no entanto, quanto maior o número de consultas, certamente facilitará a identificação de intercorrências, contribuindo assim para um pré-natal de qualidade e minimização de sequelas para o binômio mãe e filho.

O conhecimento da prevalência de baixo peso ao nascer, assim como do perfil nutricional dessas crianças nos primeiros anos de vida, admite o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, cooperando para a formação de políticas públicas, de sensibilização à população e a participação social, a fim de tornar mínimos os agravos a ele associado.

Ressalta-se a importância da captação precoce da gestante para o acompanhamento pré-natal e identificação dos fatores de risco para o BPN. É necessário que as políticas de saúde voltadas para a mãe e filho se estendam à família, para que esta encoraje a mulher a viver esse momento de forma plena e para que os gastos com sequelas de uma criança em risco de morte possam ser minimizados.

REFERÊNCIAS

1. Franciotti DL, MayerGN, CancelierACL.Fatores de Risco para baixo peso ao nascer:um estudo de caso-controle. Arquivos Catarinenses de Medicina [Internet]. 2010 [cited 2014 Jan 22];39(3):63-9. Available from:
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/818.pdf>

2. Schneider BC, Gonçalves JM, Araujo ES, Bender E. Prevalência de baixo peso e peso insuficiente ao nascer em crianças do programa de puericultura de 4 unidades

básicas de saúde de Pelotas/RS. Anais do XI ENOPS; 2009.

3. Nunes MFFP. Fatores associados ao retardo de crescimento intra-uterino em recém-nascidos em maternidades públicas da cidade de Salvador-Bahia. [Tese Doutorado] Instituto de Saúde Coletiva, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2007. 204p

4. Guimarães GP, Monticelli M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2007 Oct/Dec [cited 2014 Jan 22];16(4):626-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4>

5. Sclowitz IKT, Santos IS. Fatores de risco na recorrência do baixo peso ao nascer, restrição de crescimento intra-uterino e nascimento pré-termo em sucessivas gestações: um estudo de revisão. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 June [cited 2014 Jan 22];22(6):1129-36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000600002&script=sci_arttext

6. Medeiros A, Gouveia N. Relação entre baixo peso ao nascer e a poluição do ar no Município de São Paulo. Rev Saúde Pública [Internet]. 2005 Dec [cited 2014 Jan 22];39(6):965-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102005000600015&script=sci_arttext

7. Almeida M, Alencar GP, Novaes HMD, Ortiz LP. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2006 Mar [cited 16 Jan 2014];9(1):56-68. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2006000100008

8. Andrade CT, Szwarcwald CL, Castilho EA. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 Nov [cited 2014 Jan 22];24(11):2564-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/11.pdf>

9. Martins EB, Carvalho MS. Associação entre peso ao nascer e o excesso de peso na infância: revisão sistemática. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 Nov [cited 24 Jan 2014];22(11):2281-300. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100003

10. Motta ME, Silva GA, Araújo OC, Lira PIC, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida?

Jornal de Pediatria [Internet]. 2005 [cited 2014 Jan 22];81(5): 377-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5/v81n5a07.pdf>

11. Eickmann SH, Lima MC, Motta ME, ROMANI SA, LIRA PI. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. Rev Saúde Pública [Internet]. 2006 Dec [cited 2014 Jan 22];40(6):1073-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700016

12. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2006.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

14. Minuci EG, Almeida MF. Diferenciais intraurbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 12 Jan 2014];43(2):256-66. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32594/34944>

15. Lima GSP, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido; estudos realizados em uma maternidade em Teresina, PI. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2004 July/Sept [cited 26 Feb 2014];4(3):253-61. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300005

16. Oliveira RS. Assistência pré-natal e escolaridade na adolescência. Congresso Latino Americano de Perinatologia, 5, 2006, Rio de Janeiro: Anais Mortalidade perinatal - ações para sua redução. Universidade do Rio de Janeiro; 2006, p. 144.

17. Aragão VMF, Silva AAM, Aragão LF, Barbieri MA, Bettiol H, Coimbra LC et al. Riskfactors for pretermbirths in São Luis, Maranhão, Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 Jan/Feb [cited 22 Feb 2014];20(1):57-63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000100019&script=sci_arttext

18. Monteiro CA, Benício MHD, Ortiz, LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976 - 1998). Rev Saúde Pública [Internet]. 2007 Dec [cited 2014 Jan 22];34 (6 Supl):26-40. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000700006

19. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de

crianças pequenas para idade gestacional. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2014 Jan 22];38(1): 24-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18448.pdf>

20. Barros FC et al. Saúde perinatal em Pelotas, RS, Brasil: fatores sociais e biológicos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2014 Jan 22];18(4):301-12. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/23230/25257>

21. Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paideia [Internet]. 2010 Jan/Apr [cited 2014 Jan 22];35(1):74-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2010000100015&script=sci_arttext

22. Carniel EF, Zanolli ML, Antonio MÂRGM, Morcillo AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Rev bras Epidemiol [Internet]. 2008 Mar [cited 2014 Jan 22];11(1):169-179. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000100016

23. Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara TL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública [Internet]. 2006 June [cited 2014 Jan 22];37(3):303-10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300007

24. Rinaldi AEM, Pereira AF, Macedo CS, Mota JF, Burini RC. Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2008 [cited 2014 Jan 22];26(3):271-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n3/12>

Submissão: 16/09/2015

Aceito: 04/10/2015

Publicado: 15/11/2015

Correspondência

Francisca das Chagas Gaspar Rocha
Rua do Aririzal
Edifício Valencia II / Ap. 203 / Bloco 07
CEP 65076370 - São Luís (MA), Brasil