

CONSULTAS DE PRÉ-NATAL E PESO DO RECÉM-NASCIDO: UM ESTUDO DOS ATENDIMENTOS DE UMA MATERNIDADE-ESCOLA

PRE-NATAL CONSULTATIONS OF AND NEWBORN WEIGHT: A STUDY OF THE CARE AT A SCHOOL MATERNITY

CONSULTAS DE PRE-NATAL Y PESO DEL RECIÉN NACIDO: UN ESTUDIO DE LAS ASISTENCIAS DE UNA MATERNIDAD-ESCUELA

Terezinha Soares Biscegli*, Mariana Penitenti Oliveira**, Lúvia de Oliveira Cavallini**, Nina Pires de Lemos**, Vitória Guandalini Santos**

Resumo

Introdução: Vários estudos têm mostrado o efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde do recém-nascido (RN), contribuindo para uma menor incidência de baixo peso ao nascer. O controle pré-natal, segundo o Ministério da Saúde, deve ter início precoce e um número mínimo de consultas. **Objetivos:** Investigar a prevalência de bebês nascidos com baixo peso (PIG) e o número de consultas maternas no período pré-natal; verificar se existe correlação entre estes parâmetros. **Material e Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, descritivo. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário aplicado a 200 mulheres que deram à luz em um hospital-escola do interior paulista, de junho a novembro/2017. O questionário continha dados pessoais e questões sobre o pré-natal. Os dados do RN foram levantados de prontuários e foram classificados em Pequeno, Adequado e Grande para a idade gestacional (PIG, AIG e GIG). **Resultados:** A média de idade das participantes foi 25,9±6,1 anos, sendo que 52,7% delas tinham cursado o ensino fundamental, 60,7% trabalhavam como empregada doméstica e 81,2% viviam em situação marital. Das participantes, 99,1% referiram ter feito em média 8,4±2,4 consultas de pré-natal, sendo que 90,2% fizeram no mínimo 6. Das entrevistadas, 90,2% iniciaram as consultas no 1º trimestre de gestação. A prevalência de RN PIG foi 12%, com maior incidência no grupo que fez menos de 6 consultas (22,3%), quando comparado com o que fez no mínimo 6 (10,7%), sem significância estatística. **Conclusão:** Não houve associação significativa entre a prevalência de PIG e o número de consultas de acompanhamento pré-natal.

Palavras-chave: Gestação. Recém-nascido. Cuidado pré-natal. Epidemiologia. Baixo peso ao nascer.

Abstract

Introduction: Several studies have shown the protective effect of prenatal follow-up on newborn (NB) health, contributing to a lower incidence of low birth weight. Prenatal control, according to the Health Ministry, should begin early and have a minimum consultations number. **Objectives:** To investigate the prevalence of birth low weight babies (SGA) and the number of maternal consultations during the prenatal period; to check for any correlation between these parameters. **Material and Methods:** It was a cross-sectional, quantitative, descriptive study. The data collection was performed through a questionnaire applied to 200 women who gave birth in a school hospital of São Paulo countryside, from June to November 2017. The questionnaire contained personal data and questions about prenatal care. NB data were collected from medical records, and were classified as Small, Adequate and Large for gestational age (SGA, AGA and LGA). **Results:** The participants average age was 25.9 ± 6.1 years, 52.7% of them had attended elementary school, 60.7% worked as a domestic worker and 81.2% lived in a marital situation. 99.1% of the participants reported having performed an average of 8.4 ± 2.4 prenatal consultations and 90.2% of them performed at least 6. 90.2% of the interviewees started consultations in the first trimester of gestation. The prevalence of SGA newborns was 12%, with a higher incidence in the group that had less than 6 consultations (22.3%), when compared to that of at least 6 (10.7%), with no statistical significance. **Conclusion:** There was no significant association between the prevalence of SGA and the number of prenatal follow-up visits.

Keywords: Gestation. Newborn. Prenatal care. Epidemiology. Low weight at birth.

Resumen

Introducción: Varios estudios han mostrado el efecto protector del seguimiento prenatal sobre la salud del recién nacido (RN), contribuyendo a una menor incidencia de bajo peso al nacer. El control prenatal, según el Ministerio de Salud, debe tener inicio precoz y un número mínimo de consultas. **Objetivos:** Investigar la prevalencia de bebés nacidos con bajo peso (PIG) y el número de consultas maternas en el período prenatal; comprobar si existe correlación entre estos parámetros. **Material y Métodos:** estudio transversal, cuantitativo, descriptivo. La recolección de datos fue realizada por medio de un cuestionario aplicado a 200 mujeres que dieron la luz en un hospital escuela del interior paulista, de junio-noviembre / 2017. El cuestionario contenía datos personales y preguntas sobre el prenatal. Los datos del RN fueron levantados de los prontuarios, y se clasificaron en Pequeño, Adequado y Grande para la edad gestacional (PIG, AIG y GIG). **Resultados:** El promedio de edad de las participantes fue 25,9 ± 6,1 años, siendo que 52,7% de ellas habían cursado la enseñanza fundamental, el 60,7% trabajaba como empleada doméstica y el 81,2% vivían en situación marital. De las participantes, el 99,1% indicó haber hecho en promedio 8,4 ± 2,4 consultas de prenatal, siendo que el 90,2% hizo al menos 6. De las entrevistadas, el 90,2% inició las consultas en el primer trimestre de el embarazo. La prevalencia de RN PIG fue 12%, con mayor incidencia en el grupo que hizo menos de 6 consultas (22,3%), cuando comparado con lo que hizo al menos 6 (10,7%), sin significancia estadística. **Conclusión:** No hubo asociación significativa entre la prevalencia de PIG y el número de consultas de seguimiento prenatal.

Palabras clave: Gestación. Recién nacido. Cuidado Pre-Natal. Epidemiología. Bajo peso al nacer.

*Pediatria, doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, professora nível I da disciplina de Puericultura e Clínica Pediátrica e coordenadora do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA). Catanduva-SP. Contato: terezinhabiscegli@yahoo.com.br

**Graduandos do curso de Medicina do Centro Universitário Padre Albino (UNIFIPA).

INTRODUÇÃO

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal, segundo o Ministério da Saúde (MS)¹ é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. Diante disso, o acompanhamento gestacional da mulher faz-se necessário a fim de prevenir ou atenuar possíveis distúrbios que poderão ocorrer tanto para a puérpera quanto para o feto ou recém-nascido (RN).

Vários estudos têm mostrado o efeito protetor do acompanhamento pré-natal sobre a saúde da gestante e do RN, contribuindo para uma menor incidência de mortalidade materna², baixo peso ao nascer³, desproporção peso/perímetro cefálico⁴ e mortalidade perinatal⁵; além dos efeitos protetores no primeiro ano de vida, quando o baixo peso ao nascer está associado ao maior risco de morbi-mortalidade infantil^{6,7}.

Mas, infelizmente, o acompanhamento pré-natal nem sempre é feito de maneira adequada, ocorrendo com frequência carência de procedimentos rotineiros e básicos, tais como recursos humanos, área física adequada, equipamentos e instrumentais mínimos, apoio laboratorial, material para registro, processamento, análise dos dados e medicamentos, o que maximiza os malefícios à mãe e ao bebê¹.

No Brasil, a cobertura da assistência pré-natal ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas e fatores relacionados às condições socioeconômicas das gestantes, como por exemplo, a escolaridade materna, renda familiar, idade da mãe, situação conjugal, categoria de atendimento, morbidade

e paridade, estão comprovadamente associados à inadequação do uso da assistência pré-natal⁸.

O controle pré-natal, segundo recomendações de organismos oficiais de saúde¹, deve ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, e deve ser observado um número mínimo de consultas. Seu sucesso depende, em grande parte, do momento em que ele se inicia e do número de consultas realizadas, sendo que este número varia de acordo com o mês de início e com intercorrências durante a gravidez. Pesquisas recentes^{9,10} que analisaram a velocidade de crescimento de lactentes nos primeiros seis meses de vida verificaram que os filhos de gestantes que realizaram menos de seis consultas no período pré-natal apresentaram menor velocidade de ganho de crescimento, provavelmente devido a menor chance de obter informações sobre os cuidados com a saúde e alimentação da criança, condições diretamente relacionadas ao crescimento infantil nos primeiros meses de vida.

Por fim, baseado na importância do tema, este estudo tem como objetivos: investigar a prevalência de bebês nascidos com baixo peso e o número de consultas maternas durante o período pré-natal; verificar se existe correlação entre estes parâmetros.

MATERIAL E MÉTODO

Estudo transversal, quantitativo, descritivo, realizado através da aplicação presencial de um questionário (Quadro 1) composto de dados pessoais das puérperas, questões relativas às consultas de pré-natal e dados do RN registrados em prontuário médico.

Quadro 1 - Questionário aplicado às mulheres que deram à luz na maternidade do Hospital Padre Albino, da cidade de Catanduva, SP, no período de junho a novembro de 2017

QUESTIONÁRIO			
Pesquisa: Consultas de pré-natal e peso do RN: um estudo dos atendimentos de uma maternidade-escola			
Dados da mãe			
Iniciais do nome:	Idade:	Estado Civil:	
Escolaridade:	Profissão:		
Pré-Natal: Sim () Não ()			
Idade gestacional do início do pré-natal (em semanas):			
Número de consultas do atendimento de pré-natal:			
Possui alguma doença grave ou crônica?	Sim ()	Não ()	Qual:
Fazia uso de alguma medicação na gestação?	Sim ()	Não ()	Qual:
Fumou durante a gravidez?	Sim ()	Não ()	
Usou alguma droga na gravidez?	Sim ()	Não ()	
Usou bebida alcoólica durante a gravidez?	Sim ()	Não ()	
Dados do bebê ao nascer			
Peso (gramas):	Idade gestacional (semanas):		

O questionário foi respondido por 200 mulheres que deram à luz na maternidade do Hospital Padre Albino (HPA), de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2017. A coleta dos dados, que demorava em média 20 minutos, foi realizada pelos acadêmicos pesquisadores, especialmente treinados para este fim.

A abordagem das entrevistadas era feita de forma individual, após esclarecimento e autorização através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídas no estudo todas as mulheres recém-paridas, internadas na maternidade do HPA e que concordaram em participar do estudo.

As variáveis maternas analisadas foram: idade; estado civil; escolaridade; profissão; número de consultas; idade gestacional do início do pré-natal; antecedentes mórbidos; uso de medicamentos, fumo, droga, álcool durante a gestação; e as variáveis do RN foram: idade gestacional e peso de nascimento.

De acordo com o peso de nascimento, os RN foram classificados em *Pequeno para a idade gestacional* (PIG), *Adequado para a idade gestacional* (AIG) e *Grande para a idade gestacional* (GIG), segundo a curva do Manual AIDPI neonatal do MS¹¹, que relaciona peso e idade gestacional.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Office Excel*. Os resultados foram expressos em número, porcentagem, média e desvio-padrão. Para comparação das variáveis foi utilizado o teste Z para Duas Proporções. Considerou-se significativo $p \leq 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/FIPA sob o parecer nº 1.644.275 e CAAE nº 57963316.8.0000.5430.

RESULTADOS

Foram sujeitos da pesquisa 200 puérperas, de 13 a 41 anos de idade, com média de idade de $25,9 \pm 6,1$ anos. Delas, 91 (45,5%) eram amasiadas, 72 (36%) casadas, 34 (17%) solteiras e 3 (1,5%) divorciadas.

Quanto à escolaridade, 74 (37%) tinham completado o ensino fundamental, 105 (52,5%) o ensino médio e 21 (10,5%) o ensino superior. A maioria, 122 (61%), trabalhava como empregada doméstica.

Das 200 entrevistadas, 199 (99,5%) referiram ter feito de 1 a 14 consultas médicas de pré-natal (em média $8,4 \pm 2,4$), sendo que a maioria, 182 (91%), fez no mínimo 6 consultas.

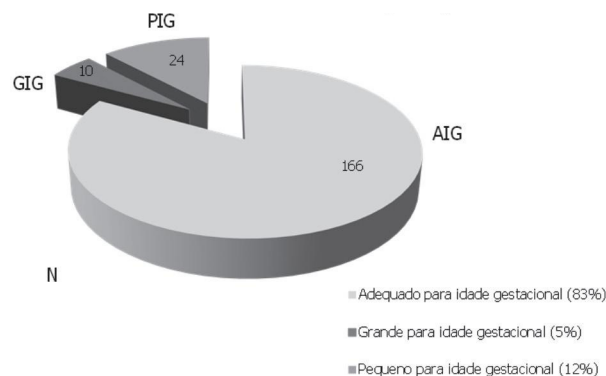
Relativo ao período de início do pré-natal, 180 (90,4%) entrevistadas iniciaram as consultas no 1º trimestre de gestação, 17 (8,5%) no segundo e 2 (1,1%) no terceiro.

Quando questionadas sobre os antecedentes mórbidos pessoais, 180 (90%) referiram não serem portadoras de doenças graves ou crônicas e 20 (10%) atestaram usar medicação de rotina prescrita por médico para controle de alguma doença, sendo as mais comuns citadas: hipertensão arterial (8 pacientes), hipotireoidismo (4) e diabetes (2). A média do número de consultas das pacientes doentes foi igual à das pacientes saudáveis ($8,4 \pm 2,4$).

Relativo aos hábitos de vida durante a gravidez, 21 (10,5%) mulheres disseram ter feito uso de cigarro, 13 (6,5%) de álcool e 01 (0,5%) de drogas ilegais. A média do número de consultas destas pacientes ($8,2 \pm 2,3$) foi semelhante à média de consultas das isentas destas dependências ($8,5 \pm 2,4$).

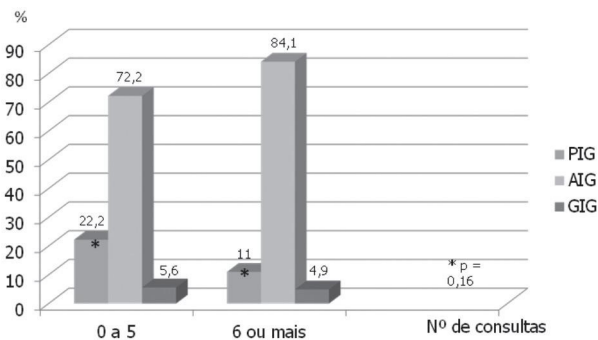
A distribuição dos RN de acordo com a classificação de peso está representada no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos bebês nascidos na maternidade do HPA, de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2017, segundo classificação de peso para idade gestacional



A distribuição dos RN segundo classificação de peso e número de consultas realizadas no pré-natal está representada no Gráfico 2, onde se observa maior incidência de PIG no grupo das gestantes que fez menos de 6 consultas, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa ($p=0,16$).

Gráfico 2 - Distribuição dos bebês nascidos na maternidade do HPA, de Catanduva-SP, no período de junho a novembro de 2017, segundo classificação de peso e número de consultas maternas de pré-natal



DISCUSSÃO

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário: construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive¹. O manual do MS¹ postula que “uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante do RN, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco”.

Ainda de acordo com o Manual¹, vem ocorrendo no Brasil um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde (SUS). Há uma maior procura pelo parto normal sedo o procedimento mais procurado no SUS por usuárias de plano de saúde. No período de 2008 a 2012, 96.223 mulheres que possuem convênio médico realizaram seus partos na rede pública. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2015, foram realizados 569.118 partos na rede credenciada, em todo o País¹².

Diante dessa situação, está clara a necessidade de melhorar a qualidade da atenção pré-natal em todo o território nacional, dando ênfase à participação social nesse processo, que deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período.

É consenso que o sucesso de um acompanhamento pré-natal depende, em grande parte, do momento em que

ele se inicia e do número de consultas realizadas, sendo que este número varia de acordo com o mês de início e com intercorrências durante a gravidez. O MS recomenda que durante o pré-natal sejam realizadas no mínimo seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre¹.

Embora estudos que utilizem época de início e número de consultas para avaliar a adequação da assistência pré-natal não forneçam informações nem sobre o conteúdo, nem sobre a continuidade e a qualidade da assistência prestada, é indiscutível que tais referências sobre este tipo de cuidado sejam importantes⁸.

A Maternidade do HPA, referência de atendimento na região noroeste do estado de São Paulo, recebe pacientes de uma microrregião composta por 19 municípios. Em 2016 realizou 2.368 atendimentos, dos quais 1.539 pelo SUS e todas as parturientes foram assistidas por equipe multiprofissional¹³. Está localizada em área independente das demais unidades do hospital e conta com Centro Obstétrico, Berçário e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal anexa à sua estrutura.

As parturientes admitidas na referida maternidade são usuárias dos mais diversos serviços de saúde, sejam públicos ou privados, tais como, centros de saúde, unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, unidades de pronto-atendimento, clínicas particulares, além de outros similares, sendo interessante ressaltar que as que realizam acompanhamento pré-natal em estabelecimentos providos pelo SUS, nem sempre são atendidas por médico especializado em ginecologia e obstetrícia.

A análise dos dados coletados pelos pesquisadores do presente estudo mostrou que a média de idade das entrevistadas foi 25,9±6,1 anos. Embora sejam realidades muito distintas, estudo retrospectivo com análise de dados remissivos em prontuários médicos de gestantes atendidas nos anos de 2009/2010 no Centro de Atenção a Saúde da Mulher e da Criança e de seus neonatos, nascidos em um Hospital de Pará de Minas-MG¹⁴, encontraram idade média semelhante (25,5±6,9 anos).

Relativo às características socioeconômicas, a presente investigação registrou que 52,5% das mães tinham completado o ensino fundamental, 61% trabalhavam como empregada doméstica e 81,5% viviam em situação marital. Estudo transversal em amostra sistemática dos nascimentos hospitalares de 2.831 puérperas do município de São Luís,

MA, observou que 39,6% das mães tinham mais de 9 anos de estudo, 42,2% entre 5 e 8 anos e 18,2% menos de 4 anos e 75,6% delas tinham companheiro fixo⁸. Pesquisa abrangente¹⁵, que avaliou dados de Declarações de Nascidos Vivos (DNVs) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), correspondentes a 14.443 partos de mulheres residentes em Campinas, ocorridos no próprio município em 2001, constatou que 60,3% das mães não tinham ocupação fora do lar, 64,3% apresentavam situação conjugal regular, 37,6% referiram escolaridade materna de até 7 anos, 47,1% de 8 a 11 anos e 15,3% de mais de 12.

Sobre o acompanhamento do período pré-natal, 99,5% das entrevistadas fizeram em média 8,4±2,4 consultas médicas; 91% fizeram no mínimo 6 consultas e 90,4% iniciaram o atendimento entre a 4ª e a 12ª semana de gestação. Relevante estudo já citado anteriormente¹⁵ mostrou que 77% das investigadas haviam realizado sete ou mais atendimentos médicos de pré-natal. Já um estudo transversal de base populacional realizado em 2011¹⁶, envolvendo 384 parturientes atendidas em uma maternidade pública localizada na região Centro Sul da cidade de Manaus-AM, verificou taxa menor de gestantes que se submeteram a número superior a seis consultas de pré-natal (62,0%). Outra pesquisa, também já referida¹⁴, verificou média de 9,4±2,1 consultas, valor este semelhante ao de um estudo realizado em Goiânia-GO, cujo objetivo foi identificar diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes e que observou média de nove atendimentos de pré-natal, sendo que as mães com maior poder aquisitivo realizaram maior número de consultas¹⁷.

No alusivo às características do peso do RN, a pesquisa atual detectou prevalência de 12% de RN PIG. Estudo epidemiológico observacional, com delineamento seccional desenvolvido num Hospital Regional da Grande Florianópolis, em Santa Catarina, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2009, que analisou RN de mães adolescentes, verificou menor prevalência de baixo peso ao nascer (6,1%)¹⁸. Já outra pesquisa, previamente comentada¹⁴, verificou prevalência maior (21,9%). Entretanto, vale a pena comentar que os critérios para classificação do peso do RN foram diferentes nos três estudos.

A análise concomitante do número de consultas de pré-natal e da prevalência de bebês nascidos com peso baixo para a idade gestacional evidenciou que mães que realizaram no máximo cinco consultas, tiveram maior prevalência de

PIG (22,2%) quando comparadas às que realizaram 6 ou mais consultas (11%), embora este número não tenha sido estatisticamente significante. Pesquisa anteriormente citada¹⁶ também revelou que o menor número de consultas realizadas no pré-natal (5,6 ± 2,5) apresentou relação estatisticamente significativa na determinação de baixo peso ao nascer. Outro autor previamente referido¹⁸, de maneira semelhante a presente investigação mostraram que as adolescentes gestantes que realizaram cinco consultas ou menos de pré-natal apresentaram uma prevalência 4 vezes maior de RN com baixo peso ao nascer, quando comparadas às adolescentes que realizaram 6 ou mais atendimentos, evidenciando que o número de consultas de pré-natal representou fator modificável no impacto significativo de baixo peso de bebês de mães adolescentes. Estudo recente¹⁹, de corte transversal, que analisou 4.260 prontuários de uma base de dados de gestantes de uma maternidade pública na cidade de Joinville-SC, no período de setembro de 2014 a agosto de 2015, observou que 6,2% das gestantes realizaram 6 consultas ou menos durante o período pré-natal e 93,7% 7 consultas ou mais, concluindo que um menor número de consultas leva não só à maior chance de ocorrência de baixo peso ao nascer, como também de prematuridade e óbito perinatal. Investigação retrospectiva, realizada em 260 prontuários de mulheres de uma instituição hospitalar de Porto Alegre-RS²⁰, que realizaram consulta de pré-natal e parto na instituição, evidenciou maior ocorrência de partos prematuros e de bebês com peso inferior a 2500g entre as mulheres com menos de 6 consultas.

Quanto à data de início da primeira consulta de pré-natal, verificou-se que a maior parte das participantes (90,4%) deste estudo iniciaram o atendimento entre a 4ª e a 8ª semana de gestação. De acordo com Nagahama e Santiago²¹, o momento da primeira consulta pré-natal, bem como a frequência das demais visitas, são usualmente referidos como elementos contribuintes na queda das taxas de morbimortalidade perinatal, uma vez que o aumento no número destas consultas é inversamente proporcional às taxas de mecônio no líquido amniótico, aos índices de Apgar menores que 7, à frequência de natimortalidade e à incidência de nascimentos pré-termo e baixo peso ao nascer.

Outro aspecto relevante, além da quantidade de consultas de pré-natal e da data de início do acompanhamento, refere-se à qualidade destas consultas, que devem obedecer a um protocolo bastante específico¹.

Estudo transversal desenvolvido em cinco maternidades de Pelotas-RS, destaca que a associação entre baixa qualidade do pré-natal e nascimento de crianças PIG foi observada mesmo após o controle do número de consultas, demonstrando a importância não apenas da quantidade, como também a necessidade de se buscar um aumento na qualidade do referido acompanhamento²². A qualidade das consultas não foi alvo de nossa investigação.

A análise dos dados referentes aos hábitos de vida do universo estudado revelou que 10,5% das mulheres disseram ter feito uso de cigarro, 6,5% de álcool e 0,5% de drogas ilegais. Pesquisa realizada em cinco maternidades de Pelotas-RS, que analisou o perfil de 1.082 puérperas, concluiu que o tabagismo materno foi um dos principais fatores de risco para PIG²². Como é fato popularmente conhecido que o uso de cigarro ou bebidas alcoólicas durante a gravidez pode interferir no desenvolvimento e crescimento do feto, levando ao nascimento de crianças de baixo peso^{23,24}, importante que as gestantes se preocupem com os futuros rebentos e, conseqüentemente, procurem atendimento médico mais vezes, aumentando o número de consultas no período que antecede o nascimento. Entretanto, a média do número de consultas das pacientes usuárias (8,2±2,3) foi semelhante à média de consultas das isentas de dependências (8,5±2,4). Embora um grande número de artigos da literatura específica comprove os danos ao feto causados por dependência à drogas²¹⁻²³, um estudo epidemiológico observacional desenvolvido num Hospital Regional da Grande Florianópolis,

em Santa Catarina, nos anos de 2008 e 2009, de forma divergente, não constatou associação entre baixo peso ao nascer e consumo de drogas e álcool, o que pode ser explicado pela baixa casuística do mesmo¹⁷.

CONCLUSÃO

A prevalência de bebês nascidos com baixo peso e o número de consultas maternas de acompanhamento pré-natal foi compatível com os valores descritos em literatura específica e não houve associação significativa entre os dois parâmetros.

Os resultados observados auxiliaram no conhecimento epidemiológico da população atendida no HPA de Catanduva-SP e sugerem que seria benéfico desenvolver ações de sensibilização e orientação à população em geral, a fim de aumentar o número de gestantes acompanhadas pela rede de serviços de saúde, tornar mais precoce o início da assistência pré-natal e ampliar a frequência de consultas. Nesse processo, os profissionais de saúde, com apoio da família e da sociedade, deveriam representar um papel importante no incentivo à prática de um acompanhamento adequado de pré-natal, minimizando as complicações maternas e os riscos para o desenvolvimento dos recém-nascidos.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). 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, DF: Ministério da Saúde; 2006.
2. Calderon IMP, Cecatti JG, Veja CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2006; 28(5):310-5.
3. Kilsztajn S, Rossbach AC, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(3):303-10.
4. Gonçalves FCLSP, Lira PIC, Eickmann SH, Lima MC. Razão peso/perímetro cefálico ao nascer na avaliação do crescimento fetal. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(9):1995-2004.
5. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):759-72.
6. Donovan EF, Perlstein PH, Atherton HD, Kotagal UR. Prenatal care and infant emergency department use. *Pediatr Emerg Care*. 2000; 16:156-9.
7. Aswhorth A. Effects of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children. *Eur J Clin Nutr*. 1998; 52(supl. 1):S34-42.
8. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(4):456-62.
9. Vieira SA. Influência das velocidades de ganho de peso e comprimento nos primeiros seis meses de vida no estado nutricional, composição corporal e perfil lipídico de crianças de 4 a 7 anos de idade. [Dissertação]. Viçosa, MG: Universidade Federal de Viçosa; 2012.
10. Vieira SA, Magalhães TCA, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR. Fatores associados às velocidades de ganho de peso e de comprimento nos primeiros seis meses de vida. *Cad Saúde Colet*. 2015; 23(3):309-15.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. 3ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Atualização das taxas de partos na saúde suplementar. [Internet]. [citado em 20 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3324-atualizacao-das-taxas-de-partos-na-saude-suplementar>
13. Fundação Padre Albino de Catanduva. Relatório de atividades 2016. Maternidade. Catanduva, SP; 2016.

14. Eleuterio BM, Araujo GLO, Silveira LP, Anastacio LR. Perfil nutricional materno e estado nutricional neonatal, na cidade de Pará de Minas-MG. *Rev Med Minas Gerais*. 2013; 23(3):311-17.
15. Antonio MARGM, Zanolli ML, Carniel EF, Morcillo AM. Fatores associados ao peso insuficiente ao nascimento. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(2):153-7.
16. Freire JL. Determinantes do baixo peso ao nascer em parturientes atendidas em uma maternidade pública de Manaus, AM-2011. [Dissertação]. Manaus, AM: Universidade Federal do Amazonas; 2015.
17. Rodovalho JC, Braga AKP, Formiga CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia/GO. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2012 [citado em 20 nov. 2017];14(1):122-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a14.htm>
18. Rojas PFB, Carminatti APS, Siqueira LFM, Francisco CC. Fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência. *Arq Catarin Med*. 2012; 41(2):64-9.
19. Nascimento IB, Pacheco VC, Souza MLR, Pinheiro EB, Silva TR, Fleig R, et al. Assistência pré-natal e resultado perinatal. *Rev Bras Promoç Saúde [Internet]*. 2017 [citado em 18 jun. 2017]; 30(2):187-94. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5953/0>
20. Meller TC, Santos LC. A Influência do estado nutricional da gestante na saúde do recém-nascido. *R Bras Cienc Saúde*. 2009; 13(1):33-40.
21. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(1):173-9.
22. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(1):24-9.
23. Nakamura MU, Alexandre SM, Santos KJFK, Souza E, Sass N, Auritscher BAP, et al. Obstetric and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy. *São Paulo Med J*. 2004; 122(3):94-8.
24. Utogawa CY, Souza RA, Silva COM, Silva MO. Tabagismo e gravidez: repercussões no desenvolvimento fetal. *Cadernos UniFOA*, 2007; 2(4):97:103.