Baixo peso ao nascer de recém-nascidos de adolescentes das capitais do nordeste brasileiro

Low birth weight in newborns of adolescent mothers in the state capitals of the brazilian northeast region

Shirley Suely Soares Veras Maciel[1], Larissa Paula Machado Lins[2], Wamberto Vieira Maciel[3], Laurena de Vasconcelos Sobral[4], Wilza Jéssica Alves Cavalcanti[5]

RESUMO

Introdução: O baixo peso ao nascer tem grande importância epidemiológica, visto que é indicador isolado mais significante da morbimortalidade infantil. O estudo objetivou identificar os fatores de risco associados à gravidez na adolescência como determinantes do Baixo Peso ao Nascer (BPN) nas capitais da região Nordeste. **Métodos:** O estudo epidemiológico foi do tipo transversal, foram coletados dados de 15670 Declarações de Nascidos Vivos (DN) através do banco de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) no período de 2006 a 2010, nas capitais nordestinas, identificando a prevalência e avaliando os fatores de risco para BPN. **Resultados:** A prevalência do BPN foi de 16,5% entre as adolescentes estudadas, tendo risco maior para BPN os filhos de adolescentes mais jovens 10-14 anos (OR: 1,56), solteiras (OR: 1,25), sem nenhuma consulta pré-natal realizada (OR: 4,57) e neonatos portadores de anomalia congênita (OR: 3,29). O nascimento pré-termo apresentou-se como desfecho de maior risco (OR: 27,86) entre 32 e 36 semanas a atingir razão mais expressiva entre os nascidos de 22 a 27 semanas (OR: 362,77). **Conclusão:** O risco para nascimentos de baixo peso foi maior em mães mais jovens, solteiras, que não realizaram consulta pré-natal com parto pré-termo. É evidente que o correto preenchimento e utilização fornecem subsídios para obtenção de diagnóstico de saúde e, consequentemente, possíveis implementações de estratégias que reduzam a prevalência de nascimento de baixo peso em filhos de adolescentes, além de ações que permitam avaliação e melhoria da qualidade de vida do binômio mãe adolescente e filho.

UNITERMOS: Epidemiologia, Enfermagem, Gravidez na Adolescência, Baixo Peso ao Nascer, Prematuridade.

ABSTRACT

Introduction: *Low birth weight is of great epidemiological importance, considering that it is the most significant single indicator of infant morbidity and mortality. This study aimed to identify risk factors associated with teenage pregnancy as determinants of low birth weight (LBW) in the state capitals of the northeast region.* ***Methods:*** *In this cross-sectional epidemiological study, data of 15,670 live births (LB) certificates were collected from the Live Births Information System (SINASC) database for the 2006-2010 period in the Brazilian northeast capitals, in order to identify the prevalence and risk factors for LBW.* ***Results:*** *The general prevalence of LBW was 16.5%, with higher LBW risk for children of adolescents who were younger (10-14 years of age, OR: 1.56), unmarried (OR: 1.25), without prenatal care (OR: 4.57), and for neonates with congenital anomalies (OR: 3.29). Preterm birth was found to be an outcome of increased risk (OR: 27.86) between 32 to 36 weeks gestational age, achieving a more significant ratio among those born with 22-27 weeks (OR: 362.77).* ***Conclusion:*** *The risk for low birth weight was higher in younger single mothers who did not have pre-natal care and with preterm childbirth.*

KEYWORDS: Epidemiology, Nursing, Teen Pregnancy, Low Birth Weight, Prematurity.

[1] Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco (UPE). Professora da Faculdade do Vale do Ipojuca (FAVIP), Caruaru, PE.
[2] Enfermeira no Hospital Maria José Monteiro, Rio Formoso, PE.
[3] Doutor em Odontologia pela UPE. Professor da FAVIP e da Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES), Caruaru, PE.
[4] Especialista em Enfermagem do Trabalho. Responsável técnica pelo Centro de Especialidade Odontológica e Centro de Material e Esterilização da Faculdade ASCES, Caruaru, PE.
[5] Enfermeira graduada pela FAVIP/DeVry, Caruaru, PE.

INTRODUÇÃO

O crescimento e o desenvolvimento são etapas fundamentais na vida de todo ser humano, e na adolescência trazem consigo complexidades que merecem determinada atenção, principalmente de pesquisadores da área de saúde por ser a adolescência uma fase de transição da infância para a idade adulta (1). Traduz também a necessidade de reavaliar os objetivos e métodos abordados entre os profissionais e familiares envolvidos (2), visto que a precocidade da atividade sexual e gestação é um fator cada vez mais observado entre os usuários dos Sistemas de Saúde.

A gravidez no período da adolescência está relacionada a sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas (3). Pesquisadores revelam que, dentre os desfechos que mais se relacionam a tal fator, a prematuridade e a baixa adesão às consultas de pré-natal estão entre as mais associadas (3, 4, 5). Visto tais resultados, é necessário destacar a importância da adoção de políticas que visem à orientação da importância de consultas pré-natal com início em tempo hábil, valendo-se de profissionais qualificados em composição de uma equipe multiprofissional, responsáveis em atender adolescentes gestantes, com o intuito de minimizar riscos para a mãe e concepto (3).

Podemos observar que tanto o pré-natal insatisfatório quanto o fator socioeconômico estão fortemente associados com a gestação precoce e baixo peso ao nascer; a melhoria das condições socioeconômicas das gestantes e uma oferta de qualidade de atenção ao pré-natal são caminhos para se alcançar melhores resultados (5). Associados aos fatores socioculturais característicos da própria fase da adolescência, encontram-se alguns aspectos relacionados a possíveis complicações quanto ao parto e à criança, além da deficiência da assistência pré-natal. Há décadas que autores já citam que dados referentes à frequência de partos vaginais e cesáreos entre adolescentes são contraditórios, porém pesquisas atuais revelam ser o parto vertical o que ocorre em maior frequência, avaliam taxas menores de partos cesáreos em adolescentes quando comparadas com as outras faixas etárias (4, 6, 7).

Dentre as principais causas de óbito por complicações da gravidez, parto e puerpério, destacam-se os estados hipertensivos, as infecções puerperais, as hemorragias e os abortos, principalmente nas adolescentes que não foram assistidas no pré-natal (8), enquanto que a gravidez na adolescência estaria associada ao aumento na prevalência da prematuridade, baixo peso ao nascer, doença hipertensiva específica da gravidez e aborto. (3, 4, 9).

O interesse em aprofundar conhecimento sobre o assunto surge a partir da necessidade e escassez de informação referente a fatores relacionados ao baixo peso dos nascidos vivos de mães adolescentes nas capitais da Região Nordeste, considerando a forte associação entre gravidez na adolescência, prematuridade e baixo peso ao nascer, sendo eles interligados ao maior risco quanto à morbimortalidade neonatal e infantil. Desta forma, estudos relacionam o baixo peso ao nascer como fator isolado de grande importância na sobrevivência dos nascidos vivos, daí a importância de investigar os fatores relacionados ao baixo peso dos nascidos vivos de mães adolescentes residentes nas capitais do Nordeste, valendo-se de algumas variáveis epidemiológicas e demográficas presentes no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, com dados secundários retirados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) nas capitais do nordeste brasileiro (Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Natal, Recife, Salvador, São Luís e Teresina). Essas capitais apresentam uma população que oscila entre 570.097 (Aracaju) e 2.676.606 habitantes (Salvador).

De cada município escolhido foram estudados os nascidos vivos com baixo peso (de 500g-2499g) de mães adolescentes (10-19 anos) no período de 2006 a 2010, sendo excluídos os recém-nascidos (RNs) gemelares e aqueles nascidos com peso extremo, menor que 500g e maior que 5000g. Os dados foram coletados no site do Ministério da Saúde do Brasil, alimentado pelo SINASC, cujas informações são provenientes da Declaração de Nascidos Vivos (DNV).

Foram abordadas características maternas através de variáveis como: idade da mãe em anos, 10 a 14 anos (adolescência precoce) e 15 a 19 anos (adolescência tardia); escolaridade em anos de estudo e estado civil. Variáveis obstétricas como: consultas pré-natal, considerando o ponto de corte < seis consultas como inadequada; idade gestacional em semanas classificada como pré-termo menos de 37 semanas completas, a termo de 37 a menos de 42 semanas completas e pós-termo 42 semanas completas ou mais, e tipo de parto, cesáreo ou vaginal. Variáveis neonatais como: sexo, raça/cor do RN; presença ou não de anomalias congênitas e peso ao nascer, considerando baixo peso RNs com peso menor que 2500g, peso insuficiente de 2500 a 2999g e peso adequado acima de 3000g (10).

Para que fosse possível a associação entre os fatores de risco (variáveis maternas, obstétricas e neonatais), o peso ao nascer foi categorizado de forma dicotômica em baixo peso (<2.500g) e peso normal (≥ 2.500g).

A tabulação dos dados foi realizada usando o tabulador da internet (Tabnet) e o Programa Microsoft Excel® 2007. Para as análises dos dados tabulados, utilizaram-se o programa Epi info versão 3.5.4 e a calculadora epidemiológica Epicalc 2000 versão 1.02 (1998). Foram realizados procedimentos de distribuição de frequência para todas as variáveis categóricas. Quanto ao teste de associação entre variáveis independentes e dependentes, foram usados os testes de qui-quadrado e exato de Fischer quando indicado. Para a medida do risco, utilizou-se o cálculo da Razão de Chances ou OddsRatio (OR). Para todos os testes, foram considerados um valor de $p<0,05$ e intervalos de confiança a 95%.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do Vale do Ipojuca, sob o parecer nº 0003/2012, de 06 de junho de 2012, em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

No Brasil, no período de 2006 a 2010, foram registrados 155.106 nascimentos de filhos de mães adolescentes no período estudado, dos quais 15.670 foram de baixo peso. A Tabela 1 mostra a distribuição das variáveis relacionadas às mães adolescentes, como faixa etária em anos, grau de instrução em anos e estado civil.

Observa-se na Tabela 1 que a faixa etária das mães adolescentes foi dividida em dois grupos, para avaliar em qual o risco das mães terem recém-nascidos (RN) com BP é maior.

As adolescentes de 10 a 14 anos de idade apresentaram associação (p = 0,00) para o BPN, com OddsRatio de 1,56 vezes maior que em adolescentes de 15 a 19 anos.

A escolaridade da mãe também mostrou associação para o risco de BPN, independentemente do grau de instrução, mesmo adolescentes com grau de instrução equivalente a 12 anos ou mais apresentaram essa associação (p = 0,01), valendo salientar que houve uma diminuição de OR conforme mais instruídas as mães eram, as com 12 anos ou mais tiveram OR de 0,89 maior que mães entre oito e 11 anos de estudo, enquanto as adolescentes com nenhum ano de estudo tiveram OR de 1,52.

Em relação ao estado civil, as solteiras e em união consensual apresentaram associação positiva para o desfecho de BPN (p = 0,00; p = 0,01, respectivamente), com OR de 1,25 e 1,30 maior que as adolescentes casadas.

A Tabela 2 mostra a distribuição das variáveis relacionadas à gestação, como número de consultas pré-natal, idade gestacional em semanas e o tipo de parto.

Em relação ao número de consultas pré-natal, identificou-se que quanto maior o número de consultas no pré-natal, menor a chance de baixo peso ao nascer, as gestantes que não fizeram acompanhamento mostraram associação significativa para o BPN (p= 0,00) e razão de chance de 4,57 vezes maior em relação às que concluíram sete consultas ou mais.

Observa-se também que as mães em questão com idade gestacional (ID) de 32 a 36 semanas apresentaram risco aumentado para nascimento de criança com baixo peso, quando comparadas à idade gestacional de 37 a 41 semanas, observa-se o teste de associação com resultado significativo p=0,00 e a razão de chance foi 27,86 vezes em relação às de maior idade gestacional. Ressalta-se que para crianças nascidas com idade gestacional entre 22 e 27 semanas, a chance de baixo peso ao nascer foi 362,77 vezes maior quando comparadas às de maior idade gestacional.

Verificou-se que, para o tipo de parto, o cesáreo, quando comparado ao vaginal, apresenta teste de associação com resultado significativo (p=0,00) em seu desfecho, porém, a razão de chance para baixo peso nos partos cesáreos

Tabela 1 – Distribuição das características maternas segundo presença de baixo peso ao nascer. Nordeste, 2006 a 2010.

Variáveis Maternas	Baixo peso		*p*	OR (IC 95%)
	Presente (%)	Ausente (%)		
Faixa Etária (anos)				
10 a 14	1105 (7,1)	6483 (4,6)	0,00	1,56 (1,46-1,66)
15 a 19	14565 (92,9)	132953 (95,4)		1
Total	15670	139436		
Escolaridade (anos)				
Nenhuma	110 (0,7)	679 (0,5)	0,00	1,52 (1,23-1,87)
1 a 3	1086 (7,1)	8547 (6,2)	0,00	1,19 (1,11-1,28)
4 a 7	6967 (45,2)	59396 (43,3)	0,00	1,10 (1,06-1,14)
8 a 11	6710 (43,6)	62919 (45,9)		1
12 e mais	526 (3,4)	5554 (4,1)	0,01	0,89 (0,81-0,98)
Total	15399[1]	137095[2]		
Estado Civil				
Solteira	14054 (89,7)	122675 (88,0)	0,00	1,25 (1,18-1,33)
Casada	1236 (7,9)	13498 (9,7)		1
Viúva	11 (0,1)	106 (0,1)	0,70	1,13 (0,58-2,18)
Separada judicialmente	11 (0,1)	75 (0,1)	0,14	1,60 (0,80-3,12)
União consensual	100 (0,6)	842 (0,6)	0,01	1,30 (1,04-1,62)
Ignorado	258 (1,6)	2240 (1,6)		
Total	15670	139436		

Excluindo os casos ignorados: [1]271 e [2]2341 casos.

Tabela 2 – Distribuição das características da gestação segundo presença de baixo peso ao nascer. Nordeste, 2006 a 2010.

Variáveis obstétricas	Baixo Peso		*p*	OR (IC 95%)
	Presente	Ausente		
Consulta pré-natal				
Nenhuma	1381 (9,0)	4626 (3,4)	0,00	4,57 (4,26-4,90)
1 a 3	3999 (26,1)	18477 (13,4)	0,00	3,31 (3,15-3,48)
4 a 6	6690 (43,6)	64452 (46,9)	0,00	1,59 (1,52-1,66)
7 ou +	3260 (21,3)	49864 (36,3)		1
Total	15330[1]	137419[2]		
Idade gestacional (semanas)				
< 22	66 (0,4)	45 (0,0)	0,00	25,99 (17,50-38,65)
22 a 27	737 (4,8)	36 (0,0)	0,00	362,77 (256,63-515,14)
28 a 31	1218 (7,9)	113 (0,1)	0,00	191,00 (156,64-233,08)
32 a 36	5834 (37,8)	3710 (2,7)	0,00	27,86 (26,57-29,22)
37 a 41	7523 (48,8)	133308 (96,5)		1
> 42	44 (0,3)	908 (0,7)	0,32	0,86 (0,63-1,17)
Total	15422[3]	138120[4]		
Tipo de parto				
Vaginal	10583 (67,6)	90631 (65,1)		1
Cesário	5065 (32,4)	48573 (34,9)	0,00	0,89 (0,86-0,93)
Total	15648[5]	139204[6]		

Excluindo os casos ignorados: [1]340, [2]2017, [3]248, [4]1316, [5]22 e [6]232 casos.

Tabela 3 – Distribuição das características da criança segundo a presença de baixo peso ao nascer. Nordeste, 2006 a 2010.

Variáveis Neonatais	Baixo Peso		*p*	OR (IC 95%)
	Presente	Ausente		
Sexo				
Feminino	7305 (46,7)	71361 (51,2)	0,00	0,84 (081,0,86)
Masculino	8339 (53,3)	68038 (48,8)		1
Total	15644[1]	139399[2]		
Cor/raça				
Branca	1416 (10,8)	15931 (13,4)		1
Preta	118 (0,9)	1213 (1,0)	0,36	1,09 (0,89-1,34)
Amarela	12 (0,1)	117 (0,1)	0,63	1,15 (0,60-2,15)
Parda	11602 (88,2)	102005 (85,5)	0,00	1,28 (1,21-1,36)
Indígena	3 (0,0)	55 (0,0)	0,40	0,61 (0,15-2,04)
Total	13151[3]	119321[4]		
Presença de anomalia congênita				
Sim	367 (2,5)	1018 (0,8)	0,00	3,29 (2,91-3,72)
Não	14232 (97,5)	129967 (99,2)		1
Total	14599[5]	130985[6]		

Excluindo os casos ignorados: [1]26 casos, [2]37 casos, [3]2519 casos, [4]20115 casos, [5]1071 casos, [6]8451 casos.

apresentou-se como fator de proteção com OR 0,89 (IC 95% 0,86-0,93).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das características da criança segundo a presença de baixo peso ao nascer.

Em relação ao sexo do recém-nascido, verifica-se que houve associação significativa para o sexo feminino (p= 0,00), no entanto, sua razão de chance para BPN para o mesmo sexo apresenta-se como fator de proteção com OR 0,84 (IC 95% 0,81- 0,86).

Com a avaliação de raça/cor, tomando como referência a cor branca, observa-se que há uma significância estatística entre os recém-nascidos de cor parda (p= 0,00) para associação

com o baixo peso, apresentando uma razão de chance 1,28 (OR) vezes maior em relação aos de cor branca.

Verifica-se significância para associação com fator de risco e o BPN em neonatos portadores de anomalias congênitas (p= 0,00), apresentando razão de chance de 3,29 (OR) vezes maior quando comparadas aos não portadores.

DISCUSSÃO

O baixo peso ao nascer é de grande importância epidemiológica, sendo considerado como fator de risco importante para morbimortalidade infantil (11). Visto que crianças nascidas com BPN têm risco aumentado de morrer no primeiro ano de vida, de desenvolver enfermidades infecciosas e respiratórias e de ter atraso de crescimento e desenvolvimento, bem como estudos sugerem que essas podem, no futuro, apresentar doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, hiperlipidemia e obesidade (12). Por isso, deve ser dada uma maior atenção ao desenvolvimento de recém-nascidos de baixo peso e bebês com complicações neonatais, tais variáveis são importantes como marcadores para definir e orientar programas infantis de desenvolvimento (11).

No presente estudo, constatou-se que 62,5% dos RNs nasceram com peso adequado e 27,1% com peso insuficiente. A porcentagem de BPN foi de 16,5%, resultado que concorda com demais artigos que avaliaram a prevalência em mães mais jovens. Um estudo transversal realizado entre mães adolescentes avaliou que a prevalência de BPN no município de Rio Branco-AC foi de 14,9% (4), concordando com outras investigações que verificaram maior proporção de BPN entre RNs de mães em menor faixa etária, como em Ribeirão Preto-SP, onde verificaram 10,6% de BPN entre mães adolescentes (13), e no município de Maceió-AL, 15,6% de BPN entre essa população (14).

A prevalência de baixo peso ao nascer em mães adolescentes é o dobro da taxa observada em mães adultas (4). Porém, ainda é contraditória a influência da idade materna sobre o BPN (5). Alguns autores consideram a gravidez na adolescência fator de risco para o baixo peso, independentemente de outros fatores (4, 5, 15, 16, 17); outros dizem que a idade por si só não interfere no peso do neonato (7).

O presente estudo aponta a relação de baixo peso e a idade materna, sendo significativamente maior no grupo de menor faixa etária, adolescentes de 10 a 14 anos de idade apresentaram associação (p = 0,00) para o BPN, com Odds Ratio de 1,56 vezes maior que em adolescentes de 15 a 19 anos, corroborando com outros achados, os quais identificaram que quanto menor a idade materna, menor a média do peso dos recém-nascidos (4).

Fato também observado em pesquisa realizada em São Luís-MA, obtendo uma prevalência de BPN de 13,2% para mães menores de 18 anos e de 6,3% entre as de 18 a 19 anos (17). Verifica-se através de amostra com 7.672 (DNV), em Monte Carlos-MG, diferenças significativas entre as faixas etárias, obtendo-se prevalência de 35,2% entre as adolescentes de 10 a 14 anos para o desfecho de BPN, sendo que as mães de 15 a 19 obtiveram menor percentual 11,7% (6).

A gravidez precoce expõe riscos tanto à mãe quanto ao recém-nascido (18), estando o crescimento do índice de gravidez precoce associado às características socioeconômicas menos favorecidas (19). Estudo realizado em Santo André-SP comprova que as taxas de fecundidade entre adolescentes são mais elevadas em áreas com piores condições socioeconômicas, tendo prevalência de 35,7% para cada grupo de 1000 adolescentes e que essas áreas também concentram maior número de adolescentes com menor nível de escolaridade e de BPN (20).

Como variável socioeconômica, avaliou-se o grau de instrução da mãe, que, por sua vez, apresentou associação para o risco de BPN, havendo razões de chances maiores para as menos instruídas, corroborando com outros autores que afirmaram que a maioria das mães de crianças nascidas com baixo peso havia frequentado a escola por até oito anos (11). No entanto, outros pesquisadores chamam a atenção para a desigualdade socioespacial encontrada nas cidades da Região Nordeste, sendo detectados percentuais elevados de mães com ensino fundamental incompleto (21).

Vale ressaltar que, no presente estudo, o grau de escolaridade de 12 anos e mais de estudo parece ser um fator de proteção ao BPN, sendo compatível com resultados de outros estudos, como o realizado em Itaúna-MG, que concluíram que filhos de mães com escolaridade menor que primeiro grau completo possuem 1,66 vezes mais risco de apresentarem baixo peso, e com o de Haidar, Oliveira e Nascimento, os quais também identificaram associações estatisticamente significativas entre a menor escolaridade e ocorrência de BPN, com percentuais decrescentes proporcionais aos anos de estudo (22, 23). Diferentemente do encontrado em Maringá-PR, em que a variável instrução não se mostrou associada para o desfecho BPN, sugerindo que a escolaridade pode estar relacionada ao início mais tardio do pré-natal e, consequentemente, um menor número de consultas (24).

Quanto à situação conjugal, observa-se no presente estudo que adolescentes solteiras apresentaram 1,25 vezes mais chances de parir RNs com peso inferior a 2500g quando comparadas às casadas, corroborando com os resultados encontrados (1,11 vezes) em Campinas-SP (12). Tendo em vista esse fator de risco, pesquisa realizada em Ribeirão Preto revela que apresenta maior proporção de mães solteiras entre as adolescentes mais jovens, quando comparadas ao grupo com 18 e 19 anos (8). Outros autores ressaltam que a situação conjugal é uma variável que modifica o peso ao nascer, aumentando o risco para baixo peso (25).

No presente estudo, foi observado que adolescentes que realizam um maior número de consultas tiveram menor chance de parir com baixo peso, enquanto aquelas que não realizaram nenhuma consulta tiveram 4,57 vezes mais chances em relação às que tiveram sete consultas e

mais, concordando com o estudo feito em Maringá-PR, revelando que o número de consultas inferior a seis é uma das variáveis que apresentou a maior magnitude de associação com o nascimento de RNs com baixo peso (24), embora estudo realizado no Hospital Regional de São José tenha apresentado resultados que não corroboram com essa associação (25). Um estudo realizado em Malawi, na África Oriental, com adolescentes de 10 a 19 anos também colabora com os resultados anteriores, concluindo que quanto maior o número de consultas, menor a proporção de baixo peso ao nascer (27). Um pré-natal inadequado aumenta a chance de ocorrência de baixo peso entre adolescentes de 10 a 14 anos, em relação às mães adultas, além de que quanto menor a idade da mãe, menor a procura por acompanhamento (6).

A adolescente muito jovem que se encontra grávida falha em buscar assistência pré-natal, aumentando o risco de apresentar complicações, antes e após o parto (7). O Nordeste é a segunda região do país onde ocorre o maior percentual de mães sem consultas (4,0%) e, entre os municípios brasileiros, os maiores percentuais de consultas são encontrados em mães que realizam menos de 6 consultas pré-natais, fato que ocorre em função da desigualdade sociodemográfica existente no país (21). Outros autores também identificaram a maior taxa de pré-natal na capital Aracaju-SE, sendo até 3 vezes maior quando comparada ao percentual das cidades do Interior (28).

Quanto à idade gestacional, o resultado foi significante, mostrando que adolescentes que pariram com idade de 32 a 36 semanas de gestação apresentaram 27,86 vezes mais chance de parir com baixo peso do que aquelas com maior idade gestacional (37 a 41 semanas). Essa associação se fortalece ao comparar os achados de outros artigos, como em Goiânia-GO, que apresentou 29,8 vezes mais chance, e conclui que a idade gestacional inferior a 37 semanas é um importante fator de risco para BPN (12), sendo encontrado em outro estudo razão ainda mais expressiva (34,74 vezes) em Campinas-SP (29).

Estudo no Maranhão em 2006 identificou que o desfecho prematuridade também possui associação significativa com a adolescência (OR: 1,4), ambos são importantes marcadores de BPN (3). Foi identificada essa associação de variáveis a partir de coorte realizada nos Estados Unidos entre os anos de 1995 a 2000; concluem que existe um aumento do risco de BPN e prematuridade nos grupos de mães adolescentes (9). Tendo em vista o resultado encontrado no município do Rio de Janeiro, onde foi verificado que mães mais jovens (15 - 19 anos) apresentam 1,22 vezes mais chance de ter filhos prematuros quando comparadas às mães de 20 a 24 anos (15).

O tipo de parto cesáreo em mães adolescentes quando comparado ao vaginal apresenta associação significativa (p=0,00), porém revelou fator de proteção para o BPN. Uma pesquisa revelou que o índice de parto vaginal entre adolescentes é maior que o cirúrgico (cesáreo): quanto menor é a faixa etária, maior o índice de parto vertical, chegando ao índice 80% entre as menores de 15 anos de idade (7).

Quanto às variáveis neonatais, o presente estudo revelou associação significativa entre o sexo feminino e o BPN (p=0,00); no entanto, os RNs do sexo feminino apresentam sua razão de chance para BPN como fator de proteção (OR: 0,84), outros estudos comprovam essa maior prevalência de baixo peso nos nascimentos de meninas. Houve também associação estatisticamente significante em municípios do estado de São Paulo, a pesquisa revelou que o coeficiente de prevalência do BPN entre as meninas foi 1,16 vezes maior que os meninos (30). Através de estudo realizado no banco de dados do SINASC, autores identificaram que, em Itaúna-MG, também houve um maior predomínio de BPN no sexo feminino, entretanto, não há diferença significativa RR = 1,25 (22).

Quando avaliada a raça/cor, o estudo revela que RNs pardos apresentaram significante associação com BPN com chance de 1,28 vezes maior quando comparados aos de cor branca. Outros autores também comprovam essa associação ao observar os nascidos vivos de mães adolescentes (4).

Os RNs portadores de anomalias congênitas apresentaram risco de 3,29 vezes maior de nascerem com baixo peso do que aqueles não portadores, corroborando com a pesquisa feita em Goiânia, revelando que a variável em questão se encontra estatisticamente associada ao BPN (29).

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com demais realizados no Brasil e em outros países. A utilização do banco de dados do SINASC permitiu a identificação de fatores de risco para o BPN ao se analisar variáveis biológicas e sociais da população estudada, colaborando com a obtenção da amostra e melhor avaliação do desfecho.

Revelou que o risco para nascimentos de baixo peso foi maior em mães mais jovens, solteiras e que não realizaram consulta pré-natal e nascimento pré-termo. Evidencia a importância das informações contidas na DN, sua correta utilização fornece subsídios para obtenção de um diagnóstico de saúde e, com isso, possíveis implementações de estratégias que reduzam a prevalência de nascimento de baixo peso em filhos de adolescentes, além de ações que permitam avaliação e melhoria da qualidade de vida do binômio mãe adolescente e seu filho.

Os achados do estudo em questão poderão orientar os órgãos públicos de saúde no planejamento e na execução de ações voltadas à redução do BPN, sendo necessário reaver a qualidade da assistência pré-natal de baixo risco, tornando efetiva a captação precoce das gestantes e melhor cumprimento das normas do programa SISPRENATAL, evidenciando o princípio da resolutividade proposto na legislação do SUS. A maior cobertura de consultas não deve

ser vista como marcador de qualidade, devendo objetivar o cumprimento de número de consultas proposto pelo Ministério da Saúde. Tendo em vista a significativa associação da variável assistência pré-natal com os nascimentos de baixo peso, o profissional deve implementar o cuidado de maneira qualitativa, segundo o Programa de Humanização no Pré-Natal, aproveitando os recursos oferecidos.

REFERÊNCIAS

1. Silva, LPM; Santos, LC. Gravidez na adolescência: Repercussões para sua saúde integral. Revista Eletrônica de Pesquisa, 2008; 5(5). Disponível em: http://www.unipam.edu.br/perquiere/file/file/2008_cs/artigo_Lea_Poliane.pdf.
2. Arcanjo, CM; Oliveira, MIV; Bezerra, MGA. Gravidez Em Adolescentes de Uma Unidade Municipal de Saúde em Fortaleza - Ceará. Esc Anna Nery R Enferm. Setembro, 2007; 11(3): 445-451.
3. Martins, MG; Santos, GHN; Sousa, MS; Costa, JEFB; Simões, VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. Rev Bras Ginecol Obstet. 2011; 33(11): 354-360.
4. Cunha, MA; Andrade, MQ; Tavares Neto, J. Gestação na adolescência: relação com baixo peso ao nascer. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio Branco, 2002; 24(8): 513-519.
5. Kassar, SB; Gurgel, RQ; Albuquerque, MFM; Barbieri, MA; Lima, MC. Peso ao nascer de recém-nascido de mães adolescentes comparadas com o de puérperas adultas jovens. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 2005; 3(5): 293-299.
6. Goldenberg, P; Figueiredo, MCT; Silva, RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2005; 21(4): 1077-1086.
7. Santos, GHN; Martins, MG; Sousa, MS. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; 30(5): 224-231.
8. Ribeiro, ER; Barbieri, MA; Bettiol, H; Silva, AAM. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2): 136- 142.
9. Chen, XK; Wen, SW; Fleming, N; Demissie, K; Rhoads, GG; Walker, M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. International Journal of Epidemiology, Otawa, 2006; 36(2): 368-373.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério. 2ª ed. Brasília, 2006.
11. Resegue, R; PUccini, RF; Silva, EMK. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. Med J. São Paulo, 2008; 126(1): 4-10.
12. Carniel, EF; Zanolli, ML; Antonio, MARGM; Morcillo, AM. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Revista Brasileira de Epidemiologia, Campinas, SP, 2008; 1(11): 169-179.
13. Goldani, MZ; Bettiol, H; Barbieri, MA; Tomkins, A. Maternal age, social changes, and pregnancy outcome in Ribeirão Preto, southeast Brazil, in 1978-79 and 1994. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000; 16(4): 1041-1047.
14. Kassar, SB; Lima, MC; Albuquerque, MFM; Barbieri, MA; Gurgel, RQ. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern Infant, Recife, 2006; 6(4): 397-403.
15. Gama, SGN; Szwarcwald, CL; Leal, MC; Theme Filha, MM. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. Rev Saúde Pública, São Paulo, 2001, 35(1): 74-80.
16. Nascimento, LFC. 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, Recife, 2003; 1(3): 37-42.
17. Simões, VMF; Silva, AAM; Bettiol, H; Lamy Filho, F; Tonial, SR; Mochel, EG. Características da gravidez na adolescência em São Luiz, Maranhão. Revista de saúde pública, 2003; 37(5): 559-565.
18. Steer, P. The epidemiology of preterm labour. International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2005; 112(1): 1-3.
19. Chalem, E; Mitsuhiro, SS; Ferri, CP; Barros, MCM; Guinsburg, R; Laranjeira, R. Teenage pregnancy: behavioral and sociodemographic profile of an urban Brazilian population. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007; 23(1): 177-186.
20. Duarte, CM; Nascimento, VB; Akerman, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2006; 19(4): 236-246.
21. Andrade, CLT; Szwarcwald, CL; Castilho, EA. Low birth weight in Brazil according to live birth data from the Ministry of Health, 2005. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008; 24(11): 2564-2572.
22. Guimarães, EAA; Meléndez, GV. Low birth weight determinants from the Born Alive National Surveillance System in Itaúna, Minas Gerais. Rev. bras. saúde matern. infant., Recife 2002; 2(3): 283-290.
23. Haidar, FH; Oliveira, UF; Nascimento, LFC. Maternal educational level: correlation with obstetric indicators. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001; 17(4): 1025-1029.
24. Uchimura, TT; Pelissari, DM; Uchimura, NS. Baixo peso ao nascer e fatores associados. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, RS 2008; 29(1): 33-38.
25. Rojas, PFB; Francisco, CC; Siqueira, LFM; Carminatti, APS. Fatores modificáveis associados ao baixo peso ao nascer da gravidez na adolescência. Arquivos catarinenses de medicina, Santa Catarina, abr-mar 2012; 41(2).
26. Mariotoni, GB; Barros Filho, A. Peso ao nascer e características maternas ao longo de 25 anos na Maternidade de Campinas. Jornal de Pediatria, 2000; 76(1): 55-64.
27. Brabin, L; Verhoeff, FH.; Kazembe, P; Brabin, BJ; Broadheaded, R. Improving antenatal care for pregnant adolescents in southern Malawi. Acta Obstet Gynecol Scand, Liverpool 1998; 77(4): 402-409.
28. Gurgel, RQ; Dias, IMO; França, VLA; Castañeda, DFN; Distribuição espacial do baixo peso ao nascer em Sergipe, Brasil, 1995/1998. Cad. Saúde Pública, 2005; 21(5): 1329-1337.
29. Giglio, MRP; Lamounier, JA; Morais Neto, OL; César, CC. Low birth weight in a cohort of newborns in Goiânia-Brazil in 2000. Rev Bras Ginecol Obstet. 2005; 27(3): 130-136.
30. Costa, CE; Gotlieb, SLD. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. Rev. Saúde Pública, 1998; 32(4): 328-34.

✉ Endereço para correspondência
Wilza Jéssica Alves Cavalcanti
Rua Portugal, 199
55.010-300 – Caruaru, PE – Brasil
☎ (81) 3722-7809 / (81) 9123-3077
💻 wilza_alves21@hotmail.com

Recebido: 27/6/2013 – Aprovado: 21/9/2013