



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ISA MATOS COSTA VILAS BOAS

**INCIDÊNCIA DO BAIXO PESO AO NASCER EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS –
BAHIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA COORTE PROSPECTIVA.**

Santo Antônio de Jesus, Bahia
2016

ISA MATOS COSTA VILAS BOAS

**INCIDÊNCIA DO BAIXO PESO AO NASCER EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS –
BAHIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA COORTE PROSPECTIVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
como requisito para a obtenção do Título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Simone Seixas da Cruz

Santo Antônio de Jesus, Bahia
2016

ISA MATOS COSTA VILAS BOAS

**INCIDÊNCIA DO BAIXO PESO AO NASCER EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS –
BAHIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA COORTE PROSPECTIVA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Banca Examinadora do curso de Enfermagem
da Universidade Federal do Recôncavo da
Bahia.

DATA DE APROVAÇÃO: _____/_____/_____

Prof^ª. Simone Seixas da Cruz – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Mestranda Joscélia Estrela Tuy Batista – Universidade Estadual de Feira de Santana

Mestranda Géssica Santana Orrico – Universidade Estadual de Feira de Santana

“Aqueles que passam por nós,
não vão sós,
não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

VILAS BOAS, Isa Matos Costa. Incidência do baixo peso ao nascer em Santo Antônio de Jesus – Bahia: resultados preliminares de uma coorte prospectiva. 43 f. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2016.

RESUMO

É considerado baixo peso ao nascer quando a criança nasce com peso inferior a 2.500g, segundo determinação da Organização Mundial da Saúde, e constitui-se como grave fator de risco para morbimortalidade infantil. **OBJETIVO:** Esta pesquisa teve como objetivo identificar a incidência de baixo peso ao nascer, no período de 2012 a 2014, no município de Santo Antônio de Jesus – Bahia. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo longitudinal, coorte prospectiva que apresentará os dados descritivos preliminares desta investigação. A pesquisa foi realizada em 17 unidades de saúde de Santo Antônio de Jesus no estado da Bahia. Adotou-se um tamanho amostral de 177 mulheres assistidas no serviço público de saúde, que estavam realizando acompanhamento pré-natal no momento da pesquisa e que concordaram em participar conforme recomendações da resolução 466/2012. Essa investigação tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana. Foi realizada uma análise descritiva dos achados, segundo frequência absoluta e relativa de acordo com o grupo de crianças com peso normal e baixo peso ao nascer. Mensurou-se o percentual do baixo peso ao nascer na amostra investigada. **RESULTADOS:** A incidência para o baixo peso ao nascer foi na ordem de 4,52%. Os resultados adicionais dessa pesquisa sinalizam para maior frequência do baixo peso ao nascer para as seguintes condições: idade materna de 18 a 35 anos, raça/cor materna parda ou preta, ocupação da mãe não remunerada, nível de escolaridade materna < 8 anos, número de moradores por residência ≥ 4 , ausência de consultas de pré-natal, consumo de bebida alcoólica e nascimento prematuro, entre as mães que tiveram filhos com peso superior a 2500 gramas. **CONCLUSÃO:** É de grande valia o adequado acompanhamento em saúde no período gestacional com o intuito de evitar eventos desfavoráveis para o binômio materno-infantil.

Palavras-chave: Baixo peso ao nascer; Gestantes; Incidência.

VILAS BOAS, Isa Matos Costa. Low birth weight incidence at birth in Santo Antônio de Jesus - Bahia: preliminary results of a prospective cohort. 43 f. 2016. Work Completion of course. Federal University of Bahia Reconcavo, Santo Antônio de Jesus, 2016.

ABSTRACT

It is considered low birth weight when a child is born weighing less than 2,500 g, as determined by the World Health Organization, and is constituted as a serious risk factor for infant mortality. **OBJECTIVE:** This study aimed to identify the incidence of low birth weight in the period 2012-2014, in Santo Antônio de Jesus - Bahia. **METHOD:** This was a longitudinal study, prospective cohort that will present the preliminary descriptive data of this investigation. The survey was conducted in 17 health units in Santo Antonio de Jesus in Bahia state. It adopted a sample size of 177 women attended the public health service, who were performing prenatal care at the time of research and who agreed to participate as Resolution 466/2012 of recommendations. This research has been approved by the Ethics Committee of the State University of Feira de Santana. a descriptive analysis of the findings was carried out, according to absolute and relative frequency according to the group of children with normal weight and low birth weight. the low weight percentage is measured to the rise in the sample investigated. **RESULTS:** The incidence for low birth weight was around 4.52%. Additional results of this research indicate to higher frequency of low birth weight to the following conditions: maternal age 18-35 years old, race / brown or black mother color, mother's occupation unpaid, maternal educational level <8 years number household size ≥ 4 , absence of prenatal consultations, alcohol consumption and preterm birth among mothers who had babies weighing more than 2,500 grams. **CONCLUSION:** It is of great value in the appropriate health monitoring during pregnancy in order to prevent adverse events for the mother-child dyad.

Keywords: Low birth weight; pregnant women; Incidence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Investigações sobre o baixo peso ao nascer no Brasil -----	17
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de acordo com o peso ao nascer de filhos de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2016 (N=177). ----- 24

Tabela 2 – Informações maternas sobre história reprodutiva e estilo de vida pregressa de acordo com o peso ao nascer de filhos de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2016 (N=177). ----- 25

Tabela 3 – Informações do recém-nascido de acordo com o peso ao nascer de filhos de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2016 (N=177). ----- 27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 Baixo Peso ao Nascer	12
2.2 Fatores Associados ao Baixo Peso ao Nascer	15
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivo Específico	19
4 METODOLOGIA	20
4.1 Desenho do Estudo	20
4.2 Contexto do Estudo	20
4.3 Etapas de Investigação	20
4.3.1 População alvo e Cálculo do tamanho da amostra	20
4.3.2 Critérios de Elegibilidade	20
4.3.3 Procedimento de coleta de dados	21
4.3.4 Instrumentos de coleta de dados	21
4.3.5 Critérios de Definição do Desfecho	22
4.4 Procedimentos de Análise de Dados	23
4.5 Aspectos Éticos	23
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	39
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO	40
APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	45
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	46

1 INTRODUÇÃO

O baixo peso ao nascer (BPN) ocorre quando a criança nasce com peso inferior a 2.500g (OMS, 2011). Ele constitui o fator de risco de maior influência na saúde fetal e neonatal, além de elevar o risco de morbimortalidade infantil. O recém-nascido com baixo peso possui o risco de morrer 20 vezes maior do que aqueles que nascem com peso normal (MORAES et al., 2011; NASCIMENTO; COSTA; ZOLLNER, 2013).

A relação entre mortalidade e peso ao nascer é inversamente proporcional, ou seja, a probabilidade de morte diminui à medida que aumenta o peso, sendo que o risco de óbito entre os recém-nascidos de muito baixo peso (menos de 1.500g) é 30 vezes maior que aquele observado entre nascidos com 2.500g ou mais (SOARES e MENEZES, 2010).

Sabe-se que o baixo peso ao nascer aumenta a tendência do lactente apresentar a síndrome da morte súbita, função imunológica inadequada, deficiência do desenvolvimento cognitivo, alto risco de desenvolver diarreia aguda e pneumonia, o que eleva o risco de hospitalização nos primeiros dias de vida. Diversos outros efeitos deletérios do baixo peso ao nascer são considerados na literatura especializada, a exemplo, do déficit neuropsicológico e de crescimento na infância, além de maior risco de obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes e síndrome metabólica na adolescência (STOLL e ADAMS-CHAMPMAN, 2007; SILVESTRIN, 2013; VIANA et al., 2013).

Atualmente, a incidência de baixo peso ao nascer, no Brasil, é da ordem de 8,5%, segundo dados oficiais, embora em decorrência dos registros inadequados nas regiões menos desenvolvidas, esta ocorrência tem apresentado maior magnitude em regiões economicamente melhores (VIANA *et al.*, 2013). Nas últimas duas décadas, tem-se observado uma elevação desta medida em todas as capitais brasileiras (VELOSO, 2013). No estado da Bahia, a ocorrência de baixo peso, em 2013, foi de 8,4%. (BRASIL, 2013).

A causalidade do baixo peso ao nascer ainda não é plenamente conhecida. No entanto, diferentes fatores tem sido indicados como relevantes na sua determinação, a saber: a prematuridade (idade gestacional < 37 semanas) e o crescimento intrauterino restrito que ocorre quando a criança nasce com peso abaixo do valor-limite para a sua idade gestacional (GUIMARÃES et al., 2013; VIANA et al., 2013).

Diante da importância do baixo peso ao nascer para a saúde infantil, são justificáveis estudos que confirmem a ocorrência local desse evento, bem como, que investiguem a distribuição de baixo peso ao nascer nas diferentes condições de saúde.

Neste contexto, o estudo teve por objetivo identificar a incidência de baixo peso ao nascer em uma amostra de crianças nascidas município de Santo Antônio de Jesus – Bahia, no período de 2012 a 2014.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Baixo Peso ao Nascer

O peso ao nascer, que é o primeiro peso obtido após o nascimento, é o fator singular que mais exerce influência sobre o estado de saúde e as chances de sobrevivência das crianças; sendo este um forte fator preditivo da mortalidade e morbidade neonatal (ZAMBONATO et al., 2004).

Identificam-se dois principais mecanismos responsáveis pelo BPN: a prematuridade (idade gestacional <37 semanas) e a desnutrição intra-uterina, quando a criança nasce com peso inferior ao valor limítrofe para a sua idade gestacional (GAMA et al, 2001; MORAES et al, 2011; PEDRAZA, 2012).

O peso ao nascimento e a prematuridade são preditores de morbidades relevantes, como, a paralisia cerebral, asfixia perinatal, sepse, hemorragia peri-intraventricular, displasia broncopulmonar, síndrome respiratória aguda, icterícia, meningite, pneumonia, dentre outras. Tais complicações e morbidades podem gerar inúmeros impactos no desenvolvimento neuropsico-sensório motor dos lactentes ao longo da sua vida (LEMOS et al., 2010).

Além disso, o BPN ainda é considerado por alguns como o principal problema de saúde pública, um preditor de sobrevivência de recém-nascidos de risco e um indicador global de saúde que traduz a eficiência do sistema de saúde local (ROSSO, 2003; KABIR, 2002; PANETH, 1995).

A taxa mundial de baixo peso ao nascer foi de 14%; sendo que nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, os valores foram de 7% e 15% respectivamente (UNICEF, 2004). As taxas BPN são muito variáveis nas diversas regiões do mundo, com evidentes desvantagens para os países menos desenvolvidos, pois estão associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis e podem ser consideradas como um indicador de nível de saúde da população. Assim, em países desenvolvidos da Europa, como Itália, França, Portugal, Suíça, Suécia, Noruega, Irlanda e Espanha, a porcentagem de BPN varia entre 4 a 5% (UNICEF, 2000). Em contraponto, identificam-se taxas de 33% na Índia e 50% em Bangladesh (CARNIEL *et al*, 2008).

No Brasil, em 2001, a média de BPN foi de 7,9%, sendo a maior porcentagem no Estado do Rio de Janeiro 9,4% e a menor em Roraima 5,0%. Em geral, nos países desenvolvidos estas taxas são principalmente decorrentes de partos prematuros, observados em dois terços dos nascimentos de crianças com BPN. Para os países em desenvolvimento, esta ocorrência se deve, na maioria das vezes, ao retardo de crescimento intra-uterino (CARNIEL et al., 2008; BRASIL, 2003).

Estima-se que condições gestacionais inadequadas são responsáveis por 23% das mortes perinatais, a maioria delas em crianças com BPN (GARBUGIO, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece o peso ao nascer como o melhor indicador nutricional nos primeiros anos de vida, por sua importância para a saúde da criança (OMS, 2006). Desta forma, o BPN (< 2500g) tem sido frequentemente estudado, por incrementar significativamente a morbimortalidade e o risco de atraso de crescimento e desenvolvimento (YAMAMOTO et al., 2009).

No Brasil, a partir do reconhecimento da importância das informações sobre os nascimentos vivos para as estatísticas de saúde, epidemiologia e demografia, levou o Ministério da Saúde do Brasil a implantar, em 1990, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). O sistema, de âmbito nacional e sob a responsabilidade das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, foi implantado com o objetivo principal de conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos vivos, segundo variáveis como peso ao nascer, duração da gestação, tipo de parto, idade da mãe e número de partos (THEME FILHA et al, 2004).

O Sinasc não foi introduzido de forma homogênea em todo o país. Sua implantação ocorreu de forma gradual entre as Unidades da Federação, de forma que seus dados foram divulgados apenas a partir de 1994. Com a implantação do Sinasc, dispõe-se, assim, pela primeira vez, em nível municipal, estadual e nacional, não apenas de informações sobre nascimentos ocorridos no ano, mas também de informações sobre as mães, a gravidez, o parto e o recém-nascido. Dessa forma, é possível obter um panorama epidemiológico mais detalhado e espacialmente desagregado das condições de saúde materno-infantil (COSTA E FRIAS, 2009; MELLO JORGE et al, 2001)

O Sinasc baseia-se nos dados contidos na Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento oficial e padronizado para todo o país. A DNV é de emissão obrigatória nos hospitais e outras instituições de saúde nos quais são realizados partos. Os Cartórios do

Registro Civil também apresentam tal obrigatoriedade relacionada com os partos ocorridos no domicílio e cuja informação chega a esse tipo de instituição. O primeiro modelo de DNV era formado por oito blocos de informação. Em janeiro de 1996, um novo modelo circulava no país, com algumas mudanças em relação ao anterior. Alterações sucessivas modificaram a forma de algumas perguntas, suprimiram algumas questões (exemplo: nome do pai) ou introduziram novas variáveis (exemplo: raça/ cor, presença de anomalia congênita) (THEME FILHA et al, 2004).

A responsabilidade pelo preenchimento da declaração é da maternidade onde nasceu a criança ou, no caso de partos fora do ambiente hospitalar, do oficial do cartório civil onde foi registrada a criança. A declaração é sempre emitida em três vias. No caso de partos hospitalares, a primeira via fica em poder da maternidade e as duas outras destinam-se ao cartório civil onde será feito o registro da criança e ao serviço de saúde que irá acompanhar a criança. No caso dos partos não hospitalares, as duas primeiras vias ficam no cartório civil e a outra destina-se ao serviço de saúde (MONTEIRO et al, 2000).

A identificação de fatores de risco para o BPN da população de puérperas atendidas pelo SUS é fundamental para garantir a discussão de políticas e ações em saúde pública, voltadas para manter os esforços no cuidado e atenção à saúde no período pré-natal. Assim, gestantes, mesmo de baixo risco gestacional, quanto mais avançada for a idade, maior o risco de terem bebês com baixo peso ao nascer, trazendo à tona a necessidade de atenção diferenciada para essa população, que cresce cada vez mais em nosso país (CAPELLI et al. 2014).

2.2 Fatores Associados ao Baixo Peso ao Nascer

Alguns fatores podem estar relacionados ao BPN como tabagismo, baixo nível educacional materno, idade materna mais jovem, estado marital, pequeno ganho de peso durante a gravidez, hipertensão arterial, infecção do trato geniturinário na gestação, paridade e menor número de consultas no pré-natal. (FRANCIOTTI; MAYER; RISK, 2010; VIANA et al., 2013).

A literatura descreve que mães com até oito anos de estudo por serem mais desinformadas e provavelmente apresentarem menor interesse ou maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, apresentam maiores chances de gerarem crianças com baixo peso ao nascer (NASCIMENTO, 2003).

Deve-se também considerar que mães com menor escolaridade, na maioria das vezes têm mais que três filhos quando comparadas com mães com maior escolaridade, tal fato pode estar associado a um menor intervalo interpartal, que pode estar predispondo estas crianças a riscos (HAIDAR et al., 2001). Um intervalo menor que dois anos é extremamente prejudicial ao organismo materno e, conseqüentemente ao feto, por dificultar o restabelecimento das reservas nutricionais e impedir a recuperação das condições orgânicas alteradas pela gestação (PAULA et al., 2010).

Um dos principais indicadores do prognóstico ao nascimento é a assistência pré-natal. A assistência pré-natal permite o diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações durante a gestação e a redução ou eliminação de fatores e comportamentos de risco possíveis de serem corrigidos (KILSZTAJN et al, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde preconiza como adequado, seis ou mais consultas de pré-natal. De acordo com Monteiro et al. (2000) em seu estudo sobre a tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo, durante os anos de 1976 e 1998, observaram que mães com menos de cinco consultas pré-natal na cidade de São Paulo apresentaram risco relativo de baixo peso ao nascer de 2,47 em relação a mães com cinco ou mais consultas, mesmo quando controlados o nível da renda familiar e de escolaridade materna.

Relacionando o número de consultas pré-natal realizadas com a escolaridade materna, segundo a região de residência da mãe no Brasil em 2003, as diferenças regionais permaneceram marcantes, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais

consultas de pré-natal é menor no Norte e Nordeste independente da escolaridade da mãe (SAÚDE BRASIL, 2005).

Tais dados demonstram a existência de diferenças regionais importantes no acesso e na qualidade da assistência pré-natal oferecida à população. Essas diferenças reforçam as desigualdades de oportunidades existentes no país.

A assistência pré-natal de qualidade visa prevenir, diagnosticar e tratar modificações na situação de saúde do binômio mãe-filho, no período gestacional, parto e puerpério, e assim minimizar as chances de ocorrer a prematuridade e o baixo peso ao nascer (SEQUE et al., 2007). De acordo com diretrizes do Ministério da Saúde, a atenção ao pré-natal deve ser precoce, ter cobertura universal, e ser realizado rotineiramente (BRASIL, 2005).

Lima e Sampaio (2004) em um estudo descritivo sobre a influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido realizado em uma maternidade de Teresina-Piauí, durante o período de janeiro a maio de 2003, numa amostra de 277 gestantes em trabalho de parto e seus recém-nascidos, associando a renda familiar ao baixo peso, observaram que, mães com renda abaixo de um salário mínimo per capita tinham um maior percentual de crianças com peso menor que 3000g.

Mulheres que possuem baixo nível socioeconômico e, por conseguinte, baixa escolaridade, provavelmente apresentam maiores dificuldades na aquisição de alimentos de boa qualidade; não só por apresentarem baixo poder aquisitivo, mas também por conta da falta de conhecimento quanto a uma alimentação saudável e adequada para as necessidades de uma gestante. A pobreza é um dos fatores que geram os maiores índices de baixo peso ao nascer, ficando, portanto, a classe social menos privilegiada com os maiores coeficientes de mortalidade neonatal e pós-neonatal (PAULA, et al., 2010).

Quanto ao uso de drogas, durante a gravidez, o tabagismo materno, por exemplo, pode afetar o crescimento intra-uterino de várias maneiras diferentes. O hábito de fumar é um dos fatores de risco de maior relevância na determinação da PBP, seguidos pelos fatores nutricionais maternos, pela eclampsia, o uso de álcool e drogas, história de filhos nascidos com baixo peso, vasoconstrição uterina e interferência no metabolismo fetal (ZAMBONATO et al., 2004).

Abaixo encontra-se o Quadro 01, construído com os principais achados de alguns trabalhos publicados considerados importantes para o desenvolvimento desta pesquisa.

QUADRO 1 – Investigações sobre o baixo peso ao nascer no Brasil.

BAIXO PESO AO NASCER						
AUTOR/ ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO	LOCAL	AMOSTRA	TIPO DE ESTUDO	ACHADOS
LIPPI, U.G. et. al. / 1989	Rev. Saúde Pública	Avaliar a importância de alguns dos fatores obstétricos já mencionados, quando cotejados ao baixo peso ao nascer.	São Paulo, SP	19.446 Nascidos Vivos	Transversal	O baixo peso ao nascer ocorreu em 15,93% dos recém-natos. Foi possível encontrar associações estatisticamente significativas com os elementos estudados, ou seja, com: idade materna, assistência pré-natal, número de gestações prévias, hábito de fumar e idade gestacional ao parto.
MAIA, M. A. C. / 1997	Rev. Saúde Pública	Distribuir os nascidos vivos do município, segundo peso ao nascer, idade e grau de instrução da mãe e tipo de parto.	Passos, MG	2.315 Nascidos Vivos	Transversal	A incidência de baixo peso ao nascer foi de 10%. Quanto à idade da mãe, 31,1% apresentavam-se entre 20 e 24 anos e 19,5% abaixo de 20 anos. Em relação ao grau de escolaridade da mãe, 68,6% possuíam apenas o primeiro grau incompleto e 5,7% nível superior. Quanto ao tipo de parto, a proporção de cesáreas foi de 9,1%, enquanto a de parto espontâneo foi de 40,9%.
MONTEIRO, et al. / 2000	Rev. Saúde Pública	Resgatar a tendência secular da distribuição do peso ao nascer, com base em dados coletados por dois inquéritos domiciliares sobre condições de saúde na infância e por informações do Sistema Estadual de Declarações de Nascidos Vivos.	São Paulo, SP	216.682 Nascidos Vivos	Analítico	A distribuição do peso ao nascer na cidade de São Paulo (média de 3.160 g com 8,9% de pesos <2.500 g) é inferior àquela esperada quando são ótimas as condições do crescimento fetal (média de 3.400-3.500 g com cerca de 4-5% de pesos <2.500 g). Essa distribuição pouco se modificou nos últimos 22 anos (1976- 1998). Entretanto, no período, há evidências de evolução desigual do peso ao nascer segundo o nível socioeconômico (NSE) da população.
MINAMISAVA E.T. al., 2004	Revista Eletrônica de Enfermagem	Identificar as prevalências e os fatores associados ao baixo peso ao nascer entre nascidos vivos no Estado de Goiás, Brasil	Goiás	92.745 Nascidos Vivos	Transversal	Em Goiás, os RNBP apresentaram uma prevalência de 5,96% e os fatores associados ao baixo peso ao nascer foram: prematuridade, baixa e avançada idade materna, mulheres não casadas, menos de sete consultas de pré-natal, parto não hospitalar e neonatos do sexo feminino. Ações intersetoriais são necessárias para reduzir as desigualdades da saúde materna e infantil.
MINAGAWA A.T, et al. / 2006	Rev. Esc. Enferm. USP	Verificar como o peso ao nascer das crianças se relaciona com a inserção materna no trabalho remunerado e no pré-natal, e com as condições nutricionais e sócio-econômicas das mães.	São Paulo, SP	101 Nascidos Vivos	Transversal-descriptivo	A ocorrência de baixo peso ao nascer (BPN) foi de 5,1% e não se associou com o trabalho materno, nem com o pré-natal, porém mostrou associação significativa com as seguintes variáveis maternas: ganho de peso na gestação inferior a 7 kg, idade menor que 20 anos e não ter companheiro.
CARNIEL, E.F. et al. / 2008	Rev. Bras. Epidemiol.	Conhecer a distribuição do peso de nascimento das	Campinas, SP	14.444 Nascidos Vivos	Estudo transversal	A média do peso de nascimento foi 3.142g, variando de 285 a 5.890g; 65,1% das crianças pesaram 3.000g ou mais, 25,7%

		crianças de Campinas (SP) e indicar fatores de risco para baixo peso.				entre 2.500 e 2.999g e 9,1% menos de 2.500g. Os determinantes para baixo peso em prematuros foram cesariana, gemelaridade, recém-nascidos femininos e os de mulheres com menos de sete consultas de pré-natal. Para crianças a termo os riscos foram gestação dupla, tripla ou mais, filhos de mulheres com mais de 34 anos, das com até sete anos de estudo, com oito a onze e das com menos de sete consultas de pré-natal. A distribuição de peso de nascimento em Campinas foi inadequada e a proporção de baixo peso foi mais que o dobro dos países desenvolvidos.
NASCIMENTO; COSTA; ZÖLLNER/2013	Revista Paulista de Pediatria	Identificar o padrão de distribuição espacial de recém-nascidos (RN) com baixo peso no município de Taubaté, São Paulo	Taubaté, SP	18.915 Nascidos Vivos	Ecológico	Verificam-se 18.915 nascidos vivos no período de estudo e 1.817 apresentavam baixo peso (9,6%). A prevalência de baixo peso ao nascer no período variou de 9,3 a 9,8%. Incluíram-se 1.185 RN que tinham endereços conhecidos e compatíveis com a base digital (65,2% do total com baixo peso).
ALMEIDA, A.H.V. et al. / 2014	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant	Avaliar a associação entre as características sociodemográficas, do pré-natal e do parto de mães adolescentes e adultas jovens com o baixo peso ao nascer.	Feira de Santana, BA	3009 Puérperas	Transversal	Do total de 3009 puérperas entrevistadas, 9,7% apresentaram conceitos com baixo peso. As puérperas que realizaram menos de seis consultas no pré-natal apresentaram uma chance 1,7 vezes maior de ter RN com baixo peso; ser primigesta aumentou a chance da ocorrência do BPN em 1,5 vezes; assim como a prematuridade que representou o principal fator de exposição, elevando em 21 vezes a chance desse desfecho.
CAPELLI et al./ 2014	Ciência & Saúde Coletiva	Analisar os principais fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional relacionados ao peso ao nascer em um hospital maternidade de referência do município do Rio de Janeiro.	Rio de Janeiro, RJ	137 Puérperas	Transversal	Dos recém-nascidos, 14,6% tinham baixo peso ao nascer (inferior à 2500g). Encontrou-se correlação negativa entre o peso ao nascer e o hábito de fumar da mãe. As variáveis peso pré-gestacional, índice de massa corporal pré-gestacional materno e número de consultas no pré-natal apresentaram associação positiva com o peso ao nascer. A análise múltipla indicou a idade materna como fator de risco para o baixo peso ao nascer.
MENDES, et al. / 2015	Rev. Bras. Enferm.	Identificar a prevalência de baixo peso ao nascer no município de São Paulo.	São Paulo, SP	1.342.655 Nascidos Vivos	Transversal	Do total de nascidos vivos (1.342.655), 9,65% apresentaram baixo peso (média de 3234,55 gramas no grupo a termo e 2312,17 no grupo pré-termo) e média de idade materna de 27,53 anos. Os fatores de riscos identificados incluem idade materna, ausência de companheiro, baixo nível de escolaridade materno, raça não branca; gestação pré-termo, gemelaridade, baixo número de consultas no pré-natal e parto cesáreo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

- Investigar a incidência de baixo peso ao nascer em uma amostra de crianças nascidas no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, no período de 2012 a 2014.

3.2 Objetivo Específico:

- Descrever as características maternas (sociodemográficas, relacionadas à história reprodutiva e ao estilo de vida) e do recém-nascido segundo a presença do baixo peso ao nascer entre os filhos de mulheres que receberam assistência pré-natal por meio do serviço público de saúde de Santo Antônio de Jesus–Bahia.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo longitudinal, coorte prospectiva que apresenta os dados descritivos preliminares desta investigação.

4.2 Contexto do estudo

A investigação foi realizada em 17 unidades de saúde da zona urbana que realizam assistência pré-natal as gestantes que residem em Santo Antônio de Jesus - Bahia. Localizado no Recôncavo Baiano, o município supracitado conta com uma população estimada para 2016 de 101.548 habitantes, densidade demográfica de 348,14 pessoas por quilometro quadrado (km²) e com uma área de 268.763 km² (IBGE, 2016), além de está a 187 Km de Salvador, capital da Bahia. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Santo Antônio de Jesus, em 2010, foi o maior da série histórica, com o indicador de 0,7 (IBGE, 2016).

4.3 Etapas de Investigação

4.3.1 População alvo e Cálculo do tamanho da amostra

O público alvo foi composto por gestantes que realizam acompanhamento pré-natal, nas unidades de saúde da família do município de Santo Antônio de Jesus-BA e posteriormente foram coletadas as informações dos recém-nascidos, filhos das mulheres que participaram da primeira fase da pesquisa.

Considerando que esta investigação faz parte de um estudo maior, adotou-se o tamanho amostral previsto na pesquisa primária de 168 gestantes, em que foi utilizado para o cálculo amostral um erro padrão de 5% e intervalo de confiança 95%.

4.3.2 Critérios de Elegibilidade

Todos os critérios de elegibilidade atenderam as exigências de um projeto maior, do qual esta pesquisa faz parte.

Foram selecionadas gestantes atendidas nas unidades de saúde de Santo Antônio de Jesus, que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: idade gestacional de 08 a 32 semanas, bem como realização de consulta pré-natal nas Unidades de Saúde envolvidas no estudo.

Quanto aos critérios de exclusão foram considerados: gravidez gemelar, número de dentes presentes inferior a quatro, ter diagnóstico de alguma enfermidade que necessite de profilaxia antibiótica prévia ao exame periodontal, casos de aborto recente (menos de oito semanas), de sangramento que implique em tratamento hospitalar de pelo menos 24 horas, cardiopatias descompensadas, bem como doenças renais.

4.3.3 Procedimento de coleta de dados

As gestantes atendidas nas unidades foram convidadas a participar da pesquisa, conforme critérios de elegibilidade.

A coleta de dados ocorreu após a gestante concordar em responder o formulário estruturado, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 466/12.

Na segunda etapa da pesquisa foram coletadas as características dos nascidos vivos por meio da Declaração de Nascidos Vivos na Secretaria Municipal de Saúde e tais achados foram confrontados com os dados disponíveis no banco de micro dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos.

4.3.4 Instrumentos de coleta de dados

FORMULÁRIO:

O formulário está dividido em três seções:

- Identificação e dados socioeconômicos e ambientais. Refere-se aos dados pessoais (nome, endereço, data de nascimento, profissão, escolaridade, renda familiar, condições de moradia);
- História reprodutiva: menarca, número de gestações, tipo e local de parto, assistência pré-natal, possíveis complicações (diabetes gestacional, hipertensão), uso/tratamento

antianêmico, vitamina A na alta hospitalar, consultas pós-natais, história de aborto (a ser proposto e testado antes da coleta de dados).

- Dados clínicos: Data da Última Menstruação (ou outra informação), semanas de gestação, peso, altura, edema maleolar, pressão arterial, amostras de sangue (Hemoglobina e soro sanguíneo). A ser proposto e testado antes da coleta de dados.

PRONTUÁRIO:

Foram coletados dados pertinentes a história de saúde da mulher, que não foram contemplados durante a entrevista, a exemplo de resultados de exames, medidas antropométricas das consultas dos profissionais da unidade de saúde, início do pré-natal entre outras.

EXAMES LABORATORIAIS:

A hemoglobina é determinada em aparelho portátil de leitura instantânea (Hemocue). Uma outra parte da amostra de sangue é mantida em solução anticoagulante (EDTA) para fins de determinação de hematimetria, hematócrito, hemoglobina, separação do plasma. Além da hemoglobina é dosada a ferritina para evidenciar a possível etiologia ferropriva da anemia. As constantes hematimétricas foram determinadas automaticamente, utilizando-se o aparelho Coulter.

PESO AO NASCER:

O baixo peso ao nascer foi determinado quando o recém-nascido apresentou um peso inferior a 2500g, ao passo que o peso ao nascer maior e igual a 2500g foi considerado normal. As informações sobre os recém-nascidos foram coletadas na Declaração de Nascidos Vivos disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

4.3.5 Critérios de Definição do Desfecho:

O desfecho avaliado foi baixo peso ao nascer, de acordo com a OMS (2011). O baixo peso ao nascer foi determinado quando o recém-nascido apresentou um peso inferior a 2500g, ao passo que o peso ao nascer maior e igual a 2500g foi considerado normal. Após o parto, o registro do peso ao nascer foi coletado da Declaração de Nascidos Vivos, documento

arquivado na Secretaria Municipal de Saúde. Salienta-se que, de acordo como protocolo do manual de assistência neonatal do Ministério da Saúde, o qual é empregado nas instituições hospitalares públicas, a pesagem dos recém-nascidos deve ser realizada por um enfermeiro ou auxiliar de enfermagem, até uma hora após o parto, usando uma balança digital, isto é, antes da perda de peso pós-natal. Desse modo, as mulheres serão classificadas em dois grupos: Grupo 01 - mães de recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 2500g; Grupo 02 - mães de recém-nascidos com peso ao nascer igual ou superior a 2500g.

4.4 Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados no pacote estatístico Stata versão 11, após a digitação no software SPSS versão 13. A análise dos dados se processou através da distribuição de todas as variáveis do estudo, por frequência relativa e valores absolutos. Posteriormente, foi identificada a taxa de incidência do baixo peso ao nascer na população estudada.

4.5 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana, seguindo as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 07 de março de 2012, sob o protocolo n° 169/2011 (CAAE n°0176.0.059.000-1).

5 RESULTADOS

A amostra investigada foi composta por 177 gestantes que tiveram seus filhos no serviço de saúde no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. A idade média materna foi de 24,75 anos com desvio padrão de $\pm 5,91$ anos e mediana de 24 anos. Já os recém-nascidos nasceram em média com 39 semanas gestacionais ($\pm 2,07$) e peso médio de 3267,74 gramas ($\pm 487,52$). As participantes foram alocadas em dois grupos: 169 mulheres com crianças de peso normal ($\geq 2500\text{g}$) e 8 mulheres que tiveram filhos com peso inferior a 2500g, registrando, desse modo, uma incidência de 4,52% para o baixo peso ao nascer.

Os resultados adicionais dessa pesquisa sinalizam para maior frequência do baixo peso ao nascer para condições maternas e do recém-nascido. Na tabela 1 estão sumarizadas as informações sociodemográficas segundo a presença do baixo peso ao nascer. Observou-se uma maior frequência de baixo peso ao nascer para as seguintes condições: Idade da mãe entre 18 a 35 anos, raça/cor materna preta ou parda, não ter ocupação remunerada, nível de escolaridade materna menor que 8 anos de estudo e densidade familiar superior a 4 pessoas por domicílio.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de acordo com o peso ao nascer de filhos de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2016 (N=177).

Características	Normal	BPN
	169 (95,48%)	8 (4,52%)
Idade		
<18 anos e >35 anos	31 (100)	0
18-35 anos	138 (94,52)	8 (5,48)
Raça/cor *		
Branca	19 (100)	0
Preta/Parda	147 (95,45)	7 (4,55)
Ocupação/profissão		
Remunerada	79 (96,34)	3 (3,66)
Não remunerada	90 (94,74)	5 (5,26)

Nível de escolaridade *

< 8 anos de estudo	45 (95,74)	2 (4,26)
≥ 8 anos de estudo	45 (95,08)	6 (4,92)

Renda familiar*

≤ 1 salário mínimo **	40 (93,02)	3 (6,98)
>1 salário mínimo	127 (96,21)	5 (3,79)

Condição Civil

Com companheiro	152 (95,00)	8 (5,00)
Sem companheiro	17 (100)	0

Número de pessoas no domicílio*

≤ 4 pessoas	129 (96,27)	5 (3,73)
> 4 pessoas	29 (100)	0

* Algumas observações foram perdidas

** Valor do salário mínimo na ocasião da coleta: R\$ 622,00

As características relacionadas à história reprodutiva e de estilo de vida estão sintetizadas na tabela 2. O percentual de mulheres com filho de baixo peso ao nascer foi maior entre aquelas com histórico de nuliparidade, que não realizaram de consultas de pré-natal e consumiam de bebida alcoólica. A frequência de baixo peso ao nascer foi maior entre recém nascidos que foram prematuros, conforme apontado na tabela 3.

Tabela 2 – Informações maternas sobre história reprodutiva e estilo de vida progressa de acordo com o peso ao nascer de filhos de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2016 (N=177).

Características	Normal	BPN
	169 (95,48%)	8 (4,52%)
<hr/>		
Gestações anteriores		
Sim	83 (98,81)	1 (1,19)

Não	86 (92,47)	7 (7,53)
Número de filhos		
≤ 2 filhos	99 (92,52)	8 (7,48)
> 2 filhos	66 (100)	0
Aborto prévio*		
Sim	36 (97,30)	1 (2,70)
Não	132 (94,96)	7 (5,04)
Utilizava método contraceptivo		
Sim	79 (98,75)	1 (1,25)
Não	90 (92,78)	7 (7,22)
Realização de consultas de pré-natal		
Não	4 (80,00)	1 (20,00)
Sim	165 (95,93)	7 (4,06)
Parto		
Vaginal	61 (92,42)	5 (7,58)
Cesáreo	108 (97,30)	3 (2,70)
Hipertensão		
Sim	6 (100)	0
Não	163 (95,32)	8 (4,68)
Infecção urinária		
Sim	22 (100)	0
Não	147 (94,84)	8 (5,16)
Anemia*		
Sim	48 (100)	0
Não	116 (95,08)	6 (4,92)
IMC (método Atalah)		
Baixo peso	22 (95,65)	1 (4,35)
Adequado	64 (92,75)	5 (7,25)
Sobrepeso	50 (100)	0
Obesidade	27 (93,10)	2 (6,90)

Hábito de Fumar

Sim	20 (100)	0
Não	149 (94,90)	8 (5,10)

Consumo de bebida alcoólica*

Sim	32 (91,43)	3 (8,57)
Não	122 (96,06)	5 (3,94)

* Informações perdidas

Tabela 3 – Informações do recém-nascido de acordo com o peso ao nascer de filhos de mulheres que realizaram o acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil, 2016 (N=177).

Características	Normal	BPN
	169 (95,48%)	8 (4,52%)
Sexo		
Feminino	87 (95,60)	4 (4,40)
Masculino	82 (95,35)	4 (4,65)
Prematuridade*		
Sim	21 (87,50)	3 (12,50)
Não	147 (96,71)	5 (3,29)

* Informações perdidas

6 DISCUSSÃO

A incidência de baixo peso ao nascer foi de 4,52%, menor que a média apresentada em alguns estudos (MINAGAWA A.T, et al. 2006; CARNIEL, E.F. et al. 2008; CAPELLI et al., 2014; ALMEIDA, A.H.V. et al. 2014; MENDES, et al. 2015). Nesta investigação as seguintes condições obtiveram maior proporção de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g: Idade materna de 18 a 35 anos, raça/cor materna parda ou preta, nível de escolaridade materna < 8 anos, ocupação da mãe não remunerada, número de moradores por residência ≥ 4 , ausência de consultas de pré-natal, consumo de bebida alcoólica e nascimento prematuro.

O Baixo peso ao nascer foi mais frequente entre as mães com raça/cor preta ou parda, quando comparadas às de cor branca. Há evidências na literatura que indicam que mulheres brancas pertencem a um estrato social e econômico mais favorável, pois comumente dispõem de mais recursos financeiros, quando comparadas as mulheres da raça cor negra. Nesse contexto, aspectos relacionados à raça/cor sofrem influência histórica, social, política e econômica que definem eventos adversos para o grupo materno-infantil (ARAÚJO E TANAKA, 2007; JESSE et al., 2009; SILVA et al., 2009; SILVA, et al., 2007).

Paralelamente a raça/cor, está à escolaridade da mãe. Estudos apontam que quanto maior o nível escolar, em geral serão mais elevados o poder aquisitivo e a renda familiar. A boa escolaridade e condição econômica viabiliza melhor realização dos cuidados em saúde para mãe e bebê durante e após a gravidez (LI; SUNG, 2008; CARNIEL, et al., 2008; JESSE et al., 2009). Trabalhos mostram que mães com até oito anos de estudo por serem mais desinformadas e provavelmente apresentarem menor interesse ou maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, apresentam maiores chances de gerarem crianças com baixo peso ao nascer (NASCIMENTO, 2003).

As atividades não remuneradas da gestação neste estudo, relacionaram-se com o Baixo peso ao nascer. Coincidindo com os achados de Carniel, et al., (2008) quando afirmam que mulheres que não trabalham fora do lar, tendem a ter um padrão socioeconômico familiar pouco favorável, e assim menos recursos com os cuidados em saúde, alimentação e moradia.

Em relação à assistência pré-natal, o número de consultas é de extrema relevância para prevenir a prematuridade e baixo peso ao nascer. Algumas pesquisas indicam que o número de consultas e a qualidade do acompanhamento pré-natal é o diferencial para que não ocorram acontecimentos desfavoráveis no período gestacional, ou seja, podem minimizar situações ruins para a mãe e seu filho (SILVA, et al., 2009; BRASIL, 2005; SEQUE et al., 2007).

Carniel, et al., (2008), afirma que mais de sete consultas na assistência pré-natal, protege as crianças contra o baixo peso ao nascer, concordando com os resultados desta pesquisa.

Em relação às variáveis de estilo de vida, nesta pesquisa, o BPN foi mais frequente entre dos filhos de mulheres que consumiam bebida alcoólica. Ao passo que a frequência foi menor no grupo supracitado que referia o hábito de fumar. Suspeita-se que pode ter ocorrido distorção das informações referidas pelas participantes da pesquisa, vez que o hábito de fumar e consumo de bebida alcoólica, nessa fase da vida, são considerados como comportamentos deletérios e extremamente prejudiciais a saúde, podendo elevar morbimortalidade infantil (MARISCAL, et al., 2005).

Ressalta-se que as principais limitações desta pesquisa estão relacionadas ao fato de terem sido utilizadas informações secundárias, do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), assim como a validação dos dados colhidos nas entrevistas. Outro aspecto é o número reduzido de crianças com baixo peso ao nascer, tal evento é considerado raro, que faz com a análise estatística seja limitada a resultados descritivos. A coleta de dados ainda continuará a ser realizada e com um número maior da amostra poderão ser avaliadas medidas analíticas e a inferência de risco.

7 CONCLUSÃO

Conforme o método utilizado e limitações, em gestantes usuárias do SUS em Santo Antônio de Jesus, Bahia, os resultados principais desta investigação apontam para maior frequência do baixo peso ao nascer nas seguintes condições maternas e do recém-nascido: Idade materna de 18 a 35 anos, raça/cor materna parda ou preta, nível de escolaridade materna < 8 anos, ocupação da mãe não remunerada, número de moradores por residência ≥ 4 , ausência de consultas de pré-natal, consumo de bebida alcoólica e nascimento prematuro. Observou-se uma incidência de 4,52% para o baixo peso ao nascer.

Ressalta-se a importância do adequado acompanhamento em saúde, para além do período gestacional, bem como melhor condição social e econômica para população, visando minimizar os desfechos indesejáveis nesse período singular na vida das mães e filhos.

REFERÊNCIAS

ACCIOLY, E; SAUNDERS, C; LACERDA, E.M.A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 3 ed. Rio de Janeiro. Cultura medica. 2005.

AGUEDA, A; ECHEVERRÍA, A; MANAU, C. Association between periodontitis in pregnancy and preterm or low birth weight: Review of the literature. **Med Oral Patol. Oral Cir. Bucal**. v.13, p. 609-615, 2008. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv13_i9_p609.pdf

ALMEIDA, M.F. *et al.* Mortalidade neonatal no município de São Paulo: Influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. **Rev. Brás. epidemiol.** v. 5, n. 1, p. 93-107, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n1/11.pdf>

ANDRADE, C.L.T. *et al.* Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 1, p. 44-51, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/05.pdf>

ARAÚJO, D.M.R. *et al.* Depressão gestacional e baixo peso ao nascer. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.26, n.2, p.219-227, 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n2/02.pdf>

ARAÚJO, D.M.R; PEREIRA, N.L; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.23, n.4, p.747-756, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/01.pdf>

ARAÚJO, B.F.; TANAKA, A. C. A. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 12, 2007. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200008

BARROS, F.C; HUTTLY, S,R; VICTORA, C.G; KIRKWOOD, B.R; VAUGHAN, J.P. Comparison of the causes and consequences of prematurity and intrauterine growth retardation: a longitudinal study in southern Brazil. **Pediatrics**. v.90, p. 238-244, 1992. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/90/2/238>

BATISTA FILHO, M; SOUZA, A.I; BRESANI, C.C. Anemia como problema de saúde pública: uma realidade atual. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.6, p.1917-1922, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a27v13n6.pdf>

BECK, J.D. Epidemiologic changes in older adult periodontal disease. **Gerodontology**. p.103-107, 1988. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.1988.tb00313.x/pdf>

BEZERRA FILHO, J.G. *et al.* Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período de 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1173-85, mai. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/19.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc). 2013. Disponível em [http:// www.funasa.gov.br/sis/sis02htm](http://www.funasa.gov.br/sis/sis02htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. 3ª edição. Brasília: MS, Fundação Nacional de Saúde; 2001. [página na Internet]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_nasc_vivo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde. Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Brasília: MS; 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de instruções para o preenchimento da declaração de nascido vivo. 3. ed. Brasília: MS, 2001.

BRESANI, C.C. *et al.* Anemia e ferropenia em gestantes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v.7, n.1, p.15-22, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7s1/a02v7s1.pdf>

BRIGGS, D. Making a difference: indicators to improve children's environmental health. **World Health Organization**. Geneva, p.13. 2003. Disponível em: www.who.int/phe/children/en/cehindicsum.pdf

CANÇADO, R,D; CHIATTONE, C.S. Anemia de Doença Crônica. **Rev. bras. hematol. hemoter.** v.24, n.2, p.127-136, 2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbhh/v24n2/a09v24n2.pdf

CAPELLI, J.C.S. *et al.* Peso ao nascer e fatores associados ao período pré-natal: um estudo transversal em hospital maternidade de referência. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 19, n.7, p. 2063-2072, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02063.pdf>

CARNIEL, E.F. *et al.* Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.11, n.1, p. 169-79, 2008. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/16.pdf

CHATKIN, M.N; MENEZES, A.M.B. Associação entre baixo peso ao nascer e asma: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Panam. Salud Publica.** v.17, n.2, p. 102–9, 2005.

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** 2009, vol. 25, n.3,p.613-624. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300016

COSTA, C.E.; GOTLIEB, S.L. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. **Rev. Saúde Pública.** vol. 32, n.4, p. 328-34. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2459.pdf>

CRUZ S.S. *et al.* Doença periodontal materna como fator associado ao baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública.** vol.39, n.5, p.782-787. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000500013>

FIGUEROA PEDRAZA, D. Qualidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): análise crítica da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.17, n.10, p. 2729-2737. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/21.pdf>

FRANCIOTTI, D.L; MAYER, G.N; CANCELIER, A.C.L. Fatores de risco para baixo peso ao nascer: um estudo de caso-controle. **Arq Catarin Med.** v.39, n.3, p. 63-9, 2010. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/818.pdf>

GAMA, S.G.N. *et al.* Gravidez na adolescência e baixo peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública.** v.35, n.1, p. 74-80, 2001. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rpp/v29n4/04.pdf

GARBUGIO, T.L.S. Evolução ponderal de crianças nascidas com peso insuficiente. **Rev. Saúde Pesquisa**. v.1, n.1, p. 31-34. 2008. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/704/576>

GOMES-FILHO, I.S. *et al.* Avaliação prospectiva da periodontite materna e baixo peso ao nascer. **R. Periodontia**. v.19, n.4, p.121-128. 2009. Disponível em: www.revistasobrape.com.br/arquivos/dez_2009/artigo17.pdf

Haidar, F.H; OLIVEIRA, U.F; NASCIMENTO, L.F.C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad Saúde Pública**. v. 17, n.4, p. 1025-29. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>

HORTA, B.L; BARROS, F.C; HALPERN, R; VICTORA, C.G. Baixo peso ao nascer em duas coortes de base populacional no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 12, sup. 1, p. 27-31. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12s1/1611.pdf>

JESSE, E. D. *et al.* Racial Disparities in Biopsychosocial Factors and Spontaneous Preterm Birth Among Rural Low-Income Women. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 54, n. 1, p. 35-42, 2009. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com> > Acesso em: 20. Abri. 2010.

JESUS, G.M. *et al.* Déficit nutricional em crianças de uma cidade de grande porte do interior da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n.5, p. 1581-1588. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n5/1413-8123-csc-19-05-01581.pdf>

JUNGER, W.L; PONCE DE LEON, A. Poluição do ar e baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 23, sup. 4, p.588-598. 2007. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v23s4/11.pdf

KABIR, Z. Low birthweight: revisited. **Int J Epidemiol**, v.31, n.5, p.1075. Oct, 2002.

KASHAN, A. S. *et al.* Preterm birth and reduced birthweight in first and second teenage pregnancies: a register-based cohort study. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v.10, n. 36, 2010.

KILSZTAJN, S; ROSSBACH, A; CARMO, M.S.N; SUGAHARA, T.L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n.3, p. 303-10. 2003. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15857.pdf

LEAL, M.C; GAMA, S.G.N; RATTO, K.M.N; CUNHA, C.B. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Cad**

Saúde Pública. v. 20, sup.1, p. 63-72. 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/07.pdf>

LEMOS, R.A; FRONIO, J.S; NEVES, L.A.T; RIBEIRO, L.C. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço follow-up. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 277-290, jul./set. 2010 Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/603/339>

LI, C.Y; SUNG F.C. Socio-economic inequalities in low-birth weight, full-term babies from singleton pregnancies in Taiwan. **Public Heal.** v.122, p.243–250, 2008.

LIMA, G.S.P; SAMPAIO, H.A.C. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. **Revista Brasileria de Saúde Materno Infantil.** Recife, v. 4, n. 3, p. 253-261, jul./set., 2004.

LOPES, F.F.*et al.* A condição periodontal materna e o nascimento de prematuro de baixo peso: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.27, n.7, pp.382-386. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-7203200500070000>

MARIOTONI, G.G.B; BARROS FILHO, A.A. A gravidez na adolescência é fator de risco para baixo peso ao nascer? **J. Pediatr.** v. 74, n.2, pp. 107-113. 1998. Disponível em: <http://www.jpmed.com.br/conteudo/98-74-02-107/port.pdf>

MARISCAL, M. et al. Pattern of Alcohol Consumption During Pregnancy and Risk for Low Birth Weight. **AEP.** v. 16, n. 6, p.432–438.

MELLO JORGE, M.H.P; LAURENTI, R; GOTLIEB, S.L.D. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Cien. Saúde Colet.** v. 12, n.3, pp. 643-654. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/14.pdf>

MENDES, C.Q.S. *et al.* Baixo peso ao nascer em município da região sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** v.68, n.6, pp. 1169-75, nov-dez, 2015. Disponível em:

www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1169.pdf

MINAMISAWA, R; BARBOSA, M.A; MALAGONI, L. ANDRAUS, L.M.S. Fatores associados ao baixo peso ao nascer no Estado de Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, 2004. Disponível em:

https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_3/pdf/04_Original.pdf

MONTEIRO, C.A; BENÍCIO, M.H.D; ORTIZ, L.P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976 – 1998). **Rev. Saúde Pública**. v.34, n.6, p. 26-40. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6s0/3516.pdf>

MORAES, A.B; ZANINI, R.R; GIUGLIANI, E.R.J; RIBOLDI, J. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. **Cad. Saúde Pública**. vol.27, n.2, pp.229-240. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200004>

MOTTA, M.E.F.A; SILVA, G.P.A. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. **J. Pediatr**. v. 77, n.4, p. 288-293. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n4/v77n4a10.pdf>

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, pp. 37-42. 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100006

NASCIMENTO, L.F; COSTA, T.M; ZOLLNER, S.A.C. Distribuição espacial dos recém-nascidos com baixo peso em Taubaté, São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr**. v. 31, n.4, p. 466-72. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt_0103-0582-rpp-31-04-00466.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Who: Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. **Acta Obstet Gynecol Scand**. v. 56, p. 247-53. 1977.

ORTIZ, L.P; OUSHIR, D.A. Perfil da Mortalidade Neonatal no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 19-29, jan./jun. 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_02.pdf

PANETH, N.S. The problem of low birth weight. *Future Child*, v.5, n.1, p.19-34. Spring, 1995.

PAULA, C.G. *et al.* Baixo peso ao nascer: fatores socioeconômicos, assistência pré-natal e nutricional – uma revisão. **Revista Augustus**. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 29, Fevereiro, 2010. Disponível em: http://apl.unisuam.edu.br/augustus/pdf/ed29/rev_augustus_ed29_05.pdf

PEREZ N.M.G.; PRESNO C.L.; SARMIENTO G.B. Algunos factores de riesgo asociados al recién nacido con bajo peso. **Rev. Cubana Med Gen Integr**, Ciudad de La Habana. v. 21, n. 3-4, 2005.

PUFFER, R.R; SERRANO, C.V. Características del peso al nacer. Washington, USA: PAHO; 1987 (Publicación Científica n° 504).

ROSSO, C.F.W. Mortalidade neonatal em Goiânia: fatores prognósticos de recém-nascidos de risco. 2003. 43 p. Tese (Mestrado) Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/57cbe/resumos/916.htm>

RUGOLO, L.M.S.S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. Pediatr.** v. 81, n. 1, p. S101-S110. 2005. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a13.pdf

SEQUE, C.A. *et al.* Assistência pré-natal e ao parto de mães de crianças usuárias do serviço de vacinação de unidade de saúde da cidade de São Paulo. **Rev Paul Pediatría**, v. 25, n.1, p. 38-46, 2007.

SILVA, A.A.M. *et al.* Which factors could explain the low birth weight paradox?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, 2006.

SILVA, L.M. *et al.* Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 9, 2007.

SILVA, A.M.C. *et al.* Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.10, p. 2125-2138, 2009.

SILVEIRA, D.S; SANTOS, I.S. Adequação do pré-natal e peso ao nacer: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 5, pp. 1160-68, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/09.pdf

SILVESTREIN, S. *et al.* Maternal education level and low birth weight: a meta-analysis. **J. Pediatr.** v.89, n.4, p. 339-45. 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755713000971>

SOARES, E.S.; MENEZES, G.M.S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol Serv Saúde**. v.19, n.1, p. 51-60, 2010.

SOLLA, J.J.S.P. *et al.* Análisis multifactorial de los factores de riesgo de bajo peso al nacer en Salvador, Bahia. **Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J Public Health**. v.2, n.1, 1997. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v2n1/v2n1a1.pdf>

STOLL, B.J; ADAMS-CHAMPMAN, I. The high-risk infant. In Behrman ER, Kliegman RM, Arwin AM, Nelson WE. **Nelson Textbook of pediatrics**. 18^a ed. New York: Saunders. p. 701-10, 2007.

SU, P.H. et al. Transthyretin levels are not related to Apgar score in low birth weight and very low birth weight infants. **Early Human Develop.** v.84, p. 533–538, 2008.

THEME FILHA, M.M; GAMA, S.G.N; CUNHA, C.B; LEAL, M.C. Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública.** v. 20, supl. 1, p. S83-91, 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/09.pdf

UCHIMURA, T.T. *et al.* Anemia e peso ao nascer. **Rev. Saúde Pública.** v. 37, n.4, p. 397-403, 2003. Disponível em: www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31607/33493

UNICEF. The state of the world's children. 2000. Disponível em <http://www.unicef.org>

VIANA, K.J; TADDEI, J.A.A.C; COCETTI, M; WARKENTIN, S. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 29, n.2, p. 349-356, fev, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/21.pdf>

VELOSO, H.J.F. *et al.* Secular trends in the rate of low birth weight in brazilian state capitals in the period 1996 to 2010. **Cad. Saúde Pública.** v.29, n.1, p. 91-101, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n1/11.pdf>

World Health Organization, Multicentre Growth Reference Study Group (2006). WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO; p. 312, 2006.

World Health Organization (WHO). Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low and middle-income countries. Washington: WHO, OPAS; 2011.

YAMAMOTO, R.M; SCHOEPS, D.O; ABREU, L.C; LEONE, C. Peso insuficiente ao nascer e crescimento alcançado na idade pré-escolar, por crianças atendidas em creches filantrópicas do município de Santo André, São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.9, n.4, p. 477-485, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a13v9n4.pdf>

ZAMBONATO, A.M.K; PINHEIRO, R.T; HORTA, B.L; TOMASI, E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Rev. Saúde Pública.** v. 38, n.1, p. 24-9, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18448.pdf>

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Estado nutricional e condição bucal de gestantes usuárias de serviços públicos de saúde”. Sua participação é importante, porém, você só deve participar se assim desejar, as informações desta pesquisa são confidenciais e não serão divulgados nomes e nem características que possam identificar as participantes do estudo. Leia atentamente as informações abaixo e faça as perguntas que achar necessárias para qualquer esclarecimento.

O objetivo desta pesquisa é identificar os fatores que podem estar associados à desnutrição e condição bucal em gestantes atendidas em unidades de Saúde da Família. Cada participante permitirá que sejam feitas perguntas a respeito do seu estado de saúde e seus hábitos de vida, que podem ser desagradáveis, e que seja verificado sua altura e seu peso corporal. Esses dados serão anotados em uma ficha da pesquisa. Também será feito um exame da boca, por um dentista, para ver se há cáries ou doenças da gengiva. Nesse exame será usado um espelho bucal e um instrumento metálico esterilizado, em volta de todos os dentes. O exame pode, eventualmente, causar um leve desconforto e necessitar que permaneça certo tempo com a boca aberta, mas apresentam baixo risco à saúde da participante. Além desta etapa, será coletado sangue para saber a quantidade de vitamina A e presença de anemia na gestante. Será realizado um acesso venoso que, eventualmente, poderá causar dor leve, arroxamento, calor e vermelhidão no local, semelhante às coletas de sangue que são feitas para realização de exames de laboratório, que são realizados normalmente na gravidez. Esse material será encaminhado para um laboratório especializado que será responsável pelo transporte, armazenamento e destino final. As anotações presentes nos cartões das gestantes e prontuário também serão consultadas.

Os resultados da pesquisa servirão para dentistas, enfermeiros, nutricionistas, médicos e outros profissionais de saúde compreenderem melhor qual a importânciado estado nutricional e da condição dos dentes e gengivas, para as gestantes. A gestante realizará exames complementares que podem colaborar para o melhor conhecimento da condição de saúde dessa mulher na gravidez e se necessário ser referenciada para o serviço especializado, garantindo o acompanhamento, tratamento e orientação das participantes da pesquisa. Os dados obtidos serão confidenciais e de responsabilidade dos profissionais que trabalharão na pesquisa, sendo guardado no Núcleo de Epidemiologia e Saúde UFRB por um período de 5 anos, após o período citado o material será destruído. As informações adquiridas serão utilizadas nesta pesquisa e poderá contribuir para futuros estudos sobre o tema. Quando os resultados forem publicados, as participantes não serão identificadas. Caso haja algum prejuízo para a gestante esta será ressarcida, sendo responsabilidade dos pesquisadores a garantia de acompanhamento desta mulher, até a resolução do problema. Caso não seja vontade da voluntária ou seu responsável em participar do estudo, terá liberdade de recusar ou abandonar a participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a mesma. Portanto, atenção: sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, você poderá escrever para o Núcleo de Epidemiologia e Saúde UFRB no endereço: Avenida Carlos Amaral, 1015 – Cajueiro – Santo Antônio de Jesus-BA CEP: 44570-000. Duas vias serão assinadas e uma via será retida pelo participante da pesquisa.

_____, ____/____/____

Nome da voluntária

Assinatura da voluntária ou responsável

Pesquisador:

Pesquisadora responsável: Simone Seixas da Cruz

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

ESTADO NUTRICIONAL E CONDIÇÃO BUCAL

DE GESTANTES USUÁRIAS DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Nº do questionário: _____

Unidade Básica de Saúde: _____

Dados da Gestante:

Nome: _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Como se chega lá? _____

Telefone de contato: _____ Apelido: _____

O nome completo de outro parente ou amigo (a) sua? Alguém que no caso de mudança, possa nos informar notícias suas?

Nome: _____

Endereço completo: _____

Bairro: _____ Como se chega lá? _____

Telefone de contato: _____ Apelido: _____

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1- Estudou/estuda? Sim (1) Não (2)

2- Até que ano da escola completou? Série _____ Total de anos de estudo: _____

3- Estado civil:

Solteira (1) Casada (2) Mora com companheiro (3) Divorciada (4) Viúva (5) Separada (6)

4- Situação de emprego: Sim (1) Não (2) 5- Última profissão exercida: _____ NSA

6- Cor da sua pele:

Amarela (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Indígena (5) Não sabe

7- Já fumou? Sim (1) Não (2) Período (meses): _____ NSA

8- Fuma/fumou na gravidez? Sim (1) Não (2) Período (meses): _____ NSA

9- Bebida alcoólica? Sim (1) Não (2)

10- Bebeu na gestação? Sim (1) Não (2) Período (meses): _____ NSA

11- Está praticando regularmente alguma atividade física? Sim (1) Não (2)

12- Qual é a sua religião?

Católica(1) Protestante (2) Espírita(3) Religiões brasileiras(4) Sem religião(5) Outras(6) Não Sabe

13- Raça/cor do companheiro: Amarela (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Indígena (5) Não sabe

14- Ocupação/profissão do companheiro: _____

15- Renda familiar: R\$ _____ SM: _____ (no momento da coleta)

16- Recebe algum auxílio ou benefício do Governo? Sim (1) Não (2)

17- Se sim, qual? _____ NSA 18- Quantas pessoas moram na sua casa? _____

POSSE DE ITENS	QUANTIDADE DE ITENS				
	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão a cores	0	1	2	3	4
2. Rádio	0	1	2	3	4
3. Banheiro (com vaso sanitário e descarga)	0	4	5	6	7
4. Automóvel (não considerar se for para uso profissional/meio de renda)	0	4	7	9	9
5. Empregada mensalista (que trabalham pelo menos cinco dias por semana)	0	3	4	4	4
6. Máquina de lavar (não considerar tanquinho, se responder assim)	0	2	2	2	2
7. DVD	0	2	2	2	2
8. Geladeira	0	4	4	4	4
9. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira)	0	2	2	2	2
Grau de instrução da pessoa com maior renda					
Analfabeto/primário incompleto/Até 3ª série do ensino fundamental	0				
Primário completo/Ginasial incompleto/Até 4ª série do ensino fundamental	1				
Ginasial completo/Colegial incompleto/Fundamental completo	2				
Colegial completo/Superior incompleto/Médio completo	4				
Superior completo	8				
Total de pontos: (____) Classe: _____	Classe A 35-45 Classe B 23-34 Classe C 14-22 Classe 8 -13 Classe E 0-7				

INFORMAÇÕES NUTRICIONAIS

18- Pesopré-gestacional (anotar em Kg) |____| |____| |____|, |____| Não sabe

19- Nesta USF você recebeu alguma orientação alimentar e nutricional? Sim (1) Não (2)

20- Nesta USF você recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? Sim (1) Não (2)

INFORMAÇÕES GINECOLOGICO-OBSTETRICA

21- Esta com quantas semanas gestacionais: _____ semanas (trimestre da atual gestação 1º 2º 3º)

DUM: ____/____/____ (verificar com o cartão de gestante) DPP: ____/____/____

22- Qual a sua data de nascimento? ____/____/____ 23- Qual a sua idade? _____ anos

24- Idade do pai do bebê? _____ anos Não sabe

25- Planejou esta gravidez? Sim (1) Não (2)

- 26- Estava utilizando algum método anticoncepcional? Sim (1) Não (2)
- 27- Se sim, qual? _____
- 28- Quantas vezes ficou grávida? _____
- 29- Já teve algum aborto? Sim (1) Não (2) Quantos? _____
- 30- Teve hemorragia no último aborto? Sim (1) Não (2) NSA
- 31- Tomou transfusão de sangue no último aborto? Sim (1) Não (2) NSA
- 32- Quantos filhos nasceram? (vivos e mortos) _____ filhos NSA
- 33- Número de partos: _____ vaginais _____ cesarianas NSA
- 34- Idade do último filho: Menos de dois anos (1) Mais de dois anos (2) NSA
- 35- Você amamentou o último bebê? Sim (1) Não (2) NSA
- 36- Algum dos seus filhos teve problemas respiratórios? Sim (1) Não (2) NSA
- 37- Algum nasceu com menos de 2,500g? Sim (1) Não (2) NSA
- 38- Algum filho nasceu prematuro? Sim (1) Não (2) NSA
- 39- Teve alguma gestação gemelar? Sim (1) Não (2) NSA
- 40- Fez as consultas depois do parto? Sim (1) Não (2) NSA
- 41- Tomou vitamina A na alta hospitalar do último parto? Sim (1) Não (2) NSA
- 42- Teve alguma hemorragia no último parto? Sim (1) Não (2) NSA
- 43- Recebeu algum sangue no último parto? (transfusão de sangue) Sim (1) Não (2) NSA
- 44- Teve anemia na última gravidez? Sim (1) Não (2) NSA
- 45- Se sim, fez tratamento? Sim (1) Não (2) NSA
- 46- Com quantos meses de gravidez fez a 1ª consulta? _____ NSA
- 47- Realizou quantas consultas de pré-natal nesta gestação? _____ 48- Realizou alguma USG? Sim (1) Não (2)
- 49- Primeira USG 1º 2º 3º Trimestre (____ semanas ____ dias) NSA
- 50- Tem algum problema de saúde? Sim (1) Não (2) Qual? _____
- 51- Precisou ficar internada por algum problema de saúde? Sim (1) Não (2)
- 52- Nesta gestação, você está com algum sintoma/queixa? Sim (1) Não (2)
- Náuseas/enjoo (1) Vômitos (2) Dor (3) Febre (4) Gases (5) Azia (6) Inflamação (7)
- Prisão de ventre (8) Dor de cabeça (9) Cólica abdominal (10) Diarreia (11) Falta de apetite (11) Outras (12)
- 53- Se outras, quais? _____ NSA
- 54- Como tem sido a sua saúde nos últimos 15 dias? Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito Ruim (5)
- 55- Está tomando alguma vitamina? Sim (1) Não (2) Qual? _____

56- Tomou a vacina Antitetânica? Sim (1) Não (2)

57- Se sim, quantas doses? Primeira (1) Segunda (2) Terceira (3) Reforço (4) NSA

INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE BUCAL

58- Com que frequência escova seus dentes?

Não escova (0) Uma vez ao dia (1) Duas vezes ao dia (2) Três ou mais vezes ao dia (3)

59- Costuma usar fio dental diariamente? Sim (1) Não (2)

60- Quando foi a sua última consulta ao dentista?

Nunca foi ao dentista (0) Menos de um ano (1) De 1 a 2 anos (2) 3 ou mais anos (3)

61- Onde?

NSA Serviço público (1) Serviço privado particular (2) Serviço privado (planos e convênios) (3)

Serviço filantrópico (4) Outros (5)

62- Motivo da ultima consulta:

NSA consulta de rotina/reparos/manutenção (1) Dor (2) () Dentes () Gengivas Sangramento gengival (3)

Cavidade nos dentes (4) Feridas, caroços ou manchas na boca (4) Outros (6)

63- O quanto de dor seus dentes e gengivas lhe causaram nos últimos 6 meses?

Nenhuma dor (0) Pouca dor (1) Média dor (2) Muita dor (3)

64- Considera que precisa de tratamento dentário atualmente? Sim (1) Não (2)

65- Sente-se constrangida para sorrir ou conversar por causa da aparência dos dentes? Sim (1) Não (2)

66- Recebeu orientações sobre saúde bucal na gestação? Sim (1) Não (2)

67- Quem orientou? Dentista (1) Médico (2) Enfermeiro (3) ACS (4) Familiar/amigo (5) Outros (6) NSA

EXAMES LABORATORIAIS

Exames	Data	Resultado		
Hemoglobina:				
Hematócrito: %				
Glicemia: (mg/dL)				
Exames	Data	Positivo	Não Reage	NR
HIV		1	2	3
HTLV		1	2	3
VDRL		1	2	3
Citomegalovírus		1	2	3
Toxoplasmose		1	2	3
Hepatite B (HBV)		1	2	3
Hepatite C (HBV)		1	2	3
Rubéola		1	2	3
Parasitológico de fezes		1	2	3

Especificar parasito: _____ NSA

68- Realizou outros exames: Sim (1) Não (2) Idade gestacional: _____ NSA

INFORMAÇÕES MEDICAMENTOSAS

69- Você estava usando algum remédio, **antes da gravidez**? Sim (1) Não (2)

70- Qual? _____ 71- Para que usou este medicamento? _____

72- Quem indicou o medicamento?

Farmacêutico (1) Balconista (2) Parente, amigo, vizinho (3) Conta própria (4) Propaganda (5)

Enfermeiro (6) Dentista (7) Outro (8) NSA (9) Médico (10)

73- Você está usando algum remédio, **nesta gravidez**? Sim (1) Não (2)

74- Qual? _____ 75- Para que usou este medicamento? _____

76- Quem indicou o medicamento?

Farmacêutico (1) Balconista (2) Parente, amigo, vizinho (3) Conta própria (4)

Propaganda (rádio, tv, revista) (5) Enfermeiro (6) Dentista (7) Outro (8) NSA (9) Médico (10)

ANTROPOMETRIA

77- Peso: _____ 78- Peso do cartão da gestante: _____

79- Altura: _____ 80- Altura do cartão do gestante: _____

81 - Índice de Atalah: _____

APÊNDICE C – DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Nascido Vivo

I	1 Nome do Recém-nascido
	Data e hora do nascimento 2 Data _____ Hora _____ 3 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
	4 Peso ao nascer _____ em gramas 5 Índice de Apgar _____ 1º minuto _____ 5º minuto 6 Detectada alguma anomalia ou defeito congênito? <small>Caso afirmativo, usar o bloco anomalia congênita para descrevê-las</small> 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
II	Local da ocorrência 7 Local da ocorrência Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 9 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Outros
	8 Estabelecimento _____ Código CNES _____ 9 Endereço da ocorrência, se fora do estab. ou da resid. da Mãe (rua, praça, avenida, etc) _____ Número _____ Complemento _____ CEP _____
	10 Bairro/Distrito _____ Código _____ 11 Município de ocorrência _____ Código _____ 12 UF _____
III	13 Nome da Mãe _____ 14 Cartão SUS _____
	Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado Série _____ 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 9
	15 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada/desempregada) _____ Código CBO 2002 _____
	16 Data nascimento da Mãe _____ 17 Idade (anos) _____ 18 Naturalidade da Mãe _____ <small>Município / UF (se estrangeiro informar País)</small>
	19 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteira 4 <input type="checkbox"/> Separada judicialmente/divorciada 2 <input type="checkbox"/> Casada 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúva 9 <input type="checkbox"/> Ignorada
20 Raça / Cor da Mãe 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	
IV	21 Residência da Mãe _____ Número _____ Complemento _____ 22 CEP _____ 23 Bairro/Distrito _____ Código _____ 24 Município _____ Código _____ 25 UF _____
	26 Nome do Pai _____ 27 Idade do Pai _____
	Gestações anteriores 28 Histórico gestacional • Nº gestações anteriores _____ • Nº de partos vaginais _____ • Nº de cesáreas _____ • Nº de nascidos vivos _____ • Nº de perdas fetais / abortos _____
V	Gestação atual 29 Idade Gestacional _____ 30 Data da Última Menstruação (DUM) ____/____/____ 31 Nº de semanas de gestação, se DUM ignorada _____ Método utilizado para estimar 1 <input type="checkbox"/> Exame Físico 2 <input type="checkbox"/> Outro método 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	32 Número de consultas de pré-natal _____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado 33 Mês de gestação em que iniciou o pré-natal _____ 99 <input type="checkbox"/> Ignorado 34 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla ou mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	Parto 35 Apresentação 1 <input type="checkbox"/> Cefálica 2 <input type="checkbox"/> Pélvica ou Podálica 3 <input type="checkbox"/> Transversal 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 36 O Trabalho de parto foi induzido? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
	37 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 38 Cesáreo ocorreu antes do trabalho de parto iniciar? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não se aplica 9 <input type="checkbox"/> Ignorado 39 Nascimento assistido por 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeira/Costeira 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado
VI	40 Descrever todas as anomalias ou defeitos congênitos observados _____ _____ _____
	41 Anomalia congênita
VII	42 Data do preenchimento _____ 43 Nome do responsável pelo preenchimento _____ 44 Função 1 <input type="checkbox"/> Médico 2 <input type="checkbox"/> Enfermeiro 3 <input type="checkbox"/> Parteira 4 <input type="checkbox"/> Func. Cartório 5 <input type="checkbox"/> Outros (descrever)
	45 Tipo documento 1 <input type="checkbox"/> CNES 2 <input type="checkbox"/> CRM 3 <input type="checkbox"/> COREN 4 <input type="checkbox"/> RG 5 <input type="checkbox"/> CPF 46 Nº do documento _____ 47 Órgão emissor _____
VIII	48 Cartório _____ Código _____ 49 Registro _____ 50 Data _____
	51 Município _____ 52 UF _____

ATENÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O Registro de Nascimento é obrigatório por lei.
Para registrar esta criança, o pai ou responsável deverá levar este documento ao cartório de registro civil.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Universitária, S/N – Módulo I – 44.031-460 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 3161-8067 Fax: (75) 224-8019 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 07 de março de 2012
Of. CEP-UEFS nº 30/2012

Senhor (a) Pesquisador (a): Prof. Simone Selxas


Tenho satisfação em informar-lhe que o seu Projeto de Pesquisa intitulado **“Estado nutricional e condição bucal de gestantes usuárias de serviços públicos de saúde na perspectiva do SUS”**, registrado neste CEP sob protocolo nº 169/2011 (CAAE nº 0176.0.059.000-11), foi apreciado pelos membros do CEP-UEFS e satisfaz às exigências da Res. 196/96. Assim, seu projeto foi **Aprovado**, podendo ser iniciada a coleta de dados com os Sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a* – Res. 196/96.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (07/03/2013) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Profª Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP/UEFS