

PERFIL GESTACIONAL E DE RECÉM-NASCIDOS NO MUNICÍPIO DE CAMPO MOURÃO-PR

Kesley de Oliveira Reticena

Enfermeira. Graduada pela Faculdade Integrado de Campo Mourão-PR

Luciana Conci Macedo

Mestre; Docente da Faculdade Integrado de Campo Mourão-PR; E-mail: luconci@gmail.com

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil das gestantes e seus recém-nascidos atendidos no Hospital Maternidade Santa Casa de Campo Mourão-PR, e verificar uma possível associação entre esses dados. Foi realizado um estudo quantitativo, sendo a amostra constituída por 102 puérperas e seus recém-nascidos, durante o período de fevereiro a abril do ano de 2009. Os resultados mostraram que 71,5% das puérperas estava na faixa etária de 20 a 35 anos, com média de idade de 24 anos; 78,4% tinha renda familiar de até 2 salários mínimos; e 33,3% delas concluíram o ensino médio. Os valores médios de medidas antropométricas das puérperas foram: altura 1,60 m; peso pré-gestacional: 58,7 quilogramas (kg); ganho de peso gestacional (GPG): 12,7 kg; e índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional de 22,74. Entre os recém-nascidos (RN) 84,3% teve peso ao nascer maior que 2500g; 53,9% menos de 48 centímetros (cm) de estatura; 85,2% mais que 32cm de perímetro cefálico; e 72,5% mais que 32cm de perímetro torácico. Verificou-se que quanto maior o IMC pré-gestacional maior o peso do RN; quanto maior o GPG maior o peso e a estatura do RN; e do total de mulheres que fumavam, 85,7% tiveram RN com estatura inferior a 48cm. Concluiu-se que o perfil gestacional apresenta uma possível associação com a saúde do RN; que a maioria das puérperas tinha um perfil gestacional adequado a este período, e ainda percebeu-se que os RN nasceram, de uma forma geral, aptos à sobrevivência.

PALAVRAS-CHAVE: Gestação; Perfil gestacional; Recém-nascidos.

PROFILE OF PUERPERAE AND OF RECENTLY BORN CHILDREN IN CAMPO MOURÃO PR BRAZIL

ABSTRACT: The profile of puerperae and their recently born children at the Hospital & Maternidade Santa Casa de Campo Mourão, Campo Mourão PR Brazil, was analyzed and a possible association between data was verified. A quantitative study was undertaken between February and April 2009 in which 102 puerperae and their recently born babies were analyzed. Results showed that 71.5% of puerperae were within the 20-35 age bracket, mean age 24 years; 78.4% had a family income of up to two minimum wages and 33.3% finished high school. Mean anthropometric rates of puerperae were: height: 1.60 m; pre-pregnancy weight: 58.7 kg; pregnancy weight gain (PWG): 12.7 kg; pre-pregnancy body mass index (BMI): 22.74. With regard to data on recently born children, 84.3% weighed over 2500g at birth; 53.9% were shorter than 48 cm; 85.2% had a cephalic perimeter over 32cm; 72.5% had thorax perimeter over 32cm. It was verified that the higher the PWG, the greater is the weight and the length of the baby. In the case of smoking women, 85.7%

of the recently born babies were shorter than 48cm. Results show that the puerperal profile may have an association with the health of the recently born baby; that most puerperae had an adequate profile for the period; that the babies had a general trend for survival

KEYWORDS: Pregnancy; Pregnancy profile; Recently born baby.

INTRODUÇÃO

O período de crescimento uterino é a fase em que se observa uma maior velocidade de crescimento, por isso é de vital importância para o ser humano, pois em um curto período de tempo, o zigoto apresenta várias divisões celulares, da concepção até o momento da implantação no útero (BRASIL, 2002).

Como neste período há um grande potencial de crescimento do feto, é considerável o risco de alterações (MARGOTTO, 2003). Os riscos externos de agressão ao feto, tais como má nutrição materna, tabagismo, enfermidades maternas, entre outros, são maiores e podem ter repercussões mais graves (GLUCKMAN; PINAL, 2003), e independente do genótipo, o organismo materno exerce regulação importante do tamanho atingido pelo feto (RAMOS; VAZ; CALIL, 2002).

A pobreza, a má alimentação, a falta de instrução, a marginalização social e hábitos de vida pouco saudáveis, e ainda, a ausência de assistência médica durante o pré-natal, têm tido um importante papel nos riscos à saúde do concepto (GAMA; SZWARCOWALD; LEAL, 2002) e verificou-se que os fatores socioeconômicos têm também contribuição relevante na determinação do risco de baixo peso ao nascer (RESS, 1997).

Gestantes com ganho de peso inadequado apresentam maiores riscos de gerarem RN com peso também inadequado, podendo comprometer o crescimento pós-natal, com maior probabilidade de morbidade no primeiro ano de vida (ROCHA et al., 2005). O baixo peso materno e as carências específicas

de micro-nutrientes podem resultar em baixo peso ao nascer, porém, o sobrepeso e a obesidade, trazem consequências para a saúde materna e do concepto (ASSIS et al., 2002).

Fatores psicossociais e estilo de vida podem estar associados ao maior ganho de peso semanal durante a gestação entre as gestantes com maior índice de massa corporal (IMC) inicial e pode-se associar esta ocorrência às mulheres com atitudes desfavoráveis ao ganho de peso e menor conhecimento sobre a importância de não ganhar peso excessivo durante a gravidez, quando comparada às mulheres com ganho de peso adequado ou abaixo do recomendado (STRYCHAR et al., 2000).

Achados de estudos epidemiológicos mostram que o estado antropométrico materno inadequado, tanto pré-gestacional quanto gestacional, se constitui em um problema de saúde pública, pois favorece o desenvolvimento de intercorrências gestacionais e influencia as condições de saúde do concepto e a saúde materna no período pós-parto (WHO, 1995). Deste modo, a estatura materna, assim como outras medidas antropométricas, têm sido utilizadas para avaliar os riscos de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal, neonatal e infantil e performance lactacional (FRANCESCHINI et al., 2003).

A ausência do acompanhamento pré-natal e o hábito de fumar da mãe são geralmente associados com o baixo peso ao nascer (MARIOTONI; BARROS FILHO, 1998; MONTEIRO; BENICIO; ORTIZ, 2000). Em um estudo de Gama et al., 2001, com uma amostra de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro, foi identificado que a assistência pré-natal existe como um fator de proteção, que minimiza o efeito das desigualdades socioeconômicas sobre os resultados adversos da gravidez na adolescência.

Segundo o Ministério da Saúde (2000) no Brasil, o acompanhamento e o monitoramento do ganho de peso gestacional (GPG) estão inseridos na assistência pré-natal, e preveem orientações

nutricionais voltadas às mulheres durante a gravidez até a amamentação. Desta forma, o enfermeiro pode receber a cliente para efetuar a consulta de enfermagem, com o objetivo de conhecer e intervir nos problemas de saúde da mesma.

Tendo em vista que a saúde do recém-nato é determinada por diversos fatores, e que o pré-natal constitui em uma excelente oportunidade para orientar as gestantes sobre os hábitos alimentares, é fundamental que se identifiquem quais fatores constituem risco para o conceito.

Partindo desta perspectiva, este estudo tem como ponto de partida a seguinte questão: existe uma possível associação entre o perfil das gestantes e o perfil dos recém-nascidos?

Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo conhecer o perfil das gestantes e seus recém-nascidos atendidos no Hospital Maternidade Santa Casa de Campo Mourão-PR, e verificar a associação entre esses dados.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa, que visou conhecer o perfil das puérperas e seus RN e verificar uma possível associação entre esses dados.

O público alvo da pesquisa foi composto por puérperas atendidas no Hospital Maternidade Santa Casa de Misericórdia de Campo Mourão-PR, instituição filantrópica, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), onde são realizados em média 130 partos mensais, de puérperas residentes em Campo Mourão e nos municípios vizinhos.

Foi realizado o cálculo para amostragem aleatória simples sobre variáveis categóricas, com base no número de partos mensais (130), com o qual chegou a um resultado de 98 pessoas a serem pesquisadas, porém participaram do estudo 116 puérperas, selecionadas aleatoriamente, entre todas as atendidas no período de fevereiro a abril do ano de 2009 no hospital citado acima. Dentre as 116, 14

foram excluídas. Deste modo participaram do estudo 102 puérperas. Como critério de exclusão foram considerados os casos em que o RN permanecia na unidade de terapia intensiva neonatal, devido à falta de acesso aos dados do mesmo.

As participantes foram entrevistadas em âmbito hospitalar, com consentimento livre prévio, por meio de formulários padronizados contendo dados passíveis de coleta, que incluíram informações como idade, altura, escolaridade, renda familiar, e hábitos gestacionais e de alimentação e dados do recém-nascido. O estado nutricional materno foi avaliado mediante parâmetros antropométricos e dietéticos. Foi coletada a altura materna real, e após foi classificada em igual ou inferior a 1,50m e maior que 1,50m. O IMC pré-gestacional foi calculado a partir do peso em quilogramas, dividido pelo quadrado da altura em metros (kg/m^2), referido pela puérpera. O ganho de peso gestacional (GPG) foi obtido por meio da subtração do peso pré-parto e do peso pré-gestacional. Para avaliação do RN, foram coletados o peso ao nascer, estatura, perímetro cefálico e torácico, e pontuação na escala de Apgar contidos na carteira do RN.

Após a coleta de dados, os mesmos foram analisados pelo programa computacional Epi Info 3.5.1 para Windows. Para encontrar possíveis associações foi utilizado o teste qui-quadrado, sendo consideradas positivas as associações com o p de valor menor que 5%.

Todas as participantes foram informadas sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme contempla a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996) que estabelece as diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos. O formulário utilizado foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Faculdade Integrado de Campo Mourão-PR em dezembro de 2008, com parecer número 11208.

3 RESULTADOS

Foram entrevistadas 102 puérperas. O perfil sócio demográfico (Tabela 1) mostra que 71,5% delas pertenciam à faixa etária de 20 a 35 anos; 78,4% apresentavam renda familiar de até 2 salários mínimos; e quanto à escolaridade, 33,3% delas concluíram o ensino médio, e apenas 4,9% tinha ensino superior completo.

A média de idade das puérperas entrevistadas foi de 24 anos, variando de 14 a 39 anos, sendo que 23,5% tinham menos que 20 anos.

Tabela 1 Perfil sócio demográfico das puérperas atendidas no Hospital Santa Casa de Campo Mourão de fevereiro a abril de 2009.

Variáveis sócio-demográficas	N	%
Faixa etária		
14 a 19	24	23,5
20 a 35	73	71,5
35 a 39	5	4,9
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	80	78,4
De 2 a 5 salários mínimos	21	20,5
Mais de 5 salários mínimos	1	0,9
Escolaridade		
Analfabeta	1	0,9
Ensino fundamental incompleto	21	20,5
Ensino fundamental completo	19	18,6
Ensino médio incompleto	16	15,6
Ensino médio completo	34	33,3
Superior incompleto	6	5,8
Superior completo	5	4,9

Fonte: Dados elaborados pelos autores

Os valores médios de medidas antropométricas das puérperas foram altura: 1,60m; peso pré-gestacional: 58,7kg; ganho de peso gestacional (GPG): 12,7kg; a média de IMC pré-gestacional foi de 22,74, sendo que 12 puérperas iniciaram a gestação com baixo peso; 18 com sobrepeso; 7 com obesidade e 65 eram eutróficas, seguindo a classificação da WHO (1998).

A maioria (84,3%) dos recém-nascidos teve peso ao nascer maior que 2500g, menos de 48cm de estatura, mais que 32cm de perímetro cefálico e torácico (Tabela 2).

Tabela 2 Medidas antropométricas dos recém-nascidos no Hospital Santa Casa de Campo Mourão de fevereiro a abril de 2009.

Dados Recém-nascido	N	%
Peso ao nascer		
< 2500g	16	15,6
≥2500g	86	84,3
Estatura		
<48cm	55	53,9
≥48cm	47	46,0
Perímetro cefálico		
<32cm	15	14,7
≥32cm	87	85,2
Perímetro torácico		
<32cm	28	27,4
≥32cm	74	72,5

Fonte: Dados elaborados pelos autores

Notou-se que a maioria das mulheres realizou seis consultas ou mais durante o pré-natal, totalizando 87 mulheres, mas foi verificado que quase metade das entrevistadas (48%) não recebeu informação sobre alimentação durante as consultas de pré-natal e que 37% delas não sabiam da importância da alimentação adequada durante a gestação.

Não houve relação da idade materna com o peso ao nascer dos recém-nascidos, pois das 24 mulheres na faixa etária de 14 a 19 anos, somente quatro tiveram seus RN com peso insuficiente, e esses dados não são estatisticamente significativos.

Em relação ao IMC pré-gestacional a tabela 3 mostra que quanto maior o IMC pré-gestacional maior o peso do RN. O ganho de peso gestacional também associou-se com o peso ao nascer e a estatura. Quanto maior o ganho de peso gestacional maior o peso e a estatura do RN. Na tabela 3 observa-se também que entre as mulheres que apresentaram um ganho de peso de 3 a 12 quilos a frequência de RN com peso inferior a 2500g foi de 23,1%, ao passo que as mulheres que apresentavam um ganho de peso entre 13 a 32kg a frequência de RN com baixo peso foi apenas de 8,2%. Em relação à estatura do RN, 32,7% nasceram com estatura igual ou maior a 48 cm, quando a mãe ganhou de 3 a 12kg, enquanto que entre as mulheres que tiveram um ganho de peso de

13 a 32kg, a frequência foi de 61,2%.

Não houve associação estatisticamente significativa entre o hábito de ingerir bebida alcoólica durante a gestação com o peso ao nascer. Porém, 32 mulheres tinham o hábito, e destas, seis tiveram seus filhos com baixo peso. (Tabela 3).

Em relação aos hábitos alimentares, observou-se que 41,2% das mulheres referiram ingerir frituras com pouca frequência, sendo que destas, 73,8% tiveram um ganho de peso de 3 a 14kg, e 88,1% dos RN nasceram com peso entre 2500g e 4000g, e 54,8% com estatura inferior a 48cm.

Tabela 3 Perfil gestacional associado a dados dos recém-nascidos atendidos no Hospital Santa Casa de Campo Mourão de fevereiro a abril de 2009.

Antropometria	Peso ao nascer				P	Estatura				p
	<2500 g		≥ 2500			<48cm		≥48cm		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
IMC Pré-gestacional										
15 -19	3	20	12	80	0,08	8	53,3	7	46,7	0,43
19-25	12	19	51	81	*0,04	35	55,6	28	44,4	0,43
25-38	1	4,2	23	95,8	*0,04	12	50,0	12	50,0	0,42
Ganho de peso gestacional										
3-12	12	23,1	40	76,9	*0,02	35	67,3	17	32,7	*0,00
13-32	4	8,2	45	91,8	*0,02	19	38,8	30	61,2	*0,00
Altura materna										
≤1,50cm	2	40	3	60	0,10	4	80	1	20	0,12
>1,50	14	14,7	81	85,3	0,10	49	51,6	46	48,4	0,12
Alcoolismo										
Sim	6	18,8	26	81,3	0,28	19	59,4	13	40,6	0,23
Não	10	14,3	60	85,7	0,28	36	51,4	34	48,6	0,23
Tabagismo										
Sim	4	28,6	10	71,4	0,09	12	85,7	02	14,3	*0,00
Não	12	13,6	76	86,4	0,09	43	48,9	45	51,1	*0,00

(*)Significância estatística de 5%

Em relação ao tabagismo, do total de mulheres que fumam 28,6% tiveram RN com baixo peso, enquanto que do total de mulheres que não fumam apenas 13,6% tiveram filho com peso inferior a 2500g. Apesar disso, não se encontrou uma associação entre estas variáveis. Porém foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e a estatura do RN. Do total de mulheres que fumavam 85,7% tiveram RN com estatura menor que 48 centímetros, enquanto que entre as mulheres não fumantes, esse total foi de 48,9% (Tabela 3).

Cerca de 50% das mulheres ingeriam frutas cinco vezes na semana ou mais, e destas, 62,7% tiveram um ganho de peso gestacional de 3 a 14kg, e 90,2% dos RN com peso entre 2500g e 4000g, e 52,9% com estatura entre 48cm e 53cm.

Ainda, 47 mulheres ingeriam hortaliças com uma frequência de cinco vezes na semana ou mais, sendo que destas, 61,7% ganharam entre 3 e 14kg, e 87,5% dos RN tiveram peso ao nascer de 2500g a 4000g, e 58,3% com estatura entre 48 e 53cm.

4 DISCUSSÃO

O período gestacional é uma fase importante na vida da mulher e do concepto. Mesmo com a evolução da ciência, o crescimento fetal ainda não é totalmente compreendido, mas sabe-se que está ligado a vários fatores, relacionado ao perfil gestacional (CARMO, 2006).

A média de idade apresentada na tabela 1 foi de 24 anos nas gestantes, considerada adequada para reprodução, uma vez que nesta fase se encontram os menores riscos para o desempenho fetal e obstétrico (FRANCESCHINI et al., 2003). No entanto, 23,5% apresentavam idade inferior a 20 anos, o que pode ser um fator de risco. Alguns estudos encontraram baixo peso em maior frequência em RN de mães adolescentes (GAMA et al., 2001; AQUINO-CUNHA et al., 2002), porém no presente estudo isso não foi confirmado, talvez pela limitação do tamanho da amostra.

O peso ao nascer é um importante fator determinante da sobrevivência infantil. Crianças com peso insuficiente (menor que 2500g) têm maior risco de adoecer no primeiro ano de vida, ou até mesmo vir a óbito (ROCHA et al., 2005). Em uma pesquisa realizada em quatro favelas do município de São Paulo, observou-se que as mulheres que iniciaram a gestação com baixo peso geraram crianças com médias de peso ao nascer apresentando diferenças de -60g e -300g, respectivamente, em relação aos pesos obtidos entre as eutróficas e as com sobrepeso/obesidade, porém os dados não foram significativos (FRANCESCHINI et al., 2003). No presente trabalho é observada a mesma tendência, em que houve uma associação estatisticamente significativa do IMC pré-gestacional com o peso ao nascer.

Guerra, Heyde e Mulinari, 2007, verificaram em seu estudo que a maioria das mulheres iniciou a gestação com peso adequado, e terminou a gestação com peso inadequado, e avaliaram a relação entre o GPG e o peso ao nascer, e encontraram correlação positiva e significativa, o que foi confirmado no

presente estudo, pois 65 mulheres iniciaram a gestação com IMC entre 18,5 e 25 e a maioria delas teve ganho de peso elevado, e tanto o IMC quanto o GPG tiveram associação estatisticamente significativa com o peso ao nascer.

Os mesmos autores encontraram relação da altura da gestante com peso ao nascer do recém nato. Os RN de adolescentes com altura igual ou inferior a 1,50m pesavam, em média, 295g a menos do que os nascidos de adolescentes mais altas, e segundo o Ministério da Saúde, 2000, a baixa estatura tem uma associação com a desproporção céfalo-pélvica, com a maior necessidade de partos cesarianos e com a maior ocorrência de baixo peso ao nascer. Neste trabalho não foi encontrada a mesma tendência, uma vez que os dados não foram estatisticamente significativos, pois encontramos somente seis mulheres com altura igual ou inferior a 1,50m, e dessas, apenas duas tiveram filhos com baixo peso.

No presente estudo observou-se o número de consultas realizadas pelas puérperas no pré-natal, e como critério de adequação do atendimento, foi utilizado o recomendado pelo Ministério da Saúde e pela Portaria 570 (BRASIL, 2000), que é o mínimo de seis consultas, assim quando as puérperas realizaram seis ou mais consultas, o atendimento foi considerado adequado, visto que a assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com objetivos de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança, e em nosso trabalho verificou-se que a maioria das puérperas (86) teve um atendimento adequado.

A baixa escolaridade pode ser considerada um agravante na saúde das mulheres, pois é considerado pelo Ministério da Saúde, 2000, como um fator de risco obstétrico. No presente estudo verificou-se que 33,3% das mulheres tinham o ensino médio completo; apenas 5,8% iniciaram o ensino superior; e que somente 4,9% concluíram o mesmo. Apesar da maioria das puérperas entrevistadas não terem uma alta escolaridade, houve a busca pelo serviço de

saúde, pois a maioria realizou seis ou mais consultas de pré-natal, o que pode nos revelar uma tendência ao interesse pela sua saúde e de seus filhos.

Verificou-se a prevalência de baixa renda familiar entre as mulheres participantes, e a literatura refere que condições socioeconômicas desfavoráveis produzem resultados insatisfatórios na saúde da população em geral, e quanto maior a renda maior o poder de compra e acesso a uma alimentação variada (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000), o que pode influenciar na saúde materna e fetal.

O fumo durante a gestação pode afetar o crescimento fetal, e provavelmente a duração da gestação, mediante diversos mecanismos. Num estudo realizado por Bittar, Ramos e Leone (2002), verificou-se que a redução do peso está relacionada também ao número de cigarros consumidos por dia, havendo em média, uma diferença de -250g em recém-nascidos de mães que fumam cerca de 20 cigarros por dia. Neste trabalho verificou-se a mesma tendência, pois dos RN que nasceram com menos de 2500g, 28,6% tinham mães que possuíam o hábito de fumar, mas esses dados não foram estatisticamente significativos. Entretanto verificou-se associação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e a estatura do RN, onde das 14 mulheres que fumavam, 85,7% de seus filhos nasceram com menos de 48cm de estatura.

O alcoolismo pode afetar o crescimento fetal envolvendo hipóxia fetal ou incorporação diminuída de aminoácidos em proteínas (KRAMER, 2003), porém neste estudo isso não foi confirmado, já que a maioria das mulheres não tinha o hábito de ingerir bebidas alcoólicas.

Em um estudo realizado por Azevedo e Sampaio (2003) na cidade de Fortaleza, Ceará, foi encontrada uma deficiência da maioria dos micronutrientes das dietas analisadas de gestantes adolescentes, que foram explicadas pelo baixo consumo de frutas, hortaliças e outras fontes, diferente do que foi encontrado neste trabalho, em que a maioria das mulheres ingeriam frutas e

hortaliças com uma frequência de cinco vezes ou mais em uma semana, o que indica uma ingestão adequada de micronutrientes. Porém, não é possível afirmar que há uma alimentação adequada, porque não temos os dados exatos de consumo calórico, protéico e lipídico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescimento fetal sofre influência de diversos fatores, entre eles, fatores genéticos, do potencial biológico e de vários fatores reguladores e moduladores, como os ambientais, fetais e placentários (MELO et al., 2007).

A maioria das puérperas apresentou um perfil gestacional adequado a este período, e ainda percebemos que os recém-nascidos nasceram, de uma forma geral, aptos à sobrevivência.

Apesar do tamanho da amostra estudada, constatou-se que alguns dados das gestantes tiveram associação estatisticamente significativa com os dados dos RN's, demonstrando a influência materna nas condições de nascimento.

Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que o estado nutricional da mãe avaliado pelo IMC pré-gestacional e o ganho de peso gestacional, influenciam o peso e a estatura dos recém-nascidos. Este é um achado importante, visto que é possível controlarmos o ganho de peso com a assistência pré-natal adequada, envolvendo uma equipe multidisciplinar.

Este fato reforça a importância de serem instituídas ações específicas que promovam o estilo de vida saudável, para minimizar os riscos de intercorrências maternas e do recém-nascido.

Acredita-se que uma visão do perfil gestacional e dos recém-nascidos pode contribuir para estratégias de intervenção no campo da saúde para esta população, e que a associação entre esses dados pode ajudar a identificar os fatores de risco gestacionais para a saúde do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

- AQUINO-CUNHA, M. et al. Gestação na adolescência: relação com o baixo peso ao nascer. **Rev. Brás Ginecol Obstet.**, v. 24, n. 8, p. 513-519, 2002.
- ASSIS, A. M. O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 3, p. 255-266, set./dez., 2002.
- AZEVEDO, D. V.; SAMPAIO, H. A. C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviços de assistência pré-natal. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 273-280, jul./set., 2003.
- BITTAR, R. E.; RAMOS, J. L.; LEONE, C. R. Crescimento fetal. In: MARCONDES, A. et al. **Pediatria básica**. São Paulo, SP: Sarvier, 2002. Tomo 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Série Cadernos de Atenção Básica, n. II. Série A: Normas e Manuais Técnicos, n. 173.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000. Estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_570_GM.PDF>. Acesso em: [s.d.]
- BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: [s.n.], 1996.
- CARMO, B. G. **Perfil sócio demográfico e epidemiológico e de gestantes e recém-nascidos e fatores determinantes do peso ao nascer: um estudo de usuários do SUS em Viçosa-MG**. 2006. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Nutrição) - Universidade Federal de Viçosa, 2006.
- FRANCESCHINI, S. C. C. et al. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. **Rev Nutr.**, Campinas, v. 16, n. 2, p. 171-179, abr./jun. 2003.
- GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 153-61, jan./fev. 2002.
- GAMA S. G. N. et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 35(1):74-80, 2001.
- GLUCKMAN, P. D.; PINAL, C. S. Regulation of fetal growth by the somatotrophic axis. **J. Nutr.**, v.133, n. 5 suppl 2, p. 1745-1746, 2003.
- GUERRA, A. F. F. S.; HEYDE, M. E. D. V. D.; MULINARI, R. A. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 126-33, jan./mar. 2007.
- KRAMER, M. S. The epidemiology of adverse pregnancy outcomes: an overview. **J. Nutr.**, v. 133, p. 15925-15966, 2003.
- MARGOTTO, P. R. Curvas de crescimento intra-uterino: uso de curvas locais. **J Pediatría**, v. 77, n.3, p. 153-155, maio/jun. 2001.
- MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A. B. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? **J Pediatr.**, v. 74, n. 2, p. 107-113, 1998.
- MELO, A. S. O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. **Rev Bras Epidemiol.**, São Paulo, v.10, n. 2, p. 249-57, jun. 2007.
- MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. A.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. Suppl6, p. 26-40, 2000.
- MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil entre 1988-1996. In: MONTEIRO, C. A. (Org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2000. p. 359-370.
- RAMOS, J. L.; VAZ, F. A. C.; CALIL, A. O recém-nascido pequeno para a idade gestacional. In: MARCONDES, A. et al. **Pediatria Básica**. São Paulo, SP: Sarvier, 2002. Tomo I.
- RESS, J. M. Overview: nutrition for pregnant and childbearing adolescents. **Ann N Y Acad Sci.**, v.

817, p. 241-245, may 1997.

ROCHA, D. S. et al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 481-489, jul./ago., 2005.

STRYCHAR, I. M. et al. Psychosocial and lifestyle factors associated with insufficient and excessive maternal weight gain during pregnancy. **J Am Diet Assoc.**, v. 100, n. 3, p. 353-356, 2000.

WHO. World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of report anthropometry** - report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995.

WHO. World Health Organization. **Report the who consultation on obesity: Preventing and managing the global epidemic.** Geneva: WHO, 1998.

Recebido em: 23 fevereiro 2011

Aceito em: 22 abril 2012