



Fatores predisponentes de baixo peso em recém-nascidos atendidos pela EACS da cidade de Catolé do Rocha-PB

Predisposing factors of low birth weight in newborns served by EACS the city of Catolé do Rocha-PB

Débora S. S. Martins

Graduada em Biomedicina, Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB; E-mail: suzany_89@hotmail.com.

Mayra V. P. Targino

Nutricionista. Mestre. Professora e orientadora do curso de Bacharelado em Biomedicina das Faculdades Integradas de Patos- FIP, Patos, Paraíba, Brasil.

Jéssica S. Oliveira

Graduada em Enfermagem, Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, E-mail: jessica_catole@hotmail.com

Andressa L. Nóbrega

Graduada em Enfermagem, Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, E-mail: andressalacerdanobrega@gmail.com.

Vicente Maia Pinto Junior

Graduado em Administração de Empresas; E-mail: vicente-maia@hotmail.com

RESUMO: No período gestacional envolve modificações em diferentes aspectos humanos bem como, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, revelando que os cuidados pré-natais carecem ultrapassar a dimensão unilateral voltada exclusivamente aos aspectos biológicos. Esta pesquisa teve como objetivo correlacionar os fatores predisponentes de baixo peso em crianças atendidas pela EACS de Catolé do Rocha-PB. O presente estudo foi de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada com uma parte representativa dos prontuários de pacientes atendidas pela EACS, essa representação é denominada de amostra, foi utilizada a totalidade de 50 prontuários. Neste estudo foi observado um pequeno percentual de Recém-Nascidos Baixo Peso, já os nascidos com peso normal obtiveram percentual superior. Com relação à consulta pré-natal, a maioria das gestantes tiveram mais de 4 consultas, sendo consideradas como suficientes. Quanto aos antecedentes familiares foi constatada uma maior prevalência para hipertensão/diabetes. As intercorrências prevaleceram para os casos de infecções do trato urinário, associados à anemia e sangramento. Para os resultados referentes à idade materna, foi observado que para < 16 anos o percentual de RNBP foi considerável, onde justifica-se que a gravidez na adolescência é apontada como um fator de risco. Concluímos que uma assistência pré-natal de qualidade diminui o índice de morbimortalidade materna e perinatal, previne a recorrência de fatores de risco para o baixo peso, garantindo o bem-estar materno e a segurança do nascimento de uma criança saudável.

Palavras-chaves: Gravidez. Baixo peso. Recém-nascidos. Pré-natal. Fatores de risco.

ABSTRACT: In gestational period involves modifications in different human aspects as well as biological, psychological, social and cultural rights, revealing that prenatal care need to overcome the unilateral dimension geared exclusively to biological aspects. This research aimed to correlate the predisposing factors of low birth weight in children served by the EACS of Catolé do Rocha-PB. This study was exploratory descriptive character with a quantitative approach. The survey was conducted with a representative part of the records of patients served by EACS, this representation is called a sample, was used the entirety of 50 records. In this study, it was observed a small percentage of low birth weight newborns, those born with normal weight had higher percentage. With respect to prenatal consultation, most pregnant women have had over four queries, being considered as sufficient. About the family history was noted a higher prevalence for hypertension/diabetes. The complications have prevailed in cases of urinary tract infections, associated with anemia and bleeding. For the result regarding maternal age, it was observed that for 16 years the percentage of RNBP was considerable, which justifies that teenage pregnancy is singled out as a risk factor. We conclude that a prenatal care decreases the quality index of maternal and perinatal morbidity and mortality prevent the recurrence of risk factors for low birth weight, maternal and child welfare and ensuring the safety of the birth of a healthy child.

Keywords: Pregnancy. Low weight. Newborns. Prenatal. Factors of risk.

Recebido em 16/03/2015

Aprovado em: 24/04/2015

INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada por ser um evento fisiológico na vida da mulher, ocasionando intensas transformações e cada uma lida com essas mudanças de um modo muito particular. Bem como, essas transformações, que geram mudanças físicas e emocionais, requerem um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde, sendo também importante o apoio dos familiares (REZENDE; SOUZA, 2012). O organismo da mãe sofre modificações fisiológicas ocasionadas pela gravidez, devido a grande carência de nutrientes essenciais, incluindo as proteínas, os carboidratos e os lipídios, mantendo a nutrição materna e garantindo o crescimento e desenvolvimento fetal adequado, as reservas nutricionais e a ingestão alimentar da gestante são constituídos como a única fonte de nutrientes do conceito (WILLIAMS, 2001).

RA assistência pré-natal tem papel decisivo no resultado da gestação. Na sua ausência, a mortalidade perinatal é cinco vezes superior àquela encontrada nas clínicas de atendimento pré-natal regular. Durante o pré-natal são detectadas as gestantes de alto risco e medidas profiláticas e terapêuticas são empregadas objetivando o controle de quadros patológicos que representam risco materno e fetal (DOGRA; BHATT, 2009). Para o sucesso da assistência pré-natal são necessários: a participação da equipe Inter e Multidisciplinar, um cuidado pré-natal precoce e a garantia da assistência de qualidade ao longo da gestação (COSTA; LEONE, 2009).

O baixo peso de recém-nascidos podem estar relacionados a vários fatores, tais como o fato de mães com idades inferiores há 20 anos ou superiores há 35 anos, desnutrição materna, infecção do trato geniturinário durante a gestação, outros filhos com baixo peso ao nascer ou resultados desfavoráveis em gestações anteriores, intervalo interpartal inferior à 18 meses, parto prematuro, tabagismo durante a gravidez, parto cesáreo e escolaridade da mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; SCHOEPS et al., 2007).

O presente estudo teve como objetivo determinar os fatores de risco associados ao baixo peso ao nascer em recém-nascidos atendidos no EACS de Catolé do Rocha-PB.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi de caráter exploratório descritivo com abordagem quantitativa, realizada na Estratégia

Agentes Comunitários da Saúde (EACS) de Catolé do Rocha-PB.

O estudo foi realizado com uma parte representativa dos prontuários de pacientes atendidas na EACS, os prontuários analisados compreenderam o período de 2011 à 2013, essa representação é denominada de amostra, não sendo necessário utilizar a totalidade dos prontuários. Amostragem é então a coleta de dados de uma parte da população, selecionada segundo critérios que garantam sua representatividade (CERVO; BERVIAN, 2002).

A população de estudo foi composta por análise de 50 prontuários de pacientes que foram atendidas pela EACS, localizado no município de Catolé do Rocha-PB.

Quanto aos critérios de inclusão, estes envolveram a seleção dos prontuários de pacientes atendidas pela EACS de Catolé do Rocha-PB, já para os critérios de exclusão incluíram prontuários que não faziam parte do cadastro.

O instrumento de pesquisa utilizado para correlacionar os fatores predisponentes de baixo peso em crianças atendidas pela EACS de Catolé do Rocha-PB, foi realizado através de um questionário previamente elaborado, contendo questões estruturadas e escolhidas em função dos objetivos, da população de estudo e da viabilidade da coleta de dados (APÊNDICE B).

O estudo foi submetido á aprovação do comitê de Ética e Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos das Faculdades Integradas de Patos – FIP.

A pesquisa obedeceu aos critérios na Resolução nº 466/12 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (CNS – MS) (BRASIL, 2012), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e assegura a garantia de privacidade e anonimato dos dados.

Foi entregue também junto ao CEP das FIP e a Secretaria Geral (responsável pela instituição) termo de compromisso do pesquisador (APÊNDICE A), que declaram a responsabilidade do cumprimento das normas vigentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, são apontadas informações referentes AO Peso dos RN a termo. Observa-se que 29,40% dos recém-nascidos apresentaram baixo peso e 70,60% com peso normal.

Tabela 1 – Peso dos Recém-Nascidos à Termo.

| | |
|------------------------------|--------------|
| Recém-Nascido de Baixo Peso | 29,40 % |
| Recém-Nascido de Peso Normal | 70,60 % |
| TOTAL | 100 % |

Neste estudo foi observado um percentual inferior de recém-nascido com baixo peso (29,40%), quando comparada com a amostra total. De acordo com Brasil (2011), a maior parte do conhecimento atual sobre o crescimento fetal normal e anormal baseia-se em pesos padrões, que é o ponto de referência desse crescimento. O baixo peso ao nascer é definido pela Organização Mundial

de Saúde como todo recém-nascido com peso inferior a 2500g independentemente da idade gestacional.

Saigal e Doyle (2008) afirmam que o peso ao nascer é, provavelmente, o fator isolado mais importante que afeta a morbimortalidade neonatal e tem impacto sobre a morbimortalidade infantil. O baixo peso ao nascimento possui gênese multifatorial, sendo que a

duração da gestação e as características do crescimento intrauterino são fatores preponderantes.

Para Brasil (2013), a preocupação com a saúde perinatal tem sido foco primordial nas ações do Ministério da Saúde brasileiro, uma vez que o componente neonatal é um dos grandes desafios na redução da mortalidade infantil. As políticas governamentais evocam, cada vez mais, políticas assistenciais no sentido de humanizar o processo de nascimento, instituindo estratégias no sentido de elevar não só o padrão de assistência técnica a essa

população (mulher, recém-nascido, família), mas também propondo uma abordagem por parte dos profissionais de saúde, que seja fundamentada na integralidade do ser,

buscando a mudança de percepção com relação assistência prestada.

Na tabela 2, destaca os resultados encontrados referentes à quantidade de consulta pré-natal. Pode-se observar que 85,70% tiveram consultas pré-natais suficientes, no entanto 7,15% foram classificadas como insuficientes quanto ao número de consultas pré-natais e 7,15% tiveram atendimento pré-natal de risco, estes dados estão relacionados às gestantes que tiveram RN de baixo peso. As gestantes que tiveram RN de peso normal destacou-se que 69,45% tiveram consultas pré-natais suficientes, assim como 19,45% foram insuficiente o número de consultas e 11,10% com atendimento pré-natal de risco.

Tabela 2- Número de Consulta Pré-Natal.

| Consultas Pré-natais | Gestantes que tiveram Recém-Nascidos de Baixo Peso | Gestantes que tiveram Recém-Nascidos de Peso Normal |
|----------------------|--|---|
| Suficiente* | 85,70 % | 69,45 % |
| Insuficiente* | 7,15 % | 19,45 % |
| Pré-natal de risco | 7,15 % | 11,10 % |

Segundo Monteiro; Benicio; Ortiz (2000) o pré-natal é reconhecido como um dos componentes que colaboram para expressiva diminuição das taxas de mortalidade infantil, bem como um precoce diagnóstico e tratamento de inúmeras complicações que possam surgir durante a gestação, assim como redução ou eliminação de fatores e comportamentos de riscos que podem ser corrigidos por meio da assistência rotineira à gestante.

Nagahama e Santiago (2006) abordam que a assistência pré-natal é o conjunto de medidas preventivas e curativas, com finalidade de proporcionar condições de bem-estar físico, mental e social durante a gestação e assegurar o nascimento de uma criança saudável, com risco mínimo para a mãe.

De acordo com Narchi (2010) uma atenção pré-natal de qualidade exerce um papel fundamental no processo do parto e do nascimento e nos índices de morbimortalidade materna e perinatal. O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o

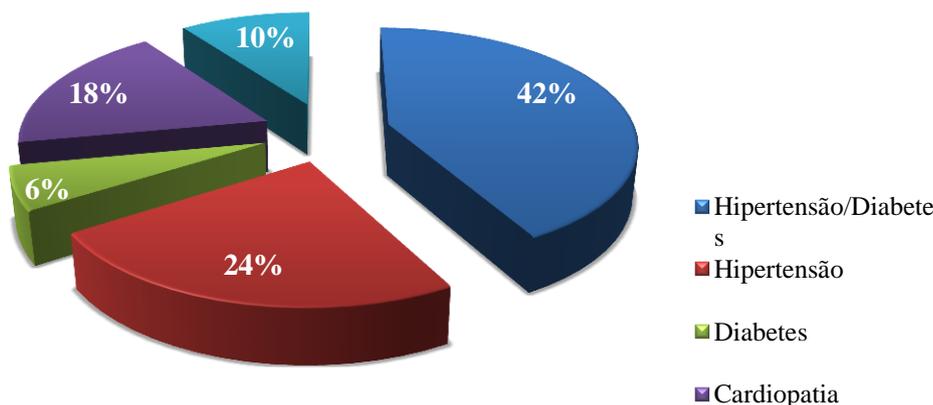
nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Para Silveira et al. (2010) a atenção pré-natal qualificada exige conhecimentos e habilidades específicas, tanto da fisiopatologia obstétrica quanto dos aspectos socioculturais dessa fase da vida da mulher.

Lopez e Choonara (2009), uma atenção pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período. Os mesmos autores acrescentam que no Brasil, vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto no SUS.

No gráfico 1, foram avaliados os antecedentes familiares das gestantes, comprovando a prevalência de Diabetes e Hipertensão com 42 %, seguido de casos isolados de Hipertensão com 24 %, Diabetes com apenas 6%, casos de cardiopatia com 18 % e 10 % possuíam outras patologias.

Gráfico 1- Antecedentes Familiares da Gestante



Libby e Bonow (2007) afirmam que a HA é uma doença considerada problema de saúde pública pelo seu elevado custo médico social. A prevalência varia conforme a faixa etária, sexo, raça, obesidade e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal. Segundo Sibai (2008), nas mulheres em idade procriativa a prevalência vai de 0,6 a 2,0%, na faixa etária de 18 a 29 anos, e de 4,6 a 22,3%, na faixa etária de 30 a 39 anos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. A American Diabetes Association (2011) enfatiza o diabetes gestacional como uma das intercorrências mais frequentes da gestação e, se não diagnosticado e tratado adequadamente, traz aumento considerável dos riscos perinatais e também, consequências sérias para a gestante. As principais complicações perinatais são macrosomia,

atraso no amadurecimento pulmonar (e consequente síndrome do desconforto respiratório) e distúrbios metabólicos ao nascimento (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia). Para a gestante, o mau controle metabólico está implicado em maiores índices de abortos espontâneos, infecções, hipertensão arterial, doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), partos pré-termo e cesáreas e, após a gestação, esta mulher terá risco aumentado para desenvolver o diabetes tipo 2.

Nas tabelas 3 e 4, observam-se as intercorrências encontradas durante a gestação. Sendo que na tabela 3 mostra as intercorrências nas gestantes que tiveram RN de baixo peso, onde 7,15 % tiveram virose, 7,15 % foram acometidas por infecção urinária, 7,15 % desnutrição materna e 78,55 % nenhuma intercorrência. Na tabela 4, foram observadas as intercorrências em gestantes que tiveram RN de peso normal, onde 25,00% apresentaram infecção urinária, 11,10 % foram acometidas por infecção urinária e sangramento, 8,30 % infecção urinária e anemia, 2,80 % hipertensão e sangramento, 5,50 % com hipertensão, assim como 2,80 % teve desnutrição gestacional, 14,00 % acometidas por outras intercorrências e 30,50 % não tiveram intercorrências durante a gestação.

Tabela 3- Intercorrências em Gestantes que Tiveram RN de Baixo Peso

| Intercorrências na gestação | Gestantes que tiveram RN de Baixo Peso |
|-----------------------------|--|
| Virose | 7,15 % |
| Infecção Urinária | 7,15 % |
| Desnutrição | 7,15 % |
| Nenhuma | 78,55 % |

Tabela 4- Intercorrências em Gestantes que Tiveram RN de Peso Normal

| Intercorrências na gestação | Gestantes que tiveram Recém-Nascido de Peso Normal |
|-------------------------------|--|
| Infecção Urinária | 25,00 % |
| Infecção Urinária/Sangramento | 11,10 % |
| Infecção Urinária/Anemia | 8,30 % |
| Hipertensão/Sangramento | 2,80 % |
| Hipertensão | 5,50 % |
| Desnutrição | 2,80 % |
| Outras Intercorrências | 14,00 % |
| Nenhuma | 30,50 % |

De acordo com Herráiz et al. (2010) relataram a Infecção do Trato Urinário (ITU) é uma das principais complicações presentes na gestação e que oferece riscos para o binômio mãe-feto. A ITU é a mais comum das infecções bacterianas, sendo responsável por um total de 80% das consultas clínicas no Brasil, variando de acordo com a faixa etária e ocorrendo em todas as populações, desde o neonato até ao idoso. Os fatores predisponentes incluem sexo feminino, sexo masculino com idade avançada, diabetes mellitus, cateterismo vesical, litíase e gravidez.

Jones et al. (2010), a ITU é uma das intercorrências da gestação e tem como principal causador a *Escherichia coli*. Pode ser evidenciada desde a

bacteriúria assintomática até a litíase urinária que podem evoluir para parto prematuro.

Para Jacociunas e Picoli (2007) a associação entre a infecção do trato urinário e a gestação ocasiona maus prognósticos, sendo as principais complicações o trabalho de parto prematuro e o parto prematuro. Cerca de 6% a 8% dos recém-nascidos são pré-termo.

Na tabela 5, observa-se a idade das gestantes que tiveram recém-nascido de baixo peso, onde 14,25 % com idade menor de 16 anos, 78,60 % com idade de 16 à 34 anos e 7,15 % com idade maior de 34 anos. Já as gestantes que tiveram recém-nascido de peso normal, visto que 2,80 % com idade menor que 16 anos, 97,20 % com idade de 16 à 34 anos e nenhuma com idade maior de 34 anos.

Tabela 5- Idade das Gestantes que Tiveram RN de Baixo Peso e Peso Normal

| RN de Baixo Peso | |
|-------------------|---------|
| Idade < 16 anos | 14,25 % |
| 16 à 34 anos | 78,60 % |
| Idade > 34 anos | 7,15 % |
| RN de Peso Normal | |
| Idade < 16 anos | 2,80 % |
| 16 à 34 anos | 97,20 % |
| Idade > 34 anos | - |

Para Diniz (2011), crianças nascidas de mães adolescentes sofrem mais riscos comparando com aquelas nascidas por mulheres adultas. Essas crianças podem ter vários agravantes como: prematuridade, pequenas para idade gestacional e risco de mortalidade elevada.

Segundo Yazlle, Franco e Michelazzo (2009), a gravidez durante a adolescência é apontado com um fator de risco, do ponto de vista médico, tanto para a mãe como para o filho, bem como é um fator desencadeador de transtornos psicológicos e sociais.

De acordo com Figueiredo (2008), a gravidez é uma transição que provém do processo normal do desenvolvimento, envolvendo a necessidade de reestruturação e reajuste em várias dimensões. Observa-se modificação de identidade e uma nova definição dos

papéis, onde a mulher passa a se olhar e ser olhada de modo diferente. A gravidez advém de uma atividade sexual sem proteção, devido a carência afetiva, ausência de diálogo com os pais, dificuldade financeira, além da dificuldade em procurar um serviço de orientação e uma instabilidade emocional.

Na tabela 6, expressa as informações referentes aos hábitos das gestantes que tiveram RN de baixo peso e peso normal. Visto que dentre os hábitos das gestantes que tiveram RN de peso normal foram, etilismo com 7,15 %, tabagismo com 7,15 % e 85,70% não possuem nenhum hábito. Já as gestantes que tiveram RN de baixo peso obtiveram os seguintes resultados, etilismo 13,85 %, tabagismo 8,35 % e 77,80 % com nenhum hábito durante o período gestacional.

Tabela 6 - Hábitos das Gestantes que Tiveram RN de Baixo Peso e Peso Normal

| Hábitos da gestante | RN de Baixo Peso | RN de Peso Normal |
|---------------------|------------------|-------------------|
| Etilismo | 13,85 % | 7,15 % |
| Tabagismo | 8,35 % | 7,15 % |
| Nenhum | 77,80 % | 85,70 % |

De acordo com Junior (2005), o uso de álcool durante a gestação tem sido muito abordado, embora ainda, muitas das suas implicações sobre o desenvolvimento infantil em filhos com mãe alcoolistas sejam pouco conhecidas em sua extensão e gravidade. Certo é que o consumo de álcool durante a gestação é uma das causas fundamentais e evitáveis de alteração no desenvolvimento da criança.

Mello, Pinto e Botelho (2001) relatam em seus estudos que as gestantes tabagistas correm maior risco de partos prematuros e de terem bebês que apresentem baixo peso ao nascer. Relatam também que tais situações ocorrem por volta do terceiro trimestre, e este risco aumenta proporcionalmente com o número de cigarros consumidos, acrescenta ainda o feto é um verdadeiro fumante passivo, que inala a fumaça involuntariamente, por ser um ser vulnerável.

Machado e Lopes (2009) afirmam que a gestante que fuma apresenta um maior risco de aborto espontâneo, morte fetal, óbito neonatal e síndrome de morte súbita fetal. O tabagismo é um fator que está interligado com o prejuízo à concepção e diminuição do peso do neonato (160g), produzindo uma condição conhecida como síndrome fetal do tabaco.

CONCLUSÕES

Sendo o Baixo Peso ao Nascer (BPN) um sinal tardio, é importante ficar atento, pois é indicador que ocorreu algo errado no período gestacional. É reforçada a

prevenção à recorrência de fatores de risco, devido à evidência de exposições independentes de risco para o baixo peso ao nascer, bem como são possivelmente modificáveis.

Um pré-natal de qualidade é uma estratégia importante na redução da mortalidade materna e perinatal, sendo que durante a gestação muitas patologias podem ser diagnosticadas precocemente, assim como tratadas com intuito de evitar complicações no que diz respeito ao binômio mãe e filho.

Faz-se necessário um pré-natal de qualidade para a prevenção de indicadores que servem de alerta durante o período gestacional, buscando minimizar as intercorrências gestacionais que estão relacionados com o baixo peso, morbimortalidade materna e perinatal, garantindo, que no final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e assegurando o bem-estar materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes - 2011. **Diabetes Care**; v. 34; p. 11-61, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Ética e Pesquisa**. CONEP. Resolução 466/12 pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília, MS, 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.** Método Canguru: manual técnico, ed.1, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.** Método Canguru: caderno do tutor. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 5º ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- COSTA, I. T.; LEONE, C. R. Influência do crescimento intrauterino restrito sobre a evolução nutricional e crescimento de recém-nascidos pré-termo até a alta hospitalar. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, n. 1, p. 15-20, 2009.
- DINIZ, S. N. T. Conhecimento das adolescentes grávidas quanto aos riscos e consequências sobre a gravidez precoce. **Monografia.** Faculdades Integradas de Patos, 2011.
- DOGRA, V. S.; BHATT, S. **Intrauterine growth retardation.** Disponível em: <<http://www.emedicine.com/radio/topic364.htm>>, 2009.
- FIGUEIREDO, Y. F. Gravidez na adolescência: Atuação profissional intervindo no fator emocional. **Monografia.** Faculdades Integradas de Patos, 2008.
- HERRÁIZ, M. A. et al. Infección del tracto urinario en la embarazada. **Enferm Infecc Microbiol Clin.** Madrid, n. 23, p. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16854357>> [Acesso em: 12 março, 2013].
- JACOCIUNAS, L. V.; PICOLI, S. U. Avaliação de Infecção Urinária em Gestantes no Primeiro Trimestre de Gravidez. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, vol. 39, n. 1, 2007.
- JONES, L. A. et al. **Infecções do Trato Urinário na gravidez.** E Medicine Especialidades. Texas, dezembro, 2009. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/452604-overview>> [Acesso em 02 novembro, 2013].
- JUNIOR, R. P. Consumo de álcool durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, julho, 2005.
- LIBBY, P.; BONOW, R. O.; MANN, D. L.; ZIPES, D. P. **Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine.** 8 ed. Philadelphia: Elsevier, 2007.
- LOPEZ, N. B.; CHOONARA, I. **Can we reduce the number of low-birth-weight babies: the cuban experience.** Neonatology, n. 95, p. 193-197, 2009.
- MACHADO, J. B.; LOPES M. H. I. **Abordagem do tabagismo na gestação.** Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 2, pg. 75-80, abr./jun. 2009. Disponível em: revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/.../3917. [Acessado em: 09/09/2013 às: 22:55].
- MELLO, P. R. B.; PINTO G. R.; BOTELHO C. **Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação.** Jornal de Pediatria, vol. 77, n. 4, 2001. Disponível em: www.scielo.br/pdf/jped/v77n4/v77n4a06.pdf. [Acessado: 06/11/2013 às 10:13].
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e humanizada,** Brasil, Brasília, 2005.
- MONTEIRO, C. A.; BENICIO, M. H. A.; ORTIZ, L. P. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista Saúde Pública**, v. 34, p. 26-40, 2000.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-179, janeiro, 2006.
- NARCHI, N. Z. Atenção pré-natal por enfermeiros na zona leste da cidade de São Paulo– Brasil. **Revista Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 2, p. 266-73, 2010.
- PODYMOW, T.; AUGUST, P. **Update on the use of antihypertensive drugs in pregnancy. Hypertension.** v. 51, p. 960-9, 2008.
- REZENDE, C. L.; SOUZA, J. C. **Qualidade de vida das gestantes de alto risco de um centro de atendimento à mulher.** Psicólogo in Formação, ano jan./dez; n. 16, 2012.
- SAIGAL, S.; DOYLE, L. W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **The Lancet**, n. 371, p. 261-269, 2008.
- SCHOEPS, D.; ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P.; JUNIOR, I. F.; NOVAES, H. M. D.; SIQUEIRA, A. G. F. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1013-22, 2007.
- SIBAI, B. M. Hypertensive disorders of pregnancy: the United States perspective. **Curr Opin Obstet Gynecol**, n. 20, p. 102-6, 2008.
- SILVEIRA, M. F. et al. Determinants of preterm birth: Pelotas, Rio Grande do Sul, State, Brazil, 2004 birth cohort. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p.

185-194, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD).

Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós gestacional.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, p. 144-149, 2009.

WILLIAMS, S. R. Nutrição durante a gravidez e lactação.

In: Williams, S. R. **Fundamentos de nutrição e dietoterápica.** 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

YAZLLE, M. E. H. D; FRANCO, R. C; MICHELAZZO,

D. Gravidez na adolescência: uma proposta para prevenção. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 10, p. 477-479. ISSN 0100-7203. 2009.